



situação da população mundial 2022

VENDO

O

INVISÍVEL

Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional

Situação da População Mundial 2022

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

EDITOR-CHEFE:

Ian McFarlane

EQUIPE EDITORIAL

Editoria sênior: Rebecca Zerzan

Direção criativa: Katie Madonia

Redação de matérias: Janet Jensen

Edição de matérias: Lisa Ratcliffe

Gerência da edição digital: Katie Madonia, Rebecca Zerzan

Consultoria da edição digital: Hanno Ranck

CONSELHEIRO DE PESQUISA SÊNIOR

Nuriye Ortayli

ASSESSORES SENIORES

Daniel Baker, Gilda Sedgh

PESQUISADORES E AUTORES

Daniel Baker, Sarah Keogh, Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman, Gilda Sedgh, Julie Solo

ASSESSORES TÉCNICOS DO UNFPA

Satvika Chalasani, Witness Chirinda, Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

ARTE ORIGINAL COMISSIONADA

Fidel Évora

A arte original incorpora imagens de vários fotógrafos. A página 156 contém uma lista dos materiais das fontes.

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

Coordenação editorial: Giselle Cintra e Jennifer Gonçalves

Revisão gramatical: Luciana Pereira

Revisão técnica: Taís Freitas Santos

Tradução: Ana Lucinda T. Laranjinha

Diagramação - versão em português: Duo Design

MAPAS E DESIGNAÇÕES

As designações empregadas e a apresentação do material em mapas 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 de seus limites.

AGRADECIMENTOS

O UNFPA agradece às seguintes pessoas, por compartilharem vislumbres de suas vidas e de seu trabalho para a produção deste relatório: Yajaira Aberto, El Salvador; Dra. Ayse Akin, Turquia; Anisa T. Arab, Filipinas; Theresa Batitis, Filipinas; Norhaifa Bocarie, Filipinas; Martha Brady, Estados Unidos da América; Rebecca Callahan, Estados Unidos da América; “Dalila” (nome fictício), El Salvador; Sylvia Farmer, Serra Leoa; Dr. Demet Güral, Turquia; Mangenda Kamara, Serra Leoa; Dankay Kanu, Serra Leoa; Gregory Kopf, Estados Unidos da América; Rahmadina Talusan Malang, Filipinas; Logan Nickels, Estados Unidos da América; Lucy November, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte; Rahma Samula, Filipinas; Mamusu Sesay, Serra Leoa; Kevin Shane, Estados Unidos da América; Mukul Sinha, Índia; Fatmata Sorie, Serra Leoa; Praça Jamanya, Serra Leoa; Sittie Nashiban Tabua, Filipinas; Heather Vadhat, Estados Unidos da América.

A chefe do Departamento de Mídia e Comunicações do UNFPA, Selinde Dulkeit, forneceu informações valiosas para o projeto, assim como a diretora técnica do UNFPA, Julitta Onabanjo, e a chefe da Divisão de Saúde Sexual e Reprodutiva, Anneka Knutsson.

Colegas do UNFPA e outras pessoas em todo o mundo apoiaram o desenvolvimento de reportagens e demais conteúdos, ou forneceram orientação técnica: Agnes Chidanyika, Jens-Hagen Eschenbaecher, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Rebecca Moudio, Margarita O’Farrill, Priyanka Pruthi, Alvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar, Roy Wadia.

Colegas do Departamento de População e Desenvolvimento do UNFPA forneceram dados na seção de indicadores deste relatório, bem como orientação técnica geral.

Os editores agradecem as contribuições dos parceiros, incluindo pesquisadores do Guttmacher Institute, particularmente, Jonathan Bearak e Anna Popinchalk; especialistas da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, em particular, Vladimira Kantorova; Stephen Kisambira, Joseph Molitoris e Karoline Schmid; Ann Garbett, pesquisadora de pós-graduação da Universidade de Southampton; e especialistas da Avenir Health, particularmente, Jessica Williamson. O editor sênior Richard Kollodge também foi fundamental no desenvolvimento do relatório.

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

NOTA SOBRE TERMINOLOGIA

A linguagem é importante quando falamos sobre gravidez não intencional. Gestações não intencionais não são o mesmo que gestações indesejadas, e pessoas grávidas não são o mesmo que mães. Nem todas as pessoas que engravidam são mulheres e meninas – homens transgêneros e pessoas não binárias podem engravidar (Clements, 2018). Eles também enfrentam sérias barreiras para obter cuidados de saúde sexual e reprodutiva, e contracepção sem preconceitos, o que aumenta seu risco de gravidez não planejada. No entanto, os dados usados neste relatório provêm, predominantemente, de pesquisas e estudos que identificam os participantes como mulheres ou meninas; ampliar as conclusões desses dados para incluir pessoas de gênero diverso pode resultar em imprecisões, ou mesmo na eliminação de preocupações específicas de minorias sexuais. Portanto, este relatório refere-se geralmente aos riscos de gravidez enfrentados por mulheres e meninas, embora reconhecendo em muitos lugares que esses mesmos riscos também são suportados por indivíduos de gênero diverso. Além disso, há definições incluídas ao longo do texto para destacar as nuances de termos como “gravidez não intencional”, “gravidez indesejada”, “gravidez não planejada” e “necessidade não atendida”, como esses termos são comumente usados e quais são as suas limitações.



Fundo de População
das Nações Unidas

GARANTINDO DIREITOS E ESCOLHAS PARA TODOS E TODAS



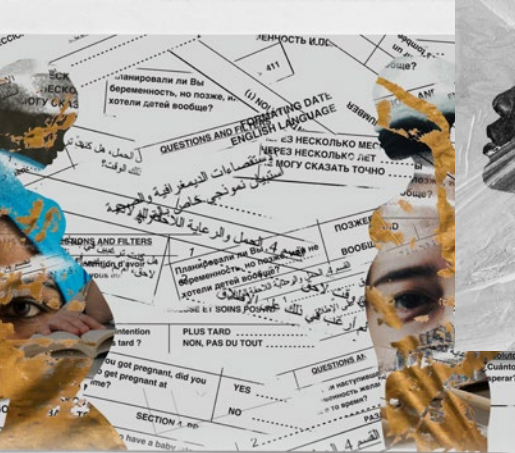
situação da população mundial 2022

VENDO O INVISÍVEL

Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional

ÍNDICE

PREFÁCIO 4
DEFINIÇÕES 6



CAPÍTULO 1

*A crise invisível
diante de
nossos olhos*

PÁGINA 9

EM FOCO: Um marco teórico de fatores que contribuem para a gravidez não intencional e seus resultados 17

CAPÍTULO 2

*A prova está
em: gravidez
não intencional
está associada
à falta de
desenvolvimento*

PÁGINA 19

EM FOCO: Gravidez na adolescência e escolha 30

MATÉRIA: A ilusão da escolha: Gravidez na adolescência 34

CAPÍTULO 3

*Toda mulher
está em risco:
a erosão da
autonomia leva
à gravidez não
intencional*

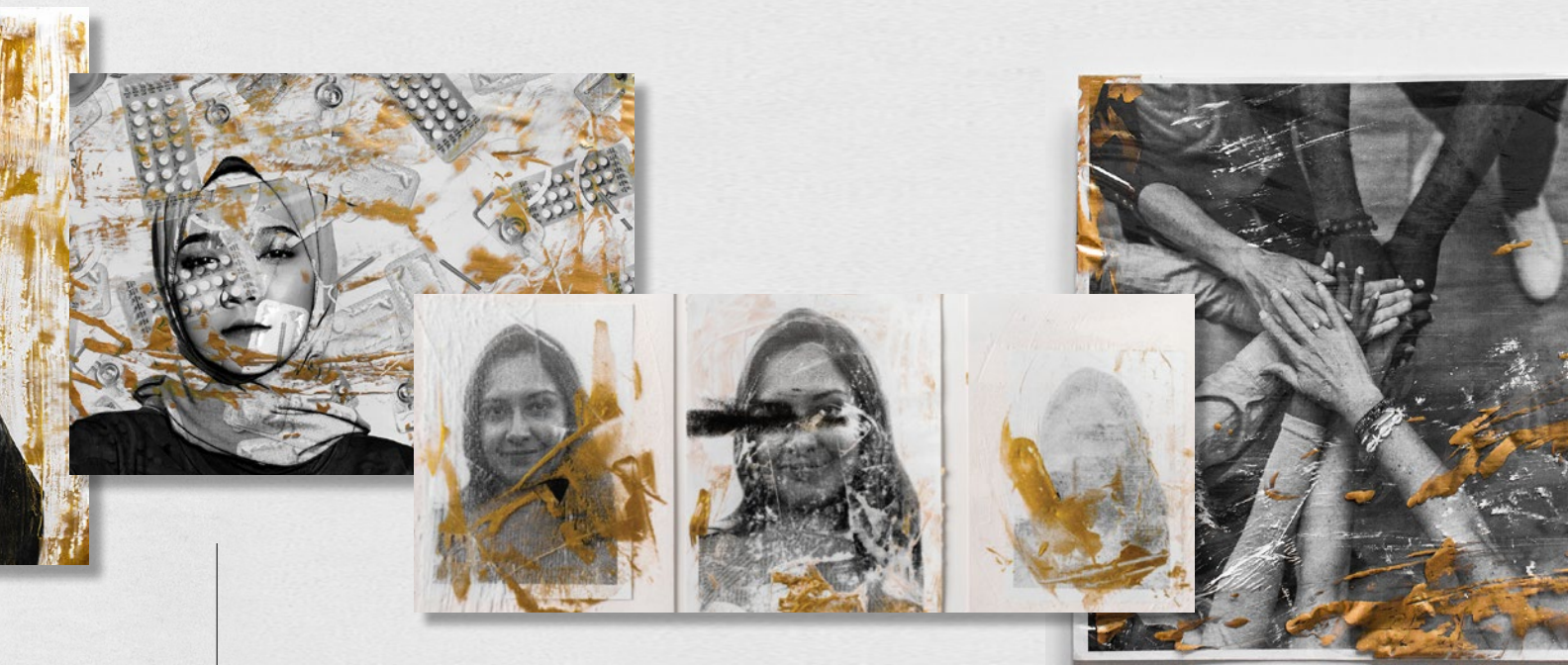
PÁGINA 37

MATÉRIA: Violência, coerção e a eliminação da autonomia 48

MATÉRIA: Quando os contraceptivos falham 52

EM FOCO: Eficácia, efeitos colaterais e os benefícios dos contraceptivos 58

DEPOIMENTOS: Perguntas e resposta 60



CAPÍTULO 4

Revelando os desafios da escolha

PÁGINA 67

MATÉRIA: O próximo contraceptivo masculino: por que está demorando tanto? 70

MATÉRIA: Planejando a mudança 86

EM FOCO: Onde as leis e políticas permitem que as mulheres evitem gestações não intencionais? 88

CAPÍTULO 5

Desvendando os custos da gravidez não intencional

PÁGINA 91

EM FOCO: Onde e como as necessidades de anticoncepcionais não são atendidas: *Insights* dos programas de planejamento familiar do UNFPA. 102

CAPÍTULO 6

A autonomia é fundamental para a Agenda 2030

PÁGINA 107

INDICADORES 119

NOTAS TÉCNICAS ... 138

REFERÊNCIAS 143

PREFÁCIO



Um mundo onde toda gravidez seja desejada. Este objetivo é o pilar central de nossa missão no UNFPA.

Todo ser humano tem direito à autonomia corporal, e talvez nada seja mais fundamental para o exercício desse direito do que a capacidade de escolher se, quando e com quem engravidar.

O direito humano básico de determinar livre e responsabilmente o número e o intervalo entre filhos foi reconhecido em vários acordos internacionais de direitos humanos nas últimas cinco décadas. Durante esse mesmo período, o mundo viu uma vasta expansão na disponibilidade de contraceptivos modernos e eficazes – uma das maiores conquistas de saúde pública na história recente. Por que, então, quase metade de todas as gestações são involuntárias?

Em 1994, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) reconheceu que o empoderamento, a plena igualdade e a autonomia das mulheres eram essenciais para o progresso social e econômico. Hoje, esses objetivos estão entre os alicerces para alcançar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Reconhece explicitamente o papel da saúde sexual e reprodutiva, e da igualdade de gênero, no desbloqueio de um futuro mais próspero e contém indicadores específicos vinculados à autonomia de mulheres e meninas adolescentes que assegurem a tomada de decisões conscientes sobre

relações sexuais, o uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva.

É por isso que os esforços do UNFPA se concentram em expandir o acesso às informações e aos serviços de que mulheres e meninas precisam para exercer suas escolhas e seus direitos reprodutivos, que sustentam a igualdade de gênero e lhes permitem exercer maior poder sobre suas vidas e efetivar todo o seu potencial.

Conhecemos os altos custos associados à gravidez não intencional – custos para a saúde, educação e futuro de uma pessoa, custos para todo o sistema de saúde, força de trabalho e sociedades. A questão é: por que isso não tem inspirado mais ações a fim de garantir a autonomia corporal para todas?

O tema deste relatório é desafiador – em parte, porque é muito comum. Quase todo mundo tem uma experiência na qual se basear, quer tenham enfrentado uma gravidez não intencional, quer conheçam alguém que tenha. Para algumas, é uma crise pessoal; para outras, é, na verdade, uma bênção.

Além do contexto pessoal, as gestações não intencionais têm raízes sociais e consequências globais. Este, portanto, não é um relatório sobre bebês indesejados ou acidentes felizes. Não é um relatório sobre a maternidade. E, embora o aborto não possa ser removido da discussão – mais de 60% das gestações não planejadas terminam em aborto –, este também não é um relatório sobre aborto. Em

vez disso, este relatório trata das circunstâncias existentes antes de uma gravidez não planejada, quando a capacidade de decidir de uma pessoa ou de um casal é fortemente prejudicada, e sobre os muitos impactos que se seguem, afetando indivíduos e sociedades ao longo de gerações.

Pesquisas originais e novos dados de organizações parceiras apontam que a vergonha, o estigma, o medo, a pobreza, a desigualdade de gênero e muitos outros fatores prejudicam a capacidade das mulheres e meninas de exercer seu direito de escolha, de procurar e obter contraceptivos, de negociar o uso do preservativo com um parceiro, ou fazer-se ouvir e buscar a realização de seus desejos e ambições. Acima de tudo, este relatório levanta questões provocativas e inquietantes sobre o quanto o mundo valoriza mulheres e meninas além de suas capacidades reprodutivas. Reconhecer o valor pleno de mulheres e meninas, e permitir que elas contribuam plenamente para suas sociedades, significa garantir que elas tenham as ferramentas, informações e o poder para fazer essa escolha fundamental por si mesmas.

É impossível determinar completamente, e muito menos quantificar, o número total de gestações não intencionais. No entanto, um crescente volume de evidências aponta para enormes custos de oportunidade – desde correlações entre razão de gravidez não planejada com índices mais baixos de desenvolvimento humano, a bilhões de dólares em custos de saúde, a taxas persistentemente

altas de aborto inseguro e mortes maternas relacionadas a isso. O aborto inseguro é uma das principais causas das mais de 800 mortes maternas que ocorrem todos os dias. Esse é um preço que o mundo simplesmente não pode pagar.

Estamos nos aproximando rapidamente de 2030, o prazo final dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e para os próprios objetivos transformadores do UNFPA – para acabar com a necessidade não atendida de planejamento familiar; acabar com as mortes maternas evitáveis; e acabar com a violência baseada em gênero e práticas nocivas, inclusive a mutilação genital feminina e o casamento infantil. Agora é a hora de acelerar, não recuar, para transformar a vida de mulheres e meninas, e alcançar aquelas que estão mais atrás. Prevenir gestações não intencionais é um primeiro passo inegociável. Quando as pessoas são capazes de exercer uma escolha real e consciente sobre sua saúde, seus corpos e futuros, elas podem contribuir para sociedades mais prósperas e um mundo mais sustentável, igualitário e justo.

Dra. Natalia Kanem

Diretora Executiva

Fundo de População das Nações Unidas

DEFINIÇÕES

As definições acerca da gravidez não intencional e da contracepção geralmente são problemáticas. Muitos dos termos comumente aceitos em uma comunidade são incompreensíveis em outra. Este relatório explora alguns desses termos e seus usos, destacando quando são confusos, enganosos ou utilizados de múltiplas maneiras.

Aborto

DESEJADA ou INDESEJADA

GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL (N) -

UMA GRAVIDEZ QUE ACONTECE PARA UMA MULHER QUE NÃO ESTAVA PLANEJANDO TER (MAIS) FILHOS, OU QUE FOI INOPORTUNA, ISTO É, OCORREU ANTES DO DESEJADO. ESSA DEFINIÇÃO APLICA-SE INDEPENDENTEMENTE DO RESULTADO DA GRAVIDEZ (SEJA POR ABORTO INDUZIDO, ESPONTÂNEO OU PARTO NÃO PLANEJADO).

SINÔNIMO: GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

PLANEJAMENTO FAMILIAR (N) -

CONJUNTO DE INFORMAÇÕES, MEIOS E MÉTODOS QUE PERMITEM ÀS PESSOAS DECIDIR SE E QUANDO TER FILHOS. ISSO INCLUI UMA VASTA GAMA DE CONTRACEPTIVOS, BEM COMO MÉTODOS NÃO INVASIVOS, TAIS COMO O MÉTODO BASEADO NO CALENDÁRIO (TABELA) E A ABSTINÊNCIA. INCLUI TAMBÉM INFORMAÇÕES SOBRE COMO ENGRAVIDAR QUANDO FOR DESEJÁVEL, BEM COMO TRATAMENTOS PARA A INFERTILIDADE.

NOTA SOBRE O USO: O TERMO "PLANEJAMENTO FAMILIAR" NÃO RESSOA COM DETERMINADAS POPULAÇÕES. (PAUL ET AL., 2019).

SINÔNIMOS: CONTRACEPÇÃO, CONTROLE DE NATALIDADE.

GRAVIDEZ INDESEJADA (N) -

1. UMA GRAVIDEZ QUE A MULHER NÃO DESEJA TER.
2. (ACADÊMICA) QUANDO MENSURADA EM PESQUISAS, UMA GRAVIDEZ QUE OCORREU QUANDO UMA MULHER NÃO QUERIA TER NENHUM FILHO, OU MAIS FILHOS. A DEFINIÇÃO ACADÊMICA NÃO RECONHECE QUE UMA MULHER PODE DECIDIR QUE QUER A GRAVIDEZ APÓS SUA OCORRÊNCIA, MESMO SE ELA NÃO ESTIVESSE PLANEJANDO TER (MAIS) FILHOS.

NOTA SOBRE O USO: O TERMO GRAVIDEZ INDESEJADA NÃO DEVE SER USADO COMO SINÔNIMO DE GRAVIDEZ NÃO INTENCIONAL.

EDUCAÇÃO INTEGRAL EM SEXUALIDADE

UM PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM BASEADO NO CURRÍCULO SOBRE OS ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONAIS, FÍSICOS E SOCIAIS DA SEXUALIDADE, COM O INTUITO DE PROVER CRIANÇAS E JOVENS COM CONHECIMENTOS, HABILIDADES, ATITUDES E VALORES QUE OS CAPACITAM A VIVENCIAR SUA SAÚDE, SEU BEM-ESTAR E SUA DIGNIDADE; A DESENVOLVER RELAÇÕES SOCIAIS E SEXUAIS RESPEITOSAS; A CONSIDERAR COMO SUAS ESCOLHAS AFETAM SEU PRÓPRIO BEM-ESTAR E O DOS OUTROS; E A COMPREENDER E GARANTIR A PROTEÇÃO DE SEUS DIREITOS AO LONGO DA VIDA (UNESCO, 2018).

SINÔNIMOS: HABILIDADES PARA A VIDA, EDUCAÇÃO, EDUCAÇÃO PARA A VIDA FAMILIAR, EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE, EDUCAÇÃO SEXUAL.

GRAVIDEZ INOPORTUNA (N) -

1. A GRAVIDEZ QUE OCORREU EM UMA ÉPOCA NA VIDA DE UMA MULHER QUANDO ELA NÃO PRETENDIA ENGRAVIDAR, EMBORA ELA DESEJASSE TER UM FILHO EM ALGUM MOMENTO NO FUTURO.

2 (ACADÊMICA) QUANDO MENSURADA EM PESQUISAS, É GERALMENTE DEFINIDA COMO UMA GRAVIDEZ QUE OCORREU DOIS OU MAIS ANOS ANTES DE UMA MULHER DESEJAR TER UM FILHO.

NOTA SOBRE O USO: ESSAS GESTAÇÕES GERALMENTE SÃO CONSIDERADAS NÃO INTENCIONAIS.

CONTRACEPÇÃO (N) -

O ATO DE EVITAR INTENCIONALMENTE A GRAVIDEZ - POR EXEMPLO, POR MEIO DO USO DE DISPOSITIVOS, PRÁTICAS, REMÉDIOS OU PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (BANSODE ET AL., 2021; JAIN E MURAUDHAR, 2011). OS CONTRACEPTIVOS MODERNOS SÃO AQUELES QUE "TÊM UMA BASE SÓLIDA NA BIOLOGIA REPRODUTIVA, UM PROTOCOLO PRECISO PARA O USO CORRETO E COMPROVAÇÃO DE EFICÁCIA" (FESTIN ET AL., 2016). CONTRACEPTIVOS TRADICIONAIS SE REFEREM AOS DEMAIS MÉTODOS.

SINÔNIMOS: PLANEJAMENTO FAMILIAR, CONTROLE DE NATALIDADE.

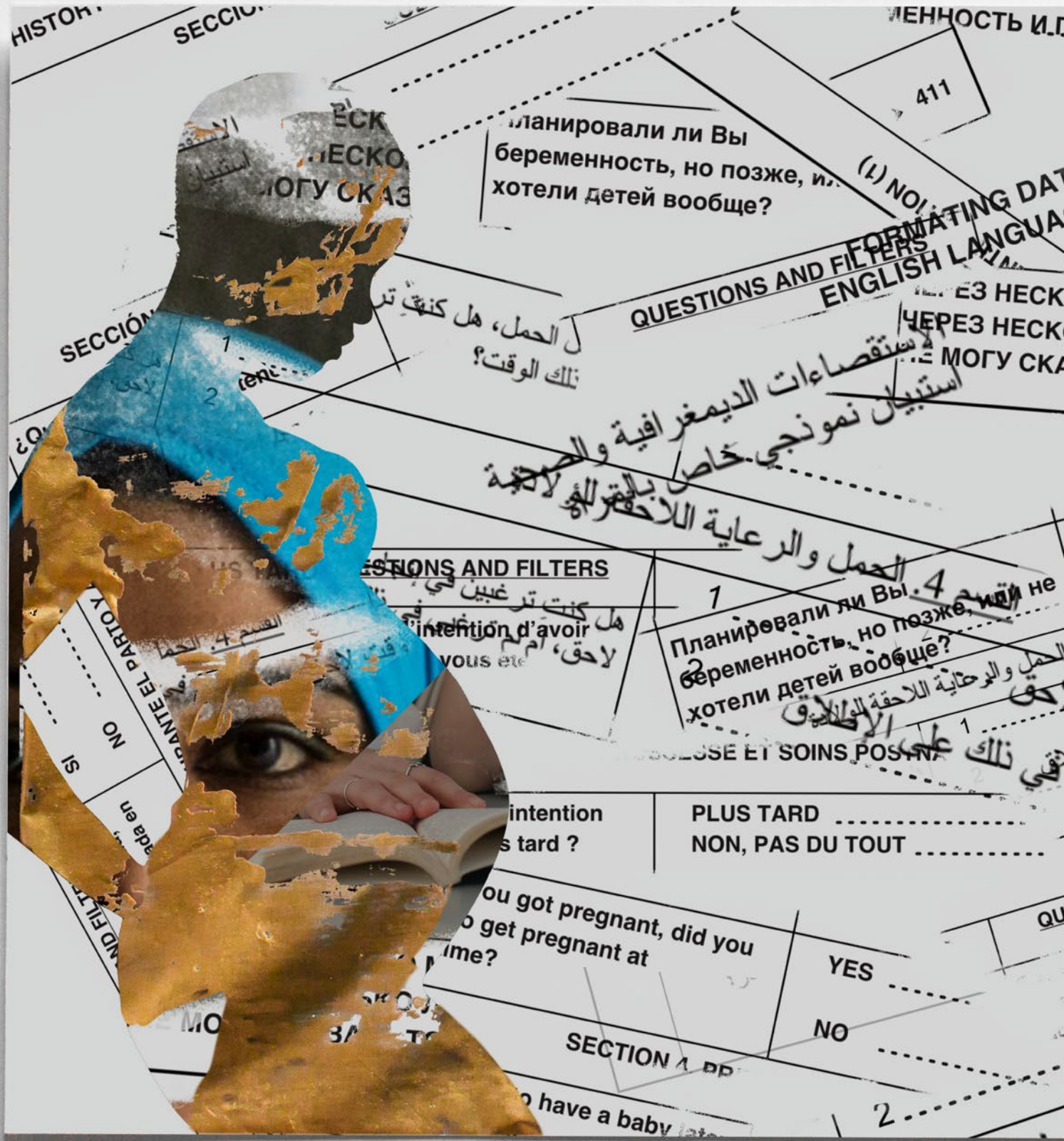
ABORTO (N) -

1. (COLOQUIAL). A INTERRUPTÃO DELIBERADA DE UMA GRAVIDEZ POR MEIO DE UM PROCEDIMENTO OU DO USO DE MEDICAÇÃO. SINÔNIMOS: ABORTO INDUZIDO, ABORTO ELETIVO, ABORTO TERAPÊUTICO.

2 (TERMINOLOGIA MÉDICA). QUALQUER SAÍDA PREMATURA DOS PRODUTOS DA CONCEPÇÃO RESULTANTE DO TÉRMINO DE UMA GRAVIDEZ, INCLUSIVE TANTO POR ABORTO INDUZIDO COMO POR ABORTO NATURAL, TAMBÉM CONHECIDO COMO ABORTO ESPONTÂNEO.

NOTA SOBRE O USO: QUANDO NESTE RELATÓRIO FOR USADO O TERMO "ABORTO", SERÁ UMA REFERÊNCIA AO ABORTO INDUZIDO.





A crise invisível diante de nossos olhos

Metade.

Essa é a proporção de gestações que mulheres e meninas não escolhem deliberadamente (Bearak *et al.*, 2020).

Essa proporção é surpreendentemente alta. Nada é mais fundamental para a autonomia corporal do que a capacidade de decidir engravidar ou não. No entanto, para muitas pessoas, essa escolha reprodutiva que mais altera a vida não é, de fato, uma escolha.

O direito humano básico de escolher ter filhos e decidir sobre seu número e o intervalo entre eles consta de muitos acordos globais (UNFPA, 1994; Assembleia Geral da ONU, 1989; Assembleia Geral da ONU, 1979).



A contracepção moderna e eficaz está amplamente – embora não universalmente – disponível. Por que, então, metade de todas as gestações não são planejadas, e muitas delas são indesejadas?

Isso serve para lembrar quantas pessoas (especialmente mulheres e meninas) enfrentam limitações no exercício de seus direitos básicos. É um sinal de que a discriminação de gênero continua a afetar a vida de mulheres e meninas, bem como de pessoas transgênero, não binárias e de gênero expansivo. Isso aponta para profundas disparidades em termos de direitos e justiça, igualdade de gênero, dignidade humana e bem-estar social mais amplo.

Tantas gestações não planejadas e indesejadas levantam dúvidas sobre quão priorizados e valorizados são os direitos e o potencial de mais da metade da humanidade. Elas sinalizam que o mundo pode não conseguir alcançar seus objetivos de desenvolvimento para saúde, educação e igualdade de gênero, prejudicando as ambições compartilhadas pela comunidade internacional.

Tantas gestações não planejadas e indesejadas levantam dúvidas sobre quão priorizados e valorizados são os direitos e o potencial de mais da metade da humanidade.

Uma crise negligenciada — e uma oportunidade

O número de gestações não planejadas que ocorrem todos os anos – 121 milhões, ou 331.000 por dia, em média – representa o fracasso global em defender um direito humano básico. E é provável que esse fracasso aumente. Embora dados recentes também mostrem que, em todo o mundo, a taxa de gravidez não planejada caiu entre 1990 e 2019 (Bearak *et al.*, 2020), o crescimento populacional global contínuo implicará em um crescimento absoluto de gestações não planejadas, se não houver nenhuma ação decisiva para contrabalançar o efeito do crescimento populacional.

Fornecer os serviços de saúde sexual e reprodutiva de que os indivíduos e as comunidades precisam só se tornará mais difícil diante das mudanças tectônicas, como mudanças climáticas, conflitos, emergências de saúde pública e migração em massa. Essas megatendências testarão a capacidade dos sistemas de saúde, mesmo com o crescimento da demanda – especialmente nos países menos desenvolvidos do mundo, onde as crises serão sentidas de forma mais aguda, e onde os serviços e recursos já apresentam escassez crítica (Starrs *et al.*, 2018).

A comunidade internacional se comprometeu com um roteiro baseado em direitos para guiar a humanidade a partir dessas mudanças monumentais: a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Ela representa o marco para o desenvolvimento sustentável e inclusivo que reconhece expressamente, nas metas 3.7 e 5.6, o papel da saúde sexual e reprodutiva, e da igualdade de gênero, no desbloqueio de um futuro mais próspero. Essas metas estão associadas ao direito de cada indivíduo e casal de escolher se quer ter filhos, o número e o espaçamento entre eles – quando cada nascimento é desejado e cada criança é valorizada.

Com base na análise original (no Capítulo 2), este relatório mostra que o desenvolvimento social e econômico e níveis mais altos de igualdade de gênero estão fortemente correlacionados com taxas mais baixas de gravidez não planejada. Com o que se sabe sobre as consequências da gravidez não planejada (exploradas no Capítulo 5) para indivíduos e sociedades, o relatório confirma o poderoso argumento de desenvolvimento para que se intensifiquem os esforços, a fim de defender os direitos reprodutivos como fundamentais na redução das gestações não intencionais.

Muitos fatores ligados à redução da gravidez não planejada são objetivos essenciais de desenvolvimento, desde a redução da pobreza até a melhoria da saúde materna. Uma ilustração clara dessas forças que se cruzam é o custo extraordinário – para indivíduos, sistemas de saúde e sociedades inteiras – do aborto inseguro, uma questão que prejudica tanto os direitos quanto o desenvolvimento. Mais de 60% das gestações não planejadas terminam em aborto, seguro ou inseguro, legal ou ilegal (Bearak *et al.*, 2020). Dado que cerca de 45% de todos os abortos permanecem inseguros (OMS, 2020), essa é uma emergência de saúde pública. O aborto inseguro hospitaliza cerca de 7 milhões de mulheres por ano em todo o mundo, custando cerca de US\$ 553 milhões por ano, apenas em custos de tratamento pós-aborto, e resultando em cerca de 193.000 mortes maternas por ano (Say *et al.*, 2014). Em contrapartida, a redução de gestações não planejadas e, portanto, o recurso direcionado ao aborto inseguro, pode permitir que os sistemas de saúde aloquem recursos para serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, incluindo saúde materna e neonatal, investimentos que gerem impactos positivos em todos os aspectos.



© UNFPA/Fidel Évora

A contracepção é fundamental – mas não é o suficiente

A contracepção é uma das áreas mais óbvias para o investimento em saúde e direitos reprodutivos. Em âmbito global, estima-se que 257 milhões de mulheres que desejam evitar a gravidez não estão usando métodos contraceptivos seguros e modernos, e, dessas, 172 milhões de mulheres não estão usando nenhum método (UN DESA, 2020). Em resposta, o UNFPA enfatizou o acesso à contracepção, fornecendo 724 milhões de preservativos masculinos, 80 milhões de ciclos de contraceptivos orais e dezenas de milhões de outras formas de contraceptivos somente em 2020 (UNFPA, 2020). Muitos outros governos, agências doadoras e organizações não governamentais também forneceram grandes quantidades de contraceptivos.

No entanto, embora essas *commodities* sejam extremamente importantes, elas são insuficientes por si mesmas. A pesquisa (detalhada no Capítulo 4) mostra que a falta de conscientização e a falta de acesso à contracepção não são mais as principais causas do não uso. Em vez disso, essas barreiras agora são ofuscadas por preocupações com efeitos colaterais, mitos, o estigma e a oposição de outras pessoas. Abordar essas razões das necessidades não atendidas exigirá uma gama muito mais ampla de respostas.

As suposições comuns também devem ser eliminadas. Em muitos círculos, o termo “gravidez não planejada” evoca a imagem de uma adolescente solteira, uma garota recebida com pena ou escárnio, ou ambos. De fato, como nenhum método contraceptivo é 100% confiável e a intenção de praticar a abstinência geralmente falha – ou é prejudicada por pressão, coerção ou violência –, efetivamente, qualquer mulher fértil ou menina em idade reprodutiva pode engravidar inesperadamente. A superação das narrativas populares em torno da gravidez não intencional exigirá esforços e determinação para mudar as normas sociais discriminatórias, abordar as leis que codificam esses estigmas e expandir as intervenções que devem continuar atingindo adolescentes mas estendendo-se além deles.

A sensibilidade dessa questão apresenta ainda mais desafios. A tomada de decisão, ou sua ausência, muitas vezes ocorre nas esferas mais íntimas da vida de uma pessoa, tocando em elementos fundamentais de autonomia corporal e direitos reprodutivos. Nesses espaços, mulheres e meninas muitas vezes veem suas escolhas se restringirem ou desaparecerem continuamente. Uma mulher pode não ser capaz de negociar o uso de preservativos com seu parceiro. Talvez ela não possa dizer não ao sexo, como no caso de 23% de todas as mulheres nos locais em que há dados disponíveis (*Base global de dados das Nações*

Unidas, 2022). Ela pode ser vítima de estupro em casa, ou por um estranho.

Se a educação integral em sexualidade não for oferecida em sua escola, talvez ela não tenha informações precisas. A gravidez pode ser sua opção padrão porque ela tem poucas oportunidades e escolhas em sua vida. Sem uma chance de terminar sua educação, por exemplo, ela talvez não veja motivos para adiar a gravidez.

Ela pode não querer filhos nunca, um desejo eventualmente inaceitável em sua família ou comunidade. Para refletir o fato de que “planejamento familiar” não ressoa com alguns grupos – como adolescentes ou pessoas que não querem ter filhos –, este relatório geralmente se refere a “contracepção”.

Não intencional nem sempre significa indesejado. Algumas gestações não intencionais serão comemoradas. Outras terminarão em aborto induzido ou espontâneo. Uma parte permanecerá indesejada, mas será levada a termo. E muitas serão recebidas com ambivalência. Essas gestações podem não ser exatamente não intencionais, mas também não ser totalmente deliberadas, ocorrendo quando uma pessoa não tem a possibilidade de articular plenamente o que deseja em sua vida – ou mesmo imaginar uma vida em que a gravidez seja uma escolha.

Questões de poder e escolha são muitas vezes questões de vida ou morte: uma vez que uma gravidez não intencional acontece, suas consequências podem durar uma vida inteira e se estender por comunidades inteiras. As taxas de mortalidade materna aumentarão, por exemplo, para meninas que não amadureceram física e emocionalmente o suficiente para levar uma gravidez

a termo com segurança, ou para mulheres com condições médicas subjacentes (Singh e Maddow-Zimet, 2016). As meninas grávidas podem ser forçadas a se casar e/ou a deixar a escola, sem outras opções para continuar seus estudos, momento em que normalmente enfrentam um déficit de rendimentos ao longo da vida. As mulheres podem sofrer uma perda inesperada de renda se forem forçadas a interromper, ou até mesmo deixar seus empregos por estarem grávidas. A pobreza pode ser mais provável se elas tiverem a criança e precisarem fazer render mais os já escassos recursos domésticos.

Todos esses problemas podem ser piores para pessoas que enfrentam múltiplas formas de discriminação

e vulnerabilidade que corroem ainda mais a independência para agir e a autonomia corporal. A qualidade dos serviços, das informações e do apoio é geralmente pior para as mulheres em áreas rurais e assentamentos informais, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Em alguns contextos, os prestadores de serviços podem, legalmente, recusar atendimento a adolescentes e pessoas transgênero. As pessoas com deficiência são mais vulneráveis à violência, incluindo a violência sexual (UNFPA, 2018). Entre as pessoas envolvidas em conflitos e outras formas de crise, com acesso limitado aos cuidados de saúde e altas taxas de violência, a vulnerabilidade à gravidez não planejada aumenta.

Gravidez não planejada, do ponto de vista dos direitos humanos

Nem toda gravidez não planejada é, necessariamente, o resultado, nem resulta em uma violação dos direitos humanos. Os direitos humanos entram em jogo sempre que a autonomia corporal e reprodutiva for um problema (UNFPA, 2021). Em importantes acordos internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (também conhecida como CEDAW, ou Convenção da Mulher), os Estados afirmaram que todos os indivíduos e casais têm direito à informação e aos meios para escolher ter ou não ter filhos, quando tê-los e quantos ter (Assembleia Geral da ONU, 1979). Quando essas obrigações não são cumpridas, os direitos humanos são prejudicados ou violados. Esse é o caso quando as pessoas são incapazes de exercer uma escolha informada porque não têm o acesso a informações de saúde reprodutiva de qualidade ou a capacidade de agir de acordo com essas informações, quando uma pessoa sofre violência ou coerção sexual, e quando a discriminação e a desigualdade circunscrevem uma ampla gama de oportunidades, deixando as pessoas com um conjunto incompleto de escolhas.

O Programa de Ação da CIPD, documento fundamental endossado por 179 países, que orienta o trabalho do UNFPA desde 1994, conclama todos os Estados e a comunidade internacional a "usar todos os meios à sua disposição para apoiar o princípio da escolha voluntária no planejamento familiar". Deve-se notar que o Programa de Ação enfatiza que "o aborto... em nenhum caso, deve ser promovido como método de planejamento familiar" (UNFPA, 1994). (Veja mais na página 21 sobre aborto.)

179

países



No entanto, esses desafios – a confusão de preocupações sociais e jurídicas, os tabus, a culpa e as normas discriminatórias – não são insuperáveis. Longe disso. Um ciclo virtuoso de progresso pode – e deve – começar.



A gravidez não planejada reflete as prioridades da sociedade

Pode uma sociedade, quaisquer que sejam suas intenções declaradas, afirmar que valoriza plenamente as mulheres e meninas quando suas ambições, seus desejos e seu potencial humano são reduzidos? Quando não são capazes de exercer seu arbítrio para evitar uma gravidez não intencional? A sociedade pode realmente dizer que valoriza a maternidade se ela resultar de autonomia restrita, coerção, estigma ou violência?

A autonomia de mulheres e meninas é desvalorizada quando informações e serviços sexuais e reprodutivos não são totalmente apoiados e priorizados. Isso ficou evidente durante o início da pandemia da Covid-19, quando os serviços contraceptivos estavam entre os serviços de saúde mais amplamente interrompidos (OMS, 2020a). Nos primeiros 12 meses da crise, a interrupção de suprimentos e serviços durou, em média, 3,6 meses, levando a até 1,4 milhão de gestações não planejadas (Luchsinger, 2021). Em 2021, à medida que as interrupções continuavam – embora com algum grau de ajuste e atualização –, os serviços de contracepção ainda estavam entre os mais afetados (Luchsinger, 2021).

Quando os sistemas de saúde não oferecem cobertura universal, quando os cuidados sexuais e reprodutivos não são centrados na pessoa nem são abrangentes, ou são de baixa qualidade, o compromisso dos governos de garantir o direito à saúde universalmente acordado permanece não cumprido. Isso é especialmente verdadeiro quando os sistemas de saúde não fornecem atendimento acessível, adequado e adaptado às adolescentes. As consequências da gravidez não planejada podem ser mais graves para essa faixa etária – afinal,

as complicações na gravidez e no parto são a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos (OMS, 2020b).

O direito à saúde também é prejudicado quando as práticas de saúde são indiferentes aos direitos e às preocupações dos pacientes, como é evidente nas preocupações amplamente divulgadas sobre os efeitos colaterais (Bellizzi *et al.*, 2020; Sedgh *et al.*, 2016), a dificuldade com o uso consistente e o fato de que muitas gestações não planejadas acontecem entre usuárias de anticoncepcionais (Frost e Darroch, 2008). A autonomia corporal das pessoas e sua dignidade, confiança e seu bem-estar são corroídos quando os serviços de saúde não atendem às suas necessidades. A campanha *What Women Want* sobre cuidados de saúde reprodutiva e materna pesquisou 1,2 milhão de mulheres e meninas em 114 países em 2018-2019, e descobriu que o principal pedido era por uma assistência mais respeitosa e digna (White Ribbon Alliance, 2019).

Apesar de algum progresso, muitos sistemas legais e políticas públicas continuam a refletir o baixo valor atribuído aos direitos das mulheres e meninas. Alguns ainda exigem o consentimento de terceiros para o uso de contracepção ou permitem a esterilização involuntária como uma “solução” para a gravidez não intencional entre pessoas com deficiência (UNFPA, 2021). Restrições legais de longo alcance continuam a limitar o acesso ao aborto seguro (UNFPA, 2020a), embora elas pouco façam para limitar a prática e, em vez disso, aumentam a proporção de abortos inseguros e mortes causadas por eles (Ganatra *et al.*, 2017). Os formuladores de políticas podem restringir ou eliminar o financiamento, mesmo em ambientes onde a contracepção é socialmente aceitável e onde os sistemas de saúde têm capacidade para fornecer serviços (Gold e Hasstedt, 2017).

Muito esforço tem sido despendido para encontrar uma solução mágica para “resolver” a gravidez não intencional, como novas formas de contracepção, suprimimentos mais acessíveis e confiáveis e mais opções de métodos – mas muitas dimensões da questão permanecem pouco abordadas. Isso é especialmente verdadeiro quando se trata de



© UNFPA/Fidel Évora

uma solução central, uma chave para liberar a independência total e a autonomia corporal para todos: igualdade de gênero.

A igualdade de gênero tem sido uma meta de desenvolvimento indescritível por décadas. Ainda não foi totalmente alcançada em nenhum país. Mas sabemos que funciona: mulheres e meninas empoderadas, que vivenciam a igualdade, são mais capazes de lidar com uma gravidez não intencional ou de evitá-la em primeiro lugar (explorado no Capítulo 2). Sua capacidade de exercer autonomia melhora suas vidas e traz benefícios para todas as pessoas.

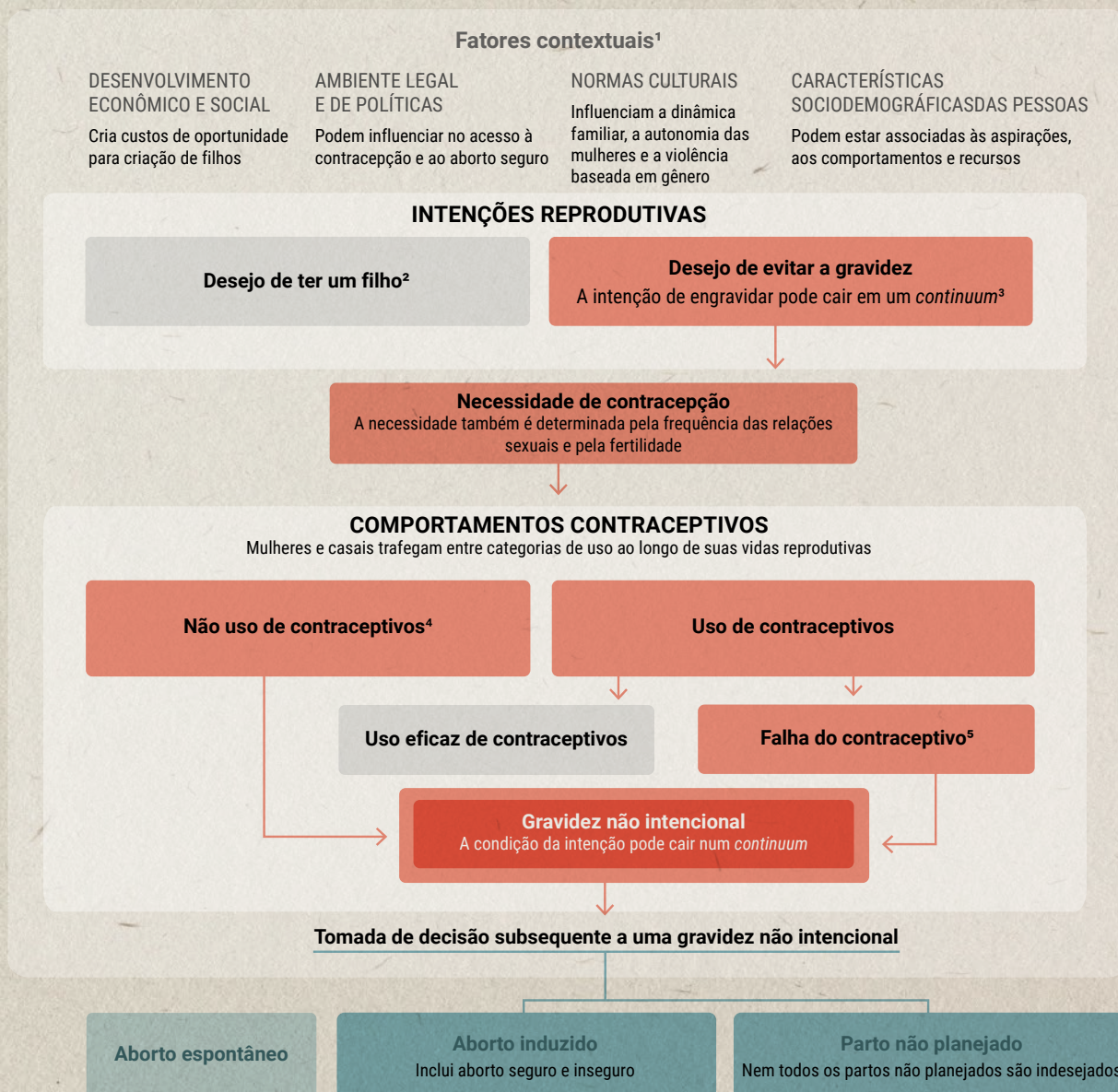
Convenções e acordos de direitos humanos há muito exigem igualdade de gênero. Em 1994, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) contribuiu para esclarecer que a plena igualdade de mulheres e meninas exige que elas tenham o controle de seus corpos, suas vidas e de seu futuro igual ao de homens e meninos. Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – incluindo não apenas o ODS 5, sobre igualdade de gênero, mas muitos outros objetivos e metas relacionadas à redução da pobreza e ao crescimento econômico, por exemplo – requer a redução das disparidades de gênero.

São necessários esforços abrangentes. É hora de fortalecer os sistemas de saúde, e de ir além deles. É hora de uma educação de qualidade e empoderadora para todos os meninos e as meninas, e de mudanças na expectativa de que o destino de uma menina vá além da reprodução e maternidade. É hora de as mulheres terem oportunidades de educação e trabalho decentes, e de ganharem um maior senso de poder e autonomia. A proteção social deve garantir os direitos dos mais vulneráveis. Líderes devem modelar normas de gênero mais progressistas e definir novos rumos em leis e políticas públicas.

É difícil prever um mundo onde *toda* gravidez seja intencional. Mas podemos trabalhar para um no qual a grande maioria das gestações seja planejada, bem-vinda e desejada, e onde todas as mulheres e meninas vivam a partir de uma posição de força e empoderamento, reivindicando escolhas e intenções que são suas. O conjunto de evidências, discutido nos capítulos seguintes, mostra o que precisa ser abordado para apoiar a autonomia individual na tomada de decisões reprodutivas. Esses são pontos de partida para pesquisadores, formuladores de políticas e defensores, fundamentados não apenas em dados, mas também em uma longa linha de acordos internacionais, documentos de direitos humanos e as ambições globais coletivas da *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*.

Um marco teórico de fatores que contribuem para a gravidez não intencional e seus resultados

Estudos sociodemográficos sugerem alguns dos caminhos que levam a uma gravidez não planejada. Este marco identifica as principais oportunidades de intervenção, com a ressalva de que os fatores incluídos são complexos, difíceis de medir e não são, necessariamente, lineares. Por exemplo, a falta de autonomia reprodutiva, a baixa escolaridade e a pobreza estão associadas à gravidez não intencional, mas os caminhos que levam a isso tudo nem sempre são claros.

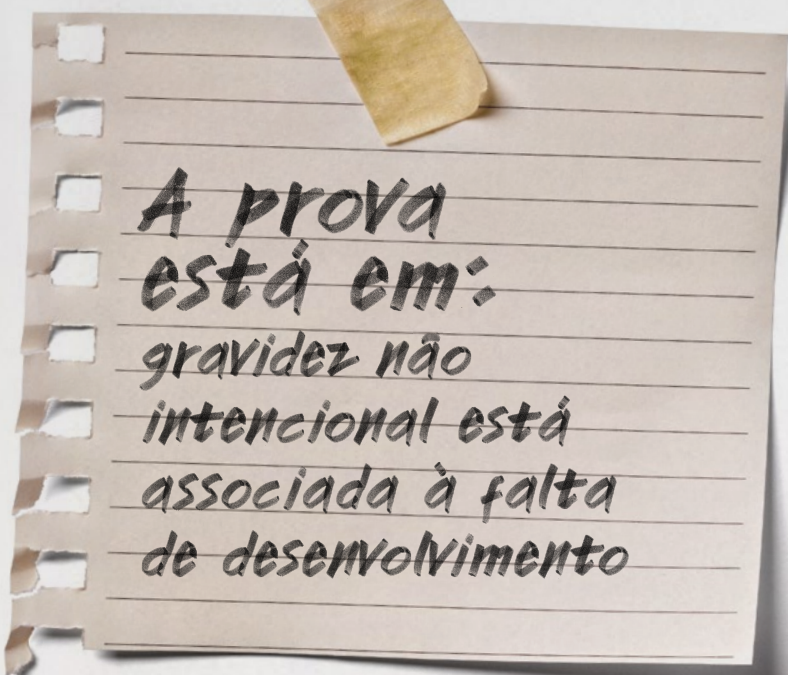


Fonte: autores.

Caixas cinzas: não há risco de gravidez não planejada. **Caixas em azul-clara:** resultados da gravidez não planejada

(1) Ambientes econômicos, sociais, políticos e culturais podem influenciar uns aos outros, bem como o caminho de uma gravidez não planejada. A prevalência de gravidez não planejada também pode influenciar alguns fatores contextuais. (2) Mesmo uma gravidez desejada pode ser seguida por circunstâncias que dificultam o nascimento da criança. (3) O *continuum* de intenção de gravidez inclui ambivalência sobre ter um filho, bem como ausência de tomada de decisão consciente sobre a gravidez (ver Capítulo 2). As intenções de gravidez incluem o desejo de adiar a gravidez ou evitar totalmente ter um filho. (4) As razões para não usar anticoncepcionais incluem preocupações sobre os métodos, a incerteza sobre o risco de gravidez, o acesso limitado a serviços de qualidade e os fatores contextuais observados no marco teórico (ver Capítulo 4). (5) A falha contraceptiva é explorada na página 52.





Em 2015, todos os Estados-Membros das Nações Unidas concordaram com a *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, que buscava, como um dos seus principais objetivos, a conquista da igualdade de gênero – reconhecida como um pilar do desenvolvimento humano. Um dos indicadores dessa agenda é “a proporção de mulheres de 15 a 49 anos que tomam suas próprias decisões informadas sobre relações sexuais, uso de contraceptivos e cuidados de saúde reprodutiva”.

Somente 57% das mulheres são capazes de tomar suas próprias decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva e direitos

Este indicador, o ODS 5.6.1, enfatiza que as taxas de gravidez não planejada são um reflexo do desenvolvimento social geral, e que níveis mais altos de escolha consciente na tomada de decisões reprodutivas fazem parte de um ciclo positivo que alimenta outros ganhos de desenvolvimento. Dados mais recentes sobre o ODS 5.6.1, referentes a mulheres em idade reprodutiva e com parceiros em 64 países, mostram que 23% são incapazes de dizer não ao sexo, 24% são incapazes de tomar decisões sobre sua própria saúde e 8% são incapazes de tomar decisões especificamente sobre contracepção. Juntos, significa que somente 57% das mulheres *são* capazes de tomar suas próprias decisões sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos (Base de Dados UNSDG, 2022). Esse é o contexto no qual devemos entender a incidência de gravidez não intencional.

Globalmente, os dados mais recentes mostram que, em 2015-2019, houve cerca de 121 milhões de gestações não planejadas a cada ano, com cerca de 48% de **todas as gestações sendo não intencionais** (Bearak *et al.*, 2020). Sessenta e um por cento dessas gestações não planejadas terminaram em aborto induzido.

