

Maternidade precoce:

enfrentando o desafio da gravidez na adolescência



UNFPA

Situação da População Mundial 2013

Situação da População Mundial 2013

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

PESQUISADORA CHEFE E AUTORA

Nancy Williamson, PhD, é professora da Escola Gillings de Saúde Pública Global, da Universidade da Carolina do Norte. Anteriormente, atuou como Diretora do Projeto YouthNet da USAID e do Projeto Botswana Basha Lesedi para a juventude, financiado pelo Centro para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Lecionou na Universidade de Brown, trabalhou para o Conselho de População e para a Family Health International. Trabalhou em projetos de planejamento familiar na Índia e nas Filipinas. Autora de inúmeros trabalhos acadêmicos, a Sra. Williamson também é autora de *Sons or daughters: a cross-cultural survey of parental preferences*, sobre as preferências por filhos ou filhas ao redor do mundo.

ASSESSOR DE PESQUISA

Robert W. Blum, MD, MPH, PhD, é Professor e Presidente do Departamento de População, Família e Saúde Reprodutiva da William H. Gates Sr., e Diretor do Instituto Hopkins de Saúde Urbana na Escola de Saúde Pública Johns Hopkins Bloomberg. Dr. Blum é internacionalmente reconhecido por sua experiência e *advocacy* relacionados à pesquisa sobre sexo e saúde reprodutiva de adolescentes. Editou dois livros e escreveu mais de 250 artigos, capítulos de livros e relatórios. É ex-presidente da Sociedade de Medicina do Adolescente, ex-presidente do Conselho do Instituto Guttmacher, membro da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos e consultor da Organização Mundial de Saúde e do UNFPA.

GRUPO DE APOIO DO UNFPA

Bruce Campbell
Kate Gilmore
Mona Kaidbey
Laura Laski
Edilberto Loaiza
Sonia Martinelli-Heckadon
Niyi Ojuolape
Jagdish Upadhyay
Sylvia Wong

UNFPA

Criando um mundo onde
todas as gestações sejam
desejadas, todos os partos
sejam seguros e cada jovem
alcance seu potencial.

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Colaborador Editorial: Robert Puchalik

Colaborador editorial e administrativo: Mirey Chaljub

Gerente de Distribuição: Jayesh Gulrajani

Design: Prographics, Inc.

Foto da capa: © Mark Tuschman / Planned Parenthood Global

AGRADECIMENTOS

A equipe editorial agradece pelas ideias complementares, contribuições e comentários de colegas do UNFPA, incluindo Alfonso Barragues, Abubakar Dungus, Nicole Foster, Luis Mora e Dianne Stewart. Edilberto Loaiza produziu a análise estatística que forneceu a base para este relatório.

Nossos agradecimentos também vão para os colegas do UNFPA: Aicha El Basri, Jens-Hagen Eschenbaeher, Nicole Foster, Adebayo Fayoyin, Hugues Kone, William A. Ryan, Álvaro Serrano e para vários colegas dos escritórios do UNFPA em todo o mundo pelo desenvolvimento de reportagens e por assegurarem que as vozes adolescentes se fizessem presentes neste relatório.

Uma série de recomendações do relatório se baseiam em pesquisas realizadas por Kwabena Osei-Danquah e Rachel Snow no UNFPA sobre o progresso alcançado desde a adoção do Programa de Ação na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994.

Shireen Jejeebhoy, do Conselho de População, revisou a literatura e disponibilizou textos sobre a violência sexual contra adolescentes. Nicola Jones, do Overseas Development Institute, resumiu a pesquisa sobre transferências de renda. Monica Kothari, da Macro International, analisou os dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde sobre saúde reprodutiva de adolescentes. Christina Zampas liderou a pesquisa e elaboração de partes do relatório que abordam a dimensão dos direitos humanos relativos à gravidez na adolescência.

MAPAS E DESIGNAÇÕES

As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA sobre a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou ainda, relativa à delimitação de suas fronteiras ou limites. A linha pontilhada representa aproximadamente a Linha de Controle em Jammu e na Caxemira acordada entre a Índia e o Paquistão. O status final de Jammu e Caxemira ainda não foi acordado entre as partes.

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

Coordenação editorial e revisão: Ulisses Lacava Bigaton
Tradução: Patrícia Ozório de Almeida e Cristiane Feitosa
Divulgação: Gabriela Borelli e Luciano Carvalho

Agradecimentos especiais à equipe do UNFPA Brasil



Maternidade Precoce:

Enfrentando o desafio da
gravidez na adolescência

Prefácio página ii

Visão Geral página iv

1 Um desafio global página 1

2 O impacto na saúde, educação e
produtividade das meninas página 17

3 Pressão de todos os lados página 31

4 Adotando ações página 57

5 Traçando o caminho página 83

Indicadores página 99

Bibliografia página 111

Prefácio

Quando uma menina fica grávida, seu presente e futuro se alteram radicalmente, e raramente para melhor. Sua educação pode ser interrompida, suas perspectivas de emprego desaparecem, e suas vulnerabilidades à pobreza, à exclusão e à dependência se multiplicam.