A taxa atual de gestações não planejadas tem declinado ao longo do tempo – provavelmente, refletindo os ganhos de desenvolvimento obtidos no período considerado. Entre 1990 e 2019, a taxa anual de gravidez não planejada caiu de 79 para 64 gestações, para cada 1.000 mulheres de 15 a 49 anos. Embora a queda na taxa de gravidez não planejada ofereça algum conforto, o número absoluto de mulheres que vivenciam uma gravidez não planejada na verdade **aumentou** cerca de 13%, devido ao crescimento populacional nesse período de 30 anos. A taxa atual de 64 gestações não planejadas por 1.000 mulheres significa que cerca de 6% das mulheres no mundo vivenciam uma gravidez não planejada a cada ano.

Novas estimativas baseadas em modelos reforçam o fato de que as taxas e a incidência de gravidez não planejada variam amplamente entre os países (Bearak *et al.*, 2022). Por que as fronteiras nacionais e regionais parecem demarcar a frequência de gestações não planejadas? Afinal, a gravidez é tipicamente descrita em termos de comportamento e responsabilidade pessoal. No entanto, essas tendências mostram que as condições nacionais e regionais podem desempenhar um papel crítico no apoio ou na supressão da autonomia corporal e que, inversamente, a perda ou o exercício da autonomia corporal podem afetar seriamente o bem-estar da sociedade. Ambas as noções transferem, em alguma medida, a responsabilidade por essas questões dos indivíduos para os Estados.

Quais condições nacionais influenciam ou são influenciadas pelo exercício da escolha? As evidências até o momento não forneceram respostas definitivas, mas existem possibilidades convincentes, principalmente, quando se trata de condições de desenvolvimento.

Tendências do aborto

Embora a taxa de gravidez não planejada tenha diminuído, a taxa global de aborto permaneceu praticamente inalterada, tendo sido estimada em 39 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva entre 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2020) (consulte a nota técnica na página 141). Em âmbito global, 29% de todas as gestações – tanto planejadas quanto não planejadas – terminam em aborto. Isso equivale a cerca de 73 milhões de abortos por ano, em média, ocorridos entre 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2022). Onde esses abortos são inseguros, as mulheres correm o risco de morbidade a curto e longo prazos, e até mesmo de morte.

A taxa de aborto constante, e a incidência decrescente de gravidez não planejada, indicam que a proporção de gestações não planejadas que terminam em aborto aumentou desde 1990-1994, de 51% para 61% (Bearak *et al.*, 2020). Tomados em conjunto, esses valores sugerem que as mulheres podem estar exercendo, moderadamente, mais autonomia sobre seus resultados reprodutivos, tanto na forma de prevenção da gravidez quanto na interrupção de gestações não planejadas, em comparação com as mulheres de 30 anos atrás. *

Essa ampla trajetória pode ser mapeada juntamente com o aumento da disponibilidade de opções contraceptivas, ganhos na igualdade de gênero e melhoria dos indicadores de desenvolvimento, em termos gerais; tanto o progresso do desenvolvimento quanto a diminuição das taxas de gravidez não planejada são encontrados na grande maioria dos países para os quais há dados disponíveis.

Em âmbito nacional ou regional, no entanto, a proporção de gestações não planejadas que terminam em aborto varia muito. Não existe uma associação discernível entre a incidência nacional de gravidez não planejada e a proporção dessas gestações que terminam em aborto; em muitos lugares, as mulheres tendem a exercer a escolha reprodutiva de uma maneira, mas não de outra.

Este capítulo apresenta uma análise ecológica original para explorar algumas das correlações entre as métricas de desenvolvimento e os dados recentemente disponíveis em âmbito nacional sobre gravidez não planejada. Embora esta análise não demonstre causalidade, levanta questões importantes sobre como o progresso do desenvolvimento e, de forma relacionada, as escolhas de políticas podem influenciar a incidência de gravidez não planejada. Por outro lado, esta análise também sugere que o empoderamento e o exercício de escolha das mulheres podem afetar o desenvolvimento e o bem-estar nacional.

Novas ideias

A incidência de gravidez não planejada varia amplamente por região. Houve cerca de 35 gestações não planejadas, anualmente, por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos na Europa e na América do Norte, em comparação com 64 na Ásia Central e na do Sul, e 91 na África Subsaariana, em 2015-2019. Mas também há grandes disparidades dentro das regiões. Por exemplo, a taxa estimada de gravidez não planejada foi de 49 no Níger, mas de 145 em Uganda (Bearak *et al.*, 2022). Apesar dessas variações

Esforços mais vigorosos para lidar com a gravidez não planejada poderiam resultar em benefícios mais significativos em termos de desenvolvimento.

intrarregionais, há tendências gerais importantes que podem ser observadas nas estimativas regionais.

Notavelmente, na Europa e na América do Norte, em 2015-2019, a taxa de gravidez não planejada caiu para cerca de metade do que era no início da década de 1990, enquanto na Ásia Central e Meridional e na América Latina caiu cerca de um quarto (28%). A taxa também caiu na África Subsaariana, mas apenas por volta de 12%.

O que essas variações significam? Para entender melhor, esta análise observou as correlações dos principais indicadores sociais, econômicos e políticos (PNUD, 2020) com as taxas de gravidez não planejada, bem como a proporção de gestações não planejadas que terminam em aborto em âmbito nacional. Foram analisados 150 países para os quais há estimativas disponíveis, cobrindo o período de 1990-2019.

Essas análises oferecem, em geral, uma forte indicação de que países com níveis mais altos de desenvolvimento social e econômico, níveis mais altos de igualdade de gênero e políticas que incluem mais acesso legal ao aborto seguro apresentam taxas mais baixas de gravidez não planejada. Isso salienta a relação interligada e de reforço mútuo entre gravidez

não planejada e falta de desenvolvimento, sugerindo que esforços mais vigorosos para lidar com a gravidez não planejada podem trazer benefícios significativos para o desenvolvimento.

Enquanto isso, a proporção de gestações não planejadas que terminam em aborto variou amplamente, refletindo a grande diversidade em ambientes culturais e legais em todo o mundo.

Desenvolvimento socioeconômico

Os autores analisaram os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2019 e dois de seus componentes principais – escolaridade e renda nacional bruta (RNB) *per capita* –, em comparação com as taxas de gravidez não planejada. Em âmbito global, níveis mais altos de desenvolvimento social e econômico, medidos por esses indicadores, foram fortemente correlacionados com menor incidência de gravidez não planejada em 2015-2019. Uma possível explicação é que os países com pontuações de desenvolvimento mais altas provavelmente serão aqueles em que os serviços contraceptivos são mais amplamente acessíveis e nos quais as mulheres enfrentam menos barreiras culturais para gerenciar suas preferências de fecundidade. (Vale notar que o padrão era diferente na África Subsaariana, uma situação explorada mais detalhadamente na nota técnica na página 141.)

Os *resultados da gravidez* estavam mais propensos a diferir entre países de alta renda e países de baixa e média renda.

Em países de renda baixa e média, níveis mais altos de desenvolvimento social e econômico estavam associados a uma proporção maior de gestações não planejadas sendo abortadas (mesmo depois de controlar por diferenças na situação legal do aborto). Essa descoberta leva à hipótese de que, à medida

que os custos de oportunidade associados à gravidez aumentam, as mulheres que vivenciam uma gravidez não planejada são mais fortemente motivadas a evitar ter um filho. O mesmo padrão mostrou-se verdadeiro em relação às tendências ao longo do período de 30 anos, entre 1990-2019, nesses países: melhorias nas pontuações de desenvolvimento no nível nacional foram associadas a aumentos na proporção de gestações não planejadas que foram interrompidas.

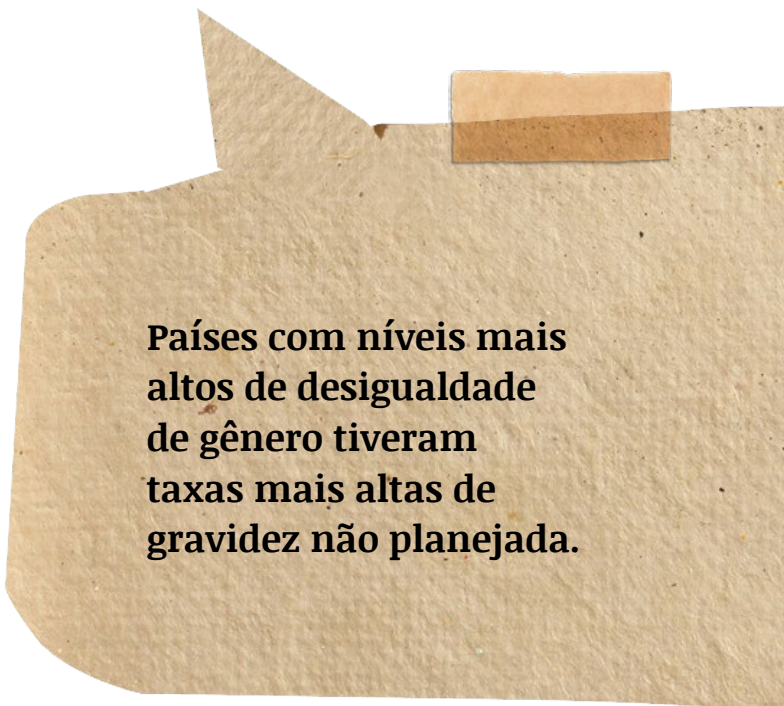
Em países de alta renda, pontuações mais altas de IDH foram associadas a uma *menor* probabilidade de interrupção da gravidez, embora países de alta renda com pontuações de desenvolvimento mais baixas tenham sido associados a maior probabilidade de aborto. Uma hipótese é que, em países de alta renda e níveis mais elevados de desenvolvimento, as mulheres motivadas a evitar ter um filho são mais capazes de evitar a gravidez, inclusive por meio do uso de métodos contraceptivos. Também é possível que as redes de segurança social e econômica facilitem para as mulheres levar a termo uma gravidez não planejada em países mais desenvolvidos.

Pode-se supor que os níveis de renda e educação entre mulheres e meninas estejam mais estreitamente relacionadas a taxas menores de gravidez não planejada do que os níveis de renda e educação entre homens e meninos, mas não foi esse o caso. As pontuações *per capita* da RNB e os níveis de escolaridade entre as mulheres não foram mais fortemente correlacionados com a incidência de gravidez não planejada ou a proporção de abortos do que as pontuações masculinas de RNB *per capita* e escolaridade. Isso indica que a RNB geral do país e o nível de educação estão ligados à redução da gravidez não planejada, em vez de exclusivamente RNB *per capita* e educação entre mulheres e

meninas. Em outras palavras – e mais importante –, o desenvolvimento geral é um fator provável na redução das taxas de gravidez não planejada.

Igualdade de gênero

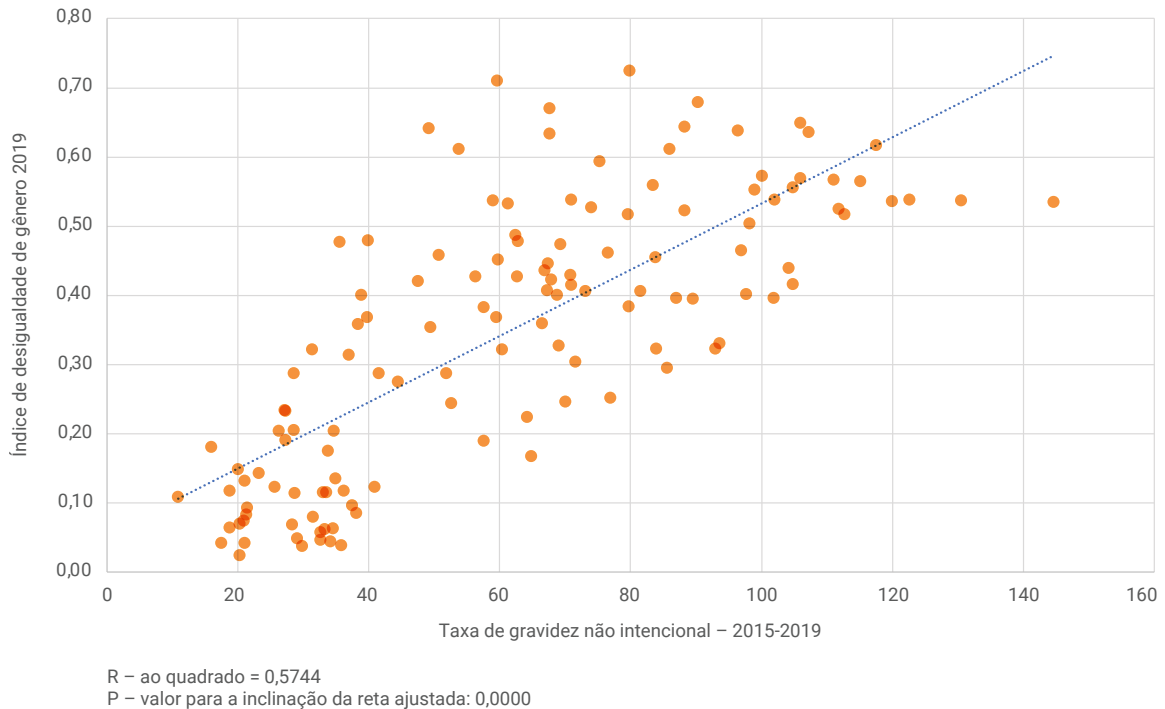
Os autores também avaliaram a relação entre igualdade de gênero e gravidez não planejada, com o índice de desigualdade de gênero (GII) usado como medida de status de mulheres e meninas. O GII mede três aspectos da igualdade de gênero – saúde reprodutiva, empoderamento e status econômico – com pontuações mais altas do GII indicando níveis mais altos de desigualdade de gênero. Países (e territórios) com níveis mais altos de desigualdade de gênero, como medido pelo GII, tiveram taxas mais altas de gravidez não planejada em 2015-2019, tanto em países de baixa e média renda quanto em países de alta renda. Essa correlação persistiu mesmo após o controle pelo papel do IDH e se destacou como o



Países com níveis mais altos de desigualdade de gênero tiveram taxas mais altas de gravidez não planejada.

FIGURA 1

Correlação entre a taxa de gravidez de 2015-2019 e o GII (índice de desigualdade de gênero) de 2019



Fonte: os autores, usando dados de Bearak et al., 2022.

mais forte de todos os preditores examinados nessas análises (veja a Figura 1).

Em termos de resultados de gravidez, os padrões que surgiram foram semelhantes aos observados em relação ao IDH: em países de renda baixa e média, níveis **mais baixos** de igualdade de gênero foram associados a **menores** proporções de gestações não planejadas que foram abortadas. Essa correlação se manteve mesmo após considerar amplas variações nas leis de aborto nesses países. Por outro lado, em países de alta renda, pontuações mais altas em igualdade de gênero foram ligeiramente, mas não

significativamente, associadas a proporções mais baixas de gestações não planejadas abortadas.

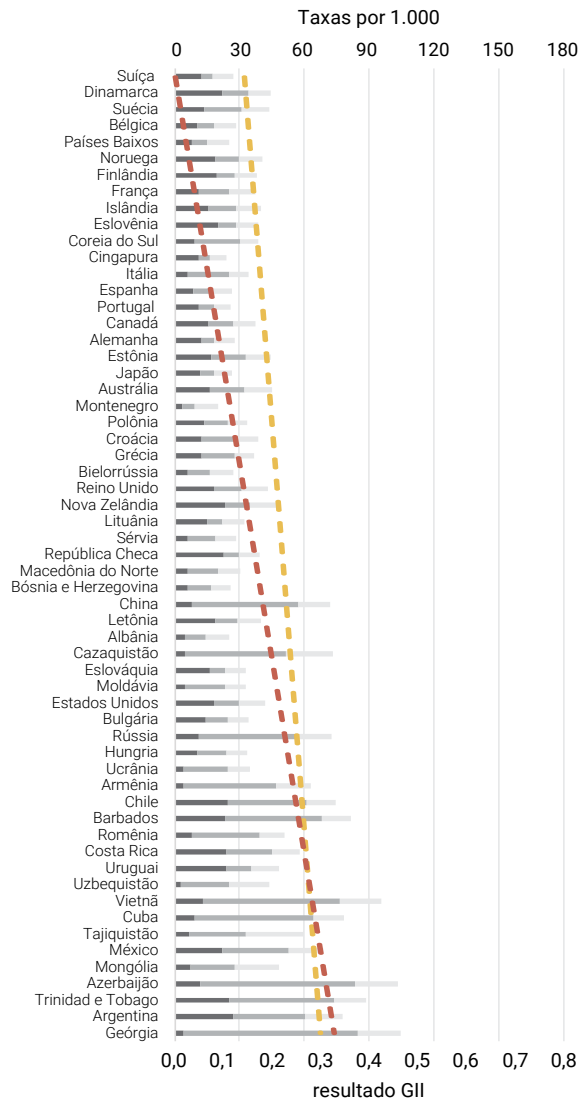
Tomados em conjunto, esses resultados sugerem que os ganhos iniciais na igualdade de gênero – como observado em países de renda baixa e média – resultam em mulheres com gravidez não planejada sendo mais propensas a aproveitar a opção de fazer um aborto. No entanto, em ambientes de renda mais alta, mais igualdade de gênero não teve impacto perceptível no recurso ao aborto (Figura 2), talvez porque nesses ambientes as mulheres sejam mais capazes de evitar uma gravidez não planejada em primeiro lugar.

FIGURA 2

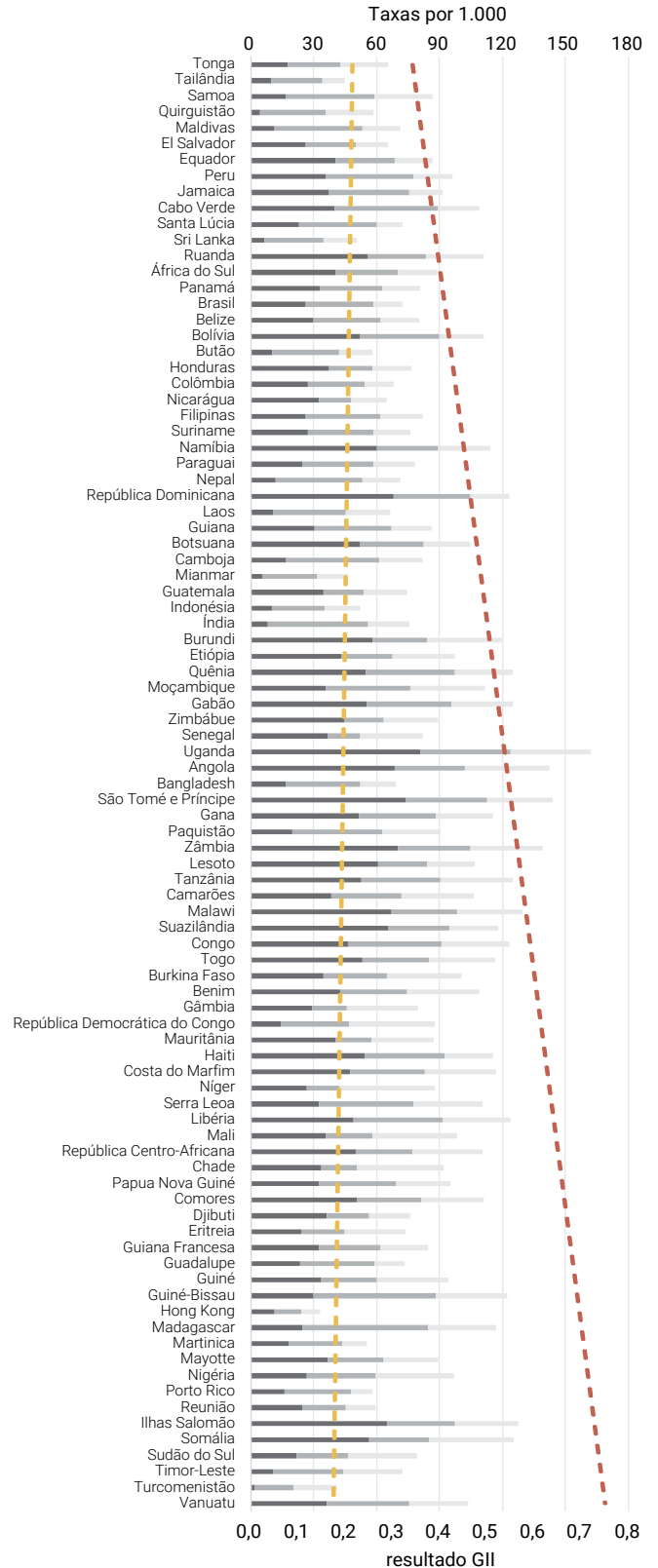
Taxas de nascimento e de aborto não planejados, e a proporção de gestações não planejadas que terminam em nascimentos não planejados, abortos induzidos e espontâneos, 2015-2019, segundo o índice de desigualdade de gênero (GII)

■ Nascimentos não planejados ■ Abortos induzidos ■ Abortos espontâneos
 — Abortos por mil gestações não planejadas
 - - - - - GII 2019

A. Países e territórios com GII inferior a 0,35



B. Países e territórios com GII superior a 0,35



Razão de mortalidade materna

A relação entre a razão de mortalidade materna (MMR) – componente do GII – e o aborto inseguro é bem conhecida. O aborto inseguro é um dos principais fatores que contribuem para as mortes maternas em todo o mundo: entre 4,7% e 13,2% das mortes maternas podem ser atribuídas a abortos inseguros anualmente (OMS, 2020). Mas a relação entre gravidez não planejada e mortalidade materna tem sido menos clara.

Nas análises dos autores, usando apenas dados disponíveis sobre MMR (OMS *et al.*, 2019) – uma medida muito importante de desenvolvimento, especialmente, do setor de saúde – e as taxas de gravidez não planejada de 2015 a 2019, verificou-se que a mortalidade materna mais elevada foi, de fato, correlacionada com taxas mais altas de gravidez não planejada. Essa associação se manteve para países de todas as categorias de renda (com exceção da África Subsaariana, discutida na nota técnica na página 141).

Por que as gestações não planejadas estariam associadas a um risco maior de mortalidade materna do que as gestações planejadas? Há muitas explicações possíveis. A principal delas é que as gestações não planejadas são mais propensas do que as planejadas a levar ao aborto, incluindo abortos inseguros. As mulheres com gravidez não planejada também são menos propensas a usar os serviços de saúde (explorado mais adiante, no Capítulo 5, na página 94). Ainda assim, as evidências sobre o impacto da gravidez não planejada nos resultados de saúde materna são limitadas, e os caminhos para essa associação ainda não foram totalmente desvendados na literatura científica (Gipson *et al.*, 2008).

Leis sobre o aborto

As taxas de gravidez não planejada tendem a ser **mais baixas** em países com leis de aborto mais liberais (ou seja, países em que o aborto é permitido por motivos socioeconômicos ou a pedido) do que naqueles com leis mais restritivas (onde o aborto é totalmente proibido; onde só é permitido para salvar a vida de uma mulher; onde é permitido para preservar a saúde física da mulher; e onde também é permitido para preservar a saúde mental da mulher).

Essa é uma correlação digna de nota, embora não seja uma questão de causalidade: as leis liberais do aborto, por si só, provavelmente não têm impacto na incidência de gravidez não planejada. Em vez disso, é possível que as leis liberais do aborto sejam um reflexo de serviços de saúde sexual e reprodutiva mais amplos, que sejam mais amigáveis e adaptáveis às necessidades das pessoas sexualmente ativas.

Em termos de **resultados** de gravidez não planejada, os países de renda baixa e média não apresentaram uma associação significativa entre as leis de aborto e a proporção de gestações não planejadas que terminaram em aborto. Em outras palavras, as leis restritivas do aborto nesses países **não** demonstraram reduzir o recurso ao aborto. Mas, em países de alta renda que tinham leis de aborto mais liberais, uma proporção significativamente **menor** de gravidezes não planejadas resultou em abortos, em comparação com países de alta renda com leis mais restritivas. Esses resultados confirmam os de outros pesquisadores (Bearak *et al.*, 2022).

Aborto do ponto de vista dos direitos humanos

Nem todas as gestações não planejadas são indesejadas. No entanto, a maioria das gestações não planejadas termina em aborto, tornando a perspectiva dos direitos humanos sobre o aborto altamente relevante para os Estados e formuladores de políticas. Os direitos reprodutivos são direitos humanos; todos têm o direito de tomar decisões conscientes sobre seu corpo e sua saúde e decidir se, quando e quantos filhos ter (Assembléia Geral das Nações Unidas, 1979). Esses direitos – e os direitos à saúde e à vida – incluem o acesso ao aborto seguro, que é protegido “quando a vida e a saúde da mulher ou menina grávida estão em risco, ou quando levar uma gravidez a termo traria para a mulher ou menina grávida dor ou sofrimento significativo, principalmente quando a gravidez é resultado de estupro ou incesto, ou não é viável” (UN CCPR, 2019). O acesso ao aborto seguro não é um direito autônomo. Ele depende da proteção e fruição de outros direitos humanos: à informação, à saúde, à igualdade, à privacidade e a viver livre de violência, estereótipos de gênero e discriminação (ACNUDH, 2018).

Embora o acesso ao aborto seja, principalmente, regido pela legislação nacional (UNFPA, 1994), as normas de direitos humanos afetam cada vez mais o escopo da legislação nacional. Em 2019, por exemplo, o Comitê de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas indicou que todos os Estados devem descriminalizar o aborto e garantir que o aborto legal esteja disponível para preservar a vida e a saúde da mulher; além disso, os Estados não podem colocar barreiras administrativas ou outras no caminho das mulheres que buscam um aborto legal (UN CCPR, 2019). Muitos outros tratados e órgãos internacionais de direitos humanos e tratados

regionais de direitos humanos consideram o aborto um direito humano quando a gravidez é resultado de força e coerção (Fine et al., 2017). Em todos os casos, independentemente de o aborto ou a tentativa de aborto ser legal ou não, os cuidados pós-aborto como uma intervenção médica que salva vidas devem estar disponíveis para todas aquelas que o necessitam (UNFPA, 1994).

O aborto é, de fato, legal na maioria dos países, embora muitas vezes com restrições. Em 96% dos 147 Países Membros das Nações Unidas com dados registrados, o aborto é legal para alguns ou todos os motivos, incluindo salvar a vida da mulher, preservar a saúde da mulher, em casos de estupro e em casos de fetos com má formação. Porém, o consentimento do marido é requerido para assegurar o serviço em 28% dos países, e o consentimento judicial é requerido em 36%. Além disso, as mulheres podem ser acusadas de praticarem um aborto ilegal em quase 63% dos países. (Nações Unidas, 2022)

Nas situações em que o aborto é ilegal ou inacessível, gestações não planejadas têm sido descritas como “procriação compulsória” (UN ESCWA, 2004). Essa ideia, de que uma pessoa deve ser obrigada a continuar com uma gravidez não desejada, está enraizada em estereótipos de gênero e reflete a noção discriminatória de que o valor de meninas e mulheres reside apenas em suas capacidades reprodutivas. Os Estados são obrigados pelas convenções de direitos humanos a transformar esses estereótipos prejudiciais e acabar com as práticas por meio das quais são reforçados. As leis e políticas devem, no mínimo, permitir que as pessoas evitem ao máximo uma gravidez não planejada (UNFPA, 2020b).

Apoiar ou suprimir a escolha

Essas análises são apenas um primeiro passo para examinar essas novas estimativas. Pesquisas mais extensas são necessárias. Ainda assim, no momento, esse vislumbre dos dados oferece *insights* importantes, muitos dos quais confirmam suposições e descobertas existentes, como a clara correlação entre muitas medidas de desenvolvimento, especialmente aquelas relacionadas à desigualdade de gênero, e gravidez não planejada. Outras descobertas ajudam a desvelar diferenças sutis em várias partes do mundo sobre como as mulheres vivenciam e lidam com gestações não planejadas, como refletido nas relações entre igualdade de gênero e resultado da gravidez.

Tomados em conjunto, esses dados mostram que as circunstâncias gerais do país e da comunidade podem criar ambientes que permitem ou dificultam o exercício da escolha afirmativa sobre se e quando engravidar, e que a autonomia corporal e a capacidade de agir podem desempenhar um papel recíproco na melhoria do desenvolvimento comunitário e nacional.

Não intencional, indesejada ou incerta? Os limites das medidas atuais

Este capítulo apresenta alguns dos dados mais abrangentes e recentes sobre o tema da gravidez não planejada. No entanto, também é importante notar que este tópico – considerado importante social e economicamente, e universal como uma experiência – é, frequentemente, mal descrito ou descrito com inconsistências e, muitas vezes, mal compreendido, levando a limitações na forma como foi medido.

Em primeiro lugar, a grande proporção de gestações não planejadas que terminam em aborto – mais de três em cada cinco (Bearak *et al.*, 2020) – ressaltam a probabilidade de que a maioria dessas gestações não sejam apenas não planejadas, mas também indesejadas. Dadas as restrições legais ao aborto em muitos países – bem como as barreiras sociais, econômicas e geográficas ao aborto em muitas comunidades –, a proporção real de gestações não planejadas e não desejadas pode ser muito maior.

Entretanto, seria um erro supor que toda gravidez não planejada seja indesejada. Em alguns casos, as mulheres não planejam ativamente engravidar, mas podem reagir positivamente à gravidez e decidir que querem continuar. Isso é reforçado por uma grande pesquisa na França, na qual as entrevistadas eram mais propensas a dizer que uma gravidez não foi planejada do que dizer que não era desejada (Moreau *et al.*, 2014).

Os pesquisadores há muito observam e se esforçam para capturar com precisão como as atitudes das mulheres em relação à gravidez podem cair em um espectro (Hall *et al.*, 2017; Aiken *et al.*, 2016). Muitas mulheres, por exemplo,

são ambivalentes sobre ter ou expandir uma família. Algumas querem ter um bebê, mas não têm certeza sobre suas circunstâncias de vida, seu parceiro ou seu futuro. O desejo de uma mulher pela gravidez pode diminuir e fluir antes, e até durante a gravidez. E em muitos cenários, a própria noção de intencionalidade é problemática. Mulheres e meninas nesses cenários podem ser incapazes de exercer volição pessoal ou podem ter uma abordagem fatalista da gravidez e do parto. Elas podem até pensar que suas intenções não importam e – tragicamente –, aos olhos de suas famílias ou comunidades, muitas delas estão certas.

Essa incerteza tem impacto sobre os dados. Muitos deles pressupõem que as mulheres tomam decisões conscientes e binárias sobre se querem ou não ter um filho. A maioria das estimativas atuais da incidência de gravidez não planejada é derivada de perguntas usadas em pesquisas populacionais, como Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) em países de baixa renda. A DHS faz uma única pergunta às mulheres sobre cada gravidez que ocorreu, até cinco anos no passado. Geralmente, a pergunta é: “Na época em que você engravidou, você queria engravidar, queria esperar até mais tarde ou não queria ter (mais) filhos?”. As mulheres que respondem que não queriam engravidar ou que queriam esperar são consideradas por essas estimativas como tendo tido uma gravidez não planejada. Essa abordagem é imperfeita (Population Council, 2015): por exemplo, algumas mulheres que têm um filho de uma gravidez não planejada podem, posteriormente, reformular sua experiência de gravidez depois de se adaptar à sua nova realidade (Ralph *et al.*, 2020). Depois de dar à luz e criar um vínculo com um bebê, ou depois de suportar o estigma associado à gravidez não planejada, a mulher pode reformular

uma aversão anterior à gravidez como simples ambivalência, ou a ambivalência pode ser reformulada como abertura à gravidez. Medidas baseadas em relatos retrospectivos de intenções de gravidez podem, portanto, subestimar a prevalência de gravidez não planejada.

As mulheres podem, por motivos religiosos ou outros, fazer uma escolha deliberada de não escolher – atribuindo sua sorte à fé ou ao destino, por exemplo. Essas mulheres não se enquadram na classificação binária de gravidez planejada ou não; elas poderiam ser descritas como tendo uma intenção indefinida de engravidar, mas, igualmente, suas gestações poderiam ser descritas como não planejadas. Finalmente, a DHS e outras pesquisas geralmente coletam informações sobre gravidez não planejada apenas de mulheres. Portanto, pouco se sabe sobre as atitudes dos parceiros masculinos em relação à gravidez, ou até que ponto eles são capazes de exercer a escolha reprodutiva em suas próprias vidas.

Há esforços em andamento para aprimorar as medidas de gravidez não planejada a fim de refletir melhor as experiências diferenciadas das mulheres. Uma das abordagens, a *London Measure of Unplanned Pregnancy*, mede até que ponto uma gravidez foi planejada em uma escala de 0 a 12 (Hall *et al.*, 2017). Estimativas baseadas em modelos da incidência de partos não planejados e aborto foram publicadas em 2016 (Segdh *et al.*, 2016a), e estas foram seguidas pelas primeiras estimativas de países baseadas em modelos para quase todos os países do mundo (Bearak *et al.*, 2022). Ainda assim, são estimativas; uma base de evidências profunda e confiável surgirá somente quando essas experiências puderem ser relatadas sem vergonha, e recursos suficientes forem dedicados para medir a incidência de aborto.

Gravidez na adolescência e escolha

A gravidez não planejada é muitas vezes confundida com a questão da gravidez na adolescência, mas a relação entre essas duas preocupações é realmente mais complexa. Nem todos os bebês nascidos de adolescentes resultam de gestações não planejadas. A maioria dos partos entre meninas menores de 18 anos ocorre dentro de um casamento ou união, uma descoberta reafirmada por uma nova pesquisa da Divisão de População das Nações Unidas (UN DESA, 2022). Muitas dessas gestações podem muito bem ser classificadas como “pretendidas” por pesquisas existentes, autorrelatos e outras mensurações, embora a capacidade das meninas de decidir quando e com quem ter filhos seja severamente limitada – se é que elas têm alguma escolha. Um olhar mais atento sobre a fecundidade adolescente (particularmente, entre as adolescentes mais jovens) mostra as limitações de se olhar apenas para as medidas atuais de intenção de gravidez ao examinar a autonomia e as escolhas.

A maternidade na infância

Uma nova pesquisa do UNFPA (UNFPA, 2022), que analisa 96% da população adolescente do mundo (excluindo a China e países de alta renda), descobre que, em todo o mundo em desenvolvimento, **quase uma em cada três** mulheres jovens de 20 a 24 anos deu à luz na adolescência, definida como idades de 10 a 19 anos. Quase metade dessas mães adolescentes eram crianças (com 17 anos ou menos) – e geralmente passavam a ter partos adicionais ainda na infância.

Em outras palavras, 13% de todas as mulheres jovens nos países em desenvolvimento começam a ter filhos ainda crianças, e essas adolescentes continuam a representar uma parcela surpreendentemente grande de todos os partos entre adolescentes. Três quartos das meninas com um primeiro filho com 14 anos ou menos tiveram um segundo antes de completar 20 anos, e 40% daquelas com dois filhos

tiveram um terceiro parto antes de completar 20 anos. Metade das meninas com um primeiro parto entre 15 e 17 anos tiveram um segundo nascimento antes de completar 20 anos.

Além disso, mais da metade dos partos adicionais (após o primeiro parto) de mães adolescentes foram partos de repetição rápida, ou seja, ocorreram no período de 24 meses após o nascimento anterior trazendo um alto risco de mortalidade e morbidade infantil. (Molitoris et al., 2019; Rutstein, 2008).

Essas novas descobertas mostram que:

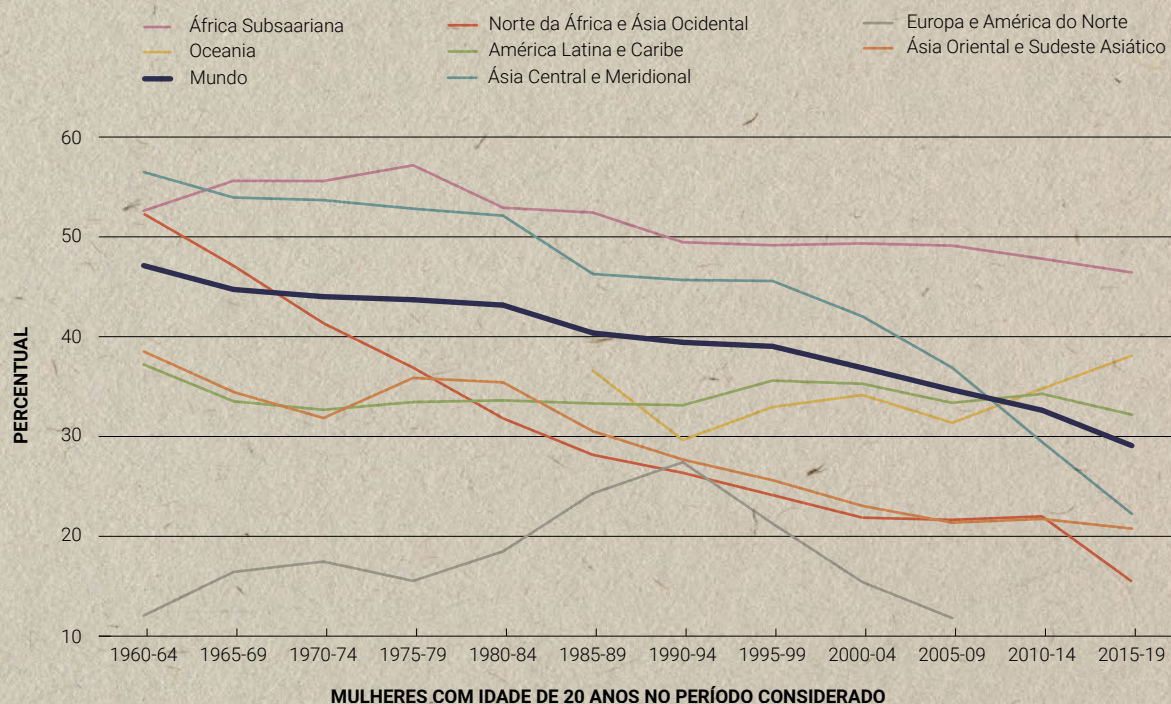
- **45%** das mães adolescentes de primeira viagem são crianças elas mesmas – ou seja, têm 17 anos ou menos;
- **50%** de todos os partos de adolescentes ocorrem em meninas que começam a ter filhos na infância;
- **54%** de todos os partos não primogênitos de mães

adolescentes são partos de repetição rápida.

Houve progresso no aumento da idade no primeiro parto, mas não o suficiente. Nos dados que abrangem quase seis décadas, a proporção de partos de adolescentes pela primeira vez que ocorrem em meninas com 17 anos ou menos caiu de 60% para 45%. A proporção de todos os partos de adolescentes que ocorreram com essas meninas caiu de 68% para 50%. Em ambos os casos, isso corresponde a um declínio de apenas cerca de 3% a cada 10 anos, com uma aceleração do declínio nas últimas duas décadas. Nesse ritmo, serão necessários 160 anos para acabar com a maternidade na infância. Para partos de repetição rápida, o declínio é ainda mais limitado – apenas 1% a cada 10 anos, nas últimas seis décadas.

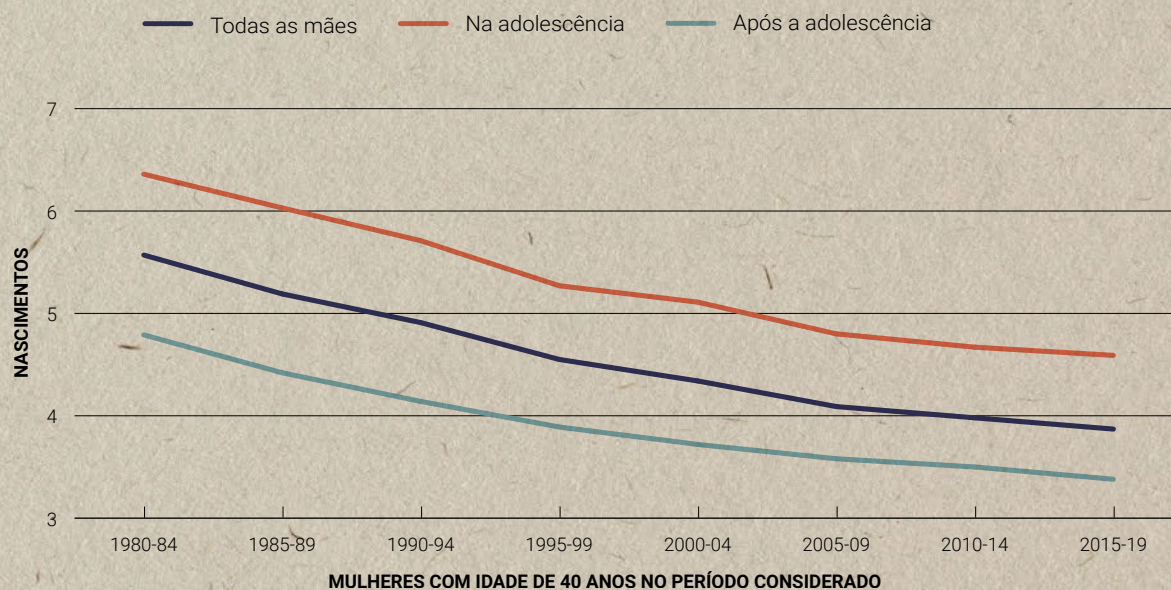
Em todas as regiões do mundo, uma proporção significativa de mulheres inicia sua vida reprodutiva na adolescência (Figura 3).

FIGURA 3 Proporção de mulheres que começaram a ter filhos na adolescência, por região ODS, com exceção da China e países de renda alta.



Fonte: UNFPA, 2022.

FIGURA 4 Fecundidade completa por idade de entrada na maternidade. Média global, excluindo-se China e países de alta renda.



Fonte: UNFPA, 2022.

As mulheres que têm o primeiro filho na adolescência acabam tendo quase dois filhos a mais ao longo da vida do que as mulheres que começam aos 20 anos ou mais (Figura 4).

O papel do casamento infantil

Em 54 países em desenvolvimento com dados disponíveis, a maioria dos primeiros partos de meninas menores de 18 anos ocorre dentro de um casamento ou união, de acordo com uma nova análise inédita da Divisão de População das Nações Unidas (UN DESA, 2022). Os países da Ásia Central e Meridional e do norte da África e da Ásia Ocidental mostram de forma mais consistente altas proporções de nascimentos dentro de uma relação conjugal.

Qual é a relação entre a gravidez na adolescência e o casamento? Espera-se que muitas jovens noivas tenham filhos ou demonstrem sua fertilidade no início do casamento, caso em que a gravidez ocorre logo após o casamento.

Mas também sabemos que a gravidez pode ser um fator determinante para o casamento infantil, devido a crenças culturais ou atitudes estereotipadas de gênero sobre gravidez e casamento, sexo antes do casamento, honra familiar e falta de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive aborto seguro (Petroni *et al.*, 2017). Os dados da pesquisa mostram que muitos primeiros partos entre meninas menores de

18 anos ocorrem menos de sete meses após o casamento ou o início da coabitação sugerindo que a concepção pré-marital geralmente precede o casamento das meninas (Figura 5). Em alguns países – Bangladesh, Benin, Chade, Comores, Indonésia, Lesoto, Níger, Papua Nova Guiné e Filipinas –, mais de um quinto dos primeiros partos de meninas menores de 18 anos se enquadram nessa categoria. Ainda assim, há uma variação significativa entre regiões e países (consulte a nota técnica na página 142 para obter mais informações).

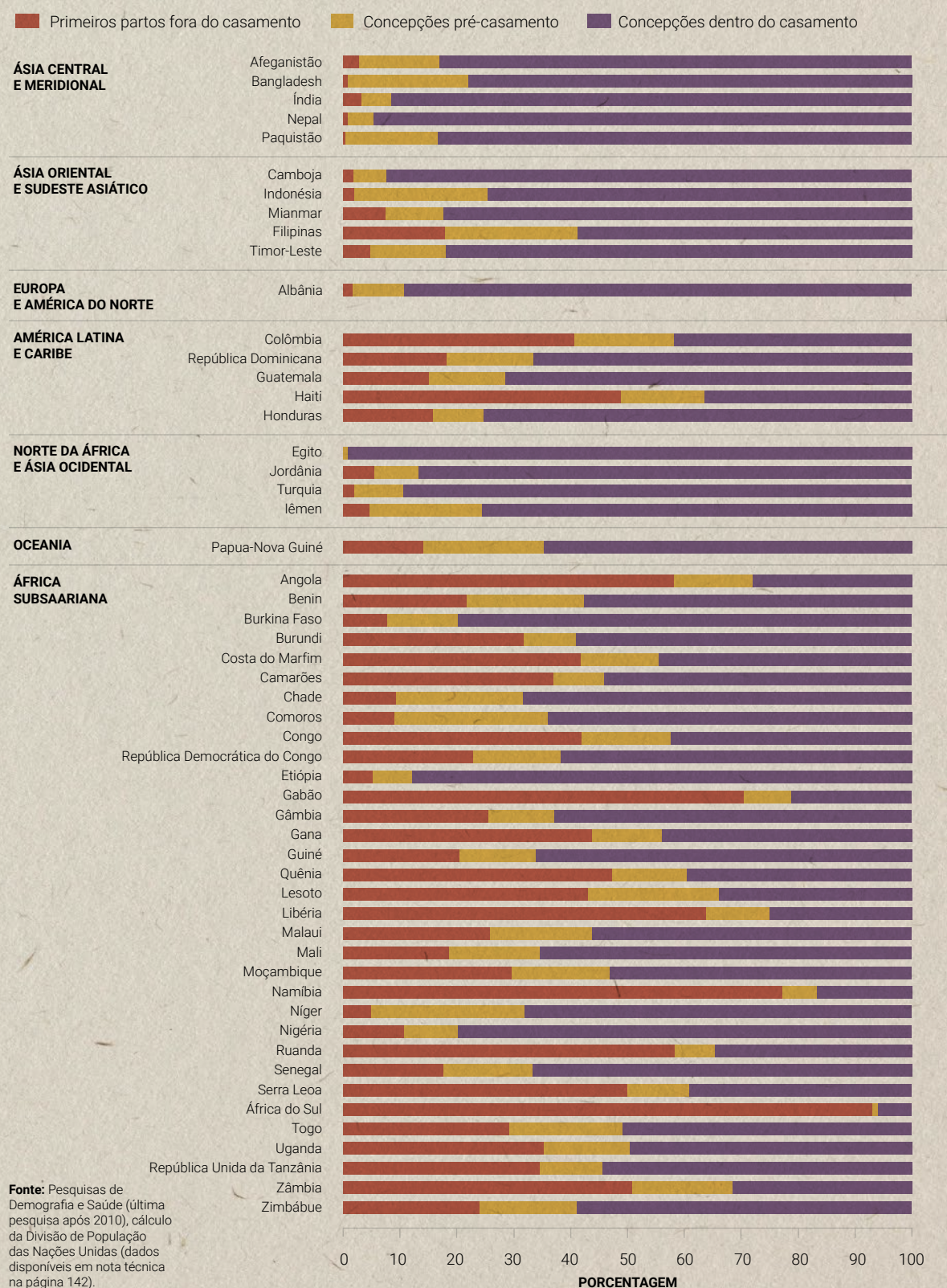
Algumas adolescentes se casam formalmente ou entram em uniões informais como parte de uma estratégia emancipatória (Horii, 2021); em vez de ver seus próprios casamentos como “forçados”, elas os veem como uma solução para a proibição do sexo antes do casamento e relacionamentos românticos, e até mesmo como uma forma de escapar das condições violentas no lar. No entanto, esses autodenominados casamentos voluntários têm muitas das mesmas consequências prejudiciais do casamento forçado, incluindo transições aceleradas e inseguras para papéis e responsabilidades de adultos, incluindo a gravidez na adolescência.

Mulheres e meninas casadas na adolescência tendem a ter menos educação, menos poder doméstico e econômico, e menos mobilidade do que adolescentes solteiras e mulheres mais velhas. Elas

tendem a ficar isoladas e carecem de conhecimento e habilidades para negociar situações que são prejudiciais à sua saúde e bem-estar – inclusive quantos filhos ter e quando. A diferença de idade entre os cônjuges tende a ser maior entre mulheres que se casam em idades mais jovens em comparação às suas contrapartes mais velhas (UN DESA, 2022 [no prelo]; Haberland *et al.*, 2004). A atividade sexual precoce com um parceiro mais velho tem sido associada a más relações de gênero e maus resultados de saúde reprodutiva (Ryan *et al.*, 2008).

Abordar essas condições subjacentes significa abordar a desigualdade de gênero, dando às adolescentes e jovens, educação, emprego e oportunidades de participação como alternativas a um casamento ou gravidez precoce; fornecendo educação sexual integral; assegurando serviços amigáveis de saúde sexual e reprodutiva e fornecimento de contraceptivos; capacitando pais e familiares para fornecer informação, apoio e cuidado para moldar uma abordagem saudável à sexualidade e aos relacionamentos dos adolescentes (UNESCO e outros, 2018); estabelecendo a idade legal de 18 anos para o casamento para meninas e meninos, com ou sem o consentimento dos pais; evitando “criminalizar adolescentes com idades similares por atividade sexual consensual e não de exploração.” (UN CRC, 2016).

FIGURA 5 Primeiros partos até 18 anos, por região dos ODS



A ILUSÃO DA ESCOLHA: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



Para Yajaira e muitas jovens – especialmente aquelas marginalizadas pela pobreza e falta de emprego e de oportunidades educacionais –, há uma certa inevitabilidade da gravidez e do casamento precoce. © UNFPA/Wilton Castillo

EL SALVADOR/FILIPINAS – Quando tinha apenas 16 anos, Yajaira engravidou de seu namorado, de 18 anos, na primeira vez em que dormiram juntos. Eles se casaram logo depois. “Aquele foi o início de uma nova etapa na minha vida”, lembrou. “Foi uma mudança abrupta, porque tive que assumir a responsabilidade pela minha gravidez. Eu tinha acabado de terminar a nona série.”

A situação dela é muito comum. Em El Salvador, onde mora, as

adolescentes representam um quarto de todas as gestações (UNFPA El Salvador, 2021). Esse é um sinal de desempoderamento geral: gravidez na adolescência e casamentos precoces estão ligados a ciclos de violência doméstica e sexual (UNFPA El Salvador, 2021), um flagelo que já era comum antes de subir 70% durante a pandemia da Covid-19 (IRC, 2020). A educação sexual foi adicionada ao currículo nacional apenas recentemente, e o aborto é estritamente proibido em todas as

circunstâncias – sem exceções para estupro, incesto ou se a vida da mãe e do bebê estiver em risco.

Pode-se supor, então, que a maioria das gestações de adolescentes não é intencional. Mas, na verdade, mais da metade das gestações de adolescentes em El Salvador – 58% – foram relatadas como pretendidas por mulheres, enquanto 75% dos homens envolvidos as consideraram intencionais (Carter e Speizer, 2005).

Quando perguntada se ela havia feito a escolha de ter um bebê aos 16 anos, Yajaira não responde diretamente. Ela diz que não teve nenhuma educação sexual, e que sexo e gravidez simplesmente pareciam acontecer. Para ela, e para tantas jovens – especialmente aquelas marginalizadas pela pobreza e pela falta de emprego ou de oportunidades educacionais – há uma certa inevitabilidade da gravidez e do casamento precoces. Mais de um quarto das meninas salvadorenhas estão casadas ou em uniões informais aos 18 anos (ECLAC, 2020).

Embora Yajaira não tenha feito uma escolha afirmativa de engravidar, o casamento era um assunto diferente. “Minha mãe não queria”, disse ela, “mas eu não queria repetir minha

situação para o meu filho, de ter sido criada sem pai; então, decidi me casar e fui morar com os pais do meu namorado. Foi a fase mais difícil da minha vida. Quando eu estava a caminho da prefeitura para me casar, meus colegas de escola estavam em um evento para marcar o início do ensino médio...Foi um choque de realidade. Eu pensei: ‘O que estou fazendo?’”.

Seu marido havia prometido que ela poderia continuar seus estudos, mas a realidade foi diferente. Além de cuidar de seu filho pequeno e ajudar com as despesas de fabricação e venda de queijos, ela frequentava a escola na capital do estado todos os sábados. Depois, ela corria para casa para preparar as refeições para o marido, situação que irritava a sogra. “Essa bobagem de estudar acabou”, Yajaira lembrou que ela disse.

Do outro lado do mundo, em Maguindanao, nas Filipinas, Rahmadina era uma típica colegial – até terminar a sexta série. Aos 14 anos, ela se apaixonou e se casou com Morsid, de 16 anos, dando à luz seu primeiro filho logo depois. Essas foram suas próprias decisões, ela diz. Mas Rahmadina não esperava o que se seguiu.

“Quando nos casamos, ainda consegui terminar o primeiro ano do ensino médio”, disse ela recentemente, embalando seu segundo filho, um recém-nascido. Então, seu desejo de continuar na escola colidiu com uma dura realidade. Depois que o marido viajou para Manila a trabalho, “ele me disse para desistir, porque ele havia parado de estudar”.

Apesar de seus problemas financeiros e das dificuldades que ela às vezes enfrenta para criar dois filhos tão jovens, Rahmadina adora ser mãe. Ainda assim, ela diz que pensa na vida que teria se tivesse feito escolhas diferentes.

Hoje, ela quer encontrar trabalho no exterior, “para que meus filhos possam ter as coisas de que precisam”, disse ela. “Mas meu marido não vai me deixar. Ele me diz que não posso. Ele vai me abandonar se eu trabalhar no exterior. Então, eu fico quieta; não pretendo mais ir a lugar nenhum.”

Yajaira também se sentiu presa. Embora ela tivesse feito a escolha de se casar, outras escolhas de vida estavam além de seu controle. Seu marido era infiel e emocionalmente abusivo. Quando Yajaira quis ir embora, ele e os pais usaram o filho dela como poder de barganha: “Pediram para eu ir embora e deixar meu filho, para não o levar”. Finalmente, cinco anos depois do casamento, ela chegou a um ponto de ruptura. Voltou para a casa de sua mãe, levando seu filho com ela. “Eu não ia deixar meu filho lá. Ninguém tiraria meu filho de mim.”

Determinada a traçar um rumo diferente para si mesma, ela terminou seus estudos e se juntou à força policial, apoiando sobreviventes de violência de gênero. Passou por outra gravidez não planejada – desta vez, ela estava usando contracepção, mas falhou. Quando contou ao parceiro que estava grávida, ele saiu da cidade.



Rahmadina Talusan Malang, 18 anos, mãe de dois filhos. © UNFPA/Rosa May DeGuzman

Hoje, aos 34 anos, Yajaira exala um ar de confiança. Ela está feliz com sua carreira, orgulhosa de seus filhos de 6 e 17 anos, e animada com a graduação em serviço social, que ela está prestes a concluir. E ela está criando seus filhos para serem homens responsáveis, que rejeitam normas desiguais de gênero e falam abertamente sobre questões como contracepção: “É muito comum as mães não se abrirem e não conversarem com seus filhos sobre essas questões. Mas é bom conversar com eles, para que ganhem um pouco de confiança”.

Quanto a Rahmadina, ela também está tomando decisões para garantir seu futuro. Aprendeu sobre as opções contraceptivas disponíveis e está prestes a receber sua primeira injeção contraceptiva. Ela também quer que sua filha tenha mais opções. “Quero que ela termine a escola, não acabe como eu, e que atinja seus objetivos antes de se casar”, disse ela.



Toda mulher está em risco: a erosão da autonomia leva à gravidez não intencional

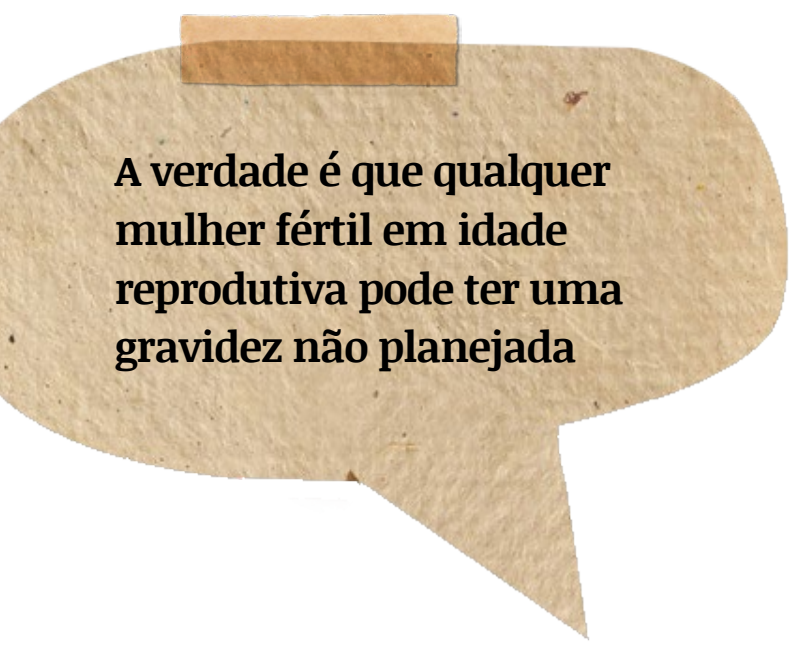


A gravidez não planejada afeta mulheres e meninas (assim como homens transgêneros e pessoas não binárias) de todas as culturas, estratos econômicos, religiões e estados civis. Em muitas culturas e países, o estigma está ligado à gravidez de uma mulher ou menina solteira. Por outro lado, as mulheres casadas são muitas vezes consideradas abertas à perspectiva de gravidez a qualquer momento, ou a aceitam – uma eliminação de seus desejos e escolhas. Nessa visão de mundo, o conceito de gravidez não planejada entre mulheres casadas não existe.

A verdade é que qualquer mulher fértil em idade reprodutiva pode ter uma gravidez não planejada.

Os anticoncepcionais têm taxas de falha e barreiras ao acesso (exploradas mais adiante no Capítulo 4), a violência sexual e a coerção reprodutiva continuam onipresentes e cerca de 23% das mulheres, em países com dados disponíveis, relatam que são incapazes de dizer não ao sexo (dados ODS). Juntos, esses fatos indicam que quase todas as mulheres e meninas férteis em idade reprodutiva têm uma chance diferente de zero de engravidar sem planejar, desejar ou consentir em fazê-lo.

Ainda assim, há muitos fatores associados a uma maior vulnerabilidade. Não se trata de qualidades morais, mas de circunstâncias sociodemográficas, como destaca o capítulo anterior. E, em vez de **levar à gravidez não planejada**, o que sugere que eles direcionam forçosamente mulheres e meninas na direção inexorável da gravidez, esses fatores podem ser mais bem descritos como condições que **corroem** a autonomia humana. Este capítulo examina como essas circunstâncias sociodemográficas podem afetar – e muitas vezes afetam – o poder de tomada de decisão de mulheres e meninas que vivenciam uma gravidez não planejada.



A verdade é que qualquer mulher fértil em idade reprodutiva pode ter uma gravidez não planejada

Fatores que sustentam ou prejudicam a escolha

Pobreza e desigualdade de renda causam impacto negativo na autonomia das mulheres

A relação entre pobreza e gravidez não planejada é, frequentemente, presumida, porém está longe de ser simples. O grau de intencionalidade com que uma mulher encara sua gravidez muitas vezes sofre interferência das circunstâncias contextuais. Mulheres pobres com menos oportunidades podem ver a gravidez como um fato inevitável ou viver em condições econômicas que favorecem famílias numerosas.

Estudos que analisam países em desenvolvimento descobriram que mulheres nas categorias de renda mais pobres têm taxas mais altas de gravidez não planejada do que mulheres com níveis de renda familiar mais altos (Sarder *et al.*, 2021; Bain *et al.*, 2020; Ameyaw *et al.*, 2019). Em uma ampla visão geral dos dados da pesquisa demográfica DHS de 29 países da África Subsaariana, abrangendo 2010-2016 (Ameyaw *et al.*, 2019), os pesquisadores descobriram que a proporção de gestações consideradas não planejadas era **mais alta** entre as mulheres mais pobres. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos dos Estados Unidos (Finer e Zolna, 2016).

Uma explicação para essa correlação é que as mulheres mais pobres geralmente têm menos condições financeiras para arcar com a contracepção moderna (Garraza *et al.*, 2020). As mulheres de baixa renda também são desproporcionalmente menos instruídas do que suas contrapartes mais instruídas; portanto, podem não ter conhecimento sobre contracepção. Além disso, elas são mais propensas a viver em áreas rurais ou em regiões carentes de áreas urbanas; por isso, podem não ter acesso a serviços.

Concordância dos casais

Dados da DHS de 18 países da África Subsaariana, coletados entre meados da década de 1990 e meados da década de 2000, mostram que a maioria dos homens expressaram o desejo de ter mais filhos do que as mulheres (Westhoff, 2010). Pesquisas mais recentes de 2019, analisando quatro países da África Subsaariana, também descobriram que o número desejado de filhos dos maridos geralmente superava o número ideal de suas esposas (Atake e Ali, 2019). **Uma questão-chave que emerge dessa discrepância, é a capacidade dos casais de articular e negociar suas preferências de fecundidade – de maneira a realizar a autonomia e a independência de ambos.** Infelizmente, as evidências mostram que muitas mulheres são incapazes de participar nessa área crítica de tomada de decisão: os dados mais recentes mostram que, em 64 países, mais de 8% das mulheres não têm o poder de decidir sobre contracepção, e cerca de um quarto das mulheres não têm o poder de dizer não ao sexo (Base global de dados da ONU, 2022). Muitas mulheres recorrem ao uso disfarçado de contraceptivos para reafirmar sua autonomia quando suas escolhas reprodutivas estão sendo prejudicadas.

Pesquisadores da Avenir Health criaram um índice de concordância de casais (CCI), que mede não apenas a concordância sobre o tamanho da família, mas também os **desequilíbrios de poder** dentro do relacionamento, conhecidos por afetar as escolhas de fecundidade (usando fatores como níveis de educação e diferença de idade entre os parceiros, bem como normas de gênero), com maiores valores de CCI representando um maior grau de concordância e tomada de decisão compartilhada. A análise conclui que um CCI mais alto é mais fortemente correlacionado com uma prevalência também mais alta de uso de anticoncepcionais modernos. Surpreendentemente, nenhum país na análise excedeu uma prevalência de 55% no uso de anticoncepcionais modernos se não tivesse uma pontuação CCI relativamente alta (Bietsch e Emmar 2022). Isso sugere que, quando os casais são capazes de planejar conjuntamente seu futuro reprodutivo, sob condições de igualdade de gênero, é maior a probabilidade de as mulheres estarem capacitadas a usar métodos modernos de contracepção.

Aqui, vale notar também que os próprios homens têm apenas um método tradicional de contracepção (coito interrompido) e dois métodos modernos (preservativos e esterilização masculina) disponíveis para eles. Apenas um desses métodos modernos – a esterilização masculina – atende à definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de ser “muito eficaz”, com base no uso comum. A outra opção moderna para a qual os homens são considerados o principal usuário – o preservativo masculino – é considerado “moderadamente eficaz”, com base no uso comum (embora, deve-se enfatizar, os preservativos têm outras vantagens, como proteger os usuários de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV) (OMS 2020c). (Veja mais na matéria sobre contraceptivo masculino na página 70.) A escassez de opções de contracepção disponíveis para os homens faz com que mulheres tenham de arcar com a maior parte da carga contraceptiva, o que pode incluir custos, tempo de busca por serviços de saúde e efeitos colaterais, até mesmo quando normas sociais de gênero desiguais deixam muitas mulheres com pouco poder de decisão sobre contracepção e sexo. Veja a lista de métodos disponíveis para mulheres na página 58.

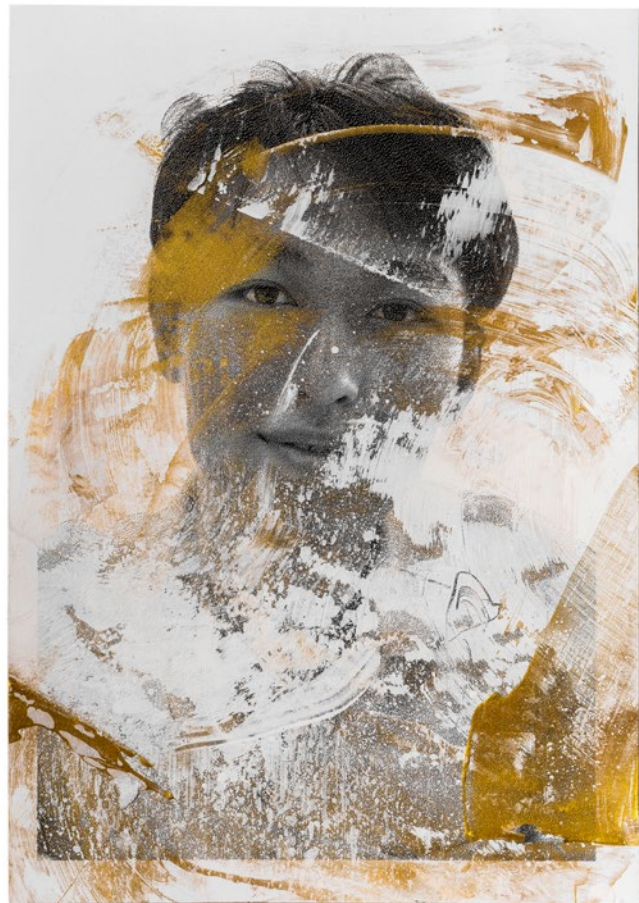


© UNFPA/Fidel Évora

Todavia, nem todos os estudos encontram uma correlação direta ou linear entre riqueza e gravidez não planejada (Habib *et al.*, 2017), indicando que a correlação é contextual, dependendo do país, e que tais fatores ligados à pobreza, como a falta de educação, têm papel importante a desempenhar.

Idade e autonomia

Adolescentes com gestações não planejadas são, frequentemente, usadas como contos de advertência para ilustrar os perigos do sexo antes do casamento. Esse estereótipo levou muitas pessoas, e até mesmo formuladores de políticas, a supor que a gravidez não planejada afeta, em grande parte ou mesmo principalmente, mulheres



e meninas mais jovens. Mas os dados pintam um quadro muito mais complexo.

Em um estudo recente de mulheres grávidas que eram ou foram casadas em seis países do sul da Ásia – Afeganistão, Bangladesh, Índia, Maldivas, Nepal e Paquistão –, 90% das mulheres e meninas de 15 a 19 anos classificaram suas gestações como planejadas, mais do que qualquer outra faixa etária, aparentemente refutando a suposição de que essa faixa etária teria um grande número de gestações não planejadas. No entanto, após o controle de possíveis fatores de confusão (como status de pobreza e educação), parecia que as adolescentes tinham as maiores chances de que suas gestações não fossem intencionais (Sarder *et al.*, 2021). Outro estudo,

abrangendo 29 países da África Subsaariana nos quais as mulheres que nunca haviam se casado foram **incluídas**, é verdade que as adolescentes solteiras eram mais propensas do que as mulheres solteiras mais velhas a relatar suas gestações como não planejadas. No entanto, entre todas as mulheres e meninas, incluindo aquelas casadas ou em união estável (ou divorciadas ou viúvas), aquelas com idade entre 15 e 19 anos tiveram taxas de gravidez não planejada mais baixas do que outras faixas etárias. Considerando todas as faixas etárias e todos os estados conjugais, nos países africanos, as mulheres **mais velhas** eram mais propensas a ter gestações não planejadas do que as mulheres de 15 a 19 anos (Ameyaw *et al.*, 2019).

As conclusões fáceis são enganosas, em parte, porque as metodologias de estudo e a qualidade dos dados podem ser muito variáveis. As taxas de gravidez não planejada entre as mulheres podem variar muito, dependendo de se os estudos analisam todas as mulheres em uma coorte ou apenas aquelas que são sexualmente ativas (Finer e Zolna, 2016; Finer, 2010). Além disso, espera-se que muitas mulheres jovens, especialmente as casadas pertencentes a culturas que demandam filhos como prova de fertilidade, eventualmente forneçam o que consideram ser a resposta “correta” quando perguntadas pela DHS se elas pretendiam ter sua primeira gravidez; comportamento semelhante pode ser apresentado por muitas mulheres que desejam, de fato ter filhos. Se o status da intenção fosse medido de forma diferente – por exemplo, se as meninas fossem perguntadas se, no momento em que engravidaram, elas preferiam estar grávidas ou continuar seus estudos –, a incidência de gravidez não planejada entre adolescentes poderia parecer diferente.

Outra explicação para resultados inconsistentes entre os cenários do estudo é que diferentes faixas etárias enfrentam vulnerabilidades diferentes. Muitas

Muitas adolescentes em países de renda baixa ou média enfrentam fatores de riscos especialmente altos

adolescentes em países de renda baixa e média enfrentam fatores de risco particularmente altos (Neal *et al.*, 2020). Sabe-se que, por exemplo, elas enfrentam desafios no acesso a informações e serviços contraceptivos (Smith, 2020; UN CRC, 2003), e têm suas demandas de contraceptivos modernos atendidas em níveis mais baixos do que qualquer outra faixa etária (Kantorová *et al.*, 2021). Além disso, estudos mostram que fatores individuais, familiares e comunitários, incluindo baixo nível educacional, uso/abuso de substâncias e violência por parceiro íntimo, tornam algumas meninas e adolescentes ainda mais vulneráveis a uma gravidez não planejada, (Chung *et al.*, 2018).

Reconhecendo essas vulnerabilidades adicionais, as normas de direitos humanos orientam os Estados a garantir serviços de saúde de qualidade para adolescentes que respeitem seus direitos à privacidade e à confidencialidade com base na não discriminação (UN CRC, 2016). Esses serviços devem estar disponíveis e acessíveis sem, necessariamente, exigir a autorização dos pais ou responsáveis por lei, política ou prática. Entretanto, esses direitos não são cumpridos em muitas partes do mundo, o que significa que meninas adolescentes e mulheres jovens requerem atenção especial na redução de gestações não planejadas. Também vale a pena notar que as

adolescentes arcam com custos desproporcionais como resultado de uma gravidez não planejada (explorado mais adiante no Capítulo 5).

Enquanto isso, as mulheres no outro extremo de suas vidas reprodutivas também vivenciam gestações não planejadas. Seus riscos são muitas vezes marcadamente diferentes, resultantes, não necessariamente, de barreiras aos serviços contraceptivos ou conhecimento insuficiente sobre sexo e contracepção, mas de equívocos generalizados sobre sua capacidade reprodutiva em declínio. As informações sobre fertilidade na meia-idade e mais tarde na vida, e sobre menopausa, são muitas vezes escassas (Ilankoon *et al.*, 2021; Im *et al.*, 2010) e, embora a fertilidade realmente diminua à medida que as mulheres envelhecem, muitas mulheres permanecem férteis durante a perimenopausa. No entanto, a percepção de que envelheceram indo além do período de fertilidade, ou além da vida sexual ativa, pode desestimular o uso de contracepção eficaz (Bakour

et al., 2017; Wellings *et al.*, 2013). As mulheres podem confundir irregularidade menstrual na perimenopausa com infertilidade, e os profissionais de saúde, eventualmente, não estão familiarizados com as necessidades de saúde sexual na meia-idade (Taylor e James, 2012). De fato, a gravidez entre mulheres mais velhas ou de meia-idade pode ocorrer em proporções semelhantes às mulheres mais jovens (Chae *et al.*, 2017; Baldwin e Jenson, 2013).

As consequências de gestações não planejadas nessa faixa etária também são diferentes. As mulheres grávidas mais velhas enfrentam um risco maior de complicações e aborto espontâneo (Frederiksen *et al.*, 2018). Embora haja menor probabilidade de que sua própria educação seja interrompida por uma gravidez, elas enfrentam custos de oportunidade na forma de participação na força de trabalho, investimentos em filhos que eventualmente tenham, cuidados com outros membros da família ou netos e economias para sua própria aposentadoria ou cuidados na velhice.

O problema com abordagens baseadas apenas em abstinência

A abstinência da atividade sexual é considerada por muitos como um método “à prova de falhas” de controle da fecundidade. Isso, obviamente, não é verdade no caso de estupro ou sexo forçado, que pode ser generalizado em alguns lugares e circunstâncias, como no caso de crises humanitárias (ver página 54). Mas mesmo entre aquelas que não sofrem coerção ou violência, a abstinência pode ser ineficaz se não for praticada de forma confiável. As entrevistadas da DHS frequentemente relatam o uso de abstinência periódica como método contraceptivo, por exemplo, mas cerca de 40% dessas pessoas interrompem o método em 12 meses (Ali *et al.*, 2012).

De modo mais geral, a instrução sobre “abstinência apenas” é frequentemente promovida como forma de prevenir o contato sexual entre jovens solteiros. No entanto, verificou-se que os programas que promovem apenas a abstinência são ineficazes em retardar a iniciação sexual, reduzir a frequência das relações sexuais ou reduzir o número de parceiros sexuais. Por outro lado, os programas que combinam o foco no adiamento da atividade sexual com conteúdo sobre preservativo ou uso de anticoncepcionais são eficazes (UNESCO *et al.*, 2018).

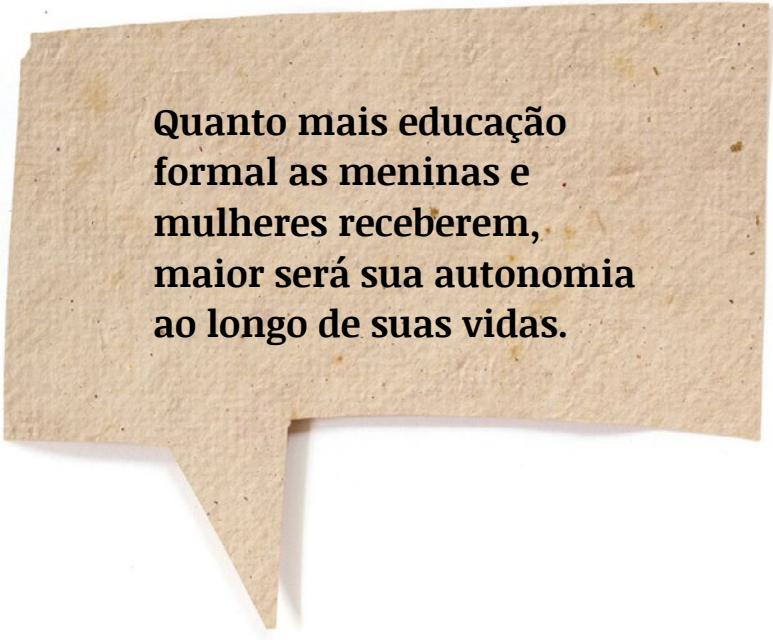
A educação como facilitadora da escolha e da igualdade

Na *Agenda 2030*, a educação e a igualdade de gênero são reconhecidas como pilares do desenvolvimento. Sabemos que quanto mais educação formal meninas e mulheres recebem, mais autonomia para agir elas têm ao longo de suas vidas. Elas estão mais bem equipadas para fazer escolhas sobre se e quando se casar, e se, quando e quantos filhos ter. Elas também são mais bem apoiadas quando fazem essas escolhas. Mas essas duas coisas não devem ser confundidas: embora a educação empodere as meninas com conhecimento sobre seus corpos e direitos, não deve sobrecarregá-las com toda a responsabilidade de prevenir uma gravidez não planejada. As comunidades também têm responsabilidade, pois quando as sociedades valorizam a educação formal para meninas, há uma aceitação implícita de que meninas e mulheres têm mais a oferecer do que, exclusivamente, reprodução e maternidade. Assim, a escolaridade feminina pode ser vista como reflexo e vetor para a superação das desigualdades e estereótipos de gênero.

Numerosos estudos descobriram que mulheres com mais educação têm menos chance de ter gestações não planejadas, em comparação com mulheres com menos anos de estudo. Isso é verdade em estudos na África Subsaariana, nos quais mulheres com educação primária e secundária tinham, respectivamente, 26% e 29% menos probabilidade de ter uma gravidez não planejada do que mulheres sem instrução (Ameyaw *et al.*, 2019). E é verdade em países de renda mais alta, como o Reino Unido (Wellings *et al.*, 2013) e os Estados Unidos (Finer e Zolna, 2016).

O maior nível educacional entre os parceiros do sexo masculino também foi associado a taxas mais baixas de gravidez não planejada (Seifu *et al.*, 2020), ou

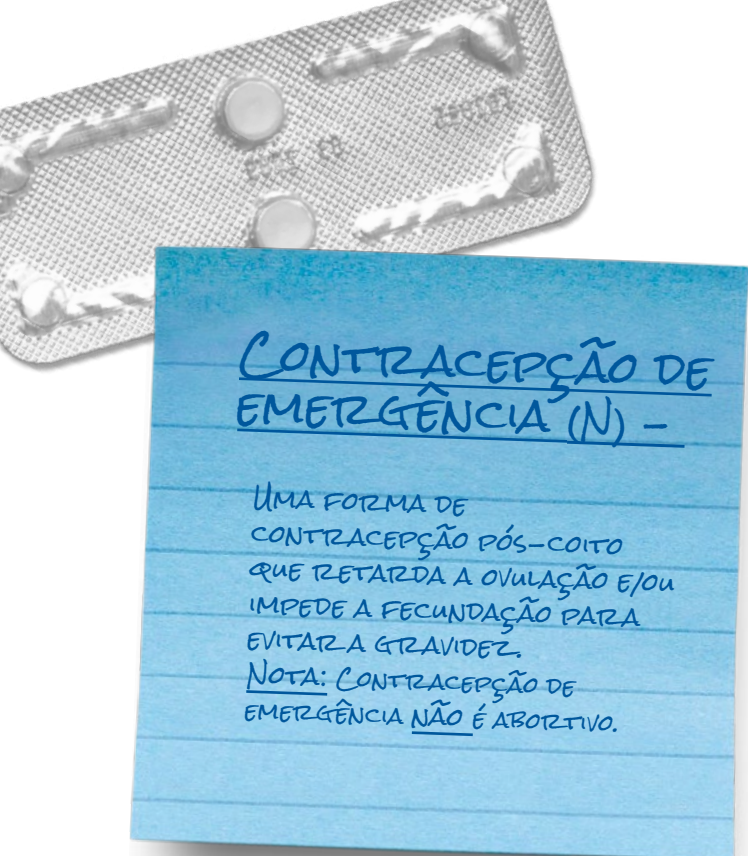
seja, as mulheres são menos propensas a passar por uma gravidez não planejada quando seus maridos são mais instruídos. Em parte, isso pode refletir o fato de que as mulheres casadas com homens instruídos provavelmente sejam instruídas, mas também indica que, com a educação, os homens tornam-se cada vez mais conscientes das vantagens de planejar quando ter filhos para o bem-estar da unidade familiar.



Quanto mais educação formal as meninas e mulheres receberem, maior será sua autonomia ao longo de suas vidas.

O estado civil não oferece proteção completa sobre uma gravidez não planejada

Historicamente, as preocupações com a gravidez não planejada têm sido associadas ao estado civil. A gravidez fora do casamento, há muito considerada escandalosa ou desonrosa, é uma norma que persiste em todas as culturas e religiões. Embora o estado civil não ofereça proteção direta contra a gravidez não planejada, pode-se supor que o estigma e as repercussões negativas de uma gravidez fora do casamento e não planejada produzem um efeito dissuasor. No entanto, uma análise dos dados não



mostra uma associação clara entre o estado civil e o risco de gravidez não planejada (Hall *et al.*, 2016; Ikamari *et al.*, 2013; Melian, 2013), com alguns estudos encontrando mulheres solteiras em maior risco, enquanto outros indicam que são as mulheres casadas (Ameyaw *et al.*, 2019; Nyarko, 2019). Por exemplo, no estudo de 29 países da África Subsaariana, no geral, as mulheres solteiras tiveram uma maior prevalência de gravidez não intencional do que as casadas, mas após controlar por outros fatores (como a idade), as mulheres casadas apresentaram uma probabilidade muito maior de ter uma gravidez não intencional. (Ameyaw *et al.*, 2019).

Também pode-se supor que as mulheres casadas, cujas gestações não planejadas tendem a ser mais aceitáveis socialmente, tenham menor probabilidade de conseguir um aborto. Mais uma vez, os dados disponíveis mostram uma imagem com mais nuances: de acordo com um estudo de 2016 (Sedgh *et al.*, 2016a), a taxa de aborto em todo o mundo foi

maior entre as mulheres **casadas**, embora isso varie consideravelmente entre as regiões.

Tamanho da família e intenção

Em muitos estudos, as mulheres com mais filhos parecem ser mais vulneráveis a gestações não planejadas. Um estudo de mulheres com HIV em Uganda descobriu que “um número maior de gestações aumentou a probabilidade de ter gestações não planejadas” (Napyo *et al.*, 2020). Em seis países do sul da Ásia, uma média de 22,7% das mulheres com três ou mais filhos tiveram uma gravidez não planejada, em comparação com apenas 5,5% das mulheres que não tiveram filhos (Sardar *et al.*, 2021).

Há muitas explicações possíveis para essa associação. Os pesquisadores postularam que as mulheres com mais filhos podem ter mais uso inconsistente de contracepção, subutilização de contracepção de emergência, mais casos de efeitos colaterais contraceptivos (como sangramento excessivo), ou podem ter passado mais vezes pela recusa do parceiro ou falta de estoque nos postos de saúde acessíveis. Outras explicações giram em torno das preferências de fecundidade das mulheres: porque as preferências de fecundidade das mulheres tendem a ser menores entre as mulheres mais empoderadas – aquelas que são mais instruídas, que têm maior poder de decisão, que exercem maior controle sobre os recursos domésticos (Atake e Ali, 2019) –, pode ser que as mulheres com níveis mais baixos de empoderamento tendam a preferir famílias maiores e **também** a exercer menos influência sobre sua fecundidade, resultando, portanto, em níveis mais altos de gravidez não planejada.

Ainda assim, a conexão entre o tamanho da família e a intenção de gravidez está longe de ser definitiva, com vários estudos mostrando alguma correlação,

Riscos em todo o espectro de gênero: não apenas uma preocupação heterossexual

A marginalização de todos os tipos pode prejudicar a autonomia das pessoas que são capazes de engravidar. Embora o senso comum predominante sugira que apenas as mulheres em relacionamentos heterossexuais correm o risco de uma gravidez não planejada, estudos indicam que essa vulnerabilidade se estende a – e pode ser ainda maior entre – minorias sexuais.

Pesquisadores descobriram que a presunção de que mulheres de minorias sexuais, como lésbicas e bissexuais, não correm risco pode realmente contribuir para o aumento de sua vulnerabilidade (Everett *et al.*, 2017). Essas mulheres são menos propensas a usar contracepção e têm níveis mais baixos de acesso aos cuidados de saúde reprodutiva do que as mulheres heterossexuais, além de enfrentarem estresse social e estigmas adicionais.

Uma meta-análise de estudos de vários países descobriu que adolescentes lésbicas e bissexuais estavam em maior risco de gravidez do que suas contrapartes heterossexuais (Hodson *et al.*, 2016). Em outro estudo, mulheres lésbicas relataram ter tido parceiros sexuais masculinos e mulheres bissexuais relataram mais parceiros sexuais masculinos, em média, do que mulheres heterossexuais (Xu *et al.*, 2010), um resultado contraintuitivo que pode ser explicado, em parte, por pressões sociais, coerção e as taxas significativamente mais altas de violência sexual sofridas por minorias sexuais (Rothman *et al.*, 2011). Pesquisadores relataram que, entre as gestações vivenciadas por uma amostra de pessoas autoidentificadas como transgênero, não binárias e com expansão de gênero, cerca de 54% não foram intencionais, em comparação com 48% no geral (Moseson *et al.*, 2021). As minorias sexuais também podem sofrer consequências específicas relacionadas a essas gestações não planejadas, incluindo estigma adicional, discriminação e disforia, além de desafios para encontrar profissionais de saúde sem preconceito e qualificados (Everett *et al.*, 2019; Müller *et al.*, 2018).

outros não encontrando nenhuma (Napyo *et al.*, 2020) e alguns descobrindo que a gravidez não planejada realmente **diminui** à medida que as mulheres têm mais filhos (Ameyaw *et al.*, 2019; Nyarko, 2019).

O intervalo entre os partos também pode esclarecer o exercício da autonomia da mulher. Gravidez não planejada (Ahrens *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2016; White *et al.*, 2015) e violência por parceiro íntimo (Maxwell *et al.*, 2018) foram associadas a intervalos mais curtos entre os partos. Partos tão próximos

estão associados a resultados maternos, perinatais e infantis adversos (OMS, 2007), ilustrando as vulnerabilidades que se acumulam em mulheres com menos controle sobre seus corpos e suas escolhas.

A participação na força de trabalho favorece a escolha

Numerosos estudos descobriram que a ausência da força de trabalho remunerada está correlacionada com maior incidência de gravidez não planejada. Na Etiópia, o risco de uma gravidez não planejada era 6,8 vezes maior entre as mulheres desempregadas

do entre as suas contrapartes que trabalham como funcionárias públicas, por exemplo (Moges *et al.*, 2020). Na África Subsaariana em geral, as mulheres que não trabalhavam tiveram níveis muito mais altos de gravidez não planejada do que as mulheres em quatro categorias diferentes de emprego (gerencial, administrativo, vendas, agrícola) (Ameyaw *et al.*, 2019).

Um ponto-chave é que a participação na força de trabalho remunerada tem um efeito empoderador no exercício da independência e na autonomia corporal das mulheres. As mulheres com recursos financeiros são mais capazes de acessar e pagar contraceptivos e têm mais poder de decisão no lar (Acharya *et al.*, 2010). Os custos de oportunidade de uma gravidez não planejada tornam-se, portanto, muito maiores para as mulheres com acesso à renda, indicando que a remuneração do trabalho cria fortes incentivos para evitar a gravidez não planejada (Ameyaw *et al.*, 2019). Além disso, uma maior participação da força de trabalho de mulheres instruídas é entendida como um fator-chave do desenvolvimento, que sustenta reciprocamente o exercício de sua escolha (como visto no Capítulo 2).

COERÇÃO REPRODUTIVA (N)

COMPORTAMENTO QUE INTERFERE ATIVAMENTE NA AUTONOMIA REPRODUTIVA DA MULHER, INCLUINDO SABOTAGEM CONTRACEPTIVA, FURTIVIDADE, ABORTO FORÇADO OU TOLHIMENTO DE UM ABORTO DESEJADO; ISSO É RECONHECIDO COMO UMA FORMA DE INTUIDAÇÃO DO PARCEIRO, MAS PODE TAMBÉM SER COMETIDO POR FAMILIARES OU OUTROS.

O contexto rural/urbana

Muitos estudos mostraram que as mulheres das áreas rurais são mais propensas do que as mulheres urbanas a ter gestações não planejadas – em alguns casos, duas vezes mais (Ameyaw *et al.*, 2019). A explicação mais simples para essa diferença seria que as mulheres rurais têm menos acesso à contracepção moderna, e isso é verdade em muitas circunstâncias (uma questão mais explorada no Capítulo 4), mas está longe de ser a história completa. Segundo muitos critérios, as mulheres que vivem em comunidades rurais podem ter maiores barreiras ao empoderamento e à autonomia em geral. Por exemplo, mulheres de áreas rurais em países da Ásia (Acharya *et al.*, 2010), América Latina (Chant, 2013) e África (Darteh *et al.*, 2019) têm níveis mais baixos de autonomia no que tange à tomada de decisões sobre cuidados de saúde, tomada de decisões no lar e uso de anticoncepcionais. As normas sociais e de gênero nas áreas rurais também tendem a ser mais conservadoras e patriarcais. Entrevistas com mulheres das áreas rurais na República Democrática do Congo mostraram que as normas socioculturais e a má comunicação entre os cônjuges desestimulavam o uso de contraceptivos, por exemplo (Mbadu *et al.*, 2017). As mulheres de áreas rurais nos países em desenvolvimento também têm uma probabilidade maior de ter níveis mais baixos de educação e maior pobreza (Suttie, 2019; ONU Mulheres 2012), que, como vimos, se correlacionam com taxas mais altas de gravidez não planejada.

Quando não há escolhas

Embora os fatores acima desempenhem um papel crítico no apoio ou na erosão da autonomia corporal de mulheres e meninas, também sabemos que muitas mulheres têm pouco ou nenhum poder de decisão, quando se trata de gravidez ou da atividade

sexual que a precede. Essas mulheres e meninas – e indivíduos não conformes de gênero – têm sua autonomia corporal seriamente comprometida ou negada, por violência, coerção ou circunstâncias totalmente fora de seu controle.

Violência e coerção

A violência – particularmente, a violência sexual – é uma violação clara e reconhecida dos direitos humanos e está fortemente associada à gravidez não planejada (Miller *et al.*, 2010). Uma pessoa que vivencia relações sexuais violentas, não planejadas ou não consensuais pode engravidar como resultado. Mas as várias formas de violência também prejudicam a capacidade de tomada de decisão de uma sobrevivente de forma mais ampla – afetando

a capacidade de exercer seus direitos de inúmeras maneiras, como a capacidade de se manifestar, acessar serviços de saúde (incluindo aborto seguro) ou procurar e usar contracepção.

Décadas de pesquisa têm mostrado que a violência por parceiro íntimo e comportamentos associados, como coerção reprodutiva, têm forte influência na saúde sexual das sobreviventes, inclusive o uso de contracepção e a prevalência de gravidez não planejada (Skracic *et al.*, 2021; Silverman *et al.*, 2019; Raj *et al.*, 2015; Miller *et al.*, 2010a; Coker, 2007). Sobreviventes de violência tendem a ter parceiros que não são monogâmicos e são menos propensas a fazer com que seu parceiro use preservativo (Silverman e Raj, 2014).

Controle reprodutivo

O “controle reprodutivo” foi usado pela primeira vez como tal na literatura científica em 2010 – embora tais práticas sejam antigas (Miller *et al.*, 2010a). Muito diferente do conceito de “controle de natalidade”, que tem sido usado como sinônimo de planejamento familiar, o controle reprodutivo inclui uma ampla variedade de comportamentos – como chantagem emocional, abuso verbal, ameaças de violência e a própria violência – que impedem a mulher de exercer o controle sobre seu próprio corpo e sua fertilidade. O controle reprodutivo pode escalar para “coerção reprodutiva” (Paterno *et al.*, 2021; Tarzia e Hegarty, 2021; Boyce *et al.*, 2020; Grace e Anderson, 2018), em que um parceiro ou a família interfere nas escolhas reprodutivas de uma mulher, como evitar que uma mulher interrompa sua gravidez se ela quiser ou, inversamente, forçá-la a fazer um aborto que ela não quer. A coerção reprodutiva também inclui sabotagem contraceptiva, como furar um preservativo, jogar fora pílulas orais, remover à força adesivos, anéis vaginais ou DIUs (Rowlands e Walker, 2019), e “ato furtivo”, quando um parceiro masculino remove um preservativo durante o sexo quando o consentimento foi dado apenas para relações sexuais com preservativo (Brodsky, 2017). As mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo não só têm probabilidade duas vezes maior de ter um parceiro masculino que se recuse a usar contracepção (Silverman e Raj, 2014), do que outras mulheres, mas também podem correr o risco de uma escalada de violência se tentarem negociar o uso de contracepção (Thiel de Bocanegra *et al.*, 2010).

VIOLÊNCIA, COERÇÃO E A ELIMINAÇÃO DA AUTONOMIA

FREETOWN, Serra Leoa — “Eu não estava pronta para engravidar”, disse Mamusu, agora com 18 anos, ao UNFPA em Freetown, Serra Leoa. “Mas quando eu comecei a namorar com esse homem, eu não tinha ninguém para cuidar da minha educação, alguém que pudesse me ajudar quando eu precisava de coisas para a escola... Era ele que me ajudava.”

Mamusu descreve o pai de seu bebê como “namorado”, “marido” e “o homem que me engravidou” – sinal de

que o relacionamento deles é muitas coisas, mas não é igualitário.

Por um lado, Mamusu era uma criança, mal entrando na adolescência, quando o conheceu; por outro, ela estava desesperada para ficar na escola, mas a pobreza ameaçava aquela tênue linha de vida para um futuro melhor. “Pediam que comprássemos canetas, livros, para fazer tudo, tarefas, e eu não tinha dinheiro... Ele disse que queria que nós

namorássemos, e então eu expliquei a ele meus problemas.”

A ajuda durou pouco: “Quando percebi que estava grávida aos 14 anos, não fiquei feliz”.

Ela não está sozinha. As meninas em Serra Leoa muitas vezes lutam para navegar em um labirinto de escolhas impossíveis. O país tem algumas das maiores taxas de gravidez na adolescência (UNFPA, s/d) e mortalidade materna (UNFPA, s/d) do mundo. A violência sexual é desenfreada (UNFPA Serra Leoa, s/d), com grande parte dela dirigida a crianças e levando a circunstâncias terríveis. As meninas mais vulneráveis são, frequentemente, atacadas ou recebem propostas de meninos e homens mais velhos quando se aventuram para buscar água, vender mercadorias ou até mesmo frequentar a escola. Se essas garotas consentem em entrar em um relacionamento sexual – seja romântico, transacional ou uma mistura dos dois –, elas costumam fazê-lo a partir de uma posição de desvantagem, ou como uma estratégia de sobrevivência. Mas, se engravidam, muitas vezes são expulsas de suas casas, deixadas à própria sorte.



Aos 14 anos, Mamusu percebeu que estava grávida de seu primeiro filho. © UNFPAMichael Duff

“As meninas não engravidam porque é isso que elas querem”, disse Mangenda Kamara, que cofundou e lidera o 2YoungLives, um projeto de orientação para meninas grávidas. “Mas a pobreza extrema, assim como a violência e muitos níveis de coerção, inclusive sexo transacional, limitam suas opções.”

As meninas têm pouca autonomia, mas enfrentam total responsabilidade por essas situações, mesmo que resultem de estupro. “Quando alguém é estuprada e engravida, as opções são muito limitadas”, disse Fatmata Sorie, advogada em Freetown e presidente de uma organização de mulheres advogadas, o Acesso Legal pelas Mulheres Anseiam por Igualdade, Direitos e Justiça Social. “As estruturas não estão lá para ajudar as vítimas de estupro”, continuou ela. “As delegacias de polícia nem têm kits de teste de estupro, por exemplo.”

As meninas muitas vezes são levadas a se sentirem responsáveis pela atividade sexual, mesmo quando resulta de pressão ou coerção, e recebem pouca informação sobre seus direitos ou corpos. Até recentemente, a educação sexual era em grande medida indisponível e as meninas grávidas não podiam voltar à escola. (O grupo da sra. Sorie e o UNFPA fizeram lobby por uma lei que mudasse essas regras, mas a implementação dessa política está apenas começando.) Mais de 86% das meninas de 15 a 19 anos nunca usaram contraceptivos, de acordo com o FP2030, e 30% delas terão um bebê até os 19 anos. Enquanto isso, o aborto é considerado crime passível de processo judicial em Serra Leoa. Quando um aborto

ocorre, disse a sra. Sorie, “acontece nas circunstâncias mais inseguras e pouco profissionais”.

Esses fatores, juntos, são muitas vezes fatais. “Antes da quarentena, fizemos uma pesquisa e descobrimos que a taxa de mortalidade materna para meninas menores de 18 anos [em East Freetown] era de 1 em 10”, disse Lucy November, parteira e pesquisadora do King’s College London (November e Sandall, 2018). Sua pesquisa, conduzida com a Sra. Kamara, levou à fundação do 2YoungLives.

As meninas que sobrevivem à gravidez são muitas vezes repudiadas e abandonadas. Foi o caso de Dankay, também com 18 anos atualmente. Ela também recebeu uma investida sexual de um homem mais velho que a ajudou a sobreviver: “Quando aceitei suas propostas, era ele que estava me ajudando, aos poucos. Mas quando ele me engravidou, ele negou a responsabilidade e começou a me evitar. Então, minha tia me mandou embora, porque ela disse que era vergonhoso engravidar sem um homem que assumisse”. Ela ficava com uma amiga, mas muitas vezes passava fome e dormia no chão frio da varanda.

“Elas recebem esse estigma da comunidade, de escolas e hospitais – todo mundo”, explicou a sra. Kamara. Às vezes, “se não houver alguém para ajudá-las, orientá-las ou aconselhá-las, acabam perdendo o bebê, ou até mesmo as duas vidas”.

No entanto, este também é um lugar no qual um pouco de apoio ajuda muito, disse ela. Orientação, apoio social, assistência de creches,



Dankay, 18, disse que, quando ela engravidou, fez todo o possível para que o pai reconhecesse sua paternidade; ele se recusou. © UNFPA/Michael Duff

informações factuais, gentileza – tudo isso está fazendo uma enorme diferença.

Através do 2YoungLives, Mamusu começou seu próprio pequeno negócio e provou ser uma excelente aluna. Ela está empenhada em aproveitar ao máximo o que tem, não apenas para ela e seu filho, mas para sua comunidade. “Depois de fazer meus exames e me formar na faculdade, quero me tornar enfermeira”, disse Mamusu. “Porque quando visito o hospital, vejo como as enfermeiras cuidam bem das pessoas.”

Dankay também está recebendo ajuda para conciliar escola e maternidade. Sua resiliência e determinação em criar uma vida melhor para seus filhos são exemplos que os tomadores de decisão deveriam seguir. O potencial delas deve ser celebrado, não desperdiçado – e elas sabem disso.

“Ser mãe nessa idade não é muito fácil”, disse ela, “mas isso me permitirá ficar mais forte”.

Em alguns estudos, as mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo têm chances duas vezes maior de ter um parceiro masculino se recusando a usar contracepção e de relatar uma gravidez não planejada do que mulheres que não sofrem violência em seus relacionamentos (Silverman e Raj, 2014). Esses estudos incluíram países tão díspares como Bangladesh (Silverman *et al.*, 2007) e Nova Zelândia (Fanslow *et al.*, 2008).

Aquelas que sofrem violência também são mais propensas a recorrer ao uso disfarçado de contraceptivos (Silverman *et al.*, 2020; McCarraher *et al.*, 2006), sugerindo que muitos parceiros abusivos desaprovam ativamente ou procuram interromper a autonomia reprodutiva das sobreviventes. Uma meta-análise analisou sete estudos, envolvendo quase

15.000 participantes de cinco países (Maxwell *et al.*, 2015), descobrindo que, em geral, “as chances de mulheres que sofreram [violência por parceiro íntimo] relatarem uso de anticoncepcionais eram 53% menores do que as chances para mulheres que não sofreram [violência por parceiro íntimo]”. Outro estudo, com mulheres casadas na Nigéria, descobriu que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo tinham 1,28 vezes mais chances de interromper a contracepção do que aquelas que não foram expostas à violência (Kupoluyi, 2020).

Outras formas de violência que não a sexual também causam sérios danos à autonomia reprodutiva de mulheres e meninas. Um estudo dos Estados Unidos em 1999 descobriu que a gravidez não planejada estava fortemente

Leis e normas versus experiência vivida

Existem inúmeras leis e instrumentos de direitos humanos que, juntos, representam um consenso quase universal de que a violência sexual e de parceiros íntimos são violações dos direitos humanos. O direito de estar livre da violência sexual e da violência do parceiro íntimo tem sido claramente articulado há décadas – notadamente, pelo Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e o Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DESCR) (UN CESCR, 2016; UN CEDAW, 2017). Em parte, pelo reconhecimento de que a gravidez geralmente resulta de força e coerção, o aborto é legal na grande maioria das nações (Allotey *et al.*, 2021), sendo considerado um direito humano por muitos órgãos internacionais de tratados de direitos humanos e em tratados regionais de direitos humanos (Fine *et al.*, 2017).

O dever dos governos de exercer a devida diligência na prevenção, investigação, no julgamento e na punição de atos de violência também está bem estabelecido nos direitos humanos internacionais, direitos humanos regionais e na legislação nacional (UN CEDAW, 2017). Além disso, a gravidez forçada ou “compulsória”, sob certas circunstâncias, é considerada um crime contra a humanidade e um crime de guerra (Assembleia Geral da ONU, 1998; CICV, 1977). No entanto, apesar do endosso esmagador dessas normas e instrumentos legais de todo o mundo, a violência e a coerção sexual permanecem onipresentes e os perpetradores continuam a gozar de impunidade.

correlacionada com a experiência de violência psicológica ou física no lar enquanto crescia. Essa é uma demonstração poderosa das consequências duradouras da falta de poder [de decisão] e indica que o impacto psicológico dessa falta de poder pode ser um forte determinante da gravidez não planejada (Dietz *et al.*, 1999).

Com que frequência a violência sexual e o sexo forçado resultam em gravidez? Muito frequentemente, os dados mostram. Pesquisas no Haiti, Malawi, na Nigéria, Zâmbia e em Uganda examinaram a incidência de gravidez resultante de sexo forçado entre meninas e mulheres jovens de 13 a 21 anos. Das entrevistadas, entre 10,4% e 18% haviam sido vítimas de violência sexual de um parceiro íntimo atual ou anterior ou de um membro da família, conhecido ou estranho (Statmatakis *et al.*, 2020). Entre as adolescentes que sofreram estupro, a porcentagem que relatou ter engravidado por isso variou de 13,2%, na Nigéria, a 36,6%, no Malawi. O estudo conclui que, em alguns casos, mais de um terço das sobreviventes relatadas vivenciaram uma gravidez relacionada à sua primeira ou mais recente experiência de sexo forçado ou sob pressão. Estudos mais antigos analisam a incidência de gravidezes relacionadas ao estupro e constatam que elas ocorrem em taxas semelhantes ou superiores (Gottschall e Gottschall, 2003; Wilcox *et al.*, 2001) à incidência de gravidez resultante de sexo consensual.

De fato, a violência continua a ser mais amplamente aceita socialmente do que se poderia pensar. Embora essa aceitação, tanto por mulheres quanto por homens, tenha diminuído significativamente na primeira década do século 21 (Pierotti, 2013), a taxa de mudança de atitudes é desigual, e estudos mostraram que, em alguns lugares, uma alta porcentagem de mulheres ainda acredita que a

Uma análise da violência sexual entre refugiadas e pessoas deslocadas internamente estimou a prevalência de violência sexual em 21,4%.

violência se justifica se uma mulher recusar sexo (Banco Mundial, 2021).

Mas a violência não é a única forma pela qual a autonomia corporal e a tomada de decisão sobre a gravidez são negadas a quem vivencia uma gravidez não planejada. A coerção – o uso da força, ameaças, pressão e/ou intimidação, bem como a ausência de consentimento – pode ocorrer e ocorre sem violência, corroendo seriamente a capacidade de exercer a intenção e a escolha. As mulheres podem ceder a decisão sobre sexo e gravidez ao parceiro por medo da violência ou porque a violência seja socialmente aceita ou esperada.

Quando a gravidez é resultado de estupro ou coerção sexual, os danos e as violações de direitos se multiplicam. A violência ou coação sexual é, em si, uma violação dos direitos humanos; além disso, o ato de forçar alguém a engravidar e o ato de forçar alguém a continuar grávida ou a abortar contra sua vontade (formas de coerção reprodutiva) são formas reconhecidas de violência e violações de direitos humanos (Grace e Anderson, 2018; Miller e Silverman, 2010).

QUANDO OS CONTRACEPTIVOS FALHAM

UNFPA — Os anticoncepcionais mudaram a história: por décadas, os métodos modernos fortaleceram a autonomia das mulheres sobre suas vidas reprodutivas e ajudaram os países a atingir suas metas de desenvolvimento. Porém, eles nem sempre funcionam.

Depois que Mukul, na Índia, sofreu complicações de parto com risco de morrer aos 24 anos, ela optou por usar um DIU. No entanto, menos de um ano depois, ficou chocada ao descobrir que estava

grávida novamente – e já de cinco meses, tarde demais para considerar um aborto. Ela deu à luz uma segunda filha. “Acolhemos nossa segunda filha e continuamos criando as duas”, disse Mukul. “Funcionou bem, e ela era amada por todos da minha família e amigos.”

Mukul não tinha motivos para esperar que ficasse grávida. O DIU, método de longa ação, é considerado uma das formas mais confiáveis de contraceção. Contudo, nenhum contraceptivo é infalível – nem contraceptivos orais,

implantes, injetáveis ou mesmo vasectomias. Quando usados de forma consistente e correta, todos esses métodos têm taxas de falha inferiores a um único ponto percentual e, às vezes, muito menores, mas **falham**. No Reino Unido, por exemplo, um em cada

“Percebi que o contraceptivo não tinha funcionado quando peguei o resultado aos seis meses. Fiquei chocada e pensei: O que aconteceu?”

quatro abortos é atribuído à falha da contraceção hormonal (BBC, 2017), um número que quase dobra quando outros métodos, incluindo preservativos, diafragmas e coito interrompido, são adicionados a esse conjunto.