Muitos países assumiram a causa da prevenção da maternidade na adolescência, geralmente por meio de ações voltadas à mudança de comportamento das meninas. Está implícito em tais intervenções uma crença de que a menina é responsável pela prevenção da gravidez e um pressuposto de que, se ela engravidar, ela é a culpada.

Tais abordagens e pensamentos estão equivocados, uma vez que não conseguem dar conta das circunstâncias e pressões sociais que conspiram contra as adolescentes e tornam a maternidade um resultado provável de sua transição da infância para a idade adulta. Quando uma jovem é forçada ao casamento, por exemplo, ela raramente tem alguma opção quanto a se, quando ou quantas vezes vai engravidar. Uma ação de prevenção da gravidez, seja uma campanha publicitária ou um programa de distribuição de preservativos, é irrelevante para uma menina que não tem poder para tomar decisões consequentes.

O que é necessário é uma nova maneira de pensar sobre o desafio da gravidez na adolescência. Em vez de ver a menina como o problema e a mudança de seu comportamento como a solução, os governos, comunidades, famílias e escolas devem considerar como reais desafios a pobreza, a desigualdade de gênero, a discriminação, a falta de acesso a serviços, e as opiniões negativas sobre meninas e mulheres. E devem ver como verdadeiros caminhos para a redução da gravidez adolescente a

busca da justiça social, o desenvolvimento equitativo e o empoderamento das meninas.

Em geral, os esforços – e recursos – para evitar a gravidez na adolescência têm se concentrado em meninas de 15 a 19 anos de idade. No entanto, as meninas com as maiores vulnerabilidades, e que enfrentam o maior risco de complicações e morte devido à gravidez e ao parto, são as de 14 anos ou menos. Esse grupo de adolescentes muito jovens é geralmente ignorado pelas instituições nacionais de saúde, educação e desenvolvimento ou está além de seu alcance, porque muitas vezes essas meninas estão em casamentos forçados e são impedidas de frequentar a escola ou de ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Suas necessidades são imensas, e os governos, a sociedade civil, as comunidades e a comunidade internacional devem fazer muito mais para protegê-las e apoiar sua transição segura e saudável desde a infância e a adolescência até a idade adulta. Ao abordar a gravidez na adolescência, a verdadeira medida do sucesso – ou fracasso – de governos, agências de desenvolvimento, sociedade civil e comunidades é até que ponto estão respondendo bem ou mal às necessidades deste grupo negligenciado.

A gravidez na adolescência se entrelaça a questões de direitos humanos. Uma menina grávida que é pressionada ou forçada a deixar a escola, por exemplo, tem o seu direito à educação negado. Uma menina que é proibida de acessar anticoncep-



cionais ou mesmo informações sobre a prevenção de uma gravidez, tem seu direito à saúde negado. Por outro lado, uma menina que consegue desfrutar de seu direito à educação e permanecer na escola tem menos probabilidade de engravidar do que sua colega que sai ou é forçada a sair da escola. Assim, o gozo de um direito a coloca em uma posição melhor para usufruir de outros.

A partir de uma perspectiva de direitos humanos, uma garota que fica grávida, independente das circunstâncias ou razões, é uma garota cujos direitos estão prejudicados.

Investimentos em capital humano são fundamentais para a proteção desses direitos. Tais investimentos não somente ajudam as meninas a atingirem seu potencial pleno, mas também fazem parte da responsabilidade de um governo de proteger os direitos das meninas em conformidade com os tratados e instrumentos de direitos humanos, tais como a Convenção sobre os Direitos da Criança, e com os acordos internacionais, incluindo o Programa de Ação da Conferência Internacional

sobre População e Desenvolvimento, de 1994, que continua a orientar o trabalho do UNFPA hoje.

A comunidade internacional está preparando uma nova agenda de desenvolvimento sustentável para suceder, após 2015, a Declaração do Milênio e os Objetivos do Milênio a ela associados. Os governos comprometidos com a redução do número de gestações na adolescência também devem ter o compromisso de garantir que as necessidades, desafios, aspirações, vulnerabilidades e direitos de adolescentes, especialmente das meninas, sejam plenamente considerados nesta nova agenda de desenvolvimento.

Há 580 milhões de meninas adolescentes no mundo. Quatro em cada cinco delas vivem em países em desenvolvimento. Investir nelas hoje irá desencadear todo o seu potencial para moldar o futuro da humanidade.