Vários anos depois, ainda usando anticoncepcionais, Mukul se viu grávida novamente. Ela tinha certeza de que não queria outro filho, embora seu pai a estivesse pressionando para tentar um menino. (Apesar dos próprios sucessos de Mukul – ela é uma

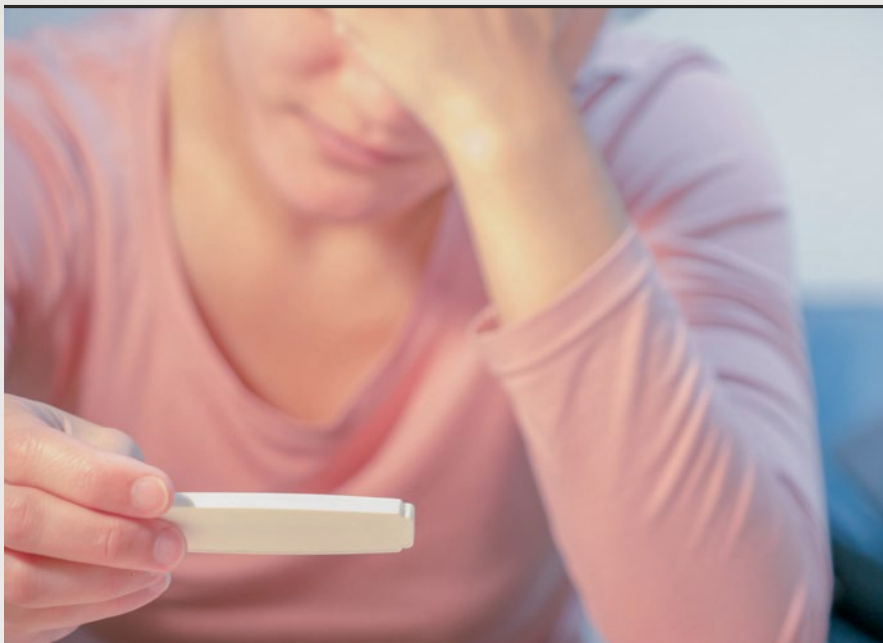
acadêmica talentosa –, sua família continuava a abrigar uma forte preferência por meninos.) “Eu escolhi fazer um aborto para que eu pudesse arcar com minhas responsabilidades perante minhas duas filhas, pois essas responsabilidades teriam sido

divididas com o nascimento de um terceiro filho”, disse ela. “Não me arrependo disso.”

Dalila*, na zona rural de El Salvador, teve uma experiência muito semelhante. Logo após o casamento, um conselheiro de planejamento familiar

fez uma visita a ela e ao novo marido. Mas ela adiou o uso de anticoncepcionais. “Eu queria ter um filho”, explicou Dalila. “Então, minha filha veio e eu fiquei feliz.”

Assim como Mukul, ela começou a usar métodos contraceptivos após o nascimento do primeiro filho. E também como Mukul, descobriu que estava grávida já em estado avançado na segunda gravidez. “Percebi que o contraceptivo não tinha funcionado quando recebi o resultado, aos seis meses. Fiquei em choque e pensei: O que aconteceu?”



Nenhum contraceptivo é infalível.

© Shutterstock

“Às vezes, as pessoas não reconhecem sua gravidez até muito mais tarde, porque não estão esperando por isso.”

ela. “Um mês, de quatro mulheres admitidas após abortos inseguros, três delas morreram. Apenas uma foi salva.” A situação melhorou depois de 1983, quando o aborto foi legalizado na Turquia, mas até agora abortos seguros não estão disponíveis em muitos hospitais, disse ela, e muitos médicos não têm tempo ou disposição para fornecer aconselhamento contraceptivo.

Essas histórias não são surpresa para Ayse Akin, uma médica turca cuja carreira em saúde reprodutiva e pública se estende por meio século. Ela testemunhou muitas gestações revolucionárias, tanto em pessoas com DIU quanto naquelas que usam outros métodos. “Às vezes, as pessoas não reconhecem sua gravidez até muito mais tarde, porque não estão esperando por isso”, explicou.

Todavia, a falha contraceptiva não afeta todas as mulheres da mesma maneira – ou mesmo nas mesmas taxas. Um estudo de 2019 descobriu que, para certos métodos, as usuárias de contraceptivos mais jovens tiveram taxas de falha até 10 vezes maiores do que as mulheres mais velhas (Bradley *et al.*, 2019). Há muitas explicações possíveis: as mulheres mais jovens podem ser

mais férteis, mais sexualmente ativas, ter menos experiência no uso de contraceptivos ou ter um acesso pior ao aconselhamento contraceptivo de qualidade. As mulheres mais pobres também tiveram taxas de falha contraceptiva significativamente mais altas. Esses resultados indicam que as menos capazes de lidar com uma gravidez não planejada – as mais jovens e as mais pobres – tendem mais a ter uma gravidez assim, mesmo quando estão fazendo o possível para evitá-la.

As consequências podem ser terríveis, explicou a Dra. Akin. Ela ajudava muitas pacientes que chegavam depois de fazer um aborto clandestino e inseguro. Chegavam sangrando, anêmicas ou sépticas; muitas tiveram complicações duradouras, ou não sobreviveram. “Era terrível”, disse

Dalila e Mukul continuaram a depender da contracepção, mesmo depois de terem sofrido com as falhas dos contraceptivos. O marido de Mukul passou por uma vasectomia para manter sua família no tamanho desejado. Dalila – que diz que sua segunda gravidez surpresa a deixou “cheia de alegria” – também decidiu que sua família estava completa com duas filhas.

Hoje em dia, as filhas de Dalila são adolescentes e ela as aconselha a encontrar parceiros que as apoiem e apoiem suas ambições – e a pensar em planejamento familiar. Ela tem certeza de que cada uma de suas filhas estará no comando de seu próprio futuro: “Ninguém vai exigir que ela traga um bebê ao mundo se ela não se sentir pronta para ser mãe”.

**Nome alterado para fins de privacidade e proteção*



© UNFPA/Fidel Évora

Crises humanitárias negam autonomia em todos os níveis

Crises humanitárias, inclusive desastres naturais, bem como calamidades induzidas pelo homem, como conflitos armados, também negam às mulheres e meninas o direito de exercer proativamente a autonomia corporal. As pessoas nessas emergências muitas vezes perdem o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contraceptivos, mesmo quando enfrentam maior exposição à violência sexual (Heidari *et al.*, 2019).

É amplamente reconhecido que o risco de estupro aumenta em situações de emergência à medida que os mecanismos de proteção se quebram. Os números reais são difíceis de se supor devido à subnotificação; no entanto, uma análise da violência sexual entre refugiadas e deslocadas internamente estimou a prevalência de violência sexual em 21,4%, com base nos 19 estudos selecionados (Vu *et al.*, 2014).

A violência sexual também é usada como arma de guerra. Estudos mostram que esse não é o caso em todos os conflitos, mas é muito frequente (com exemplos como a guerra da Bósnia, na década de 1990; o ataque a mulheres yazidis, pelo Estado Islâmico do Iraque; e do Levante na última década, e a violência cometida pelo Boko Haram no norte da Nigéria [Oladeji *et al.*, 2021]). O relatório mais recente do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre violência sexual relacionada a conflitos destaca padrões contínuos de estupro em situações de conflito armado no Afeganistão, na República Centro-Africana, Colômbia, República Democrática do Congo, no Iraque, na Líbia, no Mali, em Mianmar, na Somália, no Sudão do Sul, Sudão, na República Árabe Síria e no Iêmen (Nações Unidas, 2020).

Os programas humanitários devem proteger as pessoas em situação de risco (incluindo meninos e homens) e atender às necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos sobreviventes, incluindo o manejo clínico de estupro e a contracepção de emergência (Austin *et al.*, 2008). O *Manual de Campo Interinstitucional revisado sobre Saúde Reprodutiva em Contextos Humanitários* ressalta isso ao incluir a prevenção e o tratamento de gravidez não planejada – e, explicitamente, incorporando atenção ao aborto seguro – no Pacote de Serviços Iniciais Mínimos para saúde reprodutiva e violência baseada em gênero (Heidari *et al.*, 2019; Foster *et al.*, 2017).

Falha do método e uso inconsistente/incorrecto

O acesso a anticoncepcionais não é em si uma bala de prata que possa prevenir todas as gestações não planejadas. Mesmo quando usado de forma correta e consistente, todo método moderno de contracepção tem uma taxa de falha. (Os métodos tradicionais são ainda menos confiáveis.) Isso significa que a gravidez não planejada não pode e não será eliminada com os métodos atualmente disponíveis.

Além disso, como mostram os dados dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e da OMS, há uma incidência ainda maior de falha de método quando se analisam contraceptivos usados em condições do mundo real – até uma taxa de falha de 21% no caso de preservativos femininos (consulte a página 58 para obter mais informações sobre as taxas de eficácia contraceptiva).

A falha do método e o uso em condições do mundo real são citados por mulheres em todo o mundo como uma das principais razões para vivenciar uma gravidez não planejada. No Reino Unido, por exemplo, o British Pregnancy Advisory Service, um provedor de aborto, informou que, das aproximadamente 60.000 mulheres que fizeram um aborto em um de seus centros em 2016, mais da metade estava usando pelo menos uma forma de contracepção. O diretor executivo do serviço disse à BBC: “Nossos dados mostram que as mulheres não podem controlar sua fecundidade apenas

UNFPA e gravidez não planejada

Para prevenir a gravidez não planejada e o recurso ao aborto inseguro, o UNFPA trabalha em mais de 150 países para apoiar o acesso e exigir atendimento e serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva a partir de uma abordagem duradoura ao longo da vida, reconhecendo que as pessoas têm necessidades diferentes e mutáveis ao longo de suas vidas e em diferentes fases de sua vida sexual e reprodutiva.

O Plano Estratégico do UNFPA 2022-2025 estabelece o compromisso da organização em ampliar a oferta de informações e serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade, como parte dos planos de cobertura universal de saúde.

Mediante solicitação dos respectivos governos, em toda a extensão da lei de cada país, de acordo com a orientação da OMS e em consonância com o parágrafo 8.25 do Programa de Ação da CIPD, o UNFPA apoia governos, outros parceiros de implementação e partes interessadas em seus esforços para garantir o acesso a, entre outras: educação integral em sexualidade para jovens dentro e fora da escola; serviços e produtos contraceptivos de qualidade, inclusive para adolescentes; e cuidados pós-aborto para todas; bem como serviços que previnem e respondem à violência de gênero e a práticas nocivas, como o casamento infantil.

150 países

com a contracepção, mesmo quando estão usando alguns dos métodos mais eficazes” (BBC, 2017).

Um estudo mostra que as gestações entre usuárias de anticoncepcionais foram responsáveis por quase metade de todas as gestações não planejadas, sendo 9 em cada 10 dessas gestações atribuíveis ao uso inconsistente ou incorreto e 1 em cada 10 à falha do método ocorrendo sob uso ideal (Frost e Darroch, 2008).

Outras formas de marginalização

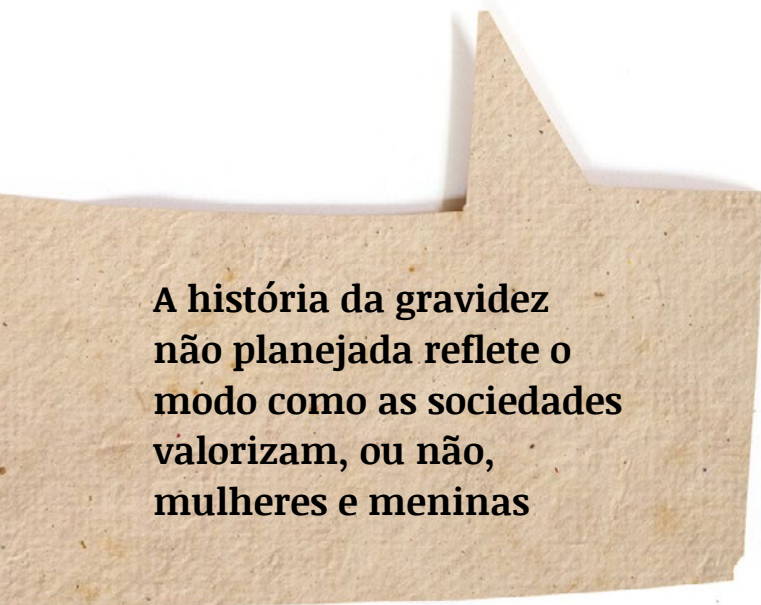
Formas adicionais e sobrepostas de marginalização corroem ainda mais a autonomia humana, e aumentam as vulnerabilidades à gravidez não planejada. As trabalhadoras do sexo, por exemplo, enfrentam barreiras legais e sociais ao uso de anticoncepcionais, levando a um alto número de gestações não planejadas (Faini *et al.*, 2020; Ampt *et al.*, 2018). As pessoas com deficiência enfrentam um risco extremo de violência sexual – mulheres com deficiência têm até 10 vezes mais chances de sofrer violência sexual do que aquelas sem deficiência – e podem ser submetidas

ao aborto forçado se engravidarem (UNFPA, 2018). Desigualdades raciais e étnicas, e outras disparidades, aumentam a vulnerabilidade de uma pessoa à gravidez não planejada. Todos esses fatores requerem uma exploração mais profunda do que é possível aqui.

Voltar-se para os dados significa afastar-se da culpa

Apesar de muitas vezes ser retratada ou entendida erroneamente (como o resultado de um momento fugaz de paixão ou descuido), a gravidez não planejada é uma questão complexa que escapa a explicações simples. Como as evidências no Capítulo 2 e aqui destacam, ela reflete um conjunto mais amplo de forças políticas, econômicas, socioculturais e tecnológicas que afetam meninas, mulheres e outras pessoas que podem engravidar, em todos os níveis. Há um forte argumento para adotar uma abordagem holística para reduzir a gravidez não planejada, que se afaste de atitudes moralizantes que censuram as pessoas afetadas. Os estigmas contra a gravidez não planejada entre adolescentes e mulheres solteiras significam que muitas vezes elas encontram barreiras no acesso à contracepção. Entre as mulheres casadas, a expectativa generalizada de que devem ter filhos significa que sua experiência de gravidez não planejada é, muitas vezes, pouco reconhecida e pouco examinada. O estigma também pode afetar mulheres que, de outra forma, se sentiriam felizes com a gravidez ou que precisam de espaço para lidar com sua ambivalência.

Em última análise, a história da gravidez não planejada reflete a maneira como as sociedades valorizam e não valorizam mulheres e meninas. Ao falhar em capacitar suficientemente as mulheres e meninas para escolherem engravidar ou não, a



A história da gravidez não planejada reflete o modo como as sociedades valorizam, ou não, mulheres e meninas

sociedade diz implicitamente que a maternidade é uma inevitabilidade, e não uma aspiração. Por outro lado, quando as sociedades empoderam mulheres

e meninas para fazer da reprodução uma escolha deliberada, elas reconhecem o valor humano inerente às mulheres – além, e inclusive, da maternidade.



Eficácia, efeitos colaterais e os benefícios dos contraceptivos

Métodos modernos de contracepção podem ser extremamente eficazes na prevenção de gravidez não planejada, mas as usuárias podem julgar que determinado método seja inadequado por questões médicas, socioeconômicas ou relacionadas à oferta. As informações abaixo foram extraídas das últimas diretrizes da OMS (OMS, 2020c; OMS, 2018). Não devem ser usadas para fins de aconselhamento ou tratamento médico; os prestadores de serviços de saúde devem, em vez disso, consultar as fontes originais.

Tipo de contracepção	Duração ou tempo de uso	Gestações por 100 mulheres por ano, com uso consistente e correto	Gestações por 100 mulheres por ano, como comumente usado	Efeitos colaterais potenciais (lista incompleta)	Benefícios potenciais para a saúde (lista incompleta)
MÉTODOS INTRAUTERINOS					
Dispositivo intrauterino com levonorgestrel (DIU LNG)	3-7 anos (dependendo do tipo)	0,2-0,8	0,2-0,8	Alterações no sangramento, acne, dores de cabeça, sensibilidade ou dor mamária, náusea, ganho de peso, tontura, alterações de humor, cistos ovarianos	Pode proteger contra anemia, câncer endometrial e cervical, pode reduzir cólicas, sangramento e sintomas de endometriose
Dispositivo intrauterino (DIU) à base de cobre	Até 10-12 anos (siga as diretrizes nacionais)	0,6	0,8	Alterações no sangramento, bem como cólicas durante a menstruação, especialmente nos primeiros 3-6 meses de uso do dispositivo	Pode proteger contra o câncer do endométrio
MÉTODOS HORMONAIS					
Implante	3-5 anos (a depender do tipo)	0,1	0,1	Alterações no sangramento, dores de cabeça, dor abdominal, acne (pode piorar ou melhorar), ganho de peso, sensibilidade mamária, tontura, alteração de humor, náusea, complicações raras	Pode proteger contra doença inflamatória pélvica sintomática, anemia
Somente progestágeno injetável (pode ser DMPA, DMPA-SC ou NET-EN)	A cada 2 ou 3 meses (dependendo do tipo)	0,2	4	Alterações no sangramento, ganho de peso, dores de cabeça, tontura, desconforto abdominal, alterações de humor, diminuição do desejo sexual, perda de densidade óssea	Pode proteger contra câncer endometrial, miomas, sintomas de doença inflamatória pélvica <i>et al.</i> (DMPA); protege contra a anemia (DMPA e NET-EN)
Injetáveis mensais ou contraceptivos injetáveis combinados	Mensal	0,05	3	Alterações no sangramento, ganho de peso, dores de cabeça, tontura, sensibilidade mamária	Dados limitados; os benefícios podem ser semelhantes aos contraceptivos orais combinados
Contraceptivos orais combinados ("a pílula")	Diário	0,3	7	Alterações no sangramento, dores de cabeça, tonturas, náuseas, ganho de peso, mudança de humor, sensibilidade mamária e outros riscos de saúde, raros e extremamente raros	Pode proteger contra câncer de endométrio e ovário, e sintomas de doença inflamatória pélvica
Pílulas só de progestágeno ("a minipílula")	Diário	0,3	1-7 (dependendo se a usuária está amamentando ou não)	Alterações no sangramento, dores de cabeça, tonturas, alterações de humor, sensibilidade mamária, dor abdominal, náusea	Protege contra os riscos da gravidez. Seguro para mulheres que amamentam e seus bebês, porque não afeta a produção de leite
Adesivo	Uma vez por semana, durante 3 semanas	0,3	7	Irritação da pele, alterações no sangramento, dores de cabeça, náuseas, vômitos, sensibilidade e dor mamária, dor abdominal, sintomas de gripe, vaginite	Dados limitados, os benefícios podem ser semelhantes aos contraceptivos orais combinados
Anel contraceptivo vaginal - combinação hormonal	Usar o anel por 3 semanas	0,3	7	Alterações no sangramento, dores de cabeça, vaginite, corrimento	Dados limitados; espera-se que sejam semelhantes aos contraceptivos orais combinados
Anel contraceptivo vaginal hormonal	90 dias	1-2	1-2	Alterações no sangramento, dor abdominal, dor na mama	Sem alterações na produção de leite para mulheres que amamentam

Tipo de contracepção	Duração ou tempo de uso	Gestações por 100 mulheres por ano, com uso consistente e correto	Gestações por 100 mulheres por ano, como comumente usado	Efeitos colaterais potenciais (lista incompleta)	Benefícios potenciais para a saúde (lista incompleta)
MÉTODOS DE BARREIRA					
Capuz cervical	Antes da relação	9-26 (dependendo se usuária deu à luz ou não)	16-32 (dependendo se a usuária deu à luz ou não)	Algumas usuárias relatam irritação, possíveis lesões vaginais	Pode proteger contra certas DSTs, bem como pré-câncer e câncer do colo do útero
Diafragma	Antes da relação	16	17	Algumas usuárias relatam irritação, possíveis lesões vaginais	Pode proteger contra certas DSTs, bem como pré-câncer e câncer do colo do útero
Preservativo masculino	Uso único	2	13	Reação alérgica, extremamente rara, ao látex pode ocorrer	Oferece dupla proteção, contra gravidez e ISTs (incluindo HIV)
Preservativo feminino	Uso único	5	21	Nenhum	Oferece dupla proteção, contra gravidez e ISTs (incluindo HIV)
Espemicidas	Antes da relação	16	21	Algumas usuárias relatam irritação, possíveis lesões vaginais	Ajuda a proteger contra os riscos da gravidez
MÉTODOS BASEADOS EM CONSCIÊNCIA DA FERTILIDADE					
Método baseado em calendário (método de dias padrão)	Evitar, mensalmente, relações sexuais em dias férteis – ou usar método de barreira nesses dias	5	12	Nenhum	Ajuda a proteger contra os riscos da gravidez
Métodos baseados em sintomas (método de dois dias, método de ovulação, método sintotérmico)	Evitar, mensalmente, relações sexuais em dias férteis – ou usar método de barreira nesses dias	<1–4	2–23	Nenhum	Ajuda a proteger contra os riscos da gravidez
Método de amenorreia lactacional (LAM)	Até 6 meses após o nascimento, durante a amenorreia que ocorre durante a amamentação completa	0,9 (em 6 meses)	2 (em 6 meses)	Nenhum	Incentiva padrões de amamentação, saudáveis para mãe e bebê
RETIRADA					
Retirada (coito interrompido)	Durante a relação sexual	4	20	Nenhum	
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA					
DIU de cobre	Inserido dentro de 5 dias após o sexo desprotegido	Sem dados	Sem dados	Alterações no sangramento, bem como riscos, e complicações incomuns e raras	Pode proteger contra o câncer de endométrio e do colo do útero
Pílulas anticoncepcionais de emergência	Até 5 dias após o sexo desprotegido	<1–2	N/A	Alterações no sangramento, náuseas, dor abdominal, fadiga, dores de cabeça, sensibilidade mamária, tonturas, vômitos	Ajuda a proteger contra o risco de gravidez – NÃO interrompe uma gravidez existente
MÉTODOS PERMANENTES DE CONTROLE DE NATALIDADE					
Esterilização feminina (laqueadura)	Permanente – eficaz imediatamente	0,5	0,5	Podem ocorrer complicações incomuns a extremamente raras	Pode proteger contra a doença inflamatória pélvica, pode proteger contra o câncer de ovário
Esterilização masculina (vasectomia)	Permanente – mas outro método deve ser usado nos primeiros 3 meses	0,1	0,15	Podem ocorrer complicações, incomuns a raras	Pode proteger o parceiro contra riscos de gravidez

DMPA, acetato de medroxiprogesterona de depósito • **DMPA-SC**, acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutâneo
NET-EN, enantato de noretisterona • **ISTs**, Infecções Sexualmente Transmissíveis

Depoimentos

Um questionário informal obteve cerca de 60 respostas de aproximadamente 30 países no final de 2021. As respostas foram extraídas e editadas para maior clareza.

Onde você aprendeu sobre reprodução e contraceptivos?

Resposta	Respondente
Faculdade de Medicina.	Índia, homem, 59
Faculdade de Medicina.	Brasil, mulher, 46
Organização liderada por jovens.	Tanzânia, homem, 53
Aprendi sobre reprodução durante minha graduação.	Nigéria, mulher, 37
Provedor de saúde.	Mali, homem, 43
Um projeto na minha comunidade.	Burkina Faso, mulher, 23
Minha mãe, e pela mídia.	Argélia, mulher, 44
Organização onde trabalho.	Marrocos, mulher, 24
Treinamento oficial e mídia social.	Jordânia, mulher, 40
Ginecologista, após o nascimento do primeiro filho.	Ucrânia, mulher, 39
Escola, faculdade, televisão, internet.	Nepal, mulher, 23

É difícil obter informações precisas sobre saúde sexual?

Resposta	Respondente
Adolescentes e jovens lutam muito. Eles recebem informações imprecisas e que provocam medo.	Tanzânia, homem, 53
Minha amiga no ensino médio pegou um ônibus e percorreu 30 milhas para chegar a uma biblioteca que tinha um livro sobre reprodução.	EUA, mulher, 70
Muitas pessoas acreditam em contos da carochinha.	Jordânia, mulher, 44
Quase todos os jovens que conheço têm dificuldades, assim como os solteiros de todas as idades.	Sudão, mulher, 31
A maioria dessas informações é acessível apenas em áreas urbanas.	Uganda, homem, 35
As pessoas não falam sobre sexo abertamente.	Tajiquistão, mulher, 30
Conheci uma senhora com 6 filhos; ela não queria mais, mas não sabia o que fazer.	Laos, mulher, 58
As pessoas ao meu redor recebem informações falsas cheias de estereótipos; as pessoas responsáveis por informá-las não são bem treinadas.	Benin, homem, 24
Sim. Meus pais não falavam sobre essas coisas.	Peru, mulher, 53
Sim, havia pouca informação sobre isso; o tema era estigmatizado.	Ucrânia, mulher, 39

Você já ouviu falar sobre mitos relacionados à contracepção?

Resposta	Respondente
Me disseram que pílulas anticoncepcionais causam infertilidade.	<i>EUA, mulher, 39 anos</i>
Algumas pessoas acreditam, incorretamente, que urinar após a relação sexual pode prevenir a gravidez.	<i>Índia, homem, 59</i>
Até os médicos acreditam que coisas como DIUs não podem ser usadas por mulheres nulíparas.	<i>Brasil, mulher, 46</i>
Ouvi dizer que os anticoncepcionais engordam.	<i>Gana, mulher, (idade não reportada)</i>
Ouvi dizer que os anticoncepcionais não funcionam, eles podem se mover por todo o corpo.	<i>Nigéria, mulher, 37</i>
Um farmacêutico disse à minha amiga que ela não podia usar anticoncepcional de emergência porque estava amamentando. Foi por isso que ela teve seu quarto filho.	<i>Espanha, mulher, 40</i>
As pessoas acreditam que causa infertilidade, câncer, que é uma ideia estranha.	<i>Sudão, mulher, 31</i>
Não. Não sou casada e não estou procurando informações sobre isso; para mim, discutir esses temas é um tabu.	<i>Marrocos, mulher, 24</i>
Disseram-nos que a contracepção deixa você estéril.	<i>Burkina Faso, mulher, 43</i>
Sim. O preservativo só deve ser usado para sexo fora do casamento, a pílula deixa você estéril, o DIU causa hemorragias, etc.	<i>Argélia, mulher, 44</i>
Há muita desinformação que os médicos passam para as mulheres.	<i>Brasil, homem, 75</i>
Uma tia me disse que falar de anticoncepcional era um convite para fazer sexo.	<i>México, mulher, 35</i>
O uso excessivo de contracepção de emergência pode causar infertilidade.	<i>Nepal, mulher, 23</i>

Você ou suas amigas já usaram um método de contracepção que NÃO era moderno?

Resposta	Respondente
Não, mas muitos pacientes usam a retirada.	<i>Brasil, mulher, 46</i>
Uma mulher disse que se lavou após a relação sexual.	<i>Uganda, mulher, 46</i>
Sim, um tipo especial de melão.	<i>Nigéria, mulher, 60</i>
Não, mas já ouvi falar de métodos tradicionais, como ervas.	<i>Nigéria, mulher, 37</i>
O método natural.	<i>Burkina Faso, mulher, 50</i>

É difícil obter anticoncepcionais?

Resposta	Respondente
Eu tinha um plano de saúde que impossibilitava o acesso aos anticoncepcionais orais.	EUA, mulher, 39
Mulheres em favelas tiveram dificuldades durante os bloqueios da Covid-19. Isso levou a muitas gestações não planejadas e muitos abortos.	Índia, homem, 59
Sim. Como médica, é difícil conseguir implantes e kits de colocação de DIU.	Brasil, mulher, 46
Sim, principalmente jovens. Elas são insultadas e xingadas.	Nigéria, mulher, 60
Sim. Há medo e falta de privacidade.	Trindade e Tobago, mulher, 65
Há rupturas de estoque regulares.	Uganda, homem, 35
As meninas solteiras têm medo... por falta de privacidade; os médicos podem não manter isso em segredo.	Tajiquistão, mulher, 30
De jeito nenhum.	Benin, mulher, 27
Não.	Jordânia, homem, 42
Menores não podem ir ao consultório médico sem um adulto.	Panamá, mulher, 56
Sim. Quando eu tinha 21 anos, o médico me deu uma bronca... aí eu fui a outro médico, que me colocou muito mal o DIU.	México, mulher, 38
Sim, vergonha.	Peru, homem, 26

Você já pressionou um parceiro a não usar anticoncepcionais?

Resposta	Respondente
Não.	EUA, mulher, 39
Não, nunca pressionei minha parceira assim.	Benin, homem, 24
Não.	Índia, homem, 59
Sim, quero ter filhos, mas meu marido não quer.	Sudão, mulher, 37
Não.	Tanzânia, homem, 53
Não.	Brasil, mulher, 46
Fui eu quem pressionou pelos contraceptivos.	Nicarágua, mulher, 50
Não.	Trindade e Tobago, mulher, 65
Não.	Tajiquistão, mulher, 30
Sim.	Índia, mulher, 35
Não, a concordância é sempre mútua.	Peru, homem, 26
Não.	Ucrânia, mulher, 39

Você já sofreu efeitos colaterais indesejados ao usar um anticoncepcional?

Resposta	Respondente
Ganho de peso, acne, náusea, mau humor, dores de cabeça, diarreia, cólicas estomacais.	<i>EUA, mulher, 39</i>
Tive visão embaçada e alterações de humor; ninguém me falou sobre os efeitos colaterais de antemão.	<i>Jordânia, mulher, 44</i>
Sim, sangramento intenso e dor abdominal nos primeiros meses.	<i>Nigéria, mulher, 37</i>
Não.	<i>Índia, mulher, 62</i>
Sim, mudanças de humor.	<i>Sudão, mulher, 31</i>
Não é aplicável.	<i>Uganda, homem, 35</i>
Minha esposa teve cólicas por usar o DIU.	<i>Brasil, homem, 75</i>
Sim, com o implante; fadiga e diminuição da libido.	<i>México, mulher, 38</i>
Não.	<i>Panamá, mulher, 56</i>
Ganhei peso.	<i>Ucrânia, mulher, 39</i>
Não.	<i>Jordânia, homem, 42</i>

Você já fez sexo sem usar anticoncepcional, mesmo sem a intenção de ter um filho?

Resposta	Respondente
Sim, mas meu parceiro e eu usamos o método de retirada.	<i>Jordânia, mulher, 29</i>
Sim.	<i>Índia, mulher, 62</i>
Sim. Eu, pessoalmente, não gosto de usar preservativos, especialmente quando não estou familiarizado com a marca ou tipo; então, fiz sexo desprotegido.	<i>País não listado, mulher, 24</i>
Sim.	<i>Tanzânia, homem, 53</i>
Sim. Por falta de acesso ao anticoncepcional e, em alguns casos, por pressão do meu parceiro.	<i>Sudão, mulher, 31</i>
Raramente.	<i>EUA, mulher, 30</i>
Sim, por falta de acesso à contracepção.	<i>Trindade e Tobago, mulher, 65</i>
Sim.	<i>Tajiquistão, mulher, 30</i>
Não. Sempre usei preservativo junto com outro método, mesmo quando era casada.	<i>Brasil, mulher, 65</i>

**Na sua comunidade, quem toma decisões sobre contracepção?
Homens e mulheres têm o mesmo poder de decisão?**

Resposta	Respondente
Geralmente, isso é visto como responsabilidade da mulher, tomar anticoncepcionais orais ou de ação prolongada; mas, quando se trata de preservativos, muitas vezes é responsabilidade do homem.	<i>EUA, mulher, 39</i>
Homens e mulheres têm o mesmo poder, mas as famílias e as comunidades também têm voz.	<i>Laos, mulher, 50</i>
Os homens têm maior poder de decisão; as mulheres podem ter que agir secretamente/discretamente para obter serviços de contracepção.	<i>Índia, homem, 59</i>
Geralmente, os homens não são a favor do uso de preservativos, e muitos desencorajam as mulheres a tomarem anticoncepcionais.	<i>Brasil, mulher, 46</i>
Os homens têm mais poder.	<i>Tanzânia, homem, 53</i>
As mulheres não tinham permissão para decidir.	<i>Nigéria, mulher, 60</i>
Os homens podem acessar facilmente os preservativos, mas as mulheres recebem olhares preconceituosos ao comprá-los; ao obter um método de planejamento familiar em uma clínica, a maioria das mulheres ainda precisa do consentimento de seus parceiros, e, como a maioria das mulheres recebe o dinheiro dos parceiros, os homens influenciam as decisões das mulheres.	<i>Nigéria, mulher, 37</i>
É um patriarcado; os homens têm domínio sobre a tomada de decisões.	<i>Jordânia, mulher, 44</i>
A maioria dos homens não quer que suas esposas usem métodos contraceptivos; o mesmo se aplica para famílias e comunidades.	<i>Tanzânia, mulher, 51</i>
Os homens detêm o poder de decisão final; é prática comum os prestadores de serviços pedirem o consentimento do marido.	<i>Sudão, mulher, 31</i>
Na maioria dos casos, as opções contraceptivas são determinadas pela disponibilidade, e não pela escolha.	<i>Uganda, homem, 35</i>
Meu marido e minha sogra interferem muito nas minhas escolhas.	<i>Jordânia, mulher, 29</i>
Mesmo quando as mulheres vão ao hospital para tomar anticoncepcional, elas têm que estar acompanhadas pelos maridos.	<i>Benin, homem, 24</i>
Muitos homens acreditam que a contracepção não é permitida.	<i>Marrocos, mulher, 24</i>
Na minha comunidade, as mulheres não usam controle de natalidade... e os homens nem tentam usá-lo; fui pressionada a engravidar há 30 anos, pelo pai dos meus filhos.	<i>Nicarágua, mulher, 50</i>
Em alguns casais, os homens obrigam as mulheres a não usarem anticoncepcionais; afirmam que causa desconforto ou não lhes dá prazer. As mulheres cedem, por medo ou submissão.	<i>Peru, mulher, 20</i>
Há pressão para ter filhos mesmo que não seja meu desejo; eu sou a anormal, por não querer ter filhos.	<i>México, mulher, 38</i>

**Você ou alguém que você conhece já teve uma gravidez não planejada?
Se você tivesse uma agora, como você reagiria?**

Resposta	Respondente
Atualmente, estou grávida de uma gravidez não planejada; eu estava usando preservativo de forma consistente e correta com meu parceiro de longa data, mas escapou. Não planejávamos ter filhos, mas decidi ter o bebê. Infelizmente, isso acabou com nosso relacionamento e serei mãe solteira.	<i>EUA, mulher, 39</i>
Sim, minha irmã; ela tinha 19 anos.	<i>Brasil, mulher, 46</i>
Não que elas tenham me dito...eu faria um aborto seguro o mais rápido possível.	<i>EUA, mulher, 30</i>
Eu tinha 18 anos quando aconteceu comigo; minha amiga tinha cerca de 35 anos quando aconteceu com ela.	<i>Nigéria, mulher, 37</i>
Sim. Aos 23 anos, uma amiga fez um aborto cirúrgico; para mim, eu procuraria um aborto seguro, mesmo que isso significasse que eu teria que viajar.	<i>País desconhecido, mulher, 24</i>
Não. Para mim, eu planejava cuidar de nosso filho.	<i>Laos PDR, mulher, 58</i>
Sim. Com 20 e 30 anos, todas as minhas gestações não foram planejadas.	<i>Ucrânia, 39, mulher</i>
Minha amiga íntima usou misoprostol para interromper a gravidez. Mas o aborto não é permitido na Tanzânia, exceto para preservar a vida da mãe, portanto, se isso acontecesse novamente, eu a aconselharia a lidar com a situação e evitar o aborto inseguro.	<i>Tanzânia, homem, 53</i>
Sim. Uma parente era bastante jovem quando se casou e foi pressionada a engravidar durante o primeiro ano de casamento.	<i>Jordânia, mulher, 44</i>
Sim. A pessoa tinha 16 anos e teve um natimorto devido aos cuidados mínimos.	<i>Uganda, homem, 35</i>



Revelando os desafios da escolha

A maneira mais óbvia de prevenir uma gravidez não planejada – além de abster-se de sexo, que, como explicado na página 42, não é “à prova de falhas” – é usar contracepção, e uma ampla gama de métodos contraceptivos seguros e eficazes foram desenvolvidos. Embora todas as formas de contracepção estejam sujeitas à falha do método, ela é responsável por uma proporção comparativamente pequena de todas as gestações não planejadas. Desafios ligados ao uso consistente e correto também desempenham papel importante, mas o maior problema, de longe, é a necessidade não atendida de contracepção.

Em todo o mundo, estima-se que 257 milhões de mulheres que desejam evitar a gravidez não estejam usando métodos contraceptivos seguros e modernos, e, dessas mulheres, 172 milhões não usam método algum (UN DESA, 2020). O indicador ODS 3.7.1 pede expressamente o atendimento a essa necessidade, um reconhecimento de sua importância no desenvolvimento internacional.

Uma reação simplista, mas muito comum, seria que a gravidez é uma consequência óbvia da relação sexual desprotegida, e que as políticas públicas podem oferecer poucos remédios para casais ou indivíduos que não se dão conta desse fato. Contudo, os dados mais recentes dos ODS mostram que, em 64 países, mais de 8% das mulheres são incapazes de fazer suas próprias escolhas sobre a contracepção, e 24% são incapazes de decidir sobre cuidados de saúde – violações claras de direitos que exigem retificação do Estado e mudanças de normas. E milhões de outras mulheres enfrentam circunstâncias que têm um impacto menos óbvio (mas não menos real) no uso, não uso e desuso de anticoncepcionais. Uma exploração mais profunda desses fatores aponta para as respostas que os formuladores de políticas podem adotar para apoiar e proteger a autonomia reprodutiva dos indivíduos.

Programas de planejamento familiar funcionam

Em primeiro lugar, é importante enfatizar que os programas de planejamento familiar fizeram uma enorme diferença mundialmente. O uso de anticoncepcionais está aumentando em todas as regiões do mundo e as necessidades não atendidas estão diminuindo. Em 2022, verificou-se que 1,1 bilhão das 1,9 bilhão de mulheres em idade reprodutiva (definida como idades entre 15 e 49 anos) tinham necessidade de contracepção, ou seja, elas

tinham o desejo de limitar ou postergar a gravidez; entre elas, 858 milhões estavam usando algum método contraceptivo moderno e 85 milhões usavam algum método tradicional (Nações Unidas, 2022).

Pesquisadores notaram mudanças nas razões que as mulheres dão para não usar contraceptivos, mesmo quando querem evitar a gravidez (Segdh *et al.*, 2016). A falta de conhecimento sobre anticoncepcionais foi o motivo mais comum para o não uso na década de 1980; agora, é o motivo menos citado, com maiores proporções de mulheres listando efeitos colaterais e sexo infrequente como seus motivos para o não uso. O acesso aos anticoncepcionais também melhorou ao longo do tempo, sendo menos citado como motivo de não uso. Esses estudos mostram que o progresso pode e tem sido feito por programas eficazes de planejamento familiar – no entanto, também apontam para lacunas que ainda precisam ser superadas. Por exemplo, a falta de acesso e a falta de conhecimento persistem em muitos lugares, especialmente nas áreas rurais (Moreira *et al.*, 2019).

Para preencher essas lacunas, é necessário um olhar mais atento aos índices e aos motivos para o não uso. O ponto de partida deve ser perguntar o que uma mulher quer. Só então é possível considerar se ela é capaz de agir e realizar esse desejo, e como essa capacidade é afetada por programas, políticas e normas. Este capítulo explora três questões abrangentes que pesquisadores e formuladores de políticas devem fazer ao considerar a necessidade não atendida de contracepção. Ao olhar para uma mulher que deseja prevenir ou postergar a gravidez: (a) ela deseja usar métodos contraceptivos modernos; (b) ela pode obter um método de sua escolha, particularmente se e quando suas escolhas mudam; e (c) como o ambiente facilita ou dificulta o uso de anticoncepcionais?

Embora este capítulo se concentre em mulheres em países de rendas baixa e média – onde as necessidades não atendidas são as maiores – muitas das questões discutidas também são relevantes e comuns em países de todos os níveis de renda e em todas as regiões.

As mulheres *querem* usar contracepção moderna? Examinando a demanda

Toda pessoa tem o direito de tomar uma decisão consciente e voluntária sobre o uso de um método contraceptivo. Isso, é claro, está relacionado ao desejo dela de evitar uma gravidez, um desejo que não é, necessariamente, constante ou claro. É um desejo que provavelmente mudará ao longo do tempo, por meio de diferentes estágios da vida de um indivíduo, baseado em normas sociais, sua família e seu parceiro (ou parceiros), bem como sua própria experiência e seu corpo.

Preocupações sobre segurança e efeitos colaterais

Estudos mostram consistentemente que o não uso ou a descontinuação da contracepção é, frequentemente, resultado do medo ou da experiência de efeitos colaterais ou problemas de saúde. As análises dos dados da DHS indicam que 38% das mulheres com necessidade não atendida de contracepção moderna usaram um método moderno de contracepção no passado, mas optaram por interrompê-lo por outro motivo que não o desejo de engravidar (Castle e Askew, 2015). Em média, mais de um terço das mulheres que começam a usar um método anticoncepcional moderno param de usá-lo no primeiro ano, e mais da metade param antes de dois anos.

E as necessidades dos homens?

Vale notar que os homens podem e têm necessidades contraceptivas não atendidas. Infelizmente, esse fato não é bem capturado pelas pesquisas existentes. A necessidade não atendida, como a maioria das medidas de saúde reprodutiva, é, geralmente, definida em torno dos comportamentos das mulheres, que são consideradas usuárias primárias de contracepção, e os dados disponíveis tendem a se concentrar nelas. Ainda assim, um quadro mais completo requer a consideração das necessidades e dos conhecimentos dos homens, garantindo, ao mesmo tempo, que os direitos reprodutivos das mulheres não fiquem comprometidos. Na verdade, uma abordagem mais abrangente para atender às necessidades contraceptivas poderia realmente promover os direitos e o bem-estar das mulheres, criando um ambiente mais favorável para todas as pessoas expressarem e realizarem suas preferências de fecundidade (veja matéria sobre contraceptivos masculinos na página 70, e o texto sobre a concordância dos casais no Capítulo 2).

Além disso, a maioria dos métodos contraceptivos se concentra na biologia feminina: métodos de barreira, como diafragmas, capuzes cervicais, esponjas e preservativos femininos; bem como métodos hormonais, como injetáveis, alguns DIUs, contracepção oral e contracepção de emergência. Isso é, muitas vezes, justificado pela carga física desproporcional que a gravidez representa para as mulheres, porém levanta a questão dos direitos humanos e da ética no âmbito da igualdade de gênero. **É justificável que as mulheres assumam desproporcionalmente a responsabilidade pela contracepção?** Por que os homens são privados de escolha contraceptiva, em relação às mulheres? Os governos têm o dever de apoiar o desenvolvimento da contracepção para homens e, assim, igualar oportunidades e responsabilidades para indivíduos e casais na realização de suas intenções de gravidez? As sociedades deixaram a resposta, em grande parte, aos mercados (Costantino *et al.*, 2007). A obrigação dos Estados de abordar os estereótipos de gênero (Assembleia Geral da ONU, 1979) sugere que os governos deveriam fazer mais, já que a comercialização é apenas insuficiente.

O PRÓXIMO CONTRACEPTIVO MASCULINO: POR QUE ESTÁ DEMORANDO TANTO?

UNFPA — “A parte difícil da reprodução deveria ser decidir se e quando ter filhos”, disse Logan Nickels, pesquisador da Iniciativa Contraceptiva Masculina (MCI) nos Estados Unidos. “Uma vez tomada essa decisão, as ferramentas devem estar disponíveis para todos, para garantir que eles possam realizar seu plano de vida com facilidade e eficácia.”

Dois métodos voltados para os homens – preservativos e coito interrompido – atualmente representam cerca de 26% do uso de contraceptivos em todo o mundo. Mas os preservativos masculinos, como comumente usados, têm uma taxa de falha de cerca de 13%, sendo o coito interrompido uma das formas menos eficazes de contracepção (OMS, 2018). A vasectomia, por outro lado, é apontada como um

dos métodos *mais* eficazes (OMS, 2018), mas menos de 3% dos casais dependem dela para proteção (Pile e Barone, 2009).

Abundam as possibilidades promissoras de novos métodos masculinos: pílulas; cremes tópicos; adesivos de microagulhas; injetáveis biodegradáveis; e um dispositivo que funciona como uma vasectomia, mas é projetado para ser reversível. Mais de 40 métodos estão listados em um banco de dados de métodos contraceptivos em exploração ou desenvolvimento (Calliope, *s.d.*). Então, por que ainda não existem melhores opções de contraceptivos masculinos? “Acho que a atribuição social da reprodução às mulheres desempenhou um papel importante nisso – são as mulheres que carregam o fardo da gravidez”, considerou Logan.

As atitudes culturais muitas vezes atribuem às mulheres a responsabilidade pela contracepção. Isso pode atrapalhar o progresso. “Os homens são frequentemente considerados secundários na equação, porque é uma opinião generalizada de que eles têm todos os direitos de que precisam”, disse Logan. “Então, acho que [o desenvolvimento de contraceptivos] tem se concentrado em fornecer direitos a mulheres e meninas, em vez de colocar os homens na equação de uma maneira produtiva e útil.”

Pesquisas mostram que os homens em muitos países estão interessados em métodos contraceptivos específicos para homens. Em uma pesquisa de 2002, com 9.000 homens em nove países, mais de 55% dos entrevistados disseram que estariam dispostos a usar um novo produto (Heinemann *et al.*, 2005). Nos EUA, um estudo de 2019, com cerca de 1.500 homens, descobriu que, daqueles que queriam evitar uma gravidez, 60% queriam ver um novo método contraceptivo masculino (Friedman *et al.*, 2019). No entanto, a indústria farmacêutica global não avançou nessa área. “Eles simplesmente não têm incentivo, porque os produtos que eles têm [para mulheres] funcionam e são seguros”, disse Rebecca Callahan, que trabalha no desenvolvimento de produtos na organização sem fins lucrativos de saúde e bem-estar FHI 360, com sede nos EUA.

PRESERVATIVOS E COITO INTERROMPIDO

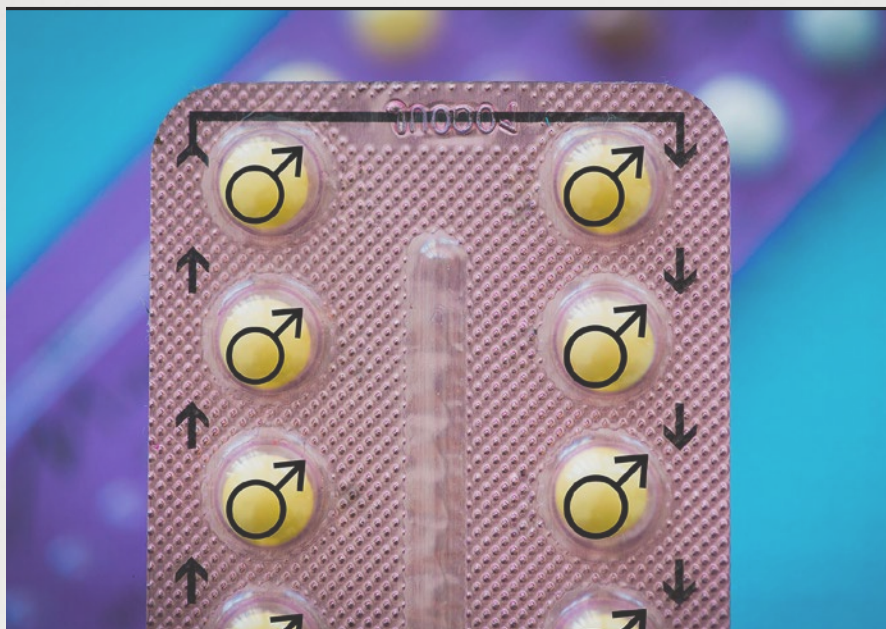
Compreendem 26% do uso de contraceptivos em todo o mundo

- » Preservativos masculinos têm uma taxa de falha de cerca de **13%**
- » Coito interrompido é uma das **formas menos eficazes de contracepção**

VASECTOMIA

Observada como sendo um dos métodos mais eficazes, porém menos de

3% dos casais recorrem a ela para proteção



As pesquisas mostram que os homens, em vários países, estão interessados em métodos contraceptivos específicos para eles.

© Getty Images/Canopy

Um novo contraceptivo masculino teria que ser, pelo menos, tão eficaz quanto os melhores produtos femininos do mercado para competir. Enquanto isso, os padrões de segurança para um novo anticoncepcional – masculino ou feminino – são mais altos que qualquer outro produto farmacêutico, segundo Rebecca, “porque você o está dando a pessoas jovens e saudáveis, para prevenir uma ocorrência”. E esses padrões são ainda maiores para um novo método masculino, pois, para as mulheres, os riscos de efeitos colaterais contraceptivos são ponderados em relação aos riscos potenciais de uma gravidez – que pode, afinal, ser mortal.

Um estudo descobriu que injeções hormonais semanais em homens foram muito bem-sucedidas na prevenção da gravidez, com efeitos

colaterais geralmente mínimos (Behre *et al.*, 2016). Houve alguns casos de acne, ganho de peso e mudanças de humor – o tipo de problema que as mulheres costumam enfrentar com a contracepção hormonal. Mas, quando um homem desenvolveu depressão grave e outro tentou suicídio, o estudo foi interrompido, embora a depressão seja um risco conhecido entre mulheres usuárias de contraceptivos hormonais (Skovlund *et al.*, 2016).

Os desafios vão além da pesquisa farmacêutica. Novos métodos contraceptivos requerem financiamento e extensos testes de campo, marketing e distribuição. Sem apoio, mesmo métodos eficazes e desejados podem falhar. A Dra. Demet Güral viu isso na década de 1990, quando trabalhou em um projeto para introduzir vasectomias sem bisturi na Turquia. “Nosso

MAIS DE 55% DOS ENTREVISTADOS DISSERAM QUE ESTARIAM DISPOSTOS A USAR UM PRODUTO NOVO

projeto demonstrou que os homens aceitariam o método em um piscar de olhos”, disse ela. Das mais de 2.000 vasectomias realizadas em um período de três anos em quatro hospitais turcos, mais de 60% dos clientes em potencial aceitaram o procedimento após apenas uma sessão de aconselhamento. Mas, sem o apoio de longo prazo do doador, segundo ela, o método nunca decolou. A vasectomia permaneceu rara no país (UN DESA, 2021a).

No entanto, quaisquer formas melhoradas de contracepção masculina não serão, por si só, suficientes. Para que todas as pessoas possam fazer escolhas reprodutivas responsáveis, elas também precisarão de informações precisas sobre os benefícios e as desvantagens dos métodos contraceptivos, a capacidade de articular seus desejos quando se trata de reprodução, e um respeito saudável pelas necessidades e pelos pontos de vista de seu/sua parceiro/parceira.

Também nesta área há sinais de progresso. Martha Brady, especialista global em saúde no desenvolvimento de contraceptivos, diz que tem visto as atitudes mudarem: “[Homens mais jovens] veem que o mundo está mudando drasticamente. As normas mudaram para todos, dos EUA à África...Acho que, com certeza, haverá homens jovens dispostos a tentar coisas que talvez homens de 50 anos de uma época diferente não fariam”, disse ela.

Razões para o não uso de anticoncepcionais

Uma análise na publicação *Adding it Up* do Instituto Guttmacher descobriu que 77% das gestações não planejadas em países de rendas baixa e média são de mulheres que, apesar de quererem evitar uma gravidez, não estão usando método contraceptivo algum, ou estão usando um método tradicional – ou seja, um método com menor eficácia, como abstinência periódica ou coito interrompido (Sully *et al.*, 2020). Um estudo recente em 36 países de rendas baixa e média descobriu que mais de 65% das mulheres com gravidez não planejada não usavam métodos contraceptivos, ou usavam métodos tradicionais (Belizzi *et al.*, 2020). Pesquisadores usando dados da DHS de 52 países entre 2005 e 2014 descobriram que a proporção de mulheres casadas com necessidades não atendidas de um método de contracepção (tanto moderno quanto tradicional) variou de 8%, na Colômbia, a 38%, em São Tomé e Príncipe (Sedgh *et al.*, 2016).

As razões mais comuns citadas pelas mulheres para não usar contracepção foram: elas estavam preocupadas com os efeitos colaterais dos contraceptivos e riscos à saúde (26%); faziam sexo com pouca frequência, ou não faziam (24%); elas ou pessoas próximas a elas se opunham à contracepção (23%); e estavam amamentando e/ou não tinham voltado a menstruar após o parto (20%). Entre as mulheres sexualmente ativas que nunca se casaram e que desejavam evitar a gravidez, as razões mais comuns citadas para não usar contraceptivos também foram o sexo pouco frequente (49%), o fato de serem solteiras (29%) e preocupações com os efeitos colaterais dos contraceptivos (19%) (Sedgh *et al.*, 2016).

Um estudo de 2019, de 47 países, mostrou que, em média, 40,9% de todas as mulheres sexualmente ativas não usavam métodos contraceptivos para evitar a gravidez; neste estudo, também, os motivos mais prevalentes foram preocupações com a saúde e sexo pouco frequente, mas com variação significativa entre países, populações e outros fatores socioeconômicos (Moreira *et al.*, 2019). Por exemplo: o não uso devido a “oposição de outrem” era maior entre as casadas do que entre as solteiras; a prevalência de não uso por “falta de acesso” ou “falta de conhecimento” era cerca de duas vezes maior na zona rural do que na zona urbana; e as mulheres com menor escolaridade relataram com maior frequência o não uso por “falta de acesso”.

* Esses motivos estão diretamente relacionados a questões de precisão da informação, autonomia e impactos na saúde (muitas vezes enquadrados como oferta, ambiente favorável e demanda, ou o “modelo SEED”), áreas em que líderes, formuladores de políticas, sistemas de saúde etc. têm influência considerável. Por exemplo, quando as mulheres citam os efeitos colaterais como uma preocupação, isso pode refletir tanto a oferta (escolhas de métodos limitadas, má orientação sobre os efeitos colaterais) quanto os fatores de demanda (experiências negativas com contracepção e/ou mitos e percepções errôneas). É notável que as mulheres com necessidades não atendidas de contracepção raramente dizem que desconhecem a contracepção, que não têm acesso a uma fonte de suprimento ou que custa muito, indicando, em parte, o sucesso dos programas de planejamento familiar. Os países nos quais mais de 10% das mulheres citaram qualquer um desses motivos estão na África Ocidental e Central, regiões onde a prevalência do uso de anticoncepcionais permaneceu baixa até recentemente (Sedgh *et al.*, 2016).

Estudos mostram que falha contraceptiva e efeitos colaterais ou problemas relacionados ao método estão entre as razões mais comuns para a descontinuação (Bradley *et al.*, 2009). Houve pouca descontinuação, devido a questões de custo e acesso (Bradley *et al.*, 2009), embora isso não seja surpreendente, pois as mulheres que usaram um método, em algum momento, foram bem sucedidas no acesso a métodos contraceptivos acessíveis.

Embora as taxas e os motivos de descontinuação variem de acordo com o método, esses motivos são bastante constantes para cada método ao longo do tempo (Castle e Askew, 2015; Bradley *et al.*, 2009). Em pesquisas em 25 países, a menor descontinuação de 12 meses foi para o DIU (13%) e a maior foi para o preservativo (50%), enquanto pílulas anticoncepcionais orais e injetáveis, bem como os métodos de menor eficácia, de abstinência periódica e coito interrompido, foram descontinuados por cerca de 40% das usuárias nos primeiros 12 meses de uso. Os motivos relacionados ao método foram a causa dominante da descontinuação de qualquer método (Ali *et al.*, 2012).

Mulheres com efeitos colaterais de moderados a graves são mais propensas a interromper o uso de contraceptivos do que suas contrapartes com efeitos colaterais leves (Jain *et al.*, 2021). Essas descobertas validam, de várias maneiras, as preocupações das mulheres que citam os efeitos colaterais como uma grande preocupação. Efeitos colaterais graves, embora raros, podem ser debilitantes (veja o gráfico na página 58). Em circunstâncias extremamente raras, um efeito colateral, como um coágulo de sangue, pode ser fatal. Embora esteja bem estabelecido que os contraceptivos, em geral, estão associados a muitos resultados positivos de saúde para as mulheres, incluindo menor risco de mortalidade materna (Utomo *et al.*, 2021) e risco

MIX DE MÉTODOS (N) -

- (1) O CARDÁPIO DAS ESCOLHAS DE CONTRACEPTIVOS DISPONÍVEIS PARA UMA PESSOA, CLIENTELA ou POPULAÇÃO.
- (2) A CEFÇÃO ACADÊMICA) O PADRÃO, A DISTRIBUIÇÃO ou PORCENTAGEM DO USO DO MÉTODO EM UMA POPULAÇÃO.

reduzido de certos tipos de câncer (Hannaford *et al.*, 2010), isso pode não aplacar as preocupações de mulheres que vivenciaram, ou testemunharam em outras, efeitos colaterais graves ou intoleráveis.

De fato, o apoio a métodos contraceptivos eficazes e o medo de seus efeitos colaterais geralmente andam de mãos dadas. Uma pesquisa recente em Gana, focada em mulheres e meninas de 15 a 49 anos, descobriu que as mulheres valorizavam os métodos hormonais por sua eficácia contra a gravidez e expressavam preocupações sobre os efeitos colaterais (particularmente, alterações no sangramento), o comprometimento futuro da fertilidade e problemas de saúde a longo prazo que levaram algumas mulheres a descontinuar o uso de métodos hormonais. Ter sofrido com problemas de saúde de longo prazo como resultado percebido do uso de métodos hormonais reduziu pela metade as chances de uso atual (Keogh *et al.*, 2021).



A autonomia está no centro do planejamento familiar baseado em direitos

Os programas de planejamento familiar normalmente se baseiam no uso de métodos anticoncepcionais modernos como principal marcador de sucesso. O foco no crescente uso de anticoncepcionais pode levar os observadores a considerar o não uso como um fracasso, mas, na verdade, isso pode ser uma escolha legítima para uma mulher. A pesquisadora Leigh Senderowicz sugere a criação e o uso de um novo indicador, chamado "autonomia contraceptiva", definindo autonomia contraceptiva como "os fatores necessários para que uma pessoa decida por si mesma o que quer em relação à contracepção e depois concretize essa decisão" (Senderowicz, 2020). Esse tipo de perspectiva poderia alinhar melhor os programas com uma abordagem baseada em direitos. O cálculo desse indicador exigiria a adição de perguntas a pesquisas populacionais, como a DHS.

Essas questões não são exclusivas das mulheres em países de rendas baixa e média. Uma análise sistemática das razões para rejeitar a contracepção hormonal por mulheres e homens em países de renda alta encontrou preocupações semelhantes, incluindo: problemas relacionados a efeitos colaterais físicos; preocupações sobre mudanças na saúde mental; impacto negativo na sexualidade; preocupações sobre fertilidade futura; preocupações com a menstruação; medos e ansiedade; e a experiência de ter preocupações sobre os efeitos colaterais descartados pelos profissionais de saúde (Le Guen *et al.*, 2021). Uma conclusão importante é que os provedores e sistemas de saúde devem criar e, às vezes, restaurar relações de confiança com as mulheres, enfatizando abordagens respeitosas e centradas na pessoa, e entender que as necessidades de um indivíduo provavelmente mudarão com o tempo. Outra conclusão é que o leque de opções existente é insuficiente, apontando para a necessidade de investimento público no desenvolvimento de contraceptivos novos ou melhorados com efeitos colaterais menores ou mais leves.

Os efeitos colaterais também podem ter consequências socioculturais adversas, contribuindo para a decisão da mulher de interromper o uso (Castle e Askew, 2015). Em comunidades com normas que proíbem a participação das mulheres em certas atividades devido

ao sangramento vaginal (geralmente, menstruação), a interrupção pode ocorrer se um método contraceptivo causar sangramento anormal ou manchas. Isso pode limitar a capacidade da mulher de orar, preparar comida ou ter relações sexuais. Algumas mulheres podem apresentar amenorreia, ou ausência de menstruação, como efeito colateral; essas usuárias podem descontinuar, porque a amenorreia limita sua capacidade de *evitar a* relação sexual ou porque a associam à infertilidade (Polis *et al.*, 2018; Chebet *et al.*, 2015).

Os efeitos colaterais que podem ser detectados por um parceiro, como manchas, podem ser particularmente preocupantes para usuárias clandestinas de anticoncepcionais (mulheres que ocultam o uso de anticoncepcionais de seu parceiro) (Castle *et al.*, 1999). O uso clandestino de contracepção pode ser comum, particularmente quando as mulheres enfrentam um parceiro que se opõe à contracepção, quando há problemas no relacionamento ou o desejo de evitar conflitos (Kibira *et al.*, 2020; Castle *et al.*, 1999). O uso escondido de contraceptivos pode ser perigoso para as mulheres – em alguns países da África Subsaariana, como a Etiópia, o uso de contraceptivos sem a aprovação do marido é considerado um sinal de infidelidade da mulher, (Alio *et al.*, 2009) – incentivando ainda mais a descontinuação de métodos que poderiam ser notados por um parceiro.

Embora o conhecimento geral sobre a contracepção moderna tenha melhorado em todo o mundo, muitos mitos e percepções errôneas persistem e contribuem para o não uso. Discussões de grupos focais com mulheres em Gana, por exemplo, descobriram que muitas mulheres acreditavam que a contracepção pode levar à infertilidade, principalmente entre mulheres jovens. Boatos sobre efeitos colaterais e desinformação também foram motivos comuns para o não uso (Hindin *et al.*, 2014). Homens e mulheres jovens no Quênia acreditavam que a contracepção moderna coloca em risco a fertilidade futura, resulta em problemas de concepção, causa defeitos congênitos, torna as mulheres promíscuas, é “antiafricano” e nega aos casais sua liberdade sexual (Mwaisaka *et al.*, 2020). Isso destaca a importância de envolver e informar adequadamente os homens sobre contraceptivos, considerando que eles são muitas vezes importantes tomadores de decisão nessa área.

As usuárias de anticoncepcionais estão satisfeitas?

A fim de cumprir seus compromissos de alcançar cuidados universais de saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar e educação até 2030, os países estão monitorando dados sobre a proporção de mulheres em idade reprodutiva (entre 15 e 49 anos) que tenham sua necessidade de contracepção satisfeita com os métodos modernos e aquelas com necessidades não atendidas. Os dados mais recentes dos ODS mostram, por exemplo, que em países de rendas baixa e média, a taxa geral de necessidade não atendida de contracepção é de 9,2%, e a taxa geral de necessidade não atendida de contracepção moderna é de 13,3%.

Esses números são importantes, mas imperfeitos. Necessidades atendidas e não atendidas são medidas amplas que dividem as mulheres nas categorias de usuárias *versus* não usuárias de anticoncepcionais

modernos, ao passo que a realidade é mais matizada. Embora um número crescente de mulheres esteja usando métodos modernos, os altos níveis de descontinuação mostram claramente uma ampla falta de satisfação com os métodos atualmente disponíveis para elas.

Os pesquisadores Rominski e Stephenson demandam medidas e indicadores que levem em conta essas complexidades: “A definição atual de necessidade não atendida de contracepção pressupõe que todas as mulheres que estão usando um método têm uma necessidade atendida. Argumentamos que, sem levar em consideração o nível de satisfação com um método, muitas mulheres são classificadas como tendo uma necessidade atendida quando, na verdade, têm uma necessidade não atendida. Elas estão usando um método que não atende às suas preferências, seja porque causa efeitos colaterais que elas acham insustentáveis ou porque tem outras características de que elas não gostam. Dado o grande número de episódios contraceptivos que terminam em descontinuação, supostamente, muitas vezes devido à existência de efeitos colaterais, argumentamos que a definição atual de necessidade não atendida subestima o número de mulheres com uma verdadeira necessidade não atendida de contracepção, pois não leva em conta as muitas mulheres que estão usando um método que não atende às suas preferências” (Rominski e Stephenson, 2019).

Um estudo de usuárias de anticoncepcionais modernos no Quênia reclassificou as usuárias atuais que estavam insatisfeitas como tendo uma necessidade não atendida. Eles descobriram que a prevalência de insatisfação com o método variava de 6,6% a 18,9%. A aplicação desse resultado nacionalmente aumentaria muito (de 25% a 70%, aproximadamente) a estimativa do país de necessidade não atendida de qualquer forma de contracepção (Rothschild *et al.*, 2021).

Falta de conhecimento sobre sexualidade, reprodução e gravidez

Ter demanda ou desejo de contracepção requer conhecimento de seu corpo, sexualidade, reprodução e contracepção. Embora a falta de conhecimento não seja mais uma das razões mais significativas para a necessidade não atendida, ela permanece fortemente correlacionada com níveis mais altos de gravidez não planejada (Huda *et al.*, 2013). Muitos jovens ainda não têm acesso a uma educação sexual abrangente, contribuindo para a

disseminação de mitos e percepções errôneas sobre contracepção e anatomia humana.

Informações essenciais sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos devem vir de programas dentro e fora da escola, inclusive das unidades de saúde. De fato, em muitos contextos, o conhecimento sobre contracepção vem, em grande parte, do sistema de saúde. Em um estudo recente na Etiópia, por exemplo, 68% das mulheres entrevistadas disseram que sua fonte de informação sobre planejamento familiar vinha

Direitos humanos e educação sexual abrangente

A ausência de informações precisas sobre saúde sexual e reprodutiva não só tem consequências graves, como é uma violação dos direitos humanos. A educação sobre sexualidade e reprodução é um componente básico dos direitos à saúde, à educação e não discriminação, como articulado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (UN CESCR, 2016). Isso significa que os indivíduos, incluindo crianças e adolescentes, têm o direito de buscar, receber e divulgar informações e ideias sobre planejamento familiar. Para cumprir essas obrigações de direitos humanos, os Estados e as comunidades devem garantir que as informações sobre saúde sexual e reprodutiva sejam acessíveis, aceitáveis e precisas do ponto de vista médico (UN CESCR, 2016), e “fornecidas de maneira consistente com as necessidades do indivíduo e da comunidade, levando em consideração, por exemplo, idade, gênero, habilidade linguística, nível educacional, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero e status intersexual” (UN CESCR, 2016). **O acesso à educação sexual abrangente é, portanto, um importante facilitador dos direitos humanos à saúde, ao bem-estar e à autonomia, que são encontrados em muitos instrumentos de direitos humanos, inclusive na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança** (Assembleia Geral da ONU, 1989), na Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Assembleia Geral da ONU, 1979), no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Assembleia Geral da ONU, 1966) e na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Pessoas que Vivem com Deficiências (Assembleia Geral da ONU, 2007).

A educação sexual abrangente também aborda muitos dos fatores que levam à gravidez não planejada, como a violência baseada em gênero, e oferece ferramentas para sua prevenção, inclusive como construir relacionamentos iguais, respeito por papéis de gênero não estereotipados e como discutir o consentimento (Haberland e Rogo, 2015). Muitos estudos afirmam que a educação sexual abrangente e de qualidade é eficaz na redução de comportamentos sexuais de risco e na redução da incidência de gravidez não planejada. Essa educação é mais eficaz quando fornecida de maneiras diversas e vinculadas – por exemplo, vinculando a educação escolar com serviços não escolares, serviços amigáveis para jovens (UNESCO *et al.*, 2018).

de um profissional de saúde. Este estudo também descobriu que aquelas que tiveram pelo menos uma gravidez não planejada eram menos propensas a ter uma gravidez subsequente – em outras palavras, elas buscavam informações ou usavam as informações que receberam no momento do parto do primeiro bebê para planejar o segundo (Moges *et al.*, 2020).

É importante que todas as informações e orientações sejam precisas do ponto de vista médico, não impositivas, e solidárias, a fim de garantir autonomia na tomada de decisões (UNFPA, 2021; UN CESC, 2000). Isso significa que os profissionais de saúde e demais profissionais devem fornecer orientações baseadas em evidências e informações sobre a função, os benefícios e riscos dos anticoncepcionais, e prestar essas informações de uma maneira que atenda às mulheres (e, se apropriado, a seus parceiros), onde estiverem. Essas informações podem – e devem – dissipar a desinformação, as percepções errôneas, os mitos e o medo que muitas vezes são fatores determinantes do não uso. Devem também desfazer as ambiguidades quanto à forma de funcionamento da contracepção de emergência, distinguindo-a do aborto induzido; isso é especialmente importante entre comunidades e indivíduos que consideram o aborto como culturalmente inaceitável.

Calculando mal o risco de gravidez

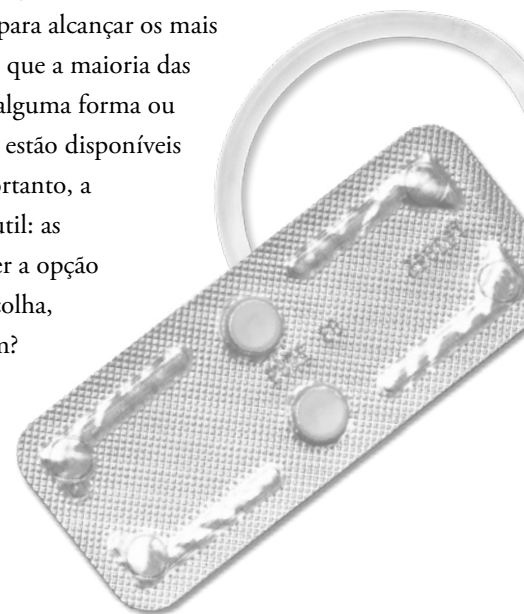
Uma das razões mais comuns para a necessidade não atendida é o sexo pouco frequente, ou a percepção de não estar em risco. Isso destaca a importância do conhecimento adequado sobre quando se está em risco. Também destaca a necessidade de garantir que a própria mulher identifique uma eventual necessidade, em vez de deixar outros presumirem que ela tenha. A importância do sexo infrequente como razão para necessidades não atendidas levou alguns na comunidade de saúde reprodutiva a defender pesquisas para desenvolver um método

eficaz de contracepção pericoital que uma mulher possa usar apenas quando precisar. Idealmente, este seria um método que uma mulher poderia controlar e usar sem o conhecimento de seu parceiro. Os métodos atuais que podem ser usados dessa forma tendem a ser menos eficazes e exigem a cooperação do parceiro (por exemplo, preservativo, diafragma ou capuz cervical). A OMS convocou uma reunião em 2017 para discutir a contracepção hormonal pericoital; os participantes concluíram que havia a necessidade de tal método e que eram necessárias mais pesquisas (OMS, 2017). Essas pesquisas estão em andamento (Jackson e Dossou, 2021).

As mulheres conseguem obter um método anticoncepcional moderno de sua escolha?

Talvez uma das perguntas mais frequentes ao considerar a necessidade não atendida seja: as pessoas conseguem obter anticoncepcionais? Mas, enquadrar a questão dessa maneira, embora simples, é enganoso. Como discutido anteriormente, os programas de planejamento familiar têm sido extremamente bem-sucedidos em expandir a disponibilidade de anticoncepcionais modernos para comunidades nas quais as necessidades são maiores. E, embora seja necessário um investimento contínuo para alcançar os mais marginalizados, o fato é que a maioria das pessoas pode dizer que alguma forma ou formas de contracepção estão disponíveis em sua comunidade. Portanto, a questão deve ser mais sutil: as pessoas conseguem obter a opção contraceptiva de sua escolha, quando e onde quiserem?

As pessoas exigem uma variedade de métodos para



atender às suas necessidades diversas e em evolução. Esses métodos devem estar disponíveis, ser acessíveis e aceitáveis, e os suprimentos e serviços devem ter alta qualidade. Dentro de cada uma dessas áreas, permanecem barreiras significativas, como detalhado abaixo. Os dados gerais da DHS indicam que entre 7% e 27% das mulheres param de usar um método contraceptivo por questões relacionadas às condições do serviço, incluindo a qualidade do serviço, à disponibilidade de métodos que possibilitem à mulher escolher aquele de sua preferência, à falta de estoque de produtos e a mecanismos de referência ineficazes (Castle e Askew, 2015).

Disponibilidade

A disponibilidade de contraceptivos significa muito mais do que simplesmente ter preservativos à mão na loja local; significa que os serviços contraceptivos, inclusive orientação de planejamento familiar precisa e sensível, estão presentes, assim como uma ampla gama de métodos contraceptivos; significa que há um número adequado de unidades de saúde,

programas de planejamento familiar e pessoal de saúde treinado para atender a população (UN CESCR, 2016). O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas considerou que “a indisponibilidade de bens e serviços devido a políticas ou práticas de base ideológica, como a recusa de prestar serviços com base na consciência, não deve ser uma barreira ao acesso a serviços” (ONU CESCR, 2016).

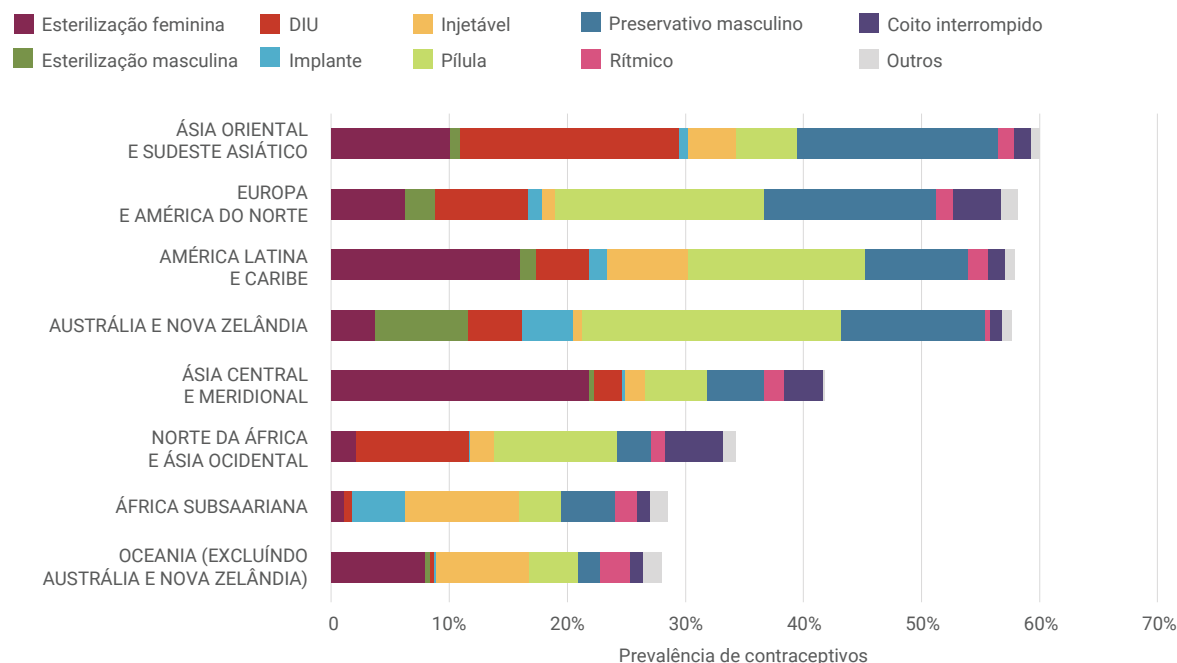
A falta de estoque continua sendo um problema significativo para os programas de planejamento familiar (ver figura 7). Uma análise dos dados da DHS em vários países descobriu que até 5% das interrupções no uso de contraceptivos se devem à falta de estoque (Castle e Askew, 2015). Uma avaliação de 2017 dos desafios da cadeia de suprimentos em países de rendas baixa e média descobriu que os problemas da cadeia de suprimentos contribuíram significativamente para as altas taxas de escassez de estoque de contraceptivos modernos (Mukasa

Não ter acesso a métodos contraceptivos eficazes é uma violação dos direitos humanos

A obrigação dos governos de disponibilizar informações e métodos de planejamento familiar de qualidade para todos – com base na não discriminação e na igualdade – é explicitada na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e na Convenção sobre os Direitos da Criança (Assembleia Geral da ONU, 1989; Assembleia Geral da ONU, 1979). Isso também é confirmado em muitos outros tratados de direitos humanos (como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), que garantem o acesso por meio do direito à saúde (Assembleia Geral da ONU, 1966). A saúde sexual e reprodutiva é um componente significativo do direito a um padrão mínimo universal de saúde ao qual todos os indivíduos fazem jus. Portanto, as obrigações de direitos humanos assumidas pelos governos exigem que os métodos e serviços de contracepção e planejamento familiar estejam disponíveis, sejam aceitáveis, acessíveis e de alta qualidade (UN CESCR, 2000).

FIGURA 6

Distribuições de usuárias de anticoncepcionais por método, por região, 2019



Fonte de dados: Os cálculos são baseados na compilação de dados *Uso Mundial de Contraceptivos 2019*, em tabulações adicionais derivadas de conjuntos de microdados, e relatórios de pesquisa e estimativas sobre prevalência de contraceptivos para 2019, de *Estimativas e Projeções de Indicadores de Planejamento Familiar 2019*. Agregados ponderados por população.

Fonte: Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. (2019). *Uso de anticoncepcionais por método 2019*.

Nota: "Outros" inclui métodos modernos menos usados - como o método de amenorrea lactacional (LAM), métodos de barreira vaginal, contracepção de emergência, adesivos e anéis vaginais -, bem como métodos tradicionais - incluindo duchas, abstinência prolongada, amuletos, encantamentos, plantas medicinais, massagem abdominal e outros métodos.

et al., 2017). Uma revisão sistemática de 2020 explorou o impacto da escassez de estoque de anticoncepcionais e descobriu que eles limitavam a capacidade de usar um método preferido e influenciavam onde os métodos eram obtidos e quanto custavam. No entanto, comparar os impactos foi um desafio, devido a diferentes definições e medições (Zuniga *et al.*, 2020).

A situação de falta de estoque foi ainda exacerbada pela pandemia da Covid-19, que interrompeu seriamente as cadeias de suprimentos e limitou o acesso às unidades de saúde. Na América Latina,

por exemplo, estimou-se que a falta de estoque de anticoncepcionais, associada à queda da renda familiar, resultaria na descontinuação do uso de anticoncepcionais modernos para 9 até 20 milhões de mulheres (UNFPA, 2020c). Para modelar o impacto potencial, uma análise do Instituto Guttmacher estimou que um declínio de 10% no uso de contraceptivos reversíveis de curta e longa duração devido ao acesso reduzido resultaria em mais 48 milhões de pessoas com uma necessidade não atendida de contraceptivos e mais 15 milhões tendo uma gravidez não planejada ao longo de um ano (Riley *et al.*, 2020).

FIGURA 7

Percentual de instalações com estoques esgotados no dia da pesquisa, total e por método oferecido, países selecionados *



Fonte: Relatórios de Pesquisa do UNFPA sobre Suprimentos nas Unidades, 2018 e 2020.

*Relatos fornecidos em linha com os protocolos nacionais, as diretrizes e/ou leis.

A situação de falta de estoque foi exacerbada pela pandemia da Covid-19.



Acessibilidade

Mesmo que os métodos estejam disponíveis, eles podem não ser facilmente acessíveis. Acessibilidade significa fisicamente acessível, sem discriminação, para todas as pessoas – incluindo pessoas com deficiência, aquelas que vivem em locais remotos, as deslocadas por conflitos armados e desastres naturais, e adolescentes (UN CESCR, 2016). Também significa que os métodos de planejamento familiar sejam financeiramente acessíveis e fornecidos com informações de maneira compreensível para o(a) usuário(a), levando em consideração a capacidade linguística, o nível de educação, o status de deficiência e demais fatores (UN CESCR, 2016). Barreiras incluem considerações econômicas e geográficas, custos (incluindo os custos de oportunidade de viagens e creches) e limites de idade ou requisitos conjugais. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas determinou que os padrões de direitos humanos exigem que essas barreiras sejam removidas e abordadas por meio de medidas orçamentárias, programas, planos de seguro, educação pública e reforma da lei (UN CESCR, 2000).

O estigma e a discriminação também foram identificados como barreiras (Cook e Dickens, 2014). Intimamente relacionada aos estereótipos de gênero nocivos, a ideia de que certas meninas/adolescentes, mulheres, indivíduos não binários e pessoas com deficiência, as quais “espera-se” que

não tenham relações sexuais, pode fazer com que essas pessoas se sintam inibidas, intimidadas ou estigmatizadas, interrompendo seu acesso aos serviços contraceptivos (Horner-Johnson *et al.*, 2020; Cook e Dickens, 2014). Dados do Peru, por exemplo, mostram que a prevalência do uso de anticoncepcionais modernos entre as mulheres casadas é mais que o dobro daquela entre as solteiras; entre as adolescentes, é sete vezes menor do que entre as casadas (ENDES, 2020). Mulheres e homens que desafiam as expectativas sociais e culturais, e optam por ser “sem filhos”, também enfrentam estigma (Ashburn-Nardo, 2017), e jovens e solteiros geralmente enfrentam barreiras no acesso à esterilização voluntária (Kimport *et al.*, 2017).

Aceitabilidade

As necessidades contraceptivas variam entre as mulheres, e as necessidades de uma mulher mudam com o tempo. Entretanto, as mulheres nem sempre são capazes de usar um método que considerem aceitável para elas, dadas suas circunstâncias e seus desejos atuais.

Um fator-chave dentro da aceitabilidade é a relação entre a cliente e o profissional de saúde. Essa relação é essencial para estabelecer confiança, garantir a satisfação da cliente e do profissional de saúde, e apoiar a retenção de profissionais de saúde na comunidade (OMS, 2014). Os profissionais de saúde devem fornecer informações e serviços de

planejamento familiar de uma maneira que respeite a cultura e as comunidades dos indivíduos, e seja sensível a idade, gênero, deficiência e diversidade sexual (UN CESC, 2016). Eles também devem estar totalmente cientes e ser capazes de comunicar sobre questões como efeitos colaterais, a necessidade potencial de métodos de difícil detecção e restrições sociais ou comunitárias. A OMS recomenda que os profissionais de saúde recebam orientação e educação sensíveis ao gênero, adaptados para atender às necessidades específicas de indivíduos e comunidades; recomenda, ainda, que os profissionais de saúde forneçam informações e opções para que os clientes troquem de métodos contraceptivos se estiverem ou se tornarem insatisfeitos e serviços de acompanhamento para ajudar a gerenciar os efeitos colaterais dos contraceptivos (OMS, 2014).

Qualidade

Qualidade de atendimento e serviços significa ter escolha entre uma ampla gama de métodos contraceptivos; estar informado com precisão sobre a eficácia, os riscos e benefícios dos métodos; e ser aconselhado e tratado por prestadores tecnicamente competentes e respeitosos, que garantam a dignidade, não discriminação, privacidade e confidencialidade dos usuários (PNUD, 2005). Os maus-tratos nas unidades de saúde afastam os usuários e são cada vez mais reconhecidos como uma violação dos direitos humanos (Kholisa *et al.*, 2016). A qualidade do atendimento também pode ser comprometida pela falha ou recusa em incorporar avanços e inovações tecnológicas na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva (UN CESC, 2016), como a contracepção de emergência (consulte a página 82 para orientações sobre as políticas).

Uma barreira significativa para os serviços de qualidade é o viés de profissionais de saúde. Prestadores de serviços podem acreditar que estão

mais qualificados para escolher o método mais adequado para sua cliente e/ou podem ter uma preferência pessoal a favor ou contra determinados métodos (Castle e Askew, 2015). Os vieses podem ser baseados em idade, paridade (número de partos que uma pessoa teve), estado civil e outros critérios, com muitos provedores impondo barreiras e restrições além daquelas incluídas nas diretrizes normativas ou necessárias por qualquer motivo médico (Solo e Festin, 2019). A tendenciosidade contra o fornecimento de vários métodos contraceptivos para adolescentes é mais comum, e muitas vezes decorrente de julgamentos sobre a atividade sexual entre os jovens ou preocupações, não baseadas nas evidências, sobre o impacto dos métodos hormonais na fertilidade futura. Embora seja um desafio medir o impacto da tendenciosidade do provedor, o desvio da combinação de métodos (quando 50% ou mais das usuárias de anticoncepcionais dependem de um único método) foi identificado como um potencial indicador de nível macro (Solo e Festin, 2019)

O viés também pode se estender ao nível dos formuladores de políticas, os quais podem exercer influência na limitação da escolha do método. Por exemplo, se os tomadores de decisão têm preconceitos pessoais em relação a um método como a vasectomia ou contraceptivos orais, eles podem decidir não apoiar programas e políticas que expandam o fornecimento desses métodos aos clientes.

Para tratar e melhorar a qualidade dos serviços contraceptivos, a OMS recomenda que os processos de garantia de qualidade (*feedback* do cliente) sejam incorporados aos programas contraceptivos, bem como o treinamento contínuo baseado em competências e supervisão do pessoal de saúde (OMS, 2014).

As mulheres vivem em um ambiente que facilita ou dificulta o uso de anticoncepcionais?

Especialistas em planejamento familiar pedem aos formuladores de políticas e sistemas de saúde que criem um ambiente propício para o uso de contraceptivos. As atividades que aumentam a aceitação de contraceptivos eram, no passado, muitas vezes referidas como “geração de demanda”

ou “criação de demanda”, mas esses termos, que se originam do marketing, transmitem uma conotação incorreta de que as mulheres devem ser induzidas ou persuadidas a usar contracepção. De fato, as normas de direitos humanos exigem que as mulheres – e todas as pessoas que possam engravidar – sejam capacitadas com informações, educação e serviços, e apoiadas por normas sociais positivas para fazer essa escolha livremente, por si mesmas. Não importa a linguagem utilizada; o ambiente permanece, em geral, precário para o exercício da escolha livre e consciente.

Aumento da autonomia por meio de avanços no movimento de autocuidado

Nos últimos anos, o autocuidado – definido pela OMS como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde, e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde – tem sido cada vez mais considerado pelos profissionais de saúde como uma importante forma de ampliar o acesso a serviços importantes.

“As intervenções de autocuidado estão entre as abordagens mais promissoras e estimulantes para melhorar a saúde e o bem-estar, tanto do ponto de vista dos sistemas de saúde quanto para os usuários dessas intervenções”, como apontado pela OMS em 2021 (OMS, 2021).

Durante a pandemia da Covid-19, quando os programas de planejamento familiar foram suspensos e as viagens, restritas, essa abordagem se mostrou ainda mais vital. Isso levou alguns pesquisadores a exigir a “expansão das abordagens de autocuidado para desmedicalizar a contracepção” e a “expansão da combinação de contraceptivos autoadministrados”, a fim de “aumentar a autonomia da pessoa na determinação de qual método usar, quando usar e onde obter” (Haddad *et al.*, 2021)

As diretrizes de autocuidado da OMS de 2021 incluem as seguintes recomendações para o planejamento familiar (OMS, 2021):

- A contracepção injetável autoadministrada deve ser disponibilizada como uma abordagem adicional de fornecimento de contracepção injetável para indivíduos em idade reprodutiva.
- As pílulas anticoncepcionais orais (ACOs) de venda livre devem ser disponibilizadas sem receita médica para indivíduos que usam ACOs.
- As pílulas anticoncepcionais de emergência de venda livre devem estar disponíveis sem receita para indivíduos que desejam usar a contracepção de emergência.

Barreiras legais

As barreiras legais incluem leis, políticas e práticas que proíbem adolescentes ou mulheres solteiras de obter contracepção, mas também incluem fatores adjacentes às restrições legais, como o financiamento insuficiente para serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Normas de gênero desiguais e outras barreiras sociais

Abordar normas sociais prejudiciais, inclusive normas discriminatórias de gênero, é uma parte crítica da criação de um ambiente propício. A conexão entre igualdade de gênero e evitar gravidez não planejada é clara (veja página 23, Capítulo 2), e quando as mulheres têm autonomia e escolha, o uso de anticoncepcionais tende a ser maior (Nações Unidas, 2020). Muita resistência à contracepção está enraizada na desigualdade de gênero, como a oposição religiosa; a fusão medicamente imprecisa de contracepção e aborto; a violência por parceiro íntimo na forma de coerção reprodutiva; a pressão social ou familiar para ter filhos, ter uma família grande ou continuar tendo filhos até o nascimento de um filho (preferência pelo sexo masculino), bem como estigmas, mitos e desinformação. Quando as mulheres enfrentam resistência de sua comunidade ou de seus parceiros em relação ao uso de contracepção, muitas vezes são forçadas a ficar sem, ou recorrer ao uso clandestino para reafirmar sua autonomia corporal.

Um estudo no Quênia descobriu que 12,2% das mulheres usavam anticoncepcionais secretamente (Akoth *et al.*, 2021), e entrevistas com 300 mulheres em Gana descobriram que 34% usavam anticoncepcionais secretamente (Baiden *et al.*, 2016). (Em ambos os estudos, os injetáveis eram o método preferido.) Essas taxas relativamente altas de uso clandestino são uma indicação clara de que

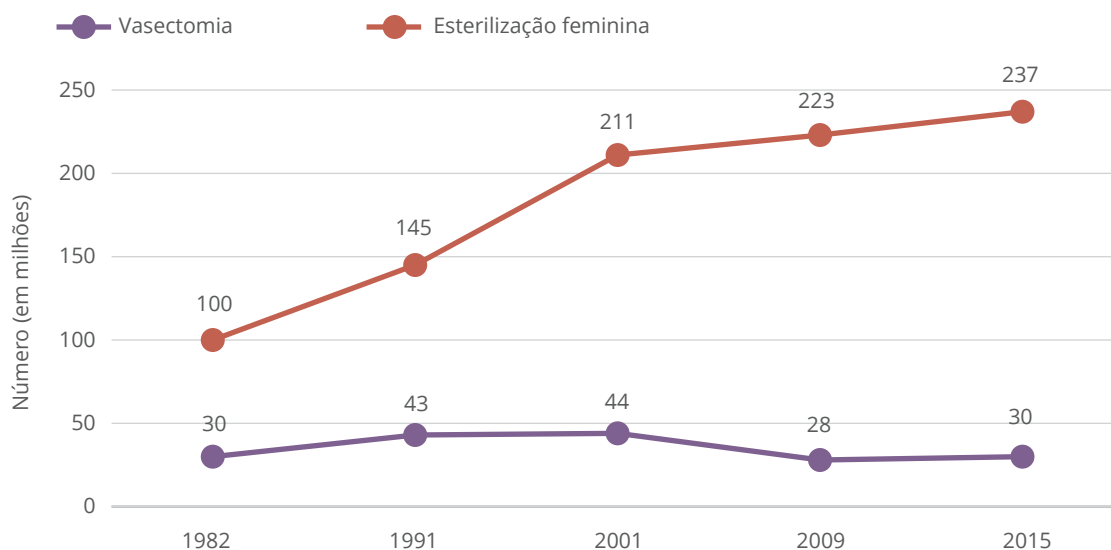
o não uso e o desuso de anticoncepcionais não representam falta de demanda por anticoncepcionais. Eles também ressaltam como a escolha de métodos de uma mulher pode ser restringida pela necessidade de usar secretamente, um reflexo sobre sua falta de empoderamento de forma mais ampla.

Além disso, há uma expectativa social de que as mulheres assumam a responsabilidade pelo planejamento familiar. Parte disso é a distribuição do risco: a pessoa que engravida assume todas as consequências anatômicas e econômicas da gravidez, incluindo o risco de morbidade e mortalidade materna, e qualquer perda de emprego ou renda relacionada à gravidez ou ao parto. Essa pessoa é mais incentivada a usar a contracepção de forma correta e consistente. No entanto, esse fator é reforçado, em grande medida, pelas normas sociais. Por exemplo, a escassez de opções anticoncepcionais disponíveis para homens (explorada no artigo da página 70) reflete a tomada de decisão de investidores e formuladores de políticas e suas expectativas quanto à demanda do mercado ou à falta dela. Pílulas anticoncepcionais masculinas, géis reversíveis de ação prolongada (que bloqueiam os espermatozoides) e injetáveis são perenes em ensaios clínicos, mas não foram lançados comercialmente (Thirumalai e Amory, 2021; Costantino *et al.*, 2007).

Isso revela que, com a esterilização – forma de contracepção menos invasiva e menos arriscada, quando realizada em homens –, há uma grande discrepância nos níveis de uso em todo o mundo, refletindo a ênfase comparativamente maior nas mulheres como foco de métodos e programas contraceptivos. Em 2015, cerca de 30 milhões de homens fizeram vasectomia, em comparação com 237 milhões de mulheres que obtiveram um método contraceptivo permanente (UN DESA, 2015). “Há... um consenso internacional de longa

FIGURA 8

Tendências no uso mundial de métodos contraceptivos permanentes



Fonte: Shelton e Jacobstein, 2016.

data sobre a importância da igualdade de gênero. Do ponto de vista da vasectomia (esterilização masculina), no entanto, houve uma desconexão entre compromissos com a escolha e a equidade, e as realidades do programa”, disseram os pesquisadores (Jacobstein, 2015).

Abordagens abrangentes necessárias

Esta pesquisa mostra que os equívocos sobre a contracepção devem ser dissipados em todos os níveis. Indivíduos e profissionais de saúde têm suposições e preconceitos que precisam ser reexaminados. Ainda, isso também é verdade nas esferas de tomada de decisão e elaboração

de orçamento, nas quais a questão da gravidez não planejada é, muitas vezes, reduzida a pontos de discussão sobre suprimentos contraceptivos, entrega do serviço na ponta ou orientação sobre planejamento familiar.

Vemos aqui que nenhuma abordagem única – por mais importante que seja – será capaz de satisfazer todas as necessidades. Em vez disso, um pacote abrangente de esforços interligados deve ser implementado desde o início. Mulheres e meninas/adolescentes devem ter espaço e conhecimento para articular suas necessidades – de seus parceiros e profissionais de saúde a pesquisadores e formuladores de políticas – e, o mais importante: devem ser ouvidas.

PLANEJANDO A MUDANÇA

FILIPINAS, 2021 – Após seu sexto parto, Rahma Samula, 40, em Maguindanao, nas Filipinas, estava exausta. Ela já tinha visto sua mãe criar oito filhos. “Ver minha mãe lutando para cuidar de meus sete irmãos me ajudou a decidir tentar o planejamento familiar, o que meu marido e eu concordamos em fazer.” A maioria de seus filhos nasceu com apenas um ano de diferença, mas, com a ajuda de um anticoncepcional injetável, Rahma conseguiu adiar sua última gravidez até 2021 – cinco anos após o nascimento do filho anterior. Rahma tem certeza de que, sem as injeções, haveria mais duas no meio. Ela e o marido são gratos aos profissionais de saúde locais, que os orientaram sobre as várias opções de planejamento familiar disponíveis. Com boa saúde e com apenas um ganho de peso bem-vindo como efeito colateral, ela disse que o intervalo entre os partos e o uso do anticoncepcional foi melhor para seu corpo e sua família, “para que as crianças não tenham dificuldades”.

Uma geração atrás, a história de Rahma não teria sido tão simples. A política governamental sobre planejamento familiar e

saúde reprodutiva tem oscilado nas Filipinas. As políticas na década de 1980 centraram-se em limitar o crescimento populacional por meio de cotas e incentivos contraceptivos; mais tarde, alinharam-se aos ensinamentos católicos que proíbem métodos modernos de contracepção. Durante décadas, as tensões entre os campos

“Meu marido e eu concordamos em usar contraceptivos porque a vida está muito difícil agora.”

pró e anticoncepcional levaram o país a um meio-termo difícil, segundo o qual o planejamento familiar foi amplamente promovido como uma intervenção de saúde materna e sobrevivência infantil, uma abordagem que marginalizou adolescentes e mulheres solteiras (Alvarez, 1993). Foi somente em 2012, com a aprovação da Lei de Paternidade Responsável e Saúde Reprodutiva, que o governo estabeleceu sua atual abordagem centrada no cliente e na saúde reprodutiva, comprometendo-se a fornecer serviços gratuitos de planejamento familiar para

famílias pobres. Ainda assim, líderes religiosos influentes continuam a se opor ao uso de qualquer forma de contracepção que não os chamados métodos naturais (métodos de conscientização da fertilidade).

No entanto, durante anos, foram, na verdade, os líderes religiosos e comunitários, ao lado de organizações sem fins lucrativos, que ajudaram a fornecer anticoncepcionais em áreas remotas e a famílias que não podiam alimentar bocas extras. Como uma mãe em uma vila de pescadores empobrecida e remota explicou ao UNFPA em 1998: “Temos um pároco que vem aqui, e é ele quem nos dá acesso a [pílulas anticoncepcionais]. Não sabemos onde podemos obtê-las.”

A lei de 2012 e os esforços de base, como os de grupos não governamentais, organizações de direitos das mulheres e indivíduos como aquele pároco, tiveram um impacto cumulativo enorme e positivo no estado do acesso à contracepção nas Filipinas. Nenhum esforço isolado – do sistema de saúde, do sistema legal ou da sociedade em geral – promoveu essa mudança por si só. Em vez disso, foi um trabalho holístico e abrangente, ao longo dos anos, que trouxe a mudança.



Leis e esforços de base contribuíram para a mudança.
Jay Directo/AFP via Getty Images

Legenda da imagem:

Não para controle populacional, sim para a escolha!!

Não para gravidez forçada, sim para a escolha!!

A lei ajudou a estimular o investimento em clínicas e serviços reprodutivos, e um programa de seguro de saúde agora cobre mais de 90% dos municípios do país (FP2030, 2020a). A retórica acalorada em torno da contracepção esfriou e uma nova conversa surgiu, desta vez sobre escolha e direitos, e metas de longo prazo para indivíduos e famílias. Profissionais de saúde, conselheiros de planejamento familiar e até

líderes religiosos estão atuando proativamente para dissipar a desinformação contraceptiva.

“Meu marido e eu concordamos em usar anticoncepcionais porque a vida está muito difícil agora”, disse Theresa Batitits, conselheira de nutrição de 36 anos em um vilarejo do norte. Eles querem gastar seus recursos escassos na educação dos quatro filhos que já têm. Theresa

já havia evitado contraceptivos hormonais, em parte, por medo dos efeitos colaterais, mas, quando um profissional de saúde local falou sobre implantes de ação prolongada, ela decidiu experimentá-los. “Antes de fazer o planejamento familiar para cada mulher, eles oferecem informações sobre quais são os métodos, como funcionam e como são usados, quais são os efeitos colaterais dos anticoncepcionais, coisas assim”, diz Theresa.

Anisa T. Arab é uma entre 15 irmãos em Maguindanao. Ela sempre foi obstinada; saiu de casa aos 20 anos, em vez de aceitar o plano de seu pai para ela se casar e restringir sua educação. Ela inicialmente se opôs ao planejamento familiar, acreditando que ia contra os ensinamentos islâmicos, mas, “quando estudei o Islã, vi na comunidade que nossas tradições em relação às mulheres estavam muito longe do que o Islã realmente diz”, explicou Anisa.

Agora com 57 anos, Anisa é apresentadora de um programa de rádio e professora de estudos islâmicos (ou *Uztazah*), e uma vigorosa defensora da educação das mulheres e seus direitos de se casar se, quando e com quem quiserem, e de planejar suas famílias. Ela ensina seus seguidores sobre a *Fatwa* sobre Planejamento Familiar, um parecer jurídico endossado por estudiosos islâmicos que esclarece que a contracepção não é proibida. O planejamento familiar não é ruim, diz ela. Em vez disso, “quando nossas mulheres aprenderem a cuidar de seus corpos, é aí que surgirá a melhor família”.

Onde as leis e políticas permitem que as mulheres evitem gestações não planejadas?

Os ODS são a primeira tentativa de avaliar de forma abrangente até que ponto as estruturas legais e regulatórias dos países apoiam a saúde sexual e reprodutiva, e os direitos reprodutivos. O indicador ODS 5.6.2 monitora leis e regulamentos com base em quatro componentes: assistência à maternidade (inclusive aborto e assistência pós-aborto); serviços contraceptivos; educação sexual, e serviços para prevenir e tratar HIV e papilomavírus humano (HPV).

Nem todos os 13 componentes têm conexão direta com a prevenção da gravidez não planejada. Mas, mesmo aqueles sem um vínculo óbvio (como a vacina contra o HPV) ainda refletem o ambiente regulatório geral em torno da saúde e dos direitos reprodutivos.

O indicador para cada componente avalia se existe uma lei de apoio e se existem restrições potenciais. Ele mede apenas a existência de leis e regulamentos, não a implementação. Vale notar que variações significativas são observadas dentro das regiões. Os dados em nível de país estão disponíveis em unstats.un.org/sdgs/dataportal.

O INDICADOR ODS 5.6.2 mede 13 componentes (C1 – C13) em quatro seções

Assistência à maternidade

- C1:** Assistência à maternidade
- C2:** Produtos que salvam vidas
- C3:** Aborto
- C4:** Cuidados pós-aborto

Serviços contraceptivos

- C5:** Contracepção
- C6:** Consentimento para os Serviços Contraceptivos
- C7:** Contracepção de emergência

Educação sexual

- C8:** Leis sobre Educação sexual no currículo escolar
- C9:** Tópicos curriculares sobre Educação sexual

HIV e HPV

- C10:** Teste e Orientação sobre o HIV
- C11:** Tratamento e Cuidados com HIV
- C12:** Sigilo sobre o estado de saúde de homens e mulheres vivendo com HIV
- C13:** Vacina contra o HPV

	ASSISTÊNCIA À MATERNIDADE					SERVIÇOS CONTRACEPTIVOS				EDUCAÇÃO SEXUAL			HIV E HPV					Indicador ODS 5.6.2 (total)
	C1	C2	C3	C4	Média da seção	C5	C6	C7	Média da seção	C8	C9	Média da seção	C10	C11	C12	C13	Média da seção	
MUNDO	85	90	43	78	74	78	82	70	76	66	68	65	87	91	93	54	81	76
Regiões mais desenvolvidas	94	88	71	81	85	84	92	76	84	89	88	88	91	94	95	81	90	87
Regiões menos desenvolvidas	82	90	33	77	71	75	79	69	74	58	61	58	86	90	92	45	78	72
Países menos desenvolvidos de todos	79	96	29	79	71	72	70	68	70	53	59	56	88	92	93	38	78	71

REGIÕES DO UNFPA

Estados Árabes	73	87	10	88	68	77	67	77	73	31	9	9	89	89	95	8	70	65
Ásia e Pacífico	78	87	37	82	71	79	80	73	77	65	65	63	85	86	93	45	78	74
Europa Oriental e Ásia Central	93	87	65	95	85	86	100	77	87	93	82	87	84	93	94	50	80	84
América Latina e Caribe	86	86	31	75	70	77	82	60	73	67	77	71	84	86	94	57	80	75
África Oriental e Meridional	84	97	28	87	73	69	72	69	70	53	69	61	84	88	90	61	81	72
África Ocidental e Central	83	98	34	65	70	76	77	72	75	52	55	54	89	97	91	35	79	70





Desvendando os custos da gravidez não intencional

Os impactos da gravidez não planejada são, claramente, muito amplos. As consequências mais óbvias são os resultados diretos das próprias gestações, sejam nascimentos, abortos induzidos ou espontâneos. Pode ser tentador, portanto, medir os impactos pesando dois cenários possíveis: um em que uma mulher investe seu tempo e recursos em um bebê *versus* outro em que ela investe em si mesma – mas isso é uma falsa dicotomia. Uma mulher que faz um aborto pode fazê-lo para investir recursos limitados nos filhos que ela já tem. Uma mulher a quem foi negada a autonomia para escolher a gravidez também pode não ter meios para investir em si mesma, ou em um bebê. E uma mulher com amplos recursos econômicos pode incorrer em outros custos, como exposição contínua a um parceiro violento.

Os matizes também aparecem, necessariamente, ao contabilizar gestações que terminam em nascimento. Muitas gestações não planejadas são, sem dúvida, recebidas com prazer, e mesmo gestações não planejadas que causam medo e consternação podem resultar, em última análise, em crianças que são profundamente amadas e fonte de grande alegria. Deve-se afirmar com segurança que qualquer criança nascida de uma gravidez não planejada – não importa a circunstância – é uma pessoa com valor inerente, dignidade e direitos humanos que devem ser respeitados. Nenhum desses pontos está em conflito com o fato de que gestações não planejadas podem desencadear consequências cada vez maiores para os indivíduos e as famílias que as vivenciam.

Em vez de investigar os resultados de gestações não planejadas, devemos olhar mais cedo, para o exercício ou a negação da escolha que começa *antes da* gravidez. Este capítulo tenta lidar com essas questões: qual é a diferença entre um mundo em que as gestações resultam de uma escolha deliberada e consciente, e nosso mundo atual, no qual quase metade de todas as gestações ocorrem sem vontade absoluta? Quais são as consequências de perder a autonomia corporal quando se trata de gravidez? Será que as sociedades que toleram altas taxas de gravidez não planejada valorizam plenamente o potencial das mulheres além de suas capacidades reprodutivas?