Dr. Babatunde Osotimehin

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

▲ *Dr. Osotimehin com adolescentes educadores na África do Sul.*
© UNFPA/Rayana Rassool

Visão Geral

Todos os dias, 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento. Isso também ocorre em países desenvolvidos, mas em uma escala muito menor.

Em todas as regiões do mundo, meninas pobres, com baixa escolaridade e residentes no meio rural são mais susceptíveis a engravidar do que as meninas mais ricas, urbanas e com mais escolaridade. Também têm maior probabilidade de engravidar as meninas pertencentes a minorias étnicas ou grupos marginalizados, que não têm escolhas e oportunidades na vida, ou que têm pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação e serviços de contracepção.

A maioria dos partos de adolescentes no mundo - 95% - ocorre em países em desenvolvimento, e nove em cada 10 desses nascimentos ocorrem dentro de um casamento ou união conjugal precoce.

Cerca de 19% das mulheres jovens em países em desenvolvimento engravidam antes dos 18

anos. Meninas menores de 15 anos contabilizam 2 milhões dos 7,3 milhões de partos que ocorrem em adolescentes menores de 18 anos a cada ano nos países em desenvolvimento.

Impacto na saúde, educação e produtividade

A gravidez pode ter consequências imediatas e duradouras para a saúde, a educação e o potencial de geração de renda de uma menina. E, muitas vezes, altera o curso de toda a sua vida. A forma como altera a vida da menina depende, em parte, de sua idade.

O risco de morte materna em mães menores de 15 anos nos países de baixa e média renda é o dobro do risco das mulheres mais velhas, e este grupo

ENFRENTANDO O DESAFIO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA



- 20 mil meninas dão à luz a cada dia
- Perda de oportunidades educacionais e outras
- 70 mil mortes de adolescentes por ano por complicações na gravidez e parto
- 3,2 milhões de abortos inseguros entre adolescentes a cada ano
- Perpetuação da pobreza e da exclusão
- Direitos humanos básicos negados
- Potencial de meninas não realizado

mais jovem também enfrenta taxas significativamente maiores de fístula obstétrica do que grupos mais velhos.

Cerca de 70 mil adolescentes morrem anualmente de causas relacionadas com a gravidez e o parto em países em desenvolvimento. A gravidez e o parto são a principal causa de morte para adolescentes mais velhas do sexo feminino em países em desenvolvimento. As adolescentes que engravidam tendem a ser de famílias de baixa renda e a apresentarem deficiência nutricional. Há maior probabilidade de problemas de saúde quando a gravidez ocorre muito cedo, pouco tempo depois de atingirem a puberdade.

"Eu tinha 14 anos ... Minha mãe e suas irmãs começaram a preparar comida, e meu pai pediu a meus irmãos, irmãs e a mim para usarmos nossas melhores roupas porque teríamos uma festa. Como eu não sabia o que estava acontecendo, eu comemorei como todo mundo. Então me disseram que era o meu casamento e que eu tinha que me juntar a meu marido. Tentei escapar, mas fui capturada. Então, me vi com um marido três vezes mais velho do que eu.... Este casamento deveria me salvar do deboche. A escola simplesmente acabou. Dez meses mais tarde, eu tinha um bebê nos braços. Um dia decidi fugir, mas concordei em voltar para o meu marido se ele me deixasse voltar à escola. Voltei para a escola, tenho três filhos e estou na sétima série."

Clarisse, 17 anos – República do Chade

CAUSAS SUBJACENTES

- Casamento precoce
- Desigualdade de gênero
- Obstáculos aos direitos humanos
- Pobreza
- Violência e coerção sexual
- Políticas nacionais que restringem o acesso à contracepção e à educação sexual apropriada à idade
- Falta de acesso à educação e serviços de saúde reprodutiva
- Falta de investimento em capital humano das adolescentes

GRAVIDEZ ANTES DOS 18 ANOS

19%

Cerca de 19% das mulheres jovens nos países em desenvolvimento engravidam antes dos 18 anos.

As meninas que permanecem mais tempo na escola são menos propensas a engravidar. A educação prepara meninas para o trabalho e para sua subsistência, aumenta a autoestima e o status das meninas em suas famílias e comunidades, e lhes dá mais voz nas decisões que afetam suas vidas. A educação também reduz a probabilidade de casamento precoce e retarda a gravidez, levando eventualmente a partos mais saudáveis. Deixar a escola por causa de uma gravidez ou qualquer outro motivo pode comprometer futuras perspectivas econômicas das meninas e excluí-las de outras oportunidades na vida.