Os custos de oportunidade, enquadrados dessa forma, não podem ser todos calculados. Mas também existem maneiras concretas e quantificáveis pelas quais os pesquisadores têm buscado compreender alguns dos custos: custos para o sistema de saúde de gestações não desejadas, independentemente de terem chegado a termo ou não; custos em termos de contribuições, e oportunidades econômicas e educacionais das

mulheres; e os riscos potenciais, embora complexos, para a saúde mental e física de mães e bebês. Há, ainda, riscos entre aquelas que optam por abortar a gravidez, principalmente em locais com leis restritivas ao aborto, onde as mulheres recorrem a abortos inseguros, muitas vezes resultando em morbidade materna evitável, e até mortalidade.

Essas medidas são apenas um ponto de partida; entretanto, iniciam o processo vital de articulação mais objetivamente como as sociedades e as economias são moldadas por gestações que ocorrem nos corpos de mulheres que não as desejavam ou planejavam.

Contando o incontável

Existem muitas hipóteses sobre as consequências de gestações não planejadas que não podem ser facilmente comprovadas ou refutadas. Algumas pessoas propuseram, por exemplo, que taxas mais altas de nascimentos não intencionais poderiam levar a taxas mais altas de criminalidade, ou ao aumento do estresse doméstico (Yazdkhasti *et al.*, 2015). Esses são pontos controversos e provocativos, que refletem as tensões do mundo real nas comunidades e famílias que podem ser consequências de uma gravidez não planejada. Há também outros custos incontáveis, como o estigma sofrido por mulheres solteiras que pode ter consequências para toda a vida, até mesmo entre gerações.

Um exemplo da rápida multiplicação de consequências difíceis de contabilizar são as consequências muitas vezes sofridas por adolescentes e jovens que vivenciam uma gravidez não planejada. Uma menina pode ter que abandonar a escola (ou porque a escola não permite que ela frequente e/ou porque ela precisa cuidar de seu bebê). Retomar os estudos é desafiador e, às vezes, impossível, e poucas

escolas oferecem ambientes de apoio para amamentação, creche ou horários flexíveis (Human Rights Watch, 2018). Com uma educação incompleta, uma menina enfrenta a redução do potencial de emprego e renda. Se o bebê nascer fora do casamento, isso pode significar discriminação para ela e seu filho (Human Rights Watch, 2018).

Os pesquisadores, em sua esmagadora maioria, reconhecem essas limitações. “O dano real à qualidade de vida é incalculável”, observaram os autores de uma revisão da literatura de 2015, analisando diferentes impactos negativos da gravidez não planejada (Yazdkhasti *et al.*, 2015). “A gravidez não planejada resulta em uma série de consequências adversas... que nada têm a ver com os balanços dos órgãos públicos... De modo geral, as evidências sugerem que a gravidez não planejada é um dos mais sérios desafios enfrentados pelo sistema de saúde, impondo custos financeiros e sociais significativos para a sociedade” (Yazdkhasti *et al.*, 2015).

Contando o contável

Participação da força de trabalho e potencial de ganhos

Apesar dos desafios, é possível mensurar alguns impactos da gravidez não planejada. Um estudo nos Estados Unidos, por exemplo, descobriu que partos não planejados reduzem a participação da força de trabalho em até 25%. O estudo procurou explicar os impactos de partos indesejados, bem como partos inoportunos – como quando uma mulher pretendia engravidar aos 28 anos, mas teve uma gravidez aos

A gravidez não planejada abre portas para violações de direitos humanos

Com exceção das gestações resultantes de violência sexual e das diversas formas de coerção reprodutiva, a **maioria das gestações não planejadas não é resultado direto de violações de direitos humanos**. Todavia, essas gestações podem levar a consequências que tornam mulheres e meninas vulneráveis a violações de direitos humanos. Entre os efeitos negativos reconhecidos, a gravidez não planejada está associada ao atraso no pré-natal e, portanto, a resultados de saúde potencialmente piores para a gestante (Khan *et al.*, 2019) e, se ela continuar com a gravidez, um parto prematuro (Orr *et al.*, 2000). A gravidez, involuntária ou não, pode levar a gestante a ser forçada a abandonar a escola (Human Rights Watch, 2018a) ou a ser discriminada no emprego (OIT, 2012). Essa discriminação, por sua vez, pode agravar as já frágeis circunstâncias socioeconômicas que podem estar por trás da gravidez não planejada (Aiken *et al.*, 2015). Em casos extremos, a gravidez fora do casamento pode resultar em penalidades criminais (Canadá: Conselho de Imigração e Refugiados do Canadá, 2013) ou sentenças de morte; mortes extrajudiciais, como os chamados “crimes de honra”; ou suicídio (UN HRC, 2012; Mansur *et al.*, s.d.).

Saúde, educação, emprego e não discriminação são protegidos por instrumentos internacionais de direitos humanos; quando uma gravidez não planejada compromete e diminui o gozo desses direitos por mulheres e meninas, os governos, sozinhos ou em parceria com organizações não governamentais nacionais e internacionais, devem tomar todas as medidas – por meio de leis, políticas, programas, orçamentos, administração – para respeitar, proteger e fazer valer esses direitos (UN ECOSOC, 1990).

25 anos (Nuevo-Chiquero, 2014). O impacto financeiro das gestações não planejadas no bem-estar da família foi muito maior nas famílias de baixa renda do que nas famílias de renda mais alta, que são menos dependentes de salários, tendo poupanças e outros bens aos quais recorrer (Nuevo-Chiquero, 2014).

Custos para o sistema de saúde

O ônus econômico de eventos como assistência à gravidez ou ao aborto também pode ser calculado. Contudo, há uma ressalva: não se pode simplesmente tomar um valor em dólares para os custos de saúde de cada mulher que passa por uma gravidez não planejada e compará-lo com mulheres que não tiveram nenhuma gravidez. Muitas gestações não planejadas são inoportunas, mas não indesejadas, o que significa que a mesma mulher ainda pode ter incorrido em custos de saúde relacionados à gravidez, porém sob outras circunstâncias. Mas caso se presuma que as mulheres prefeririam iniciar ou expandir uma família em condições economicamente saudáveis, podemos fazer algumas inferências sobre os custos envolvidos.

Pesquisadores nos Estados Unidos descobriram que gestações não planejadas entre mulheres de baixa renda e pobres resultaram em custos de gastos públicos muito altos: “Os gastos do governo com gestações não planejadas em todo o país totalizaram US\$ 21 bilhões em 2010” (Sonfield e Kost, 2015). Esses custos continuaram a aumentar no país nesse meio tempo. Os pesquisadores também estimaram os valores brutos que potencialmente poderiam ter sido economizados caso gestações não planejadas tivessem sido evitadas – cerca de US\$ 15,5 bilhões (Sonfield e Kost, 2015).

Um estudo que avaliou dados de 2010 do Brasil estimou que os custos totais de gestações não

planejadas no país totalizaram, aproximadamente, US\$ 2,33 bilhões (na taxa de câmbio de 2010). Esses custos foram divididos em uma pequena porcentagem para cuidar de abortos espontâneos (0,8%), custos diretos de parto para as gestações não planejadas (30%) e custos para pagar por quaisquer complicações dos bebês que surgiram das gestações não planejadas (cerca de 70%). Os pesquisadores excluíram os custos de quaisquer abortos induzidos e não incluíram os custos de morbidade materna e ausência da força de trabalho (Le *et al.*, 2014).

Essas estimativas são específicas de cada país e de escopo limitado. Seria difícil calcular custos semelhantes para o mundo, ou por regiões, e não há uma metodologia acordada para medir custos, ou quais custos medir. Ainda assim, é claro que os custos de gravidez e parto somam números muito altos.

O outro custo enorme resultado indireto de gestações não planejadas é aquele resultante de abortos e cuidados pós-aborto. O Instituto Guttmacher fez uma extensa pesquisa sobre esses números. Seu sumário mais recente, *Adding It Up*, mostra que, anualmente, países de rendas baixa e média gastam US\$ 2,8 bilhões em aborto e cuidados pós-aborto. Esse custo seria reduzido quase pela metade, para US\$ 1,5 bilhão, se as necessidades contraceptivas nesses países fossem totalmente atendidas (Sully *et al.*, 2020).

Impactos na saúde mental

Pode ser um desafio separar causa e efeito quando se trata de gravidez não planejada e saúde mental, porque ambos são determinantes e determinados por muitas das mesmas vulnerabilidades. A violência por parceiro íntimo, por exemplo, pode levar à perda de autonomia, que resulta em



© UNFPA/Fidel Évora

uma gravidez não planejada e degrada a saúde mental e o bem-estar (Gipson *et al.*, 2008). Ainda assim, vários estudos tentaram destrinchar os relacionamentos e, coletivamente, eles argumentam fortemente que a gravidez não planejada é, muitas vezes, um fator causal na depressão e piora do bem-estar psicológico.

Depressão pós-parto

Uma meta-análise recente abrangendo 30 estudos e mais de 65.000 participantes descobriu que as mulheres que engravidaram involuntariamente corriam um risco significativamente maior de desenvolver depressão pós-parto do que as que engravidaram por opção – uma razão de probabilidades de 1,53 (Qiu *et al.*, 2020). Essa correlação tem sido observada em inúmeros estudos, em diferentes países e regiões do mundo (Steinberg *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2015).

Quanto aos países de renda alta, um estudo longitudinal de 21 anos na Austrália analisou os fatores associados ao parto que influenciaram a depressão. Entre as mulheres pesquisadas, 21% tiveram depressão “crescente” em algum momento após o parto. Os preditores mais

proeminentes de depressão foram: conflito de relacionamento com o parceiro; ansiedade e estresse durante a gravidez; muitos sintomas da gravidez, e redes sociais precárias – um preditor menos proeminente, mas ainda estatisticamente significativo, foi a incerteza sobre o desejo de ter um filho (Kingsbury *et al.*, 2015).

As mulheres que procuram, mas não conseguem, um aborto podem estar particularmente em risco. Um estudo de coorte de 2011 no Brasil analisou a depressão entre 1.057 mulheres e encontrou maior incidência de depressão pós-parto entre as mulheres que tentaram, sem sucesso, abortar a gravidez, em relação a um grupo de comparação de mulheres que não tentaram abortar; essa relação persistiu após o controle de outros preditores potenciais de depressão pós-parto, como a saúde mental antes da gravidez (Ludermir *et al.*, 2011). Da mesma forma, uma análise de dados longitudinais de 2017 nos Estados Unidos descobriu que as mulheres que foram impedidas de fazer um aborto corriam maior risco de resultados psicológicos adversos do que as mulheres que conseguiram obter um aborto (Biggs *et al.*, 2017).

O estudo da negação

Uma pesquisa de referência nos Estados Unidos, *The Turnaway Study*, foi projetada para entender como as mulheres grávidas que tiveram um aborto negado se saíram ao longo do tempo, em comparação com aquelas que fizeram um aborto (Foster, 2020). Cerca de 950 mulheres que solicitaram aborto foram acompanhadas ao longo de cinco anos, algumas das quais foram “rejeitadas” por solicitarem o aborto após ultrapassarem os limites gestacionais. “Não encontramos evidências de que o aborto prejudique as mulheres... As mulheres que fizeram um aborto eram as mesmas ou, mais frequentemente, se saíram melhor do que as mulheres que tiveram o aborto negado”, afirmaram os pesquisadores. Isso incluía sua saúde física, seu emprego e situação financeira, e sua saúde mental. O estudo também descobriu que as mulheres que passaram por um aborto “tinham uma chance maior de ter uma gravidez desejada e estar em um relacionamento bom e romântico anos mais tarde”.

Das mulheres pesquisadas que tiveram um aborto negado, duas morreram de causas relacionadas ao parto e outras sofreram complicações no parto, com aumento da dor crônica e hipertensão, e pior saúde geral por vários anos. No período imediatamente após o aborto ser negado, muitas mulheres relataram aumento da ansiedade e diminuição da autoestima. Aquelas a quem foi negado o aborto foram menos capazes de se livrar de parceiros violentos, e muitas relataram dificuldades econômicas.

Esse estudo seminal e as dezenas de trabalhos acadêmicos resultantes dele receberam muita atenção ao longo dos anos por causa de seu modelo de estudo inovador, e os resultados que mostram que não só o aborto *não era* prejudicial, mas resultou em maior bem-estar para muitas mulheres. “As mulheres entendem as vastas consequências de se levar a termo uma gravidez não planejada”, disse ao UNFPA a professora Diana Greene Foster, principal pesquisadora do estudo. “Todas as suas preocupações – finanças, saúde, responsabilidades e planos futuros – são áreas em que as mulheres que não conseguiram fazer um aborto desejado tiveram resultados piores do que aquelas que o fizeram.”

Consequências para a saúde física

Riscos associados a partos não intencionais

Embora a ligação entre gravidez não planejada e risco de morbidade e mortalidade materna permaneça pouco estudada, foram encontradas correlações na literatura existente (Tsui *et al.*, 2010; Gipson *et al.*, 2008; Mohllajee *et al.*, 2007) e mais bem fundamentadas pela análise original oferecida

no Capítulo 2 deste relatório. Uma das razões para a associação entre gravidez não planejada e maior mortalidade materna é uma correlação simples: quanto maior o número de gestações e partos, maior o número de mulheres que morrem na gravidez e no parto. É por isso que todo programa de saúde pública destinado a reduzir o número de mortes maternas incorpora a contracepção como um dos pilares de ação. Quanto maior a possibilidade de redução das gestações não planejadas, maior a

possibilidade de reduzir o número de mulheres que são lesadas ou morrem por causas maternas.

Uma segunda razão para o impacto da gravidez não planejada na morte materna é que, como tem sido explorado em vários contextos, as características que colocam as mulheres em maior risco de gravidez não planejada – como pobreza, falta de acesso a serviços de saúde, menores níveis de escolaridade, etc. – também as colocam em maior risco de complicações do parto, incluindo morte materna e morbidade. Isso também é verdade para mulheres mais velhas e mulheres de maior paridade (Bauserman *et al.*, 2020; Gipson *et al.*, 2008; Campbell e Graham, 2006).



© UNFPA/Fidel Évora

Além disso, uma análise multinacional com dados da DHS mostrou que, em média, entre as mulheres com gravidez não planejada, a tendência era começar a receber cuidados pré-natais mais tarde e ter um número menor de consultas pré-natais do que as mulheres com gravidez planejada (Amo-Adjei e Tuoyire, 2016). Alguns estudos em países em desenvolvimento mostraram que a gravidez não planejada está associada a condições como pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto e pré-eclâmpsia pós-parto. Esse foi o caso de um estudo em larga escala na Índia, onde a prevalência dessas condições foi vista como um fator que contribuiu para a alta MMR no estado de Uttar Pradesh (Dehingia *et al.*, 2020); este estudo descobriu que a associação entre gravidez não planejada e desfechos de morbidade materna foi parcialmente explicada pelo menor nível de assistência pré-natal que as mães com gravidez não planejada receberam antes do parto (Dehingia *et al.*, 2020).

Entre as mães adolescentes, os riscos para a saúde são, muitas vezes, elevados. Adolescentes grávidas de 10 a 19 anos enfrentam maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas do que mulheres de 20 a 24 anos (OMS, 2020a). As complicações na gravidez e no parto são a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos em todo o mundo (OMS, 2019).

Ainda assim, é difícil estabelecer uma relação causal direta, porque muitos dos fatores que afetam a saúde materna (incluindo pobreza, falta de educação e falta de acesso a serviços de saúde) também predizem taxas mais altas de gravidez não planejada. Isso reforça as conclusões do Capítulo 3 de que a redução dos níveis de gravidez não planejada está intimamente ligada ao alcance das metas gerais de desenvolvimento, especialmente

aquelas relacionadas à saúde, à educação e à igualdade de gênero.

Riscos do aborto inseguro

Um impacto negativo da gravidez não planejada se destaca por sua clara relação causal com a saúde materna precária e por sua patente magnitude global: o aborto inseguro. Os pesquisadores estimam que, de aproximadamente 121 milhões de gestações não planejadas que ocorreram a cada ano entre 2015 e 2019, cerca de 61% terminaram em aborto (Bearak *et al.*, 2020). A cada ano, são realizados cerca de 73,3 milhões de abortos, o que corresponde

a uma taxa de 39 abortos por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos (Bearak *et al.*, 2020). Dados de 2010 a 2014 sugerem que aproximadamente 45% de todos os abortos realizados globalmente não são seguros (Ganatra *et al.*, 2017).

Quase todos os abortos inseguros ocorrem em países em desenvolvimento, com mais da metade de todos os abortos inseguros estimados ocorrendo na Ásia – a maioria deles no sul e centro da Ásia –, devido às grandes populações nessas áreas. Por outro lado, uma proporção maior de abortos é insegura em outras partes do mundo: três em cada quatro abortos

Contraceção e aborto seguro são ferramentas-chave na prevenção da morte materna

Pesquisadores do Instituto Guttmacher estimam que atender plenamente às necessidades de contraceptivos das mulheres em países de baixa e média renda, e fornecer cuidados pré-natais e neonatais nos níveis recomendados pela OMS reduziria o aborto inseguro em 72% e as mortes maternas em 62% (Sully *et al.*, 2019). Embora essas melhorias contribuam bastante para reduzir a mortalidade e a morbidade, é quase certo que um número substancial de lesões e mortes maternas evitáveis continuará a ocorrer em ambientes com barreiras à assistência ao aborto seguro. Isso porque, como discutido nos capítulos anteriores, é impossível eliminar completamente o risco de uma gravidez não planejada nas atuais condições do mundo real.

*reduzir
o aborto
inseguro
em 72%*

Quando o aborto é realizado em ambientes dotados de cuidados de saúde de boa qualidade, por profissionais de saúde qualificados, os riscos de complicações são muito menores do que os riscos associados ao parto resultante de uma gravidez não planejada (Gerdtts *et al.*, 2016) e aos partos em geral (Raymond e Grimes, 2012). O aborto medicamentoso – uma opção de aborto precoce na gravidez que pode ser fornecida em ambientes de atenção primária, via telemedicina ou autogerenciada – oferece uma opção para aborto seguro (Gambir *et al.*, 2020), se administrado corretamente no início da gravidez. Mas a disponibilidade de aborto medicamentoso é limitada em muitos ambientes de rendas baixa e média onde o aborto é legal (Zhou *et al.*, 2020). A eliminação efetiva dos danos catastróficos do aborto inseguro requer melhorias amplas e abrangentes nos serviços de aborto, inclusive equipar os profissionais de saúde com as habilidades certas e garantir que os ambientes de saúde sejam higiênicos e privados, que os suprimentos certos sejam acessíveis e estejam disponíveis – condições que podem ser atendidas com regulamentações e investimentos em saúde pública. Essas estão entre as razões pelas quais a OMS e vários órgãos de direitos humanos recomendaram a remoção de barreiras legais ao aborto seguro, especialmente onde a saúde e a vida estão em risco (UN CCPR, 2019; OMS, 2015).

ocorridos na África e na América Latina eram inseguros, e o risco de morrer de um aborto inseguro era maior na África (Ganatra *et al.*, 2017).

O aborto inseguro é uma das principais causas de morte materna em todo o mundo (Say *et al.*, 2014). Como destacado, estima-se que 4,7% a 13,2% das mortes maternas a cada ano podem ser atribuídas ao aborto inseguro (OMS, 2020). Isso representa um obstáculo persistente para o alcance do ODS 3, prejudicando, especificamente, a meta 3.1 de reduzir a MMR global para 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Um número ainda maior de mulheres é vítima de doenças e deficiências resultantes do aborto inseguro; dados de 2012 mostram que cerca de 7 milhões de mulheres são internadas em hospitais todos os anos nos países em desenvolvimento por esse motivo, e o custo anual do tratamento das principais complicações do aborto inseguro é estimado em US\$ 553 milhões (OMS, 2020).

A morbidade materna aparece como consequência, tanto de curto quanto de longo prazos, do aborto inseguro. Dois estudos recentes da OMS analisaram os resultados de mais de 20.000 abortos inseguros na África Subsaariana, e na América Latina e no Caribe; uma pequena porcentagem resultou no “quase acidente” ou na morte da mulher grávida (2,3% na África e 1,3% na América Latina), enquanto complicações com risco de morte afetaram 7% das mulheres africanas e 3,1% daquelas da América Latina (Qureshi *et al.*, 2021; Romero *et al.*, 2021). Aproximadamente metade das mulheres estudadas apresentaram complicações pelo menos moderadas, potencialmente afetando sua saúde por anos (58,2% na África e 49,5% na América Latina) (Qureshi *et al.*, 2021; Romero *et al.*, 2021). Um estudo de 2006 descobriu que a morbidade e a mortalidade por



© UNFPA/Fidel Évora

aborto inseguro resultaram na perda de 5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (uma medida da perda de vida produtiva de um indivíduo) por ano entre mulheres em idade reprodutiva, e os pesquisadores alertaram que mesmo esse número impressionante foi, provavelmente, subestimado (Grimes *et al.*, 2006). Em qualquer contexto, esses números representam uma emergência de saúde pública para milhões de mulheres vulneráveis em idade reprodutiva.

Impactos em crianças nascidas de gestações não planejadas

Como indicado acima, muitos estudos constataam que gravidezes não planejadas estão associadas ao uso tardio de cuidados pré-natais e/ou à diminuição da frequência de cuidados. As consultas pré-natais não são apenas uma importante intervenção de saúde para as mulheres; elas também reduzem o risco

As consequências negativas da gravidez não planejada não teriam ocorrido se as mulheres que as vivenciam tivessem o poder de fazer escolhas conscientes e deliberadas sobre sua fecundidade e seus futuros reprodutivos em primeiro lugar.

de morte neonatal (Wondemagegn *et al.*, 2018) e melhoram os resultados nutricionais para o bebê, entre outros benefícios (OMS, 2016).

Estudos em países ocidentais mostram que as mulheres solteiras que relataram que sua gravidez não foi intencional eram significativamente menos propensas a fazer uma consulta pré-natal durante as primeiras oito semanas de gravidez e eram duas vezes mais propensas a esperar para procurar atendimento pré-natal após o primeiro trimestre (Vanden Broek *et al.*, 2016; Heaman *et al.*, 2012; Korenman *et al.*, 2002; Kost *et al.*, 1998). A maioria dos estudos – mas não todos – em países em desenvolvimento também constatam que a gravidez não planejada afeta tanto o momento das consultas pré-natais iniciais quanto a sua frequência. Por exemplo, a gravidez não planejada resultou em menos e tardias consultas pré-natais, como apontado em estudos de DHS em vários países (Amo-Adjei e Tuoyire, 2016) e em pesquisas no Egito, Peru e nas Filipinas (Gipson *et al.*, 2008).

A gravidez não planejada pode afetar negativamente as taxas de amamentação, uma prática recomendada pela OMS para melhorar a sobrevivência infantil e promover um crescimento saudável (OMS, 2021a). Décadas de pesquisa na Europa e nos Estados Unidos mostram que bebês nascidos de gestações não planejadas têm uma probabilidade maior de não serem amamentados nunca ou, eventualmente, de serem amamentados por um período mais curto (Gipson *et al.*, 2008). Alguns estudos descobriram que, mesmo entre irmãos da mesma família, aqueles que foram resultado de uma gravidez planejada tinham uma chance maior de ser amamentados (Korenman *et al.*, 2002). Uma análise dos dados da DHS de 18 países descobriu que, em geral, as mulheres com gravidez não planejada eram 10% menos prováveis de continuar amamentando por mais de um ano, embora esse padrão não fosse consistente entre os países (Hromi-Fiedler e Pérez-Escamilla, 2006).

As crianças nascidas como resultado de uma gravidez não planejada também podem estar em desvantagem em termos de vacinas, doenças e cuidados curativos; alguns estudos mostraram tal associação (Gipson *et al.*, 2008); no entanto, isso parece ser altamente específico em relação ao contexto.

Há muitos estudos sobre se bebês nascidos de gestações não planejadas são mais propensos a ter um baixo peso ao nascer, um importante indicador de bem-estar infantil, em comparação com bebês de partos planejados, e se há consequências a longo prazo para crianças não planejadas, incluindo desnutrição e atraso no crescimento. Os resultados foram diversos, com alguns não mostrando tais associações (Bitto *et al.*, 1997). Os estudos da DHS descobriram que crianças não planejadas tinham um risco estatisticamente significativo maior de não receber todas as vacinas infantis até 1 ano de

idade no Egito, Quênia e Peru, mas não na Bolívia e nas Filipinas (Marston e Cleland, 2003). A mesma análise apontou que crianças nascidas de gestações não planejadas eram mais propensas a sofrer atraso no crescimento no Peru e na Bolívia, mas esse não era o caso no Egito (Marston e Cleland, 2003).

Outros estudos mostraram uma associação entre gravidez não planejada e baixo peso ao nascer, e atraso no crescimento. Em uma série de estudos em Bangladesh, por exemplo, os pesquisadores descobriram que “mulheres que relataram sua gravidez como não planejada tinham 3,19 vezes mais chances de ter um bebê com baixo peso ao nascer do que mulheres com gravidez planejada” (Rahman *et al.*, 2019), e “as intenções de gravidez materna estão associadas a atraso no crescimento infantil, emaciação e baixo peso” (Rahman, 2015). Na Bolívia e na Etiópia, as crianças de gestações não planejadas tinham um risco aproximadamente três vezes maior de atraso no crescimento (Shaka *et al.*, 2020; Shapiro-Mendoza *et al.*, 2005). Certas crianças podem enfrentar desvantagens específicas, como meninas em sociedades com preferência por filhos, ou filhas mais novas em sociedades nas quais os dotes são comuns (Gipson *et al.*, 2008).

Uma razão para as discrepâncias entre os estudos é a questão de definição que emergiu repetidamente neste relatório: alguns dos estudos usaram os termos “não intencional” e “indesejada” de forma intercambiável quando, na verdade, mais efeitos negativos podem ser vistos após gestações “não desejadas” em vez de “gestações inesperadas, mas ainda assim desejadas”, ou “inoportunas”. Determinar tais diferenças é muito difícil e tem influência nos resultados do estudo. Estabelecer causalidade é ainda mais difícil. Pesquisadores em um estudo de Bangladesh propuseram que o estresse de ter uma gravidez não desejada influenciava os

resultados do nascimento (Rahman *et al.*, 2019), enquanto outros estudos sugerem que crianças de gestações “não desejadas” podem ser criadas em ambientes menos estimulantes.

Vale notar que outros fatores estão significativamente associados a esses vários impactos na saúde infantil. Os preditores de atraso no crescimento na Etiópia, por exemplo, incluíram o status educacional do pai e outros fatores (Shaka *et al.*, 2020). Como é o caso das consequências para a saúde materna, pode ser difícil separar as causalidades. Ainda assim, está claro que muitos dos fatores que reduzem o exercício da autonomia de uma mulher – incluindo pobreza e níveis de educação – também são conhecidos por contribuir para resultados de saúde ruins para mães, bebês e famílias.

Uma conclusão desses estudos, muitas vezes não declarada, é que as consequências negativas da gravidez não planejada não teriam ocorrido se as mulheres que as vivenciam tivessem o poder de fazer escolhas conscientes e deliberadas sobre sua fecundidade e os futuros reprodutivos, em primeiro lugar. Um mundo sem gravidez não planejada não estaria livre de todas as consequências negativas, é claro – mas, ao empoderar as mulheres para exercerem a plena escolha, as sociedades poderiam mitigar grandemente essas circunstâncias e seus custos concomitantes, ao mesmo tempo em que promoveriam a dignidade humana, os direitos e a autonomia em benefício de todos. Um passo importante nessa direção viria da expansão das pesquisas sobre as múltiplas e incontáveis consequências da gravidez não planejada, inclusive as ilustradas acima, a fim de aumentar a compreensão dos custos muitas vezes ocultos dessa crise negligenciada.

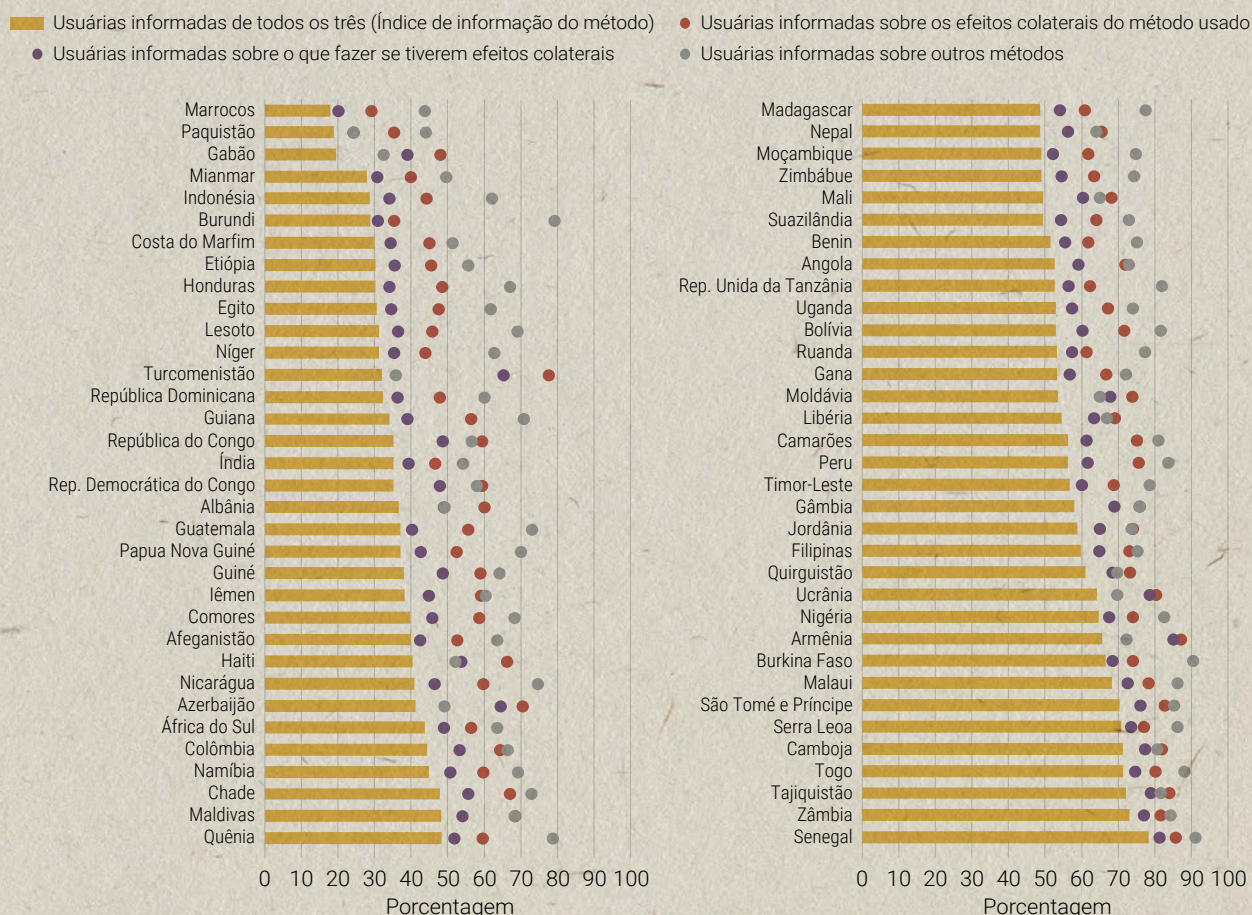
Onde e como as necessidades de anticoncepcionais não são atendidas: *insights* dos programas de planejamento familiar do UNFPA

Em conjunto com a Avenir Health, o UNFPA analisa a necessidade de contraceptivos e usa informações de países nos quais implementa programas de planejamento familiar, onde os dados estão disponíveis. Esses dados são usados para projetar e fortalecer as intervenções, mas também ilustram as condições do mundo real que afetam o uso de anticoncepcionais.

Qualidade do cuidado

Grandes proporções de mulheres que usam contraceptivos modernos relataram ter recebido informações insuficientes sobre métodos e efeitos colaterais.

FIGURA 9 Usuárias que recebem informações essenciais sobre métodos contraceptivos

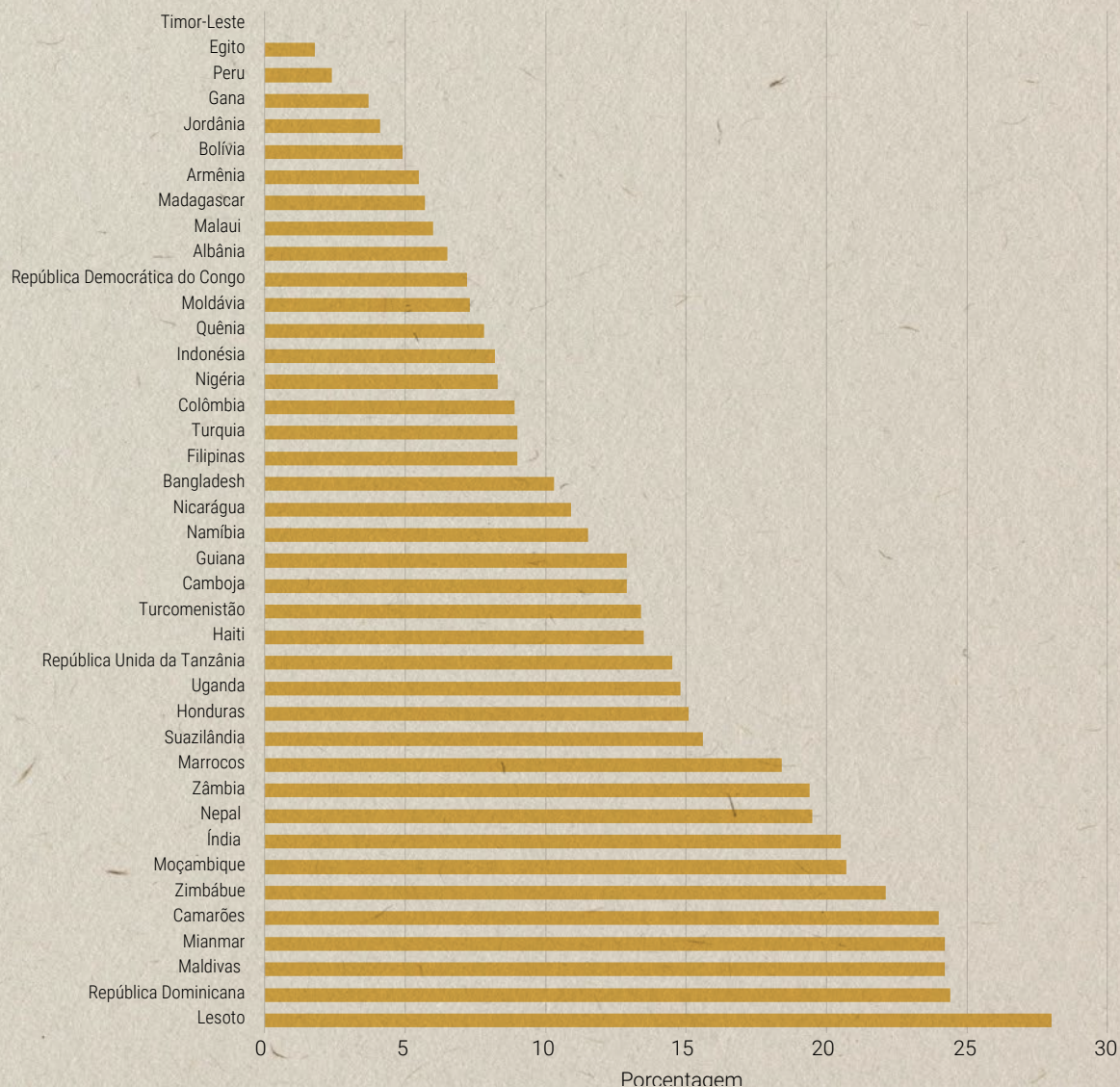


Fonte: ICF, 2015. *The DHS Program STATcompiler*, statcompiler.com. Acesso em 10 de fevereiro de 2022 (dados de pesquisas nacionais de 2000 a 2020; para mulheres que iniciaram um novo método contraceptivo nos cinco anos anteriores à data da pesquisa).

Usuárias não informadas de que a esterilização é permanente

Em alguns países pesquisados, grandes proporções de mulheres esterilizadas não foram informadas de que o procedimento era permanente (dados de pesquisas nacionais de 2000 a 2017), variando de 0%, no Timor-Leste, a 28%, no Lesoto. A falta de consentimento informado é um sinal de alerta de que o aconselhamento contraceptivo não está disponível, ou não está fornecendo informações de uma forma que as usuárias entendam.

FIGURA 10 Usuárias de esterilização feminina que não foram informadas de que o método é permanente

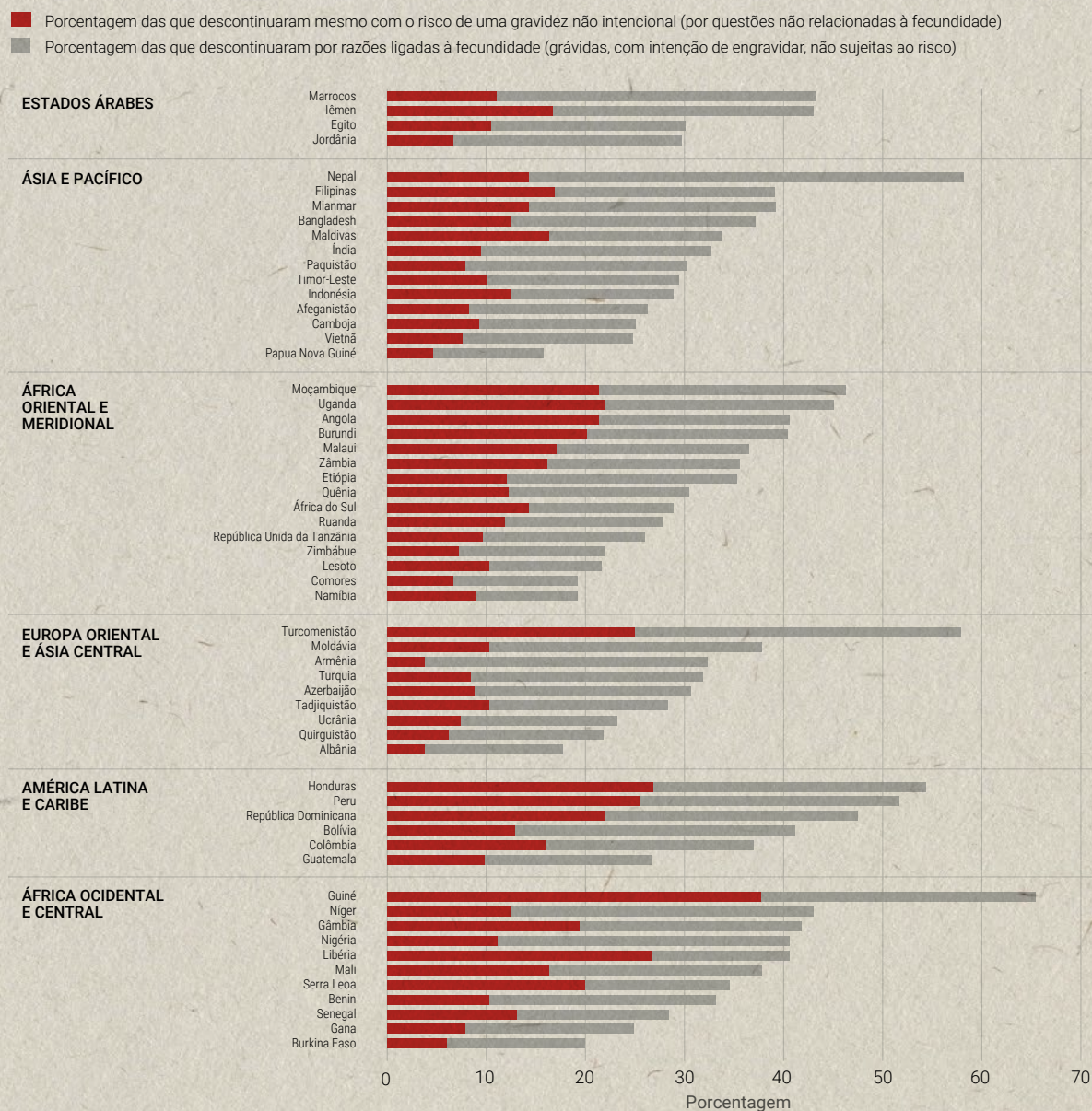


Fonte: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler, statcompiler.com. Acesso em 10 de fevereiro de 2022 (dados de pesquisas nacionais de 2000 a 2017).

Descontinuação da contracepção

A qualidade do atendimento, a falta de disponibilidade do método, os efeitos colaterais, o estigma e outros fatores contribuem para que as usuárias descontinuem um método contraceptivo, mesmo quando ainda não desejam engravidar. Em locais com altas taxas de descontinuação de métodos, é necessária uma análise mais aprofundada para entender os motivos da descontinuação e se as usuárias estão capacitadas a mudar para outros métodos confiáveis.

FIGURA 11 Usuárias que descontinuaram o uso de contraceptivos mesmo com o risco de ter uma gravidez não intencional, por região do UNFPA



Fonte: UNFPA e Avenir Health. Banco de dados sobre oportunidades de planejamento familiar, atualizado em outubro de 2021 (no prelo). Compilado dos dados da DHS.

Pessoas jovens solteiras e sexualmente ativas

Jovens que não são casados e praticam atividade sexual esporadicamente muitas vezes não são capturados em pesquisas sobre a necessidade não atendida de contracepção moderna. As estimativas de necessidades não atendidas incluem apenas os solteiros que foram sexualmente ativos nos últimos 30 dias e, em alguns contextos, apenas usuários casados são solicitados a responder a essas perguntas ou se sentem à vontade para fazê-lo.

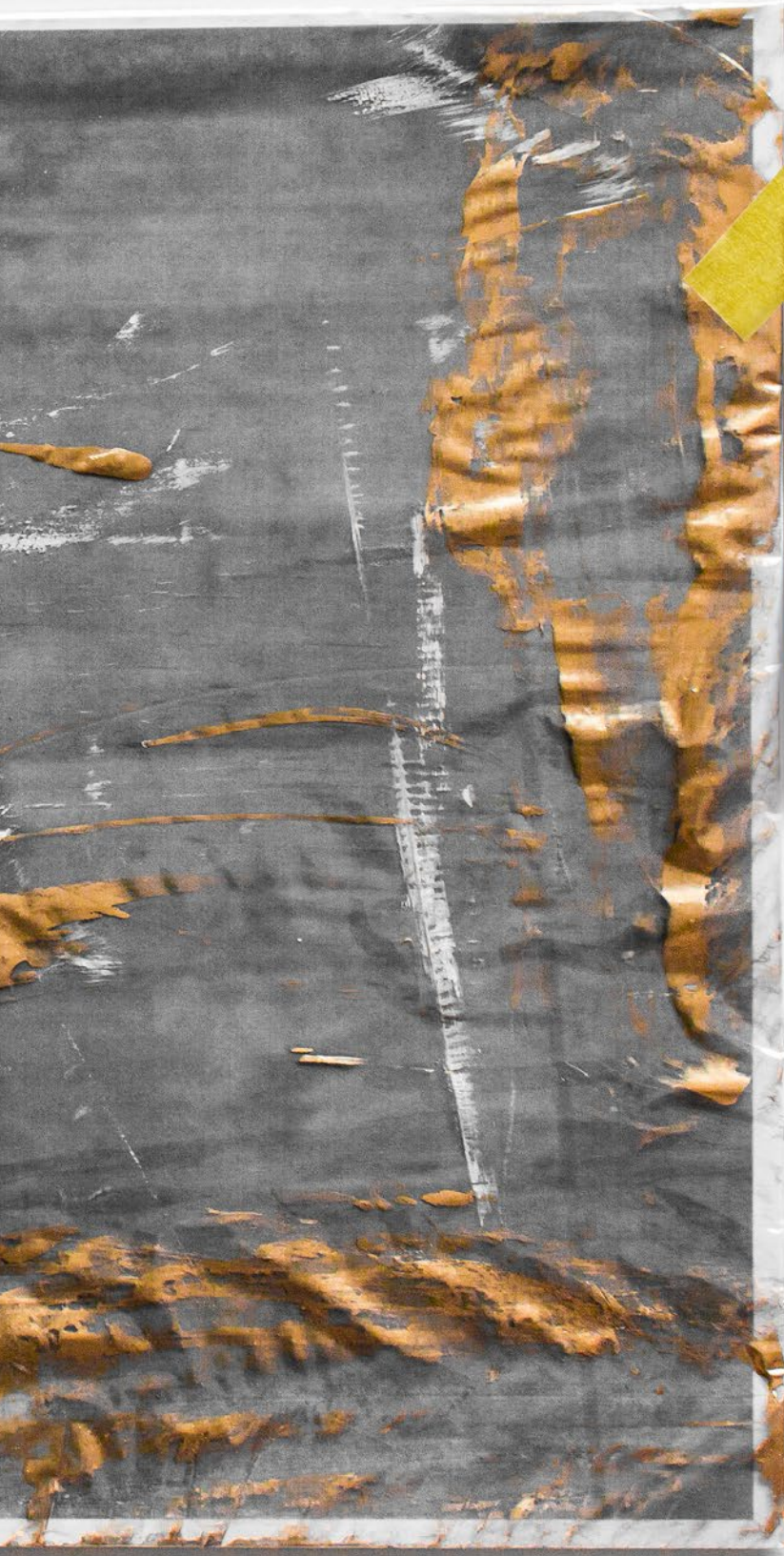
O gráfico abaixo é uma visão da necessidade potencial de contracepção moderna entre mulheres e meninas jovens e solteiras (de 15 a 24 anos); mostra aquelas que eram sexualmente ativas no ano passado, mas não estão usando um método moderno de contracepção.

FIGURA 12 Porcentagem de meninas adolescentes e mulheres jovens solteiras sexualmente ativas no ano passado e que não estavam usando contraceptivos modernos, por região do UNFPA



Fonte: UNFPA e Avenir Health. Banco de dados sobre oportunidades de planejamento familiar, atualizado em outubro de 2021 (no prelo).





A autonomia
é fundamental
para a
Agenda 2030

Os fatos deste relatório merecem ser repetidos: *A gravidez não planejada é uma realidade para milhões a cada ano, representando quase metade de todas as gestações.* Todos os anos, cerca de 6% das mulheres terão uma; 60% dessas gestações não planejadas terminarão em aborto. Muitas gestações não planejadas ocorrem porque a mulher perdeu, ou nunca teve, autonomia sobre seu próprio corpo. Juntos, esses números apontam, inequivocamente, para níveis persistentes de discriminação de gênero e déficits em direitos humanos e desenvolvimento. Estes devem ser abordados, a fim de se alcançar os ODS.

O preço dessas gestações é – e tem sido – invisível. Embora possamos estimar os custos dos cuidados de saúde, monitorar as taxas de abandono escolar e projetar os níveis de redução da força de trabalho devido a gestações não planejadas, isso apenas arranha a superfície. Nenhum número poderia representar adequadamente a perda de vida, autonomia e capital humano que resulta de gestações não planejadas. Com a expectativa de que as populações, e sua inerente necessidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva, aumentem mais rapidamente nos países menos desenvolvidos (Starrs *et al.*, 2018), essas perdas podem crescer potencialmente. A Covid-19 nos ensinou importantes lições sobre o fracasso de muitos sistemas econômicos, políticos e sociais, e outros em apoiar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos daqueles que são mais vulneráveis (UNFPA, 2020c). A mudança climática promete acelerar drasticamente uma variedade de males, com crises contínuas e crescentes, como conflitos e deslocamentos.

A solução para muitos dos maiores desafios do mundo é a realização dos plenos direitos e do potencial de mulheres e meninas.

No entanto, a solução para muitos dos maiores desafios do mundo provavelmente está bem à nossa frente: a realização dos plenos direitos e do potencial de mulheres e meninas.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é o roteiro estabelecido para um futuro melhor. Mas, como mostra este relatório, uma das chaves para destravar o desenvolvimento duradouro para todos é a autonomia. Ao priorizar a autonomia e o empoderamento de todas as pessoas – especialmente mulheres, meninas e os mais marginalizados – para que possam, finalmente, exercer uma escolha real e bem informada sobre sua saúde, seus corpos e futuros, podemos desencadear um poderoso e robusto ciclo de ganhos.

No entanto, os esforços para alcançar a autonomia devem ser abrangentes, focados na igualdade, e transformadores de gênero (UNFPA, 2020d). Eles devem se empenhar para eliminar as raízes profundas que causam a desigualdade de gênero e acelerar o compartilhamento de poder, recursos e oportunidades – entre mulheres e homens, entre os poderosos e os marginalizados (UNFPA, 2020d). E esses esforços devem se refletir nos sistemas econômicos, políticos e sociais, que são fortalecidos pela participação significativa das mulheres e limitados por sua exclusão.

Este é o ponto de partida.

Reformular o discurso

A gravidez não planejada não deve ser delimitada como uma questão exclusivamente feminina. A gravidez não planejada não deve ser vista como aceitável, inevitável ou mesmo desejável – como às vezes é sugerido em locais com preocupações com o decréscimo populacional. O discurso não deve ficar impregnado de culpa e vergonha.

Este relatório oferece argumentos para se abandonar tais noções, tanto do ponto de vista dos direitos humanos quanto do desenvolvimento. Mostra como as gestações não planejadas resultam em ônus sociais e fiscais adicionais, inclusive por meio de maior demanda por assistência médica, aborto inseguro, perda de renda e produtividade, menos recursos para as crianças em uma família e relacionamentos familiares mais tensos e instáveis (Sonfield *et al.*, 2013). Esses fatos podem e devem ser direcionados ao serviço da geração de vontade política e impulso comunitário para abordar com mais vigor essa questão.

Garantir que as políticas apoiem a autonomia

Nenhum país ou comunidade está imune a gestações não planejadas, que ocorrem em países ricos e pobres, embora o mundo tenha há muito tempo as ferramentas e o conhecimento (imperfeito, mas amplamente eficaz) para evitá-las. É hora de as políticas em todos os lugares abordarem essa questão em novos termos e com maior urgência. As evidências neste relatório podem ser usadas para promover a criação de políticas – em educação, saúde, trabalho, justiça e outras áreas – que estejam enraizadas em um forte apoio à autonomia corporal individual e responsabilidade social mais ampla (Macleod, 2016), em linha com as obrigações de direitos humanos dos Estados.

Movimentos recentes no Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas enviaram uma mensagem encorajadora de responsabilidade política que poderia ser ampliada. A Revisão Periódica Universal, em que os países revisam uns aos outros em seus registros de direitos humanos, tem apontado um leve aumento nas questões sobre direitos sexuais e reprodutivos. Esse processo

É hora de as políticas em todos os lugares abordarem essa questão em novos termos, e com maior urgência.

poderia destacar a questão das gestações não planejadas e recomendar ações alinhadas aos compromissos de direitos humanos.

As leis e os regulamentos existentes precisam ser revistos. Uma revisão parlamentar da gravidez não planejada, por exemplo, poderia fornecer espaço para visibilidade pública e contribuir para melhorar a compreensão das lacunas existentes sobre a temática. Uma revisão poderia investigar se as leis atuais, políticas regulatórias e decretos apoiam totalmente os indivíduos a evitar gestações não planejadas. Poderia destacar as barreiras legais que ainda dificultam ou impossibilitam a obtenção de informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, como barreiras relacionadas à idade ou ao estado civil. Poderia definir contradições na legislação atual que precisam ser resolvidas.

Outras prioridades poderiam incluir a investigação de até que ponto os serviços contraceptivos são financiados, e se foram identificados como serviços essenciais de saúde, que devem ser mantidos sob todas as contingências – uma questão recentemente enfatizada pela pandemia da Covid-19. Essas revisões podem ajudar a reorientar o discurso público em torno de uma noção de sexualidade que

vai além da capacidade de reprodução (Luchsinger, 2021). Isso pode abrir as portas para serviços mais amplos voltados para a saúde e o bem-estar sexual, inclusive para pessoas que não estão tentando planejar uma família.

Investir em pesquisas

As causas e consequências da gravidez não planejada ainda não são suficientemente compreendidas ou medidas, muito menos abordadas. Novas pesquisas devem gerar evidências robustas, por exemplo, sobre quem é mais vulnerável à gravidez não planejada e por que, e quais poderiam ser as respostas mais eficazes e baseadas em direitos. Deveria definir melhor as diferenças entre gravidezes não planejadas, mas desejadas; aquelas que são vistas com ambivalência, e aquelas que não são desejadas, para entender completamente os fatores determinantes dessas gestações.

Os pesquisadores devem perguntar o que as usuárias de anticoncepcionais querem e precisam – perguntas que não foram feitas com maior profundidade ou com a frequência suficiente. Se as opções disponíveis não correspondem às realidades da vida de muitas mulheres ou como elas pensam sobre seus corpos, a escolha não é uma escolha. Esse processo deve envolver consultas próximas com diversos grupos de pessoas que podem engravidar, para entender suas experiências e preocupações. Deve examinar em detalhes os pressupostos de que as mulheres que obtêm contraceptivos usarão automaticamente e continuarão a usar o que lhes foi fornecido. Deve desafiar os preconceitos de que algumas categorias de pessoas – como jovens, pessoas mais velhas, deficientes, casadas e de gênero diverso – não correm risco de gravidez não planejada e não precisam de serviços direcionados. Novos dados, como a porcentagem de homens que apoiam as práticas de

saúde reprodutiva de suas parceiras, podem lançar luz sobre a dinâmica de gênero nos espaços íntimos nos quais começa a gravidez não planejada (Measure Evaluation, 2017).

Por muitos anos, o mercado de contraceptivos tem sido considerado relativamente estagnado, embora novas opções estejam em ensaios clínicos, incluindo algumas com efeitos colaterais reduzidos e algumas mais adequadas para uso pouco frequente (Svoboda, 2020). A experiência recente com a vacina contra a Covid-19 demonstra o poder dos fundos públicos de pesquisa e desenvolvimento para impulsionar o progresso em larga escala, uma lição que pode ser aplicada aqui. Os países com maiores financiamentos públicos para pesquisa e desenvolvimento devem se comprometer a buscar uma variedade de novas opções contraceptivas – inclusive para homens –, com base em uma amostragem abrangente das demandas dos usuários. Da mesma forma, a pandemia destacou grandes desigualdades no acesso aos avanços nos cuidados de saúde. Como o financiamento público para pesquisa e desenvolvimento vem de fontes públicas, como contribuintes, novas pesquisas contraceptivas devem incluir o compromisso de ajudar todos os países a obter acesso, de acordo com as obrigações de direitos humanos.

Tornar os serviços de saúde abrangentes

Os sistemas de saúde podem adotar uma série de medidas para melhor apoiar a autonomia dos indivíduos. No topo da lista está o fornecimento de um pacote abrangente de serviços de saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida, abordando questões desde a prevenção de IST e cuidados pré-natais até a assistência à maternidade, prevenção de estigma e violência e respeito pela autonomia corporal. Esses serviços abrangentes devem estar livres de

notificação ou consentimento obrigatório dos pais ou do cônjuge (ACOG, 2017). Eles podem sinalizar sua abertura aos adolescentes, com a renomeação de planejamento familiar para serviços contraceptivos, uma vez que muitos adolescentes e jovens não se identificam com a ideia de planejar uma família (Paul *et al.*, 2019). Jovens podem tomar medidas como não exigir exame pélvico de rotina ou citologia cervical antes de iniciar a contracepção hormonal, o que pode ser particularmente desanimador para adolescentes (ACOG, 2017).

As intervenções também devem servir a outros grupos negligenciados (por exemplo, indivíduos LGBTI e pessoas com deficiência) e garantir equidade no acesso, qualidade de atendimento e prestação de contas (UNFPA, 2019). Isso requer *advocacy*, treinamento, orçamento baseado em gênero e outras ferramentas para combater preconceitos de gênero e outras suposições discriminatórias.

A contracepção é outra área-chave para ação e investimento – com um retorno significativo do investimento. Uma estimativa indica que cada dólar gasto em serviços contraceptivos além dos níveis atuais poderia reduzir os custos associados a uma gravidez e a cuidados com recém-nascidos em três dólares (Sully *et al.*, 2020). Os anticoncepcionais devem, portanto, ser incluídos em todos os pacotes de benefícios de saúde ou listas definidas de serviços de saúde que são financiados pública ou privadamente (Kaufman e Silverman, 2021), com alocações orçamentárias adequadas. Os recursos devem ser suficientes para dismantelar as barreiras relacionadas à localização ou ao horário de funcionamento, por exemplo (OMS, 2019a). Se forem feitas escolhas para consolidar ou reestruturar as unidades de saúde, o acesso a anticoncepcionais deve fazer parte da avaliação dos custos e benefícios (ACOG, 2017).

A contracepção é outra área-chave para ação e investimento – com um retorno significativo do investimento.

Os próprios serviços contraceptivos devem ser abrangentes, incluindo o rastreamento de intenções de gravidez; o aconselhamento sobre opções, efeitos colaterais e outras consequências em potencial; a inserção, remoção, substituição ou reinserção de contraceptivos reversíveis de ação prolongada ou outros dispositivos contraceptivos; e o acompanhamento regular com uma resposta imediata às mulheres que desejem mudar os métodos (CDC, 2015). Quando os profissionais de saúde não fornecem os contraceptivos, inclusive por motivos religiosos, eles devem ser orientados a fornecer referências que possibilitem o encaminhamento adequado para as pacientes que os procuram (ACOG, 2017).

A cobertura universal de saúde é uma peça fundamental do quebra-cabeça. Nos ODS, quase todos os países se comprometeram a alcançar a cobertura universal de saúde até 2030. Esforços voltados para esse fim devem atender às necessidades e aos direitos de saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas, ao mesmo tempo em que transformam práticas e normas discriminatórias. Por exemplo, o rastreamento sistemático de disparidades de gênero e práticas discriminatórias pode detectar

– e corrigir – questões como taxas de esterilização injustificadamente altas entre mulheres em comparação com homens. O *feedback* regular das pacientes deve ser usado para melhorar os serviços, com pesquisas ou outros dados desagregados por gênero para capturar perspectivas potencialmente diferentes entre mulheres e homens.

Tornar os sistemas de saúde sensíveis ao gênero

Os serviços de saúde também devem ser sensíveis ao gênero. Isso significa um atendimento respeitoso, baseado em direitos, que ouve os pacientes e explora o que eles veem como escolhas aceitáveis (exploradas mais detalhadamente no Capítulo 4). O atendimento qualificado e compassivo pode se tornar um lugar para falar não apenas sobre contraceptivos, mas sobre conceitos como intencionalidade e autonomia corporal. Isso implica dizer que os pacientes se sentiriam seguros para expressar preocupações ou desejos e que os profissionais avaliariam se um indivíduo possui informações precisas, enfrenta pressão de um parceiro ou tem outras preocupações (OMS, 2019b; Johnson-Mallard *et al.*, 2017).

Os provedores devem ser treinados e dispostos a tratar todos sem discriminação, inclusive mulheres, homens, jovens e populações LGBTI (OMS, 2019a). Triagem e encaminhamentos podem ser fornecidos para sobreviventes de violência de gênero (Hamberger *et al.*, 2015).

E os sistemas de saúde podem modelar a igualdade de gênero, por exemplo, eliminando as disparidades salariais de gênero entre os profissionais de saúde, ainda em 28% a favor dos homens, e garantindo a paridade de gênero na tomada de decisão na área da assistência médica (OMS, 2019a). Uma maior implantação e o auxílio de parteiras, incluindo enfermeiros(as) obstétricos(as) e obstetrias,

poderiam contribuir para o empoderamento, uma vez que a maioria das parteiras são mulheres. Aquelas da mesma comunidade que suas clientes podem estar mais bem equipadas para fornecer atendimento culturalmente sensível.

Por fim, os sistemas de saúde devem explorar novas formas de alcançar os mais marginalizados. A pandemia da Covid-19 demonstrou alguns meios inovadores para superar as restrições de distância e movimento, como o uso da telemedicina e o acesso facilitado a receitas médicas. Tais meios poderiam ser continuados e estendidos. No Reino Unido, por exemplo, 80% das mulheres que usaram a telemedicina para acessar abortos medicamentosos precoces disseram que selecionariam essa opção no futuro (FSRH, 2021; Luchsinger, 2021). A OMS recomenda aumentar a disponibilidade de autocuidado, como maior acesso a anticoncepcionais injetáveis autoadministrados e disponibilização de pílulas anticoncepcionais orais e anticoncepção de emergência sem prescrição (OMS, 2021).

Ampliar as proteções sociais

A pandemia da Covid-19, bem como outras crises, como as mudanças climáticas, tornaram os programas universais de proteção social um imperativo mais claro do que nunca. Incluídos nos compromissos dos ODS, esses programas são as redes de segurança finais para pessoas que, de outra forma, cairiam na pobreza. A pandemia demonstrou que muitas mulheres não têm proteção social, mesmo onde existem programas, por motivos que incluem sua parcela desproporcional de trabalho não remunerado em casa e a concentração em empregos informais de baixa qualidade e mal remunerados.

Os programas universais de proteção social oferecem uma poderosa oportunidade para reduzir as múltiplas

vulnerabilidades que podem levar a gestações não planejadas, eliminando as diferenças de renda, bem como de educação e saúde (OIT, 2017). Países como Ruanda, Tailândia e Vietnã, por exemplo, incorporaram trabalhadores informais aos sistemas de previdência social. Durante a pandemia, o Togo, um dos países menos desenvolvidos do mundo, introduziu um sistema de transferência móvel de dinheiro (via celular), durante seis meses, para trabalhadores informais. Atingiu quase 575.000 pessoas, sendo 65% delas mulheres. As mulheres receberam benefícios maiores como trabalhadoras e administradoras domiciliares (ONU Mulheres, 2021).

Além de reduzir as diferenças de renda, os programas de proteção social podem adotar ferramentas específicas para o acesso a anticoncepcionais, como vales-serviço. Programas bem elaborados aumentaram o acesso a contraceptivos, bem como a escolha de contraceptivos, e foram eficazes em alcançar grupos marginalizados, incluindo pessoas pobres, jovens ou carentes de educação. Alguns programas estabeleceram padrões mais altos de atendimento e forneceram um fluxo de renda mais consistente que os prestadores de serviços reinvestiram em serviços aprimorados, gerando benefícios potenciais em várias frentes (HIP, 2020a).

Acabar com a violência de gênero

A gravidez não planejada é muitas vezes, tragicamente, ligada à violência. Cerca de 13% das mulheres e meninas com idade entre 15 e 49 anos, que já tiveram um parceiro, foram submetidas a violência por parceiro íntimo nos últimos 12 meses (Nações Unidas, 2022). Pesquisas mostram que muitas mulheres são forçadas a ceder a tomada de decisão sobre sexo e gravidez para um parceiro, e muitas acreditam que a violência é justificável se

elas se recusarem a fazer sexo (Hindin *et al.*, 2008). Muitas vivenciaram sexo forçado e/ou gravidez. E, em todos os sistemas de justiça, há baixas taxas de denúncia e acusação de perpetradores, com penalidades insuficientes.

As mulheres devem ser capazes de obter prontamente proteções legais, inclusive por meio de assistência jurídica gratuita. Devem ser apoiadas por serviços de alta qualidade centrados nas sobreviventes e por pessoal jurídico respeitoso e imparcial, desde a polícia a procuradores e juízes. Tais iniciativas devem, em todos os países, ser apoiadas por sistemas jurídicos que reconheçam e abordem plenamente todas as formas de violência de gênero e que eliminem o tratamento discriminatório das mulheres. Por exemplo, o *RESPECT Women Framework*, publicado pela OMS, pelo UNFPA e outros em 2019, descreve ações objetivas e escaláveis para os formuladores de políticas trabalharem a fim de acabar com a violência de gênero (OMS, 2019c).

Tem havido progresso. Os Emirados Árabes Unidos, por exemplo, suspenderam recentemente uma lei que exige que as mulheres casadas obedeçam a seus maridos (Banco Mundial, 2021a). No entanto, leis discriminatórias e lacunas legais continuam a afetar as mulheres em todo o mundo. Dados de 95 países, publicados recentemente, apontaram que 63% deles não tinham leis de estupro baseadas no princípio do consentimento, e metade continuava a restringir as mulheres de trabalhar em certos empregos ou setores. Quase um quarto dos países não concede às mulheres direitos iguais aos dos homens para se casar ou iniciar o divórcio (Nações Unidas, 2021).

O risco de violência sexual é exacerbado em crises humanitárias e ambientes frágeis, onde o estupro pode ser usado como arma de guerra e ferramenta de genocídio, e onde a violência entre parceiros

íntimos continua a ocorrer enquanto muitos mecanismos de proteção da comunidade se quebram ou desaparecem. Nesses ambientes, as mulheres enfrentam barreiras adicionais aos

serviços de saúde sexual e reprodutiva (Tran *et al.*, 2021), inclusive contraceptivos (Women's Refugee Commission *et al.*, 2012), elevando sua vulnerabilidade à gravidez não planejada. O acesso a uma ampla gama de serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contracepção de emergência e tratamento pós-estupro, bem como espaços seguros e proteções que evitam a violência sexual, devem ser componentes inegociáveis e essenciais de qualquer resposta humanitária.

Mudar normas sociais prejudiciais

Os esforços para reduzir a gravidez não planejada não terão sucesso a menos que normas sociais prejudiciais – em todos os lugares – sejam revisitadas e revisadas. Os tabus e as normas de gênero muitas vezes silenciam as vozes das pessoas mais afetadas, mas essa questão talvez seja a área em que as conversas francas e factuais são mais necessárias e as diversas experiências das pessoas devem vir à tona.

Vimos como os estigmas em torno da contracepção levam muitas pessoas a evitar ou interromper silenciosamente seu uso. As adolescentes podem optar automaticamente pela gravidez, porque as alternativas nunca foram mencionadas. As mulheres mais velhas eventualmente pressupõem que não podem engravidar. Mulheres de todas as idades e origens relutam em denunciar a violência do parceiro ou comportamentos coercitivos.

É necessária uma maior consciência social, chamando atenção para o direito de todos à autonomia corporal e o que é necessário para alcançá-la. Eliminar o tabu em torno dessas discussões é essencial para permitir talvez a conversa mais importante de todas: o diálogo aberto sobre desejos, escolhas e planos que



devem ocorrer entre parceiros sexuais, a fim de garantir que ambas as partes possam exercer sua independência e autonomia.

As normas e expectativas de gênero também devem ser abordadas, proativamente e simultaneamente. A gravidez não planejada está enraizada no desempoderamento de mulheres e meninas em todas as esferas. Uma pesquisa do UNFPA mostra que, de acordo com as taxas atuais de mudança, serão necessários 160 anos para acabar com a maternidade na infância (UNFPA, 2022). Nos países em desenvolvimento, quase uma em cada três mulheres jovens de 20 a 24 anos deu à luz na adolescência, definida como idade de 10 a 19 anos. Mesmo quando a gravidez na adolescência é autoidentificada como uma escolha individual, as meninas enfrentam autonomia limitada, pressões sociais e falta de informações e serviços. Medidas como intervenções nas escolas para reduzir a violência no namoro, intervenções na comunidade para formar atitudes equitativas de gênero entre meninos e meninas, e intervenções parentais (Lundgren e Amin, 2015) podem ser eficazes não apenas para lidar com a violência baseada em gênero, mas também para aumentar o valor de mulheres e meninas. Campanhas públicas de *advocacy* (Thomas, 2012), cuidadosamente adaptadas a diversos públicos e contextos, podem aumentar a conscientização sobre direitos e autonomia.

A educação sexual abrangente é um ingrediente-chave para o sucesso. Essas informações, fundamentadas em evidências médicas e guiadas por princípios de direitos e empoderamento, podem dar às pessoas espaço e vocabulário para discutir seus corpos e relacionamentos sem vergonha. Feita adequadamente, essa educação pode combater mitos e percepções errôneas, promover a comunicação, o consentimento e relacionamentos respeitosos.

Pode abordar gênero e poder, além de ensinar as adolescentes sobre cuidados anticoncepcionais confidenciais. Onde o casamento infantil e a gravidez precoce são comuns, a educação sexual abrangente pode ser um lugar para envolver adolescentes, pais e a comunidade em geral no exame dessas



A gravidez não deveria ser o resultado de uma violação da autonomia corporal, mas uma escolha afirmativa.

normas e na concepção de alternativas. Ela também impulsiona a humanidade para o alcance da meta 4.7 dos ODS, que exige que todos os estudantes adquiram as habilidades e os conhecimentos para a promoção da igualdade de gênero, dos direitos humanos e de uma cultura de não violência.

Embora a educação sexual seja, geralmente, associada aos adolescentes, os especialistas sugerem que ela deva começar, de forma apropriada à idade, na primeira infância e continuar ao longo da vida de uma pessoa (ACOG, 2020), abrangendo todas as fases da sexualidade e reprodução. Isso pode levar as pessoas a repensar normas e estereótipos de gênero rígidos, muito além de seus anos escolares.

E, finalmente, homens e meninos devem se beneficiar de informações e normas sociais que promovam modelos saudáveis de masculinidade.

Tais masculinidades devem rejeitar a violência de gênero, abraçar os valores de igualdade e equidade, e permitir a expressão de emoção, sensibilidade e nuances ao discutir os desejos reprodutivos de suas parceiras e de si mesmos.

Investir no empoderamento de mulheres e meninas

Meninas em todos os lugares devem ser capacitadas para ver e alcançar um futuro além da gravidez precoce. Isso significa investir em seu empoderamento e no empoderamento de mulheres que podem se tornar modelos para as gerações futuras.

Investir em seu empoderamento está relacionado à – mas também difere de – mudança de normas prejudiciais. Mulheres e meninas empoderadas podem ser impulsionadoras da mudança de normas, mas elas não são as únicas responsáveis por elevar seu próprio status em um mundo desigual. Esforços para modificar normas prejudiciais devem ocorrer *com* investimentos no empoderamento de mulheres e meninas, e medidas que lhes possibilitem a entrada nos espaços de tomada de decisão.

Deve haver programas que criem conteúdos e mentorias, por exemplo. Deve haver esforços mais amplos para manter as meninas na escola e reduzir a discriminação de gênero e as disparidades salariais no mercado de trabalho. Esforços sob medida são importantes para alcançar mulheres e meninas com formas sobrepostas de marginalização, como pobreza e disparidades raciais. Mensagens sobre empoderamento podem ser incorporadas em programas projetados para alcançar essas mulheres e meninas, como treinamento profissional e iniciativas de empoderamento econômico.



© UNFPA/Fidel Évora

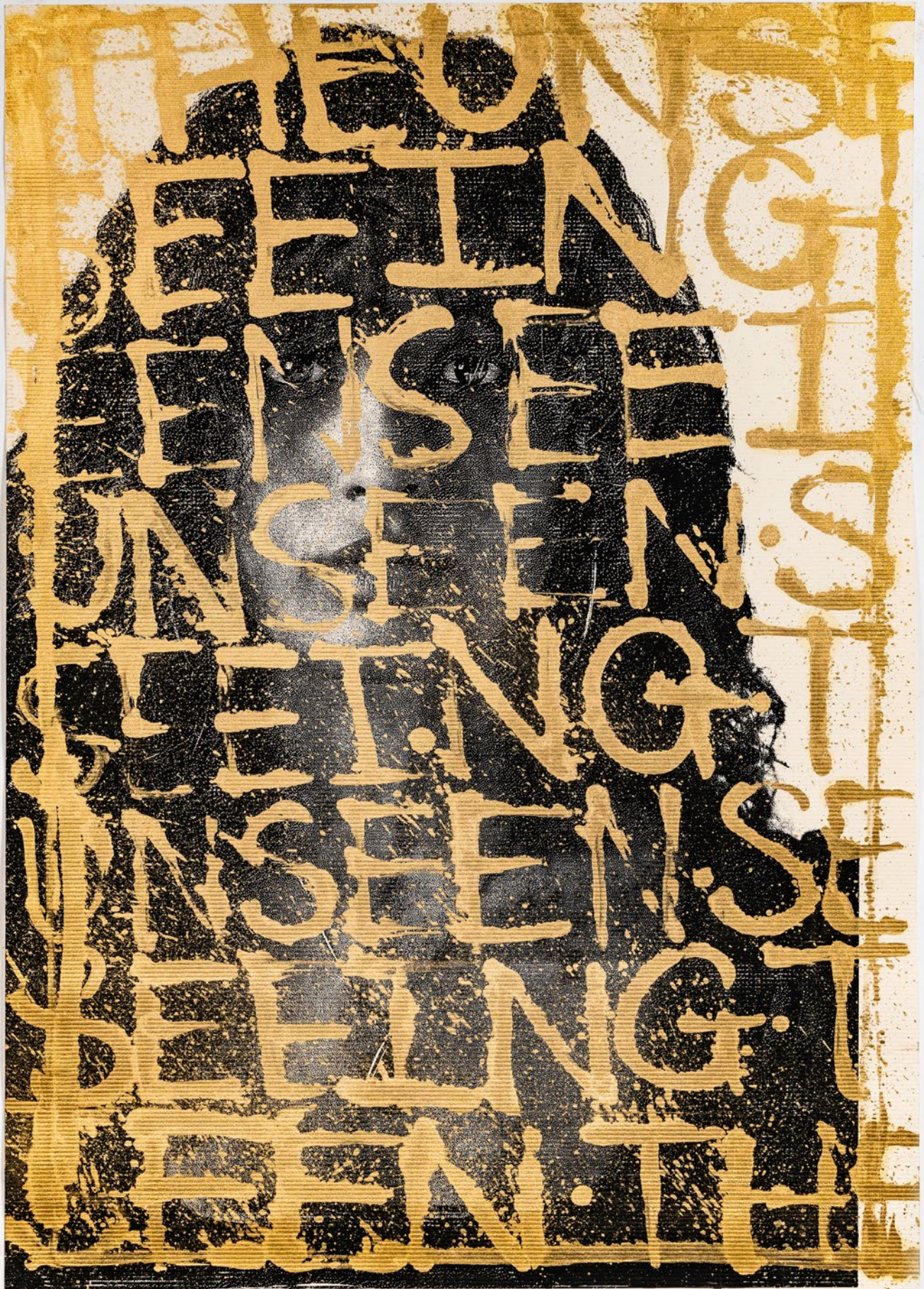
O investimento e as alianças com organizações de direitos das mulheres ajudarão – especialmente quando esses grupos forem liderados por mulheres. Essas organizações, geralmente, têm *insights* detalhados sobre a vida privada de mulheres e meninas, incluindo as variações em diversas comunidades. Elas podem estar entre as mais bem posicionadas para entender as causas da gravidez não planejada e as soluções mais alinhadas aos direitos e às preferências individuais. Como defensores e vigilantes, esses grupos têm impulsionado políticas nacionais que promovem a igualdade de gênero em todas as partes do mundo (ONU Mulheres, 2021).

Essas organizações não devem apenas ser suficientemente financiadas; elas também devem ser defendidas contra forças ideologicamente orientadas que se opõem à igualdade de gênero e claramente diferenciadas de grupos que trabalham por meio da sociedade civil e prestação de serviços para seguir agendas que sejam anti-igualdade de gênero ou antidemocráticas (ONU Mulheres, 2021).

Rumo à escolha afirmativa e à justiça

A gravidez não deve ser o resultado de uma violação da autonomia corporal, mas uma escolha afirmativa. É isso que as obrigações dos direitos humanos exigem e o que o bem-estar humano e social exige. A escolha afirmativa é uma questão de justiça. Isso leva a um mundo mais resiliente.

Existe uma grande variedade entre as pessoas com relação às suas necessidades para fazer escolhas afirmativas. Porém, o benefício é generalizado quando todos são capacitados com informação e dignidade para fazer essas escolhas. Devemos trabalhar para reduzir o número de gestações não planejadas, se não para zero, para o mais próximo possível de zero. Fazer isso nos aproximará de nossa preconizada visão para a humanidade: um mundo em que toda gravidez é desejada e toda pessoa desfruta da plena realização de seus direitos e de seu potencial.



Indicadores

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD: Saúde sexual e reprodutiva	página 120
Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD: Gênero, direitos e capital humano	página 126
Indicadores Demográficos	página 132
Notas Técnicas	página 138

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

	Razão 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 habitantes não infectados	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 à assistência à saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem	Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS)		
						Qualquer método		Método moderno		Todas					Casadas ou em união	
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união				Todas	Casadas ou em união
Mundo e áreas regionais	2017	2017	2017	2014–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019		
Mundo	211	199	243	82	0,19	49	63	44	57	9	11	77	76	68		
Regiões mais desenvolvidas	12	11	13	99	0,14	58	70	51	62	7	9	79	87	–		
Regiões menos desenvolvidas	232	219	268	81	0,20	47	62	43	56	9	12	77	72	–		
Países menos desenvolvidos	415	396	477	65	0,44	32	42	29	37	16	20	60	71	–		
Regiões do UNFPA																
Estados Árabes	151	121	208	86	0,03	34	53	29	45	10	15	66	65	61		
Ásia e Pacífico	120	108	140	86	0,06	52	67	47	62	7	9	81	74	68		
Europa Oriental e Ásia Central	20	18	22	99	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74		
América Latina e Caribe	74	70	80	95	0,18	59	75	56	70	8	9	83	75	74		
África Oriental e Meridional	391	361	463	70	1,20	35	44	32	40	16	21	63	72	47		
África Ocidental e Central	717	606	917	55	0,41	20	23	17	19	17	22	46	70	43		
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2004–2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019		
Afganistão	638	427	1.010	59	0,04	20	27	18	24	17	24	48	56	37		
Albânia	15	8	26	100	0,03	31	44	5	5	11	16	11	79	62		
Argélia	112	64	206	99	0,04	36	65	32	57	6	9	76	–	75		
Angola	241	167	346	50	0,69	16	17	15	16	27	35	35	62	39		
Antígua e Barbuda	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72		
Argentina	39	35	43	100	0,13	60	72	58	68	8	10	85	92	73		
Armênia	26	21	32	100	0,11	39	60	21	32	8	12	45	87	69		
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Austrália	6	5	8	99	0,03	58	67	56	64	8	11	86	–	87		
Áustria	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82		
Azerbaijão	26	21	32	99	0,04	37	57	15	23	9	14	33	–	65		
Bahamas	70	48	110	99	0,28	45	67	43	65	9	12	80	–	70		
Bahrein	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71		
Bangladesh	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51		
Barbados	27	17	39	99	–	50	63	47	61	12	14	76	44	75		
Bielorrússia	2	1	4	100	0,13	61	70	52	59	5	8	79	83	74		
Bélgica	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	86		
Belize	36	26	48	94	0,53	45	57	42	54	14	18	71	43	67		
Benim	397	291	570	78	0,19	17	19	14	15	24	31	34	91	38		
Butão	183	127	292	96	0,09	39	61	38	59	8	13	80	83	62		
Bolívia (Estado Plurinacional da)	155	113	213	81	0,08	48	68	36	49	12	16	60	94	67		
Bósnia e Herzegovina	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65		
Botsuana	144	124	170	100	4,39	58	70	57	69	8	10	87	64	54		
Brasil	60	58	61	99	0,23	65	80	63	77	6	8	89	–	75		
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77		
Bulgária	10	6	14	100	–	66	80	50	58	5	6	71	62	70		
Burkina Faso	320	220	454	80	0,1	29	32	28	31	20	24	57	81	43		
Burundi	548	413	728	85	0,15	20	32	18	29	17	28	48	65	44		
Camboja	160	116	221	89	0,07	43	63	32	47	7	11	64	98	61		
Camarões, República dos	529	376	790	69	0,6	23	23	19	17	16	21	49	–	44		
Canadá	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89		
Cabo Verde	58	45	75	97	–	44	58	43	57	13	16	76	84	69		
República Centro-Africana	829	463	1.470	40	–	21	23	16	18	23	25	37	77	33		
Chade	1.140	847	1.590	24	0,22	7	8	7	7	19	24	25	59	28		
Chile	13	11	14	100	0,26	64	78	59	72	6	8	85	–	80		
China	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82		

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Países, territórios, outras áreas	Razão 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 habitantes não infectados	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 à assistência à saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem	Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Qualquer método		Método moderno		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–	–
China, RAE de Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colômbia	83	71	98	99	0,18	64	82	61	77	5	7	87	96	78
Comores	273	167	435	82	0,01	20	27	16	22	19	29	42	–	44
Congo, República Democrática do	473	341	693	85	0,18	26	30	16	16	21	25	33	–	39
Congo, República do	378	271	523	91	1,94	43	45	29	28	15	18	51	55	41
Costa Rica	27	24	31	99	0,34	56	74	55	72	9	11	84	84	78
Costa do Marfim	617	426	896	74	0,24	26	26	23	23	21	26	49	64	45
Croácia	8	6	11	100	0,02	50	71	35	46	5	8	64	98	73
Cuba	36	33	40	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	80
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79
República Tcheca	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78
Dinamarca	4	3	5	95	0,02	64	77	60	73	5	6	88	87	85
Djibuti	248	116	527	87	0,13	17	29	16	29	15	26	51	–	48
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Dominicana	95	88	102	100	0,32	57	73	55	70	8	10	84	–	66
Equador	59	53	65	96	0,12	60	82	54	74	6	6	82	92	80
Egito	37	27	47	92	0,03	45	61	43	60	9	12	81	–	70
El Salvador	46	36	57	100	0,13	52	73	49	69	8	10	82	92	76
Guiné Equatorial	301	181	504	68	–	18	18	15	15	23	31	38	–	43
Eritreia	480	327	718	34	0,07	9	14	9	13	18	29	33	–	50
Estônia	9	5	13	100	0,16	56	65	51	58	7	11	80	98	78
Suazilândia	437	255	792	88	5,28	54	68	53	67	10	13	83	98	58
Etiópia	401	298	573	50	0,12	30	42	30	42	14	21	67	73	38
Fiji	34	27	43	100	0,16	35	52	30	44	11	16	65	–	61
Finlândia	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83
França	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84
Guiana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polinésia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabão	252	165	407	89	0,48	38	38	30	27	18	23	54	58	49
Gâmbia	597	440	808	84	0,93	14	19	13	19	16	25	44	–	48
Geórgia	25	21	29	100	0,17	32	47	23	34	13	18	52	94	65
Alemanha	7	5	9	99	0,03	55	68	54	67	7	9	88	87	86
Gana	308	223	420	79	0,63	27	36	23	32	19	27	51	66	45
Grécia	3	2	4	100	0,09	53	75	38	50	4	7	66	72	78
Granada	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70
Guadalupe	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–
Guatemala	95	86	104	70	0,05	43	64	36	54	9	13	71	–	57
Guiné	576	437	779	55	0,42	14	14	13	13	17	23	42	79	37
Guiné-Bissau	667	457	995	54	0,88	33	23	31	22	16	20	64	80	37
Guiana	169	132	215	96	0,43	35	47	33	45	17	25	64	87	74
Haiti	480	346	680	42	0,45	28	39	26	36	23	34	50	65	47
Honduras	65	55	76	74	0,07	53	76	47	68	7	9	79	80	63
Hungria	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73
Islândia	4	2	6	98	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Índia	145	117	177	81	0,04	44	57	39	51	9	12	74	74	61
Indonésia	177	127	254	95	0,10	44	62	42	60	8	11	81	77	59

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Países, territórios, outras áreas	Razão 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 habitantes não infectados	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 à assistência à saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem	Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Qualquer método		Método moderno		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
Irã (República Islâmica do)	16	13	20	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	77
Iraque	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55
Irlanda	5	3	7	100	0,08	66	70	63	66	6	9	88	–	83
Israel	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84
Itália	2	1	2	100	0,04	59	67	48	51	5	9	74	–	83
Jamaica	80	67	98	100	0,53	44	73	42	70	8	9	80	76	70
Japão	5	3	6	100	0,00	46	51	39	41	12	17	68	85	85
Jordânia	46	31	65	100	0,01	31	54	22	39	8	14	57	56	60
Cazaquistão	10	8	12	100	0,19	43	54	40	51	11	15	76	65	76
Quênia	342	253	476	70	0,72	44	60	43	59	13	16	75	48	56
Kiribati	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51
Coreia, República Popular Democrática da	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68
República da Coreia	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87
Kuwait	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70
Quirguistão	60	50	76	100	0,11	29	42	28	39	12	17	67	73	70
República Democrática Popular do Laos	185	139	253	64	0,13	38	61	34	54	10	14	71	96	50
Letônia	19	15	26	100	–	60	72	53	62	6	9	81	70	72
Líbano	29	22	40	98	0,03	29	62	22	46	6	13	62	–	72
Lesoto	544	391	788	87	4,91	52	66	51	66	10	14	83	–	48
Libéria	661	481	943	84	0,29	26	27	25	26	27	32	47	–	42
Líbia	72	30	164	100	0,05	26	40	17	25	17	25	39	–	60
Lituânia	8	5	12	100	–	48	71	39	57	7	8	72	87	70
Luxemburgo	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Madagascar	335	229	484	46	0,22	42	51	37	45	14	16	67	–	35
Malauí	349	244	507	90	1,21	49	65	48	64	13	15	78	79	48
Malásia	29	24	36	100	0,19	35	57	25	41	9	15	57	83	76
Maldivas	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69
Mali	562	419	784	67	0,27	18	20	18	20	21	24	46	–	42
Malta	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81
Martinica	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–
Mauritânia	766	528	1.140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40
Maurício	61	46	85	100	0,8	43	67	29	44	8	10	57	75	65
México	33	32	35	97	0,16	56	74	53	70	9	10	82	86	74
Micronésia (Estados Federados da)	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Moldávia, República da	19	15	24	100	0,24	55	63	44	50	11	13	67	–	67
Mongólia	45	36	56	99	0,01	41	57	37	51	13	15	70	–	63
Montenegro	6	3	10	99	0,04	23	27	15	16	15	21	41	52	67
Marrocos	70	54	91	87	0,02	43	71	37	61	7	11	74	–	73
Moçambique	289	206	418	73	3,5	27	30	26	29	19	22	58	–	47
Mianmar	250	182	351	60	–	34	58	33	56	8	14	79	91	61
Namíbia	195	144	281	88	2,44	52	61	52	61	10	15	83	88	62
Nepal	186	135	267	77	0,03	42	53	37	47	17	22	63	48	53
Países Baixos	5	4	7	–	0,02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
Nova Caledônia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	9	7	11	96	0,02	65	81	61	75	4	5	88	95	86
Nicarágua	98	77	127	96	0,11	53	82	51	79	5	6	88	75	70
Níger	509	368	724	39	0,05	17	19	16	18	15	18	50	–	37

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Países, territórios, outras áreas	Razão 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 habitantes não infectados	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 à assistência à saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem	Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Qualquer método		Método moderno		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
Nigéria	917	658	1.320	43	0,42	18	21	14	15	15	19	42	–	45
Macedônia do Norte	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68
Noruega	2	2	3	99	0,01	67	85	62	79	4	4	89	100	86
Omã	19	16	22	99	–	21	36	15	25	15	26	41	70	69
Paquistão	140	85	229	71	0,12	26	38	20	29	11	17	53	69	45
Palestina ¹	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–
Panamá	52	45	59	93	0,44	48	60	45	56	14	17	73	72	77
Papua Nova Guiné	145	67	318	56	0,39	28	39	23	32	18	25	51	–	33
Paraguai	84	72	96	98	0,13	59	73	55	67	8	9	82	76	61
Peru	88	69	110	94	0,13	55	77	43	58	5	7	70	85	78
Filipinas	121	91	168	84	0,15	36	57	27	43	10	16	59	80	55
Polônia	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74
Portugal	8	6	11	100	0,07	60	74	51	62	4	7	79	95	84
Porto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–
Catar	9	6	14	100	0,07	31	49	26	41	9	15	64	71	74
Reunião	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–
Romênia	19	14	25	95	0,04	54	72	45	58	5	8	75	98	72
Federação Russa	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75
Ruanda	248	184	347	94	0,34	34	58	32	54	11	16	70	82	54
São Cristóvão e Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	33	72
São Vicente e Granadinas	68	44	100	99	–	50	67	48	65	10	12	80	81	73
Samoa	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53
São Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	130	73	217	97	–	38	51	35	47	21	25	60	46	60
Arábia Saudita	17	10	30	99	0,05	19	30	15	24	15	25	46	–	73
Senegal	315	237	434	75	0,08	21	30	20	28	15	21	56	75	49
Sérvia	12	9	17	100	0,02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
Seicheles	53	26	109	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70
Serra Leoa	1.120	808	1.620	87	0,7	27	25	26	25	20	24	56	65	39
Cingapura	8	5	13	100	0,01	40	68	35	60	6	10	77	46	86
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslováquia	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77
Eslovênia	7	5	9	100	0,01	53	79	44	66	3	5	79	–	80
Ilhas Salomão	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50
Somália	829	385	1.590	32	0,02	6	10	2	2	15	26	9	–	27
África do Sul	119	96	153	97	4,6	51	58	51	58	11	14	82	95	68
Sudão do Sul	1.150	789	1.710	19	1,37	6	8	6	7	20	29	21	16	32
Espanha	4	3	5	100	0,08	60	63	58	61	8	13	85	–	86
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	86	67
Sudão	295	207	408	78	0,09	11	16	10	15	17	27	36	57	44
Suriname	120	96	144	98	0,3	34	47	33	47	15	22	69	–	67
Suécia	4	3	6	–	–	60	71	57	68	6	8	87	100	87
Suíça	5	3	7	–	–	73	73	68	69	4	7	89	94	87
República Árabe da Síria	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
Taijiquistão	17	10	26	95	0,09	24	33	22	30	16	22	55	–	66
Tanzânia, República Unida da	524	399	712	64	1,26	37	45	33	40	15	19	62	–	46
Tailândia	37	32	44	99	0,1	53	77	52	75	4	6	90	–	83

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Países, territórios, outras áreas	Razão 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 habitantes não infectados	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 à assistência à saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem	Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS)
	2017	2017	2017	2014–2020	2020	Qualquer método		Método moderno		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união			
Timor-Leste, República Democrática do	142	102	192	57	0,1	19	32	17	29	13	23	53	–	53
Togo	396	270	557	69	0,45	24	27	22	25	22	30	48	–	44
Tonga	52	24	116	98	–	18	33	16	28	13	25	49	–	56
Trindade e Tobago	67	50	90	100	0,07	41	49	36	45	14	20	67	27	73
Tunísia	43	33	54	100	0,03	31	59	27	51	7	13	70	–	70
Turquia	17	14	20	97	–	48	71	34	49	6	9	61	78	79
Turcomenistão	7	5	10	100	–	35	53	33	50	8	12	76	94	73
Ilhas Turcas e Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	375	278	523	74	0,95	36	46	33	42	18	24	61	–	50
Ucrânia	19	14	26	100	0,21	53	68	44	55	6	9	75	95	73
Emirados Árabes Unidos	3	2	5	99	0,13	36	51	29	41	12	17	61	–	78
Reino Unido	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88
Estados Unidos da América	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	83
Ilhas Virgens Americanas	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–
Uruguai	17	14	21	100	0,19	57	79	55	77	6	7	87	97	79
Uzbequistão	29	23	37	100	0,08	50	70	46	66	6	8	84	92	71
Vanuatu	–	–	–	89	–	36	49	31	41	15	19	61	–	52
Venezuela (República Bolivariana da)	125	97	170	99	0,08	56	76	52	71	8	10	83	–	70
Vietnã	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54	70
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iêmen	164	109	235	45	0,04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
Zâmbia	213	159	289	80	3,64	38	53	36	50	15	18	68	91	55
Zimbábue	458	360	577	86	1,74	49	69	49	69	8	10	86	73	55

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- ^a A MMR foi arredondada de acordo com o seguinte esquema: <1.000, arredondado para o 1 mais próximo; e ≥1.000, arredondado para o 10 mais próximo.
- ¹ Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/2019, que concedeu à Palestina o “status de Estado observador não membro nas Nações Unidas...”

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

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

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

Número de novas infecções por HIV, 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 estão, atualmente, usando algum método contraceptivo.

Taxa de prevalência contraceptiva, método moderno: Porcentagem de mulheres com idades de 15 a 49 anos que utilizam, atualmente, algum método contraceptivo moderno.

Necessidade não atendida de planejamento familiar: Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que desejam interromper ou adiar a gravidez, mas não estão usando um método contraceptivo.

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

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação: 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 a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação (indicador ODS 5.6.2).

Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS): Cobertura média de serviços de saúde primários, aferida por indicadores relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e sobre a capacidade e o acesso aos serviços, entre a população geral e os menos favorecidos (indicador ODS 3.8.1).

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Razão de mortalidade materna: Grupo Interagencial para Estimativa de Mortalidade Materna das Nações Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas), 2019.

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado: Base de dados global conjunta sobre assistência qualificada ao parto, 2021, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Agregados regionais calculados pelo UNFPA a partir dos dados da base de dados global conjunta.

Número de novas infecções por HIV, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados: Estimativas de HIV do UNAIDS 2021.

Taxa de prevalência de contraceptivos: Divisão de População das Nações Unidas, 2021.

Taxa de prevalência de contraceptivos, método moderno: Divisão de População das Nações Unidas, 2021.

Necessidade não atendida de planejamento familiar: Divisão de População das Nações Unidas, 2021.

Proporção da demanda atendida com métodos modernos: Divisão de População das Nações Unidas, 2021.

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

Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS): OMS, 2021.

GÊNERO, DIREITOS E CAPITAL HUMANO

	Taxa de natalidade entre adolescentes, por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos ²	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio
Mundo e áreas regionais	2020–2025	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Mundo	40	64	26	–	13	57	91	0,98	84	1,00	66	1,01
Regiões mais desenvolvidas	11	34	–	–	–	–	99	1,01	98	1,00	95	1,00
Regiões menos desenvolvidas	44	70	27	–	–	56	90	0,98	82	1,00	63	1,01
Países menos desenvolvidos	88	85	38	46	22	54	83	0,96	66	0,98	44	0,90
Regiões do UNFPA												
Estados Árabes	45	87	21	65	15	–	94	0,99	87	1,02	66	1,06
Ásia e Pacífico	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0,95	60	0,92
Europa Oriental e Ásia Central	26	54	11	–	9	76	96	1,00	98	0,99	84	0,99
América Latina e Caribe	59	69	24	–	8	74	97	1,01	93	1,02	79	1,03
África Oriental e Meridional	92	101	31	35	24	52	86	0,98	66	0,95	44	0,84
África Ocidental e Central	104	76	41	28	15	36	76	0,91	60	0,97	40	0,87
Países, territórios, outras áreas	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Afganistão	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0,56
Albânia	14	16	12	–	6	69	96	1,04	96	1,04	81	1,09
Argélia	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	120	30	–	25	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antígua e Barbuda	28	–	–	–	–	–	99	1,02	99	0,99	87	1,02
Argentina	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0,99	89	1,09
Armênia	19	53	5	–	5	66	90	1,00	90	1,02	92	1,14
Aruba	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
Austrália	9	37	–	–	3	–	99	1,00	98	1,00	94	1,03
Áustria	6	–	–	–	4	–	100	1,00	99	1,01	90	1,02
Azerbaijão	48	93	11	–	5	–	90	1,04	99	1,00	100	1,00
Bahamas	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Bahrein	13	–	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesh	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1,10	63	1,11
Barbados	50	77	29	–	–	–	97	0,99	96	1,00	94	1,04
Bielorrússia	12	19	5	–	6	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Bélgica	6	21	–	–	5	–	99	1,01	100	1,00	98	1,00
Belize	58	71	34	–	8	–	100	0,99	85	0,98	69	1,11
Benim	108	86	31	9	15	36	93	0,94	58	0,87	34	0,75
Butão	59	48	26	–	9	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolívia (Estado Plurinacional da)	71	105	20	–	18	–	95	1,00	93	0,97	78	1,01
Bósnia e Herzegovina	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1,04
Botsuana	52	97	–	–	17	–	89	1,01	–	–	–	–
Brasil	49	67	26	–	7	–	99	1,00	98	1,02	85	1,02
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	98	1,00	100	1,00	83	1,07
Bulgária	39	29	–	–	6	–	85	1,00	85	0,99	84	0,95
Burkina Faso	132	75	52	76	11	20	76	1,00	53	1,10	33	1,08
Burundi	58	98	19	–	22	44	90	1,04	70	1,10	38	1,16
Camboja	30	69	19	–	9	76	89	1,00	85	1,06	45	0,95
Camarões, República dos	122	83	30	1	22	49	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Canadá	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1,00	88	1,00
Cabo Verde	12	102	18	–	11	–	92	0,99	87	0,98	73	1,08
República Centro-Africana	229	90	61	22	21	–	67	0,80	44	0,61	16	0,48
Chade	179	60	61	34	16	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Chile	23	70	–	–	6	–	100	0,99	96	0,99	95	1,00

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

GÊNERO, DIREITOS E CAPITAL HUMANO

Países, territórios, outras áreas	Taxa de natalidade entre adolescentes, por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos ²	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
China	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1,00	100	1,00
China, RAE de Macau	3	–	–	–	–	–	96	0,98	99	1,02	91	1,03
Colômbia	58	63	23	–	12	–	99	1,01	97	1,01	81	1,03
Comores	70	95	32	–	8	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Congo, República Democrática do	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
Congo, República do	111	106	27	–	–	27	84	0,98	–	–	–	–
Costa Rica	41	52	21	–	7	–	100	1,00	96	1,01	92	1,03
Costa do Marfim	123	96	27	37	16	25	96	0,93	58	0,88	42	0,77
Croácia	9	33	–	–	4	–	98	1,02	99	1,02	88	1,05
Cuba	53	72	29	–	5	–	100	1,00	88	1,01	85	1,05
Curaçao	23	–	–	–	–	–	93	0,99	85	1,01	77	1,08
Chipre	8	–	–	–	3	–	99	1,00	99	1,00	93	0,97
República Tcheca	11	35	–	–	4	–	99	1,01	100	1,00	96	1,00
Dinamarca	2	30	–	–	3	–	99	1,01	100	0,99	91	1,01
Djibuti	21	50	5	94	–	–	67	0,93	60	1,02	47	0,99
Dominica	47	–	–	–	–	–	99	1,00	97	1,02	80	0,85
República Dominicana	54	84	36	–	10	77	96	1,01	91	1,01	74	1,04
Equador	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1,03	79	1,02
Egito	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1,02	77	0,98
El Salvador	70	58	26	–	6	–	84	1,01	78	1,01	60	0,97
Guiné Equatorial	176	–	30	–	29	–	45	1,02	–	–	–	–
Eritreia	76	53	41	83	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Estônia	10	38	–	–	4	–	98	1,01	99	1,01	98	1,00
Suazilândia	87	111	5	–	18	49	85	0,98	97	1,00	84	0,96
Etiópia	80	79	40	65	27	45	87	0,91	53	0,92	26	0,91
Fiji	23	–	–	–	23	–	99	0,99	96	–	74	1,09
Finlândia	4	33	0	–	8	–	98	1,01	100	1,00	96	0,98
França	9	29	–	–	5	–	100	1,00	100	1,00	96	1,01
Guiana Francesa	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polinésia Francesa	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabão	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
Gâmbia	68	54	26	76	10	23	87	1,13	69	1,03	–	–
Geórgia	29	94	14	–	3	82	99	1,01	99	1,01	95	1,03
Alemanha	7	21	–	–	–	–	99	1,01	96	1,02	85	0,98
Gana	78	102	19	2	10	52	94	1,02	92	1,04	75	1,00
Grécia	9	33	–	–	5	–	99	1,01	97	0,99	99	0,98
Granada	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1,00
Guadalupe	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	77	63	30	–	7	65	89	1,01	65	0,94	37	0,94
Guiné	120	70	47	95	21	29	86	0,85	49	0,70	33	0,59
Guiné-Bissau	84	99	26	52	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Guiana	74	76	30	–	11	71	98	0,97	93	1,02	70	1,11
Haiti	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	68	34	–	7	70	84	1,02	57	1,06	42	1,15
Hungria	22	27	–	–	6	–	95	1,00	97	1,00	88	1,01
Islândia	5	33	–	–	3	–	100	1,00	100	1,00	84	1,04

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

GÊNERO, DIREITOS E CAPITAL HUMANO

Países, territórios, outras áreas	Taxa de natalidade entre adolescentes, por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos ²	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Índia	12	62	27	–	18	–	95	1,02	85	1,04	58	1,04
Indonésia	36	40	16	–	9	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Irã (República Islâmica do)	31	–	17	–	18	–	100	0,99	95	0,97	74	0,97
Iraque	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1,01
Israel	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
Itália	4	28	–	–	4	–	97	1,00	98	1,00	94	1,01
Jamaica	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1,06	54	1,57
Japão	3	21	–	–	4	–	98	1,00	98	1,00	99	1,02
Jordânia	27	–	10	–	14	61	80	0,99	72	1,00	57	1,10
Cazaquistão	23	57	7	–	6	–	90	1,01	100	–	99	–
Quênia	96	113	23	21	23	56	81	1,04	–	–	–	–
Kiribati	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
Coreia, República Popular Democrática da	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República da Coreia	1	35	–	–	8	–	100	1,00	95	1,00	93	1,00
Kuwait	5	–	–	–	–	–	97	1,04	94	1,05	82	1,03
Quirguistão	38	40	13	–	13	77	100	0,99	99	0,99	73	1,06
República Democrática Popular do Laos	83	51	33	–	8	–	92	0,98	70	1,00	53	0,92
Letônia	12	34	–	–	6	–	99	1,01	98	1,01	95	1,02
Líbano	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesoto	91	99	16	–	17	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Libéria	128	106	36	44	27	62	79	1,01	79	0,90	74	0,86
Líbia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituânia	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1,02
Luxemburgo	5	–	–	–	4	–	99	1,00	98	0,98	81	1,04
Madagascar	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1,03	36	0,97
Malauí	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1,01	31	0,64
Malásia	9	–	–	–	–	–	99	1,00	88	1,04	64	1,14
Maldivas	9	60	2	13	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Mali	164	68	54	89	18	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malta	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1,03
Martinica	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritânia	84	68	37	67	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
Maurício	23	–	–	–	–	–	100	1,02	97	1,03	78	1,12
México	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1,03	73	1,06
Micronésia (Estados Federados da)	44	–	–	–	21	–	83	1,02	87	1,06	–	–
Moldávia, República da	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1,01
Mongólia	31	31	12	–	12	63	99	0,99	92	1,01	88	1,07
Montenegro	10	11	6	–	4	–	100	1,00	94	1,00	88	1,03
Marrocos	19	–	14	–	11	–	100	1,00	93	0,97	75	0,96
Moçambique	180	88	53	–	16	49	99	0,97	57	0,87	31	0,76
Mianmar	28	35	16	–	11	67	98	0,99	79	1,03	57	1,16
Namíbia	64	104	7	–	16	71	98	1,03	–	–	–	–
Nepal	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1,03	81	1,18
Países Baixos	3	18	–	–	5	–	100	1,01	97	1,01	99	1,01
Nova Caledônia	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	13	41	–	–	4	–	100	1,01	100	1,00	99	1,03

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

GÊNERO, DIREITOS E CAPITAL HUMANO

Países, territórios, outras áreas	Taxa de natalidade entre adolescentes, por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos ²	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Nicarágua	103	56	35	–	6	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Níger	154	49	76	2	13	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigéria	106	68	43	20	13	46	66	0,84	–	–	–	–
Macedônia do Norte	15	23	8	–	4	88	99	1,00	–	–	–	–
Noruega	3	34	–	–	4	–	100	1,00	100	0,99	92	1,01
Omã	8	–	4	–	–	–	98	1,02	97	0,99	90	0,90
Paquistão	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
Palestina ¹	43	–	13	–	19	–	95	1,00	97	1,04	77	1,21
Panamá	74	73	26	–	8	79	89	1,02	76	0,97	69	1,06
Papua Nova Guiné	68	80	27	–	31	57	98	0,94	72	0,90	45	0,80
Paraguai	72	67	22	–	6	–	80	1,00	76	1,01	70	1,05
Peru	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1,00	96	0,94
Filipinas	36	71	17	–	6	81	97	0,99	89	1,07	80	1,09
Polônia	10	29	–	–	3	–	99	1,00	97	0,98	98	1,00
Portugal	7	21	–	–	4	–	100	0,99	100	1,00	100	0,99
Porto Rico	22	54	–	–	–	–	87	1,04	90	1,07	76	1,05
Catar	7	–	4	–	–	–	98	1,03	93	0,94	–	–
Reunião	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	36	44	–	–	7	–	87	1,00	89	0,99	80	1,03
Federação Russa	22	64	–	–	–	–	100	1,01	100	1,01	98	1,01
Ruanda	41	98	7	–	24	63	94	1,00	96	1,04	50	1,02
São Cristóvão e Nevis	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0,99
Santa Lúcia	25	69	24	–	–	–	97	1,06	91	0,99	84	0,95
São Vicente e Granadinas	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1,02
Samoa	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1,11
São Marino	1	–	–	–	–	–	96	0,97	92	1,00	43	0,81
São Tomé e Príncipe	86	130	28	–	18	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Arábia Saudita	9	–	–	–	–	–	95	1,00	98	0,98	96	0,94
Senegal	68	61	31	25	12	7	75	1,14	40	1,19	20	1,13
Sérvia	12	21	6	–	4	96	97	1,00	97	1,00	86	1,03
Seicheles	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1,13
Serra Leoa	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0,99	35	0,93
Cingapura	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1,00	100	1,00
São Martinho	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1,06	78	0,95
Eslováquia	26	27	–	–	6	–	97	1,00	95	1,00	89	1,00
Eslovênia	4	33	–	–	3	–	100	1,01	99	1,01	99	1,00
Ilhas Salomão	78	114	21	–	28	–	93	1,05	–	–	–	–
Somália	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
África do Sul	41	81	4	–	13	65	89	1,02	90	1,01	79	1,01
Sudão do Sul	158	54	52	–	27	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Espanha	6	20	–	–	3	–	97	1,00	100	–	99	1,01
Sri Lanka	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1,00	84	1,06
Sudão	87	–	34	87	17	–	67	0,93	66	0,97	48	1,08
Suriname	54	67	36	–	8	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Suécia	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0,99
Suíça	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0,99	81	0,96
República Árabe da Síria	22	–	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1,00
Tajiquistão	54	37	9	–	14	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

GÊNERO, DIREITOS E CAPITAL HUMANO

Países, territórios, outras áreas	Taxa de natalidade entre adolescentes, por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos ²	Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem	Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses, porcentagem	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I	Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem	Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem	Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio
	2004–2020	2015–2019	2005–2020	2004–2020	2018	2007–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020	2010–2020
Tanzânia, República Unida da	139	105	31	10	24	47	84	1,04	28	–	14	0,76
Taiilândia	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1,00
Timor-Leste, República Democrática do	42	50	15	–	28	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	79	100	25	3	13	30	99	0,98	79	0,85	44	0,64
Tonga	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1,15	59	1,33
Trindade e Tobago	32	84	11	–	8	–	99	0,99	–	–	–	–
Tunísia	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Turquia	19	–	15	–	12	–	95	0,99	97	0,99	82	0,97
Turcomenistão	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
Ilhas Turcas e Caicos	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1,06	68	0,90
Tuvalu	27	–	10	–	20	–	83	1,03	67	0,92	35	1,21
Uganda	111	145	34	0	26	62	96	1,03	–	–	–	–
Ucrânia	18	27	9	–	9	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Emirados Árabes Unidos	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1,01
Reino Unido	12	36	0	–	4	–	99	1,00	100	1,00	97	1,01
Estados Unidos da América	17	35	–	–	6	–	99	1,00	100	1,02	96	0,98
Ilhas Virgens Americanas	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguai	36	41	25	–	4	–	99	1,01	99	1,01	89	1,06
Uzbequistão	19	29	7	–	–	–	99	0,98	99	0,98	86	0,99
Vanuatu	51	87	21	–	29	–	97	0,99	75	1,04	44	1,14
Venezuela (República Bolivariana da)	95	–	–	–	9	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Vietnã	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iêmen	67	–	32	19	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Zâmbia	135	123	29	–	28	49	85	1,05	–	–	–	–
Zimbábue	108	74	34	–	18	60	86	1,02	98	0,95	52	0,90

NOTAS

– Dados não disponíveis.

¹ Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/2019, que concedeu à Palestina “status de Estado observador não membro nas Nações Unidas...”

² Dados fornecidos pelo Instituto Guttmacher.

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).

Taxa de gravidez não intencional: Número anual estimado de gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos.

Casamento infantil até os 18 anos: Proporção de mulheres de 20 a 24 anos que se casaram ou se uniram antes dos 18 anos (indicador ODS 5.3.1).

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

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

Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva, e direitos reprodutivos: Percentual de mulheres de 15 a 49 anos casadas (ou em união estável) que tomam suas próprias decisões em três áreas – saúde, uso de anticoncepcionais e relações sexuais com seus parceiros (indicador ODS 5.6.1).

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I: Número total de estudantes da faixa etária oficial do ensino fundamental I matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I: Razão entre as taxas líquidas totais de matrículas no ensino fundamental I para homens e mulheres.

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II: Número total de estudantes do grupo etário oficial do ensino fundamental II que se encontram matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II: Razão entre as taxas líquidas totais de matrículas no ensino fundamental II para homens e mulheres.

Taxa líquida total de matrículas, ensino médio: Número total de estudantes do grupo etário oficial do ensino médio que se encontram matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio: Razão entre as taxas líquidas totais de matrículas no ensino médio para homens e mulheres.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

Taxa de natalidade entre adolescentes: Divisão de População das Nações Unidas, 2021.

Taxa de gravidez não intencional: Bearak, Jonathan et al., 2022. “Estimativas específicas de cada país de gravidez não planejada e incidência de aborto: uma análise comparativa global de níveis em 2015–2019.” *BMJ Global Health*, no prelo. Informações sobre metodologia disponíveis em: <https://data.guttmacher.org/countries>

Casamento infantil até os 18 anos: UNICEF, 2021. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF.

Prevalência de mutilação genital feminina entre mulheres de 15 a 49 anos: UNICEF, 2021. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF.

Violência por parceiro íntimo, últimos 12 meses: Grupo Interagencial para Estimativas e Dados de Violência contra as Mulheres (OMS, ONU Mulheres, UNICEF, Divisão de Estatísticas das Nações Unidas, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e UNFPA), 2021.

Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva, e direitos reprodutivos: UNFPA, 2022.

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

Taxa líquida total de matrículas, médio: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino médio: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DEVIDA	
	Total, em milhões	Taxa média anual de crescimento 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 de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2022	
Mundo e áreas regionais	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	homem	mulher
Mundo	7.954	1,0	25	16	24	65	10	2,4	71	76
Regiões mais desenvolvidas	1.277	0,1	16	11	17	64	20	1,6	77	83
Regiões menos desenvolvidas	6.677	1,1	27	17	25	65	8	2,5	70	74
Países menos desenvolvidos	1.107	2,2	38	22	32	58	4	3,8	64	68
Regiões do UNFPA										
Estados Árabes	393	2,0	34	19	28	61	5	3,2	70	74
Ásia e Pacífico	4.149	0,8	23	16	23	68	9	2,1	71	75
Europa Oriental e Ásia Central	251	0,5	23	15	21	66	11	2,1	71	78
América Latina e Caribe	661	0,8	23	16	24	67	9	2,0	73	79
África Oriental e Meridional	649	2,5	41	23	32	56	3	4,1	62	67
África Ocidental e Central	483	2,6	43	23	32	55	3	4,8	58	60
Países, territórios, outras áreas										
Afganistão	40,8	2,2	41	25	35	57	3	3,9	64	67
Albânia	2,9	-0,3	17	12	19	67	16	1,6	77	80
Argélia	45,4	1,6	31	16	23	62	7	2,8	76	79
Angola	35,0	3,2	46	24	33	52	2	5,2	59	65
Antígua e Barbuda	0,1	0,8	22	14	21	68	10	2,0	76	79
Argentina	46,0	0,9	24	16	23	64	12	2,2	74	80
Armênia	3,0	0,1	21	13	19	67	13	1,8	72	79
Aruba ¹	0,1	0,4	17	13	19	67	16	1,9	74	79
Austrália ²	26,1	1,1	19	12	19	64	17	1,8	82	86
Áustria	9,1	0,2	15	10	15	66	20	1,6	80	84
Azerbaijão ³	10,3	0,7	23	14	20	69	8	2,0	71	76
Bahamas	0,4	0,9	21	16	24	71	8	1,7	72	76
Bahrein	1,8	1,8	18	11	18	79	3	1,9	77	79
Bangladesh	167,9	0,9	26	18	27	69	6	1,9	72	75
Barbados	0,3	0,1	16	12	19	66	18	1,6	78	81
Bielorrússia	9,4	-0,1	18	11	15	66	17	1,7	70	80
Bélgica	11,7	0,3	17	12	17	63	20	1,7	80	84
Belize	0,4	1,7	28	19	29	66	5	2,2	72	78
Benim	12,8	2,6	42	23	32	55	3	4,6	61	64
Butão	0,8	1,0	24	17	26	69	7	1,9	72	73
Bolívia (Estado Plurinacional da)	12,0	1,3	29	19	28	63	8	2,6	69	75
Bósnia e Herzegovina	3,2	-0,4	14	11	17	67	19	1,2	75	80
Botsuana	2,4	1,8	33	20	29	63	5	2,7	67	73
Brasil	215,4	0,6	20	14	22	70	10	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	0,8	22	15	22	72	6	1,8	75	78
Bulgária	6,8	-0,8	15	10	15	63	22	1,6	72	79
Burkina Faso	22,1	2,8	44	24	33	54	2	4,9	62	64
Burundi	12,6	2,9	45	23	32	53	3	5,1	61	64
Camboja	17,2	1,3	30	19	27	65	5	2,4	68	73
Camarões, República dos	27,9	2,5	42	23	33	56	3	4,3	59	62
Canadá	38,4	0,8	16	11	17	65	19	1,5	81	85
Cabo Verde	0,6	1,0	27	18	26	68	5	2,2	70	77
República Centro-Africana	5,0	2,0	43	26	36	55	3	4,4	52	57
Chade	17,4	2,9	46	25	34	52	3	5,4	54	57
Chile	19,3	0,1	19	13	20	68	13	1,6	78	83
China ⁴	1.448,5	0,3	18	12	17	70	13	1,7	75	80
China, RAE de Hong Kong ⁵	7,6	0,7	13	8	12	67	20	1,4	82	88

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territórios, outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total, em milhões	Taxa média anual de crescimento 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 de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2022	homem
China, RAE de Macau ⁶	0,7	1,3	15	8	12	72	14	1,3	82	88
Colômbia	51,5	0,4	22	15	24	69	10	1,7	75	80
Comores	0,9	2,1	39	22	31	58	3	4,0	63	67
Congo, República Democrática do	95,2	3,0	45	24	32	52	3	5,5	60	63
Congo, República do	5,8	2,4	41	23	32	57	3	4,2	64	67
Costa Rica	5,2	0,8	20	14	21	69	11	1,7	78	83
Costa do Marfim	27,7	2,5	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Croácia	4,1	-0,5	14	10	16	64	22	1,4	76	82
Cuba	11,3	-0,1	16	11	17	68	16	1,6	77	81
Curaçao ¹	0,2	0,4	18	13	19	64	19	1,7	76	82
Chipre ⁷	1,2	0,6	16	12	19	69	15	1,3	79	83
República Tcheca	10,7	0,1	16	10	15	64	21	1,7	77	82
Dinamarca ⁸	5,8	0,4	16	11	18	63	21	1,8	79	83
Djibuti	1,0	1,3	28	18	27	67	5	2,5	66	70
Dominica	0,1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	11,1	0,9	27	18	26	65	8	2,2	72	78
Equador	18,1	1,2	27	17	26	65	8	2,3	75	80
Egito	106,2	1,8	34	19	27	61	6	3,2	70	75
El Salvador	6,6	0,5	26	17	27	65	9	2,0	69	78
Guiné Equatorial	1,5	3,1	37	20	29	61	2	4,2	59	61
Eritreia	3,7	1,7	40	25	33	56	4	3,8	65	70
Estônia	1,3	-0,3	16	11	15	63	21	1,6	75	83
Suazilândia	1,2	1,1	36	24	33	60	4	2,8	57	66
Etiópia	120,8	2,4	39	23	33	57	4	3,9	66	70
Fiji	0,9	0,7	29	18	26	65	6	2,7	66	70
Finlândia ⁹	5,6	0,1	15	11	17	61	23	1,4	80	85
França ¹⁰	65,6	0,2	17	12	18	61	21	1,8	80	86
Guiana Francesa ¹¹	0,3	2,4	32	19	27	63	6	3,2	78	83
Polinésia Francesa ¹¹	0,3	0,6	22	15	23	69	10	1,9	76	80
Gabão	2,3	2,2	37	19	27	59	4	3,8	65	69
Gâmbia	2,6	2,8	44	23	32	54	3	4,9	62	65
Geórgia ¹²	4,0	-0,3	20	12	18	64	16	2,0	70	79
Alemanha	83,9	-0,1	14	9	15	64	22	1,6	80	84
Gana	32,4	2,0	37	21	30	60	3	3,7	64	66
Grécia	10,3	-0,5	13	10	15	64	23	1,3	80	85
Granada	0,1	0,4	24	15	22	66	10	2,0	70	75
Guadalupe ¹¹	0,4	0,0	18	14	21	62	21	2,1	79	86
Guam ¹³	0,2	0,8	23	16	24	65	11	2,2	78	84
Guatemala	18,6	1,8	33	21	31	62	5	2,7	72	78
Guiné	13,9	2,7	42	24	34	55	3	4,4	62	63
Guiné-Bissau	2,1	2,3	41	23	32	56	3	4,2	57	61
Guiana	0,8	0,5	27	18	27	65	8	2,4	67	73
Haiti	11,7	1,2	32	20	30	63	5	2,8	63	67
Honduras	10,2	1,5	30	20	30	65	5	2,3	73	78
Hungria	9,6	-0,3	14	10	15	65	21	1,5	74	81
Islândia	0,3	0,6	19	13	20	65	17	1,7	82	85
Índia	1.406,6	0,9	25	18	27	68	7	2,1	69	72
Indonésia	279,1	1,0	25	17	25	68	7	2,2	70	75
Irã (República Islâmica do)	86,0	1,1	25	14	21	68	7	2,1	76	78
Iraque	42,2	2,3	37	22	31	60	4	3,5	69	73
Irlanda	5,0	0,7	20	14	20	65	15	1,8	81	84

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territórios, outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DEVIDA	
	Total, em milhões	Taxa média anual de crescimento 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 de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2022	homem
Israel	8,9	1,5	28	17	24	60	13	2,9	82	85
Itália	60,3	-0,2	13	10	14	64	24	1,3	82	86
Jamaica	3,0	0,4	23	15	24	68	10	1,9	73	77
Japão	125,6	-0,4	12	9	14	59	29	1,4	82	88
Jordânia	10,3	0,3	31	21	31	64	4	2,6	73	77
Cazaquistão	19,2	1,0	29	16	21	63	8	2,6	70	78
Quênia	56,2	2,2	37	24	33	60	3	3,3	65	70
Kiribati	0,1	1,6	36	20	29	60	5	3,4	65	73
Coreia, República Popular Democrática da	26,0	0,4	20	13	21	70	10	1,9	69	76
República da Coreia	51,3	0,0	12	9	15	71	17	1,1	80	86
Kuwait	4,4	1,1	21	14	19	76	4	2,0	75	77
Quirguistão	6,7	1,4	33	18	25	62	5	2,8	68	76
República Democrática Popular do Laos	7,5	1,3	31	20	29	64	5	2,5	67	71
Letônia	1,8	-1,0	17	10	14	62	21	1,7	71	80
Líbano	6,7	-1,3	24	16	24	68	8	2,0	77	81
Lesoto	2,2	0,8	32	20	29	63	5	3,0	52	59
Libéria	5,3	2,4	40	23	32	57	3	4,1	64	66
Líbia	7,0	1,1	27	18	25	68	5	2,1	71	76
Lituânia	2,7	-1,0	16	9	14	63	22	1,7	71	82
Luxemburgo	0,6	1,1	16	11	17	69	15	1,4	81	85
Madagascar	29,2	2,6	40	23	32	57	3	3,9	66	70
Malawi	20,2	2,7	42	25	34	55	3	3,9	62	69
Malásia ¹⁴	33,2	1,2	23	15	24	69	8	1,9	75	79
Maldivas	0,5	-0,7	20	12	19	76	4	1,8	78	81
Mali	21,5	2,9	46	25	34	51	3	5,5	60	61
Malta	0,4	0,3	15	9	15	63	22	1,5	81	85
Martinica ¹¹	0,4	-0,2	15	12	19	62	23	1,8	80	86
Mauritânia	4,9	2,6	39	22	31	57	3	4,3	64	67
Maurício ¹⁵	1,3	0,1	16	13	20	70	14	1,3	72	79
México	131,6	1,0	25	17	25	67	8	2,0	73	78
Micronésia (Estados Federados da)	0,1	1,0	31	20	29	64	5	2,9	67	70
Moldávia, República da ¹⁶	4,0	-0,3	16	11	16	71	14	1,3	68	76
Mongólia	3,4	1,4	31	16	23	64	5	2,8	66	75
Montenegro	0,6	0,0	18	12	19	66	17	1,7	75	80
Marrocos	37,8	1,1	26	17	24	66	8	2,3	76	79
Moçambique	33,1	2,8	44	24	34	54	3	4,6	59	65
Mianmar	55,2	0,8	25	18	26	69	7	2,1	65	71
Namíbia	2,6	1,8	37	21	30	60	4	3,2	62	68
Nepal	30,2	1,7	27	20	30	67	6	1,8	70	73
Países Baixos ¹⁷	17,2	0,2	15	11	17	64	21	1,7	81	84
Países Baixos ¹¹	0,3	0,9	21	15	23	68	10	1,9	76	81
Nova Zelândia ¹⁸	4,9	0,8	19	13	19	64	17	1,8	81	84
Nicarágua	6,8	1,1	29	19	27	65	6	2,3	72	79
Níger	26,1	3,7	49	25	33	48	3	6,6	62	65
Nigéria	216,7	2,5	43	23	32	54	3	5,1	55	57
Macedônia do Norte	2,1	-0,1	16	11	17	69	15	1,5	74	78
Noruega ¹⁹	5,5	0,8	17	12	18	65	18	1,7	81	85
Omã	5,3	1,7	23	12	18	74	3	2,6	77	81
Paquistão	229,5	1,8	34	20	30	61	5	3,3	67	69

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territórios, outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA	
	Total, em milhões	Taxa média anual de crescimento 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 de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2022	
	2022	2020–2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	homem	mulher
Palestina ²⁰	5,3	2,3	38	22	31	59	3	3,4	73	76
Panamá	4,4	1,4	26	17	25	65	9	2,4	76	82
Papua Nova Guiné	9,3	1,9	35	21	31	62	4	3,4	64	67
Paraguai	7,3	1,2	28	18	27	65	7	2,3	73	77
Peru	33,7	0,9	25	15	23	66	9	2,2	75	80
Filipinas	112,5	1,3	29	19	28	65	6	2,4	68	76
Polônia	37,7	-0,2	15	10	15	65	20	1,5	75	83
Portugal	10,1	-0,3	13	10	15	64	24	1,3	80	85
Porto Rico ¹³	2,8	0,3	14	14	20	64	22	1,2	77	84
Qatar	3,0	1,6	14	9	17	84	2	1,8	80	82
Reunião ¹¹	0,9	0,7	22	15	23	65	14	2,2	78	84
Romênia	19,0	-0,5	15	11	16	65	20	1,6	73	80
Federação Russa	145,8	-0,1	19	11	16	65	17	1,8	68	78
Ruanda	13,6	2,4	39	22	31	58	3	3,8	68	72
São Cristóvão e Nevis	0,1	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	0,2	0,4	18	13	21	72	11	1,4	75	78
São Vicente e Granadinas	0,1	0,2	21	15	24	68	10	1,8	71	76
Samoa	0,2	1,1	37	21	30	58	5	3,7	72	76
São Marino	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	0,2	1,9	41	25	34	56	3	4,1	68	73
Arábia Saudita	35,8	1,4	24	14	21	72	4	2,2	74	77
Senegal	17,7	2,6	42	23	32	55	3	4,4	67	71
Sérvia ²¹	8,7	-0,5	15	11	17	65	20	1,4	74	79
Seicheles	0,1	0,5	24	15	21	68	9	2,4	70	78
Serra Leoa	8,3	2,0	40	23	33	57	3	3,9	55	57
Cingapura	5,9	0,8	12	8	14	72	15	1,2	82	86
São Martinho ¹	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslováquia	5,5	0,0	16	10	15	67	18	1,6	75	81
Eslovênia	2,1	-0,1	15	10	14	63	22	1,6	79	84
Ilhas Salomão	0,7	2,4	40	22	31	57	4	4,2	72	75
Somália	16,8	2,9	46	25	34	51	3	5,7	57	60
África do Sul	60,8	1,1	28	18	26	66	6	2,3	61	68
Sudão do Sul	11,6	2,1	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Espanha ²²	46,7	-0,1	14	10	15	65	21	1,4	81	87
Sri Lanka	21,6	0,3	23	16	23	65	12	2,1	74	81
Sudão	46,0	2,4	39	23	32	57	4	4,2	64	68
Suriname	0,6	0,8	26	17	25	66	7	2,3	69	75
Suécia	10,2	0,6	18	11	17	62	21	1,8	82	85
Suíça	8,8	0,6	15	10	15	65	20	1,6	82	86
República Árabe da Síria	19,4	5,5	31	18	26	65	5	2,7	72	79
Tajiquistão	10,0	2,0	37	19	27	59	4	3,4	69	74
Tanzânia, República Unida da ²³	63,3	2,9	43	24	33	54	3	4,7	65	68
Tailândia	70,1	0,2	16	12	18	70	14	1,5	74	81
Timor-Leste, República Democrática do	1,4	1,9	36	22	32	59	4	3,7	68	72
Togo	8,7	2,3	40	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	0,9	34	22	31	60	6	3,4	69	73
Trindade e Tobago	1,4	0,2	20	14	20	68	12	1,7	71	77
Tunísia	12,0	0,9	24	14	21	66	10	2,1	75	79
Turquia	85,6	0,6	23	16	24	67	10	2,0	75	81
Turcomenistão	6,2	1,3	31	17	25	64	5	2,6	65	72

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territórios, outras áreas	POPULAÇÃO	MUDANÇA POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO					FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DEVIDA	
	Total, em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional, percentagem	População de 0 a 14 anos, percentagem	População de 10 a 19 anos, percentagem	População de 10 a 24 anos, percentagem	População de 15 a 64 anos, percentagem	População de 65 anos ou mais, percentagem	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida ao nascer, anos, 2022	homem
Ilhas Turcas e Caicos	0,0	1,3	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	48,4	2,7	45	25	35	53	2	4,5	62	67
Ucrânia ²⁴	43,2	-0,6	16	11	15	67	18	1,4	68	77
Emirados Árabes Unidos	10,1	0,9	15	9	17	83	2	1,3	78	80
Reino Unido ²⁵	68,5	0,4	18	12	17	63	19	1,7	80	83
Estados Unidos da América ²⁶	334,8	0,6	18	13	19	65	17	1,8	77	82
Ilhas Virgens Americanas ¹³	0,1	-0,3	19	14	20	60	22	2,0	79	83
Uruguai	3,5	0,3	20	14	21	64	16	1,9	75	82
Uzbequistão	34,4	1,2	29	17	24	66	5	2,3	70	74
Vanuatu	0,3	2,3	38	22	30	59	4	3,6	69	73
Venezuela (República Bolivariana da)	29,3	2,0	26	18	26	66	8	2,2	69	76
Vietnã	99,0	0,8	23	14	21	68	9	2,0	72	80
Saara Ocidental	0,6	2,2	27	16	25	69	4	2,3	69	73
Iêmen	31,2	2,1	38	23	32	59	3	3,5	65	68
Zâmbia	19,5	2,8	43	25	34	55	2	4,4	62	68
Zimbábue	15,3	1,6	41	25	34	56	3	3,3	60	64

NOTES

- Dados não disponíveis.
- ¹ Para fins estatísticos, os dados dos Países Baixos não incluem esta área.
- ² Incluindo Ilha Christmas, Ilhas Cocos Keeling e Ilha Norfolk.
- ³ Incluindo Nagorno-Karabakh.
- ⁴ Para fins estatísticos, os dados da China não incluem Hong Kong e Macau, Regiões Administrativas Especiais (SAR) da China ou a Província de Taiwan da China.
- ⁵ A partir de 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China. Para fins estatísticos, os dados da China não incluem essa área.
- ⁶ A partir de 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se Região Administrativa Especial (SAR) da China. Para fins estatísticos, os dados da China não incluem essa área.
- ⁷ Refere-se a todo o país.
- ⁸ Para fins estatísticos, os dados da Dinamarca não incluem as Ilhas Faroé ou a Groenlândia.
- ⁹ Incluindo as Ilhas Åland.
- ¹⁰ Para fins estatísticos, os dados para a 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.
- ¹¹ Para fins estatísticos, os dados para a França não incluem esta área.
- ¹² Incluindo Abkhazia e Ossétia do Sul.
- ¹³ Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem esta área.
- ¹⁴ Incluindo Sabah e Sarawak.
- ¹⁵ Incluindo Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- ¹⁶ Incluindo a Transnístria.
- ¹⁷ Para fins estatísticos, os dados dos Países Baixos não incluem Aruba, Bonaire, Sint Eustatius e Saba, Curaçao ou Sint Maarten (parte holandesa).
- ¹⁸ Para fins estatísticos, os dados da Nova Zelândia não incluem Ilhas Cook, Niue ou Tokelau.
- ¹⁹ Incluindo as ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- ²⁰ Incluindo Jerusalém Oriental.
- ²¹ Incluindo Kosovo.
- ²² Incluindo as Ilhas Canárias, Ceuta e Melilha.
- ²³ Incluindo Zanzibar.
- ²⁴ Refere-se ao território do país à época do censo de 2001.
- ²⁵ Refere-se ao Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte. Para fins estatísticos, os dados do Reino Unido não incluem Anguilla, Bermudas, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas do Canal, Ilhas Malvinas (Malvinas), Gibraltar, Ilha de Man, Montserrat, Santa Helena ou Ilhas Turks e Caicos.
- ²⁶ Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens Americanas.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

População total: Tamanho estimado das populações nacionais no meio do ano.

Taxa média anual de crescimento populacional: Taxa média de crescimento exponencial da população ao longo de um determinado período, com base em uma projeção de variante média.

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

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

População de 10 a 24 anos, percentagem: Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade, em relação à população total.

População de 15 a 64 anos, percentagem: Proporção da população entre 15 e 64 anos de idade, em relação à população total.

População com 65 anos ou mais, percentagem: Proporção da população com 65 anos ou mais, em relação à população total.

Taxa de fecundidade total: Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim de seu período reprodutivo e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fecundidade específicas por idade prevalentes.

Expectativa de vida ao nascer: número de anos que os recém-nascidos viveriam se estivessem sujeitos aos riscos de mortalidade prevalentes para esta coorte populacional à época de seu nascimento.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

População total: Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

Taxa média anual de crescimento populacional: Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

População de 0 a 14 anos, percentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

População de 10 a 19 anos, percentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

População de 10 a 24 anos, percentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

População de 15 a 64 anos, percentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

População com 65 anos ou mais, percentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

Taxa de fecundidade total: Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

Expectativa de vida ao nascer: Divisão de População das Nações Unidas, 2019.

Notas técnicas

As tabelas estatísticas no relatório sobre a Situação da População Mundial 2022 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 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso à educação, saúde reprodutiva e sexual. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores demográficos. As tabelas estatísticas subsidiam o foco do UNFPA no progresso e nos resultados com vistas à construção de um mundo no qual cada gravidez seja desejada, cada parto seja seguro e o potencial de cada jovem seja realizado.

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais podem empregar metodologias distintas na coleta, extrapolação ou análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos dados, o UNFPA conta com as metodologias padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados nessas tabelas diferem daqueles gerados pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis aos dados dos 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 Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas de organismos das Nações Unidas e estimativas entre agências. Elas também incluem as últimas estimativas e projeções populacionais do *World Population Prospects: The 2019 Revision, and Model-based Estimations and Projections of Family Planning Indicators 2021* (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas do relatório sobre a Situação da População Mundial 2022 geralmente refletem as informações disponíveis em fevereiro de 2022.

Indicadores para o monitoramento do progresso das metas da CIPD

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Razão de mortalidade materna (MMR) (óbitos por 100.000 nascidos vivos) e intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativas inferiores e superiores. Fonte: Grupo Interagencial das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e a Divisão de População das Nações Unidas), 2019. Este indicador apresenta o número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. As estimativas são produzidas pelo Grupo Interagencial para a Estimativa de Mortalidade Materna (MMEIG) usando dados de sistemas de registros vitais, pesquisas domiciliares e censos populacionais. As estimativas e metodologias são revisadas regularmente pelo MMEIG e por outras agências e instituições acadêmicas, e são revisadas quando necessário, como parte do processo contínuo de melhoria dos dados de mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas com outras estimativas interagenciais anteriores (indicador ODS 3.1.1).

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem. Fonte: Base de dados global conjunta sobre assistência qualificada ao parto, 2021, UNICEF e OMS. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do banco de dados global conjunto. Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médicos, enfermeiros ou parteiras) é a porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde treinado para prestar cuidados obstétricos que salvam vidas, incluindo a supervisão, os cuidados e o aconselhamento necessários às mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto; realização de partos por conta própria; e cuidados com 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, todas as idades, por 1.000 habitantes não infectados. Fonte: Estimativas de HIV do UNAIDS 2021. 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, porcentagem, qualquer método. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2021. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que estão, atualmente, usando algum método contraceptivo. As estimativas baseadas em modelo são baseadas 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 (incluindo mulheres em uniões consensuais), que, atualmente, usam qualquer método de contracepção.

Taxa de prevalência de contraceptivos, métodos modernos entre mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2021. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que estão, atualmente, usando algum método moderno de contracepção. As estimativas modeladas são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisas amostrais. Os dados das pesquisas estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (incluindo mulheres em uniões consensuais), que, atualmente, fazem uso de algum método moderno de contracepção. Os métodos modernos de contracepção incluem a esterilização feminina e masculina, o dispositivo intrauterino (DIU), o implante, injetáveis, pílulas anticoncepcionais orais, preservativos masculinos e femininos, métodos de barreira vaginal (inclusive diafragma, capuz cervical e espuma espermicida, geleia, creme e esponja), método de amenorreia lactacional (LAM), contracepção de emergência e outros métodos modernos não relatados separadamente (por exemplo, adesivo anticoncepcional ou anel vaginal).

Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos, porcentagem. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2021. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que desejam interromper ou adiar a gravidez, mas não estão usando um método contraceptivo. As estimativas modeladas são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisas amostrais. As mulheres que estão usando um método tradicional de contracepção não são consideradas como tendo uma necessidade não atendida de planejamento familiar. Todas as mulheres ou todas as

mulheres casadas e em união estável são consideradas sexualmente ativas e em risco de gravidez. A suposição de exposição universal entre todas as mulheres ou todas as mulheres casadas ou em união estável pode levar a estimativas mais baixas em relação aos riscos reais entre as expostas. Pode ser possível – especialmente, em níveis baixos de prevalência de contraceptivos – que, quando a prevalência de contraceptivos aumenta, a necessidade não atendida de planejamento familiar também aumente. Ambos os indicadores, portanto, precisam ser interpretados em conjunto.

Proporção da demanda por planejamento familiar atendida com métodos modernos, todas mulheres de 15 a 49 anos. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2021. Percentual da demanda total por planejamento familiar entre mulheres de 15 a 49 anos que é atendida pelo uso de contracepção moderna (indicador ODS 3.7.1). Esse número é calculado dividindo-se a prevalência de contraceptivos modernos pela demanda total de planejamento familiar. A demanda total por planejamento familiar é a soma da prevalência de contraceptivos e da necessidade não atendida de planejamento familiar.

Leis e regulamentos que garantem o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, à informação e à educação, porcentagem. Fonte: UNFPA, 2022. Até que ponto os países têm leis e regulamentos nacionais que garantem acesso pleno e igualitário às mulheres e aos homens com 15 anos ou mais a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, informação e educação (indicador ODS 5.6.2).

Índice de cobertura dos Serviços Essenciais de Saúde (CUS). Fonte: OMS, 2021. Cobertura média de serviços essenciais com base em intervenções aferida por indicadores que incluem saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e capacidade e acesso aos serviços, entre a população geral e a mais desfavorecida (indicador ODS 3.8.1).

Gênero, Direitos e Capital Humano

Taxa de natalidade entre adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2021. Número de nascimentos por 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos (indicador ODS 3.7.2). A taxa de natalidade na adolescência representa o risco de gravidez entre mulheres adolescentes de 15 a 19 anos. Para o registro civil, as taxas estão sujeitas a limitações que dependem da integridade do registro de nascimento, do tratamento de crianças nascidas vivas (mas que falecem antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida), da qualidade da informação prestada relativa à idade da mãe e a inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas populacionais podem conter limitações relacionadas a informações incorretas de idade e cobertura. Para dados de pesquisas e censos, tanto o numerador quanto o denominador vêm da mesma população. As principais limitações dizem respeito à informação incorreta da idade, a omissões de nascimento, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade amostral, no caso de pesquisas.

Gestações não intencionais por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos. Fonte: Bearak *et al.*, 2022. Quando este relatório foi para a impressão, essas estimativas e metodologia foram planejadas para ser divulgadas no Data Center do Instituto Guttmacher, em <https://data.guttmacher.org/countries>.

Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem.

Fonte: UNICEF, 2021. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF. Proporção de mulheres de 20 a 24 anos que eram casadas ou viviam em uma união estável antes dos 18 anos (indicador ODS 5.3.1).

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 49 anos, porcentagem. Fonte: UNICEF, 2021. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF. Proporção de meninas de 15 a 49 anos que sofreram mutilação genital feminina (indicador ODS 5.3.2).

Violência por parceiro íntimo, nos últimos 12 meses, porcentagem.

Fonte: Grupo Interagencial para Estimativas e Dados de Violência Contra as Mulheres (OMS, ONU Mulheres, UNICEF, Divisão de Estatísticas das Nações Unidas, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e UNFPA), 2021. Porcentagem de mulheres e meninas de 15 a 49 anos que já tiveram um relacionamento e que sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro nos últimos 12 meses (indicador ODS 5.2.1).

Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem.

Fonte: UNFPA, 2022. Porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que são casadas (ou em união), que tomam suas próprias decisões em três áreas – sua própria saúde, uso de contracepção e relações sexuais com seus parceiros (indicador ODS 5.6.1).

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I, porcentagem.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Número total de estudantes da faixa etária oficial do ensino fundamental I matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental I.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas no ensino fundamental I.

Taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II, porcentagem.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Número total de estudantes da faixa etária oficial do ensino fundamental II matriculados em qualquer nível de ensino, expresso em porcentagem da população correspondente.

Índice de paridade de gênero, taxa líquida total de matrículas, ensino fundamental II.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas no ensino fundamental II.

Taxa líquida total de matrículas, ensino médio, porcentagem.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Número total de estudantes da faixa etária oficial do ensino médio 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 médio.

Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO, 2022. Razão entre os valores femininos e masculinos da taxa líquida total de matrículas no ensino médio.

Indicadores demográficos

População

População total em milhões.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Tamanho estimado das populações nacionais no meio do ano.

Mudança populacional

Taxa média anual de crescimento populacional, porcentagem.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Taxa média de crescimento exponencial da população em um determinado período, com base em uma projeção de variante média.

Composição populacional

População de 0 a 14 anos, porcentagem.

Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Proporção da população entre 0 e 14 anos de idade, em relação à população total.

População de 10 a 19 anos, porcentagem.

Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Proporção da população entre 10 e 19 anos de idade, em relação à população total.

População de 10 a 24 anos, porcentagem.

Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Proporção da população entre 10 e 24 anos de idade, em relação à população total.

População de 15 a 64 anos, porcentagem.

Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Proporção da população entre 15 e 64 anos de idade, em relação à população total.

População com 65 anos ou mais, porcentagem.

Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Proporção da população com 65 anos ou mais, em relação à população total.

Fecundidade

Taxa de fecundidade total, por mulher.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Número de filhos que nasceriam por mulher se ela vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fecundidade específicas por idade prevalentes.

Expectativa de vida

Expectativa de vida ao nascer, em anos.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas, 2019. Número de anos que as crianças recém-nascidas viveriam se estivessem sujeitas aos riscos de mortalidade predominantes para aquela coorte no momento do nascimento.

Classificações regionais

Os agregados regionais apresentados no final das tabelas estatísticas são calculados pelo UNFPA usando dados de países e áreas conforme classificação abaixo.

Região dos Estados Árabes

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

Ásia e região do Pacífico

Afganistão; 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; Toquelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã.

Região da Europa Oriental e Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Geórgia; Cazaquistão; Quirguistão; Moldávia, Macedônia do Norte; República da Sérvia; Tajiquistão; Turquia; Turcomenistão; Ucrânia; Uzbequistão.

Região da África Oriental e Meridional

Angola; Botsuana; Burundi; Comores; República Democrática do Congo; Eritreia; Suazilândia; Etiópia; Quênia; Lesoto; Madagascar; Malawi; 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; Estado Plurinacional da Bolívia; Brasil; Ilhas Virgens Britânicas; Ilhas Cayman; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; República Dominicana; Equador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Monserrate; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; São Cristóvão e Nevis; Santa Lúcia; São Vicente e Granadinas; São Martinho; Suriname; Trinidad e Tobago; Ilhas Turcas e Caicos; Uruguai; República Bolivariana da Venezuela.

Região da África Ocidental e Central

Benim; Burkina Faso; Camarões, República de; 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 destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um determinado país ou área no processo de desenvolvimento, compreendendo as regiões do PNUD Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.

As regiões menos desenvolvidas destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um determinado país ou área no processo de desenvolvimento, compreendendo todas as regiões do PNUD da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e 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), incluíram 46 países (em janeiro de 2022): 33 na África, 8 na Ásia, 4 na Oceania e um na América Latina e Caribe — Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Mianmar, Nepal, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, República Democrática de Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida da Tanzânia, Iêmen e Zâmbia. Esses países também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas. Mais informações estão disponíveis em <https://www.un.org/en/conferences/least-development-countries>.

Nota sobre correlações entre RNB, escolaridade e taxas de gravidez não planejada (página 22)

Correlações em 2015-2019

		Índice de desenvolvimento humano em 2019	Média de anos de escolaridade (ambos os sexos) em 2019	Renda nacional bruta <i>per capita</i> em 2019	Índice de desigualdade de gênero em 2019
Gravidez não intencional	Global	***	***	***	***
	LMIC (países de renda baixa e média)	***	***	***	***
	HIC (países de renda alta)	***	*	***	***
	África Subsaariana	**	**		
% Gravidez não intencional que terminam em aborto	Global				
	LMIC	*	*	*	***
	HIC	*	**		

***: p-valor <0,001
 **: 0,001 ≤ p-valor <0,01
 *: 0,01 ≤ p-valor <0,05

Vermelho: correlação negativa
 Verde: correlação positiva
 Branco: sem correlação significativa

1. Observações globais: Em âmbito mundial, níveis mais altos de desenvolvimento social e econômico, medido por IDH, RNB e escolaridade, estavam fortemente correlacionados com menor incidência de gravidez não planejada. Uma possível explicação é que os países com pontuações de desenvolvimento mais altas são, provavelmente, aqueles nos quais os serviços contraceptivos são mais amplamente acessíveis e onde as mulheres enfrentam menos barreiras culturais para gerenciar suas preferências de fecundidade. Um padrão notavelmente diferente foi observado na África Subsaariana, em que o desenvolvimento social e econômico foi associado a taxas mais altas de gravidez não planejada. Isso sugere que o acesso e o uso de meios para controlar a fecundidade, incluindo os serviços contraceptivos, não acompanharam o desenvolvimento social e econômico que poderia ter levado mulheres e casais a quererem menos filhos nesses países.

2. Resultados da gravidez: Embora tanto os países de renda baixa a média fora da África Subsaariana quanto os países de renda alta tenham observado uma relação entre maior desenvolvimento socioeconômico e taxas mais baixas de gravidez não intencional, os resultados da gravidez tenderam a diferir. Em países de renda alta, pontuações maiores de desenvolvimento foram associadas a uma menor probabilidade de interrupção da gravidez, enquanto pontuações mais baixas foram associadas a uma maior probabilidade de aborto. Essa descoberta pode ter sido impulsionada por países do ex-bloco soviético, que têm pontuações mais baixas nos indicadores de desenvolvimento e onde as taxas de aborto tendem a ser mais altas do que em outros países de renda alta. No entanto, a correlação negativa persistiu mesmo depois de retirar os países do antigo bloco soviético da análise. Uma hipótese alternativa é que, em países com níveis mais elevados de desenvolvimento, as mulheres com maior motivação para evitar ter um filho são mais capazes de evitar a gravidez, inclusive por meio do uso de métodos contraceptivos. Também é possível que as redes de segurança social e econômica facilitem para as mulheres levar a termo uma gravidez não planejada em países mais desenvolvidos.

Em países de renda baixa e média, níveis mais altos de desenvolvimento social e econômico foram associados a uma proporção maior de gestações não planejadas sendo abortadas (mesmo depois de controlar pelas diferenças na situação legal do aborto). Esse resultado se presta à hipótese de que, à medida que os custos de oportunidade associados à gravidez aumentam, as mulheres que vivenciam uma gravidez não intencional são mais fortemente motivadas a evitar ter um filho. O mesmo padrão foi verdadeiro em relação às tendências ao longo do período de 30 anos entre 1990 e 2019 nesses países: melhorias nas pontuações de desenvolvimento em nível de país foram associadas a aumentos na proporção de gestações involuntárias que foram interrompidas.

3. RNB e educação por sexo: As pontuações de RNB *per capita* e os níveis de escolaridade entre as mulheres não se mostraram fortemente correlacionadas com a incidência de gravidez não planejada ou a proporção de abortos do que as pontuações masculinas para RNB *per capita* e escolaridade.

4. GII e taxa de natalidade na adolescência: deve-se notar que o GII inclui a taxa de natalidade na adolescência como um componente de sua pontuação e, como muitas gestações na adolescência não são intencionais, isso pode levar a uma superestimação da força da correlação entre GII e gravidez não intencional. No entanto, também é verdade que muitos partos de adolescentes podem não ser classificados como gestações não intencionais, porque muitos partos de adolescentes ocorrem no contexto de um casamento ou união, quando a gravidez é, muitas vezes, uma expectativa social, particularmente em ambientes com alta desigualdade de gênero.

5. GII e resultado da gravidez: Em países de renda baixa e média, menos igualdade de gênero foi associada a menores proporções de gestações não intencionais abortadas. Essa correlação se manteve apesar das amplas variações nas leis de aborto nesses países. Por outro lado, em países de alta renda, melhores pontuações em igualdade de gênero foram ligeiramente, mas não significativamente, associadas a menores proporções de gestações involuntárias abortadas. (Quase todos os países de alta renda permitem o aborto por vários motivos, então o status legal do aborto não é uma explicação plausível para esse resultado.)

Nota sobre correlações entre mortalidade materna e taxas de gravidez não intencional (página 26)

1. A mortalidade materna mais alta está correlacionada a taxas mais altas de gravidez não intencional em todas as regiões, independentemente do nível de renda, com exceção da África Subsaariana.
2. Na África Subsaariana, os países com razões de mortalidade materna mais baixas tendem a ter taxas de gravidez involuntária mais altas. Uma hipótese possível é que, nesses países, o aumento do desenvolvimento pode levar à diminuição da razão de mortalidade materna e ao aumento dos custos de oportunidade para a gravidez não planejada, mas sem um aumento concomitante da capacidade de evitar a gravidez.

Nota sobre as tendências do aborto (página 21)

	Taxa por 1.000 Mulheres em Idade Reprodutiva			Porcentagem de TODAS as gestações que terminam em aborto	Porcentagem de gestações NÃO INTENCIONAIS que terminam em aborto
	gravidez	gravidez não-intencional	aborto		
1990-94	162	79	40	24,7	50,6
2014-19	133	64	39	29,3	60,9

Fonte: Bearak et al, 2020.

Nota sobre gravidez na adolescência e escolha (página 30)

A gravidez e o casamento tornaram-se menos comuns entre os adolescentes. As taxas de natalidade entre adolescentes diminuíram globalmente entre 2000 e 2020, de 56 para 41 nascimentos por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos (UN DESA, 2019). Apesar das reduções significativas, a taxa de natalidade entre adolescentes na África Subsaariana é de 100 nascimentos por 1.000 mulheres adolescentes – mais que o dobro da taxa global. A América Latina e o Caribe também continuam a ter níveis relativamente altos de fecundidade na adolescência (61 nascimentos por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos), apesar de apresentarem declínios substanciais na fecundidade total. Nas últimas décadas, o declínio da fecundidade de adolescentes foi acompanhado por reduções na proporção de adolescentes de 15 a 19 anos casadas ou em união estável (em âmbito mundial, de 16% para 12% entre 2000 e 2020) e as mudanças mais rápidas ocorreram na Ásia Central e Meridional, e na África Subsaariana.

A análise da sequência de primeiros nascimentos abaixo dos 18 anos e casamento revela uma diversidade considerável entre regiões e países, e exige análises mais detalhadas que considerem as especificidades dos contextos de cada país para entender melhor como as intenções e as circunstâncias moldam as transições do ciclo inicial da vida ligadas a escolaridade, iniciação sexual, uso de contraceptivos, casamento e maternidade.

Constatações e pesquisa inédita do UN DESA (2013), com base em análise mais aprofundada dos dados da DHS:

- As tendências mostram um aumento médio nas proporções de mulheres adolescentes que nunca fizeram sexo na África Subsaariana, tendências decrescentes na América Latina e no Caribe, e níveis altos e estáveis na Ásia.
- Contudo, o contexto da iniciação sexual está se transformando, e uma mudança da iniciação sexual dentro do casamento para antes do casamento ocorreu em muitos países.
- As mulheres solteiras sexualmente ativas muitas vezes enfrentam desafios socioeconômicos e de saúde reprodutiva diferentes de suas contrapartes casadas, particularmente onde a gravidez fora do casamento é uma fonte de estigma social. Caso engravidem, muitas mulheres jovens em tais ambientes se casam mais cedo do que poderiam se não tivessem engravidado.
- A prevalência de contraceptivos entre adolescentes foi inferior a 30% na maioria dos países; e ainda menor (menos de 10%) entre aquelas com idade entre 15 e 17 anos. Aumentos no uso de anticoncepcionais foram associados a declínios na taxa de natalidade entre adolescentes de 18 a 19 anos em todas as regiões (UN DESA, 2022).
- Adolescentes casadas tendem a ter menos instrução, menos poder doméstico e econômico, menos mobilidade e menos exposição à mídia moderna do que adolescentes solteiras e mulheres mais velhas. Eles também tendem a ser isoladas, não têm conhecimento e habilidades para negociar situações que são prejudiciais à sua saúde e ao seu bem-estar, e muitas vezes enfrentam pressão para provar sua fertilidade. Seus maridos são, geralmente, muito mais velhos do que os maridos de mulheres casadas mais velhas (Haberland *et al.*, 2004; UN DESA, 2022). A atividade sexual precoce com um parceiro mais velho tem sido associada a más relações de gênero e maus resultados de saúde reprodutiva (Ryan *et al.*, 2008).

Nota sobre o número de primeiros partos até os 18 anos (página 33)

Os dados subjacentes usados para produzir a figura incluem a pesquisa mais recente da DHS para cada país que teve pelo menos uma DHS realizada desde (e inclusive) 2010.

A população do denominador foi definida como: (1) mulheres com idade entre 18 e 24 anos (inclusive) no momento da pesquisa, (2) que tiveram idade registrada no primeiro parto menor que 18 anos, (3) e cuja data do primeiro parto estava disponível. Assim, o denominador reflete o número total de primeiros partos ocorridos antes dos 18 anos em mulheres com idade entre 18 e 24 anos no momento da pesquisa. Quatro pesquisas tiveram menos de 50 partos antes dos 18 anos e estes foram, consequentemente, excluídos.

Os partos foram classificados em uma das três categorias mutuamente exclusivas:

1. *Primeiro parto fora do casamento*: A data do primeiro parto ocorreu antes da data do casamento OU a mulher nunca foi casada.
2. *Primeiro parto dentro de sete meses após o casamento*: Data do primeiro parto ocorrido em, ou após, a data do casamento E antes da data do casamento, mais sete meses.
3. *Primeiro parto após sete meses e antes dos 18 anos*: Data do primeiro parto ocorreu após a data do casamento, mais sete meses.

Todas as estimativas foram calculadas usando os pesos amostrais fornecidos. No total, 54 países foram incluídos no gráfico final. Estes representaram 61.490 primeiros partos antes dos 18 anos.

Limitações dos dados: Um país teve menos de 100 partos antes dos 18 anos. Além disso, houve cinco países que apenas amostraram mulheres já casadas, o que pode levar a uma subestimação da parcela de partos fora do casamento.

Referências

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52-55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 48(3): 139-146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149-155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35-38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505-518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552-1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393-401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10-21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187-205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289-297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235-242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPeals Publishing. Website: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_, accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: bbc.co.uk/news/health-40520235, accessed 17 November 2021.
- Bearak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015-2019." *BMJ Global Health*, in press.
- 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." *Lancet Global Health* 8(9): e1152-e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779-4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26-33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169-178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338-343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1-12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3-24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183-210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284-1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012-July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 31(4): 179-182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231-248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6|18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: cdc.gov/sixteen/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf, accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9-29.

- Chebets, Joy J. and others, 2015. "‘Every Method Seems to have its Problems’ – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180–188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149–177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89–92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299–310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women’s Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359–1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Care and Counseling?" *Journal of Women’s Health (Larchmont)* 28(1): 53–62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 49(3): 157–165.
- Faini, Diana and others, 2020. "‘I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work’: A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women’s Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391–397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289–294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69–80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312–314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843–852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18–24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457–463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 40(2): 94–104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- 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.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55–59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18–38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895–1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1–20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371–390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908–1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15–S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377–379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43–56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86–91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816–836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549–556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30–35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes*. DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393-402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282-295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 52(1): 31-38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306-312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: mprp.itcilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435-443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733-e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626-634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165-178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15-19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.

- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235-245.
- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743-754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131-143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227-233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877-888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 34(4): 198-205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79-88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663-670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: naibisummiticpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237-238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42-S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384-e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77-93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low- and Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011-1023.
- McCarragher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169-186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.

- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995–2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244–251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511–515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457–459.
- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316–322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678–686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349–1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663–1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1–2): 30–41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384–390.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- 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(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Rights." Website: [ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf), accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9–10): 4758–4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309–313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3–4): NP2248–2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.

- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5-6): 781-790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240-265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy - USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295-305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.
- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 41(4): 80-88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447-454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56-E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 52(1): 39-48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215-219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 46: 73-76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195-198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55-66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95-102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 45: 61-67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA* 40(1): 17-26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323-e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries, accessed 17 November 2021.

- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258-267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.
- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161-176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387-396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154-1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514-517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM - Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246-1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489-1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078-1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152-164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371-385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3-4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642-2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821-831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166-S167.

- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.
- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17-20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601-612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369-1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: [brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/](https://www.brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/), accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152-174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal/, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en, accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 25 November 2021.
- 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)." Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 25 November 2021.
- 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." Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators> Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp, accessed 26 November 2021.

- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2f-CESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994." Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publicaciones/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: unfpa.prg/en/topics/gender-based-violence-11, accessed 9 February 2022.

- 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 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- 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 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807-1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471-1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.

- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211-215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW.ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection - Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407-413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12-21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

A arte original incorpora imagens de vários fotógrafos. Composições e obras de arte incluem imagens das seguintes fontes:

AllGo via Unsplash: página 36

Christina @ wocintechchat.com via Unsplash: página 37

Eye for Ebviay via Unsplash: página 36

Faisal Hijjaz via Pexels: página 66

HviaeyYanibel Minaya Cruz via Unsplash: página 11

Ian Kiragu via Unsplash: página 36

Irene Strviag via Unsplash: páginas 40, 90-91

JESHOOTS via Unsplash: páginas 36, 37

Jessica Felicio via Unsplash: páginas 18-19, 14, 15

Joanna Nix-Walkup via Unsplash: página 36

Joshua Hansvia via Unsplash: página 36

Juan Encalada via Unsplash: páginas 40, 90-91

Kimsvia Doan via Unsplash: página 36, 37

Manuel Lino: páginas 8-9, 18-19, 36-37, 40, 57, 66-67, 90-91, 97, 106-107, 118, CAPA

Mateus Campos Felipe via Unsplash: página 36

Mathilda Khoo via Unsplash: página 37

Mustafa Omar via Unsplash: páginas 8-9, 19, 114, 115

Olha Ivanova via Unsplash: páginas 90-91, 97, CAPA

Panitan Punpuang via Unsplash: páginas 9, 36

Parij Borgohain via Unsplash: página 37

Rachel Mcdermott via Unsplash: páginas 36, 117

Taylor Hernandez via Unsplash: página 36

© UNFPA/Roger Anis: páginas 8, 37

© UNFPA/Sima Diab: página 95

Vitor Camilo via Unsplash: página 36

Vgajic via iStock: página 106

the \mathbb{R}^n space. The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.

The \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers, and the \mathbb{R}^n space is a vector space over the real numbers.



Fundo de População
das Nações Unidas

GARANTINDO DIREITOS E ESCOLHAS PARA TODOS E TODAS

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISBN 978-65-87917-07-8