Muitas forças conspiram contra meninas adolescentes

Uma abordagem “ecológica” para a gravidez na adolescência é aquela que leva em conta toda a gama dos complexos determinantes desse fenômeno e a interação dessas forças. Tal abordagem pode ajudar os governos, gestores públicos e partes interessadas a compreender os desafios e elaborar intervenções mais eficazes que não só irão reduzir

o número de gestações, mas também ajudar a derubar muitas das barreiras ao empoderamento das meninas, para que a gravidez não seja mais o resultado provável.

Um modelo ecológico dessa natureza, desenvolvido por Robert Blum, na Escola Johns Hopkins Bloomberg de Saúde Pública, lança luz à constelação de forças que conspiram contra as adolescentes e aumentam a probabilidade de que engravidem. Embora essas forças sejam numerosas e multi-estratificadas, todas elas, de uma forma ou de outra, interferem na capacidade de uma menina desfrutar ou exercer direitos que podem empoderá-la para moldar seu próprio futuro. O modelo considera forças de âmbito nacional - tais como políticas de acesso de adolescentes à contracepção ou o descumprimento das leis que proíbem o casamento precoce – e todo o percurso até o nível do indivíduo, tais como a socialização das meninas e a forma como isso molda suas crenças sobre a gravidez.

A maioria dos determinantes neste modelo opera em mais de um nível. Por exemplo, as

PRESSÕES DE MUITAS DIREÇÕES E NÍVEIS

Uma abordagem “ecológica” para a gravidez na adolescência é aquela que leva em conta toda a gama de complexos determinantes da gravidez na adolescência e a interação dessas forças.

Pressões de todos os níveis conspiram contra as meninas e levam à gravidez, desejada ou não. As leis nacionais podem impedir que uma menina tenha acesso à métodos contraceptivos. Normas e atitudes comunitárias podem bloquear o seu acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva ou tolerar a violência contra ela, mesmo que ela consiga acessar os serviços de alguma forma. Os membros da família podem obrigá-la a um casamento no qual ela tem pouco ou nenhum poder de negar-se a ter filhos. Escolas podem não oferecer educação sexual, e então ela deve confiar em informações (muitas vezes imprecisas) de seus pares sobre sexualidade, gravidez e contracepção. Seu parceiro pode se recusar a usar preservativo ou proibi-la de usar contraceptivos de qualquer espécie.



INDIVÍDUO



FAMÍLIA



ESCOLA/PARES



COMUNIDADE

políticas de nível nacional podem restringir o acesso de adolescentes a serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção, enquanto a comunidade ou família pode se opor ao acesso das meninas à educação sexual abrangente ou outras informações sobre como evitar uma gravidez.

Este modelo mostra que a gravidez na adolescência não ocorre em um vácuo, mas é consequência de um conjunto de fatores interligados como pobreza generalizada, aceitação do casamento precoce pelas comunidades e famílias, e esforços insuficientes para manter as meninas na escola.

Para a maioria das adolescentes abaixo de 18 anos de idade e especialmente para as menores de 15, a gravidez não é resultado de uma escolha deliberada. Pelo contrário, é geralmente resultado de uma ausência de escolhas e de circunstâncias fora de seu controle. A gravidez precoce reflete a impotência, pobreza e pressões - de parceiros, colegas, famílias e comunidades. E, em muitos casos, é resultado de violência ou coerção sexual. Meninas que têm pouca autonomia - particularmente aque-

las em casamentos forçados - têm pouco a dizer sobre se ou quando engravidam.

A gravidez na adolescência é, ao mesmo tempo, causa e consequência de violações de direitos. A gravidez prejudica as possibilidades das meninas exercerem seus direitos à educação, saúde e autonomia, conforme assegurado em tratados internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança. Por outro lado, quando são impedidas de desfrutar de direitos básicos, como o direito à educação, se tornam mais vulneráveis à gravidez. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, uma pessoa com menos de 18 anos é considerada uma criança. Para cerca de 200 adolescentes por dia, a gravidez precoce resulta na mais definitiva violação de direitos: a morte.

Os direitos das meninas já estão protegidos - em papel - por um marco normativo internacional, que obriga os governos a tomarem medidas que possibilitem às meninas gozarem dos seus direitos à educação, à saúde e de viver livre de violência e coerção. As crianças têm os mesmos direitos humanos que os

PARTOS ADOLESCENTES

95%

95% dos partos adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento



NACIONAL

adultos, mas a elas também são concedidas proteções especiais para enfrentar as desigualdades intrínsecas à idade.

Assegurar os direitos das meninas pode ajudar a eliminar muitas das condições que contribuem para a maternidade na adolescência e ajudar a mitigar muitas das suas consequências para a menina, sua família e sua comunidade.

Enfrentar esses desafios por meio de medidas que protejam os direitos humanos é a chave para acabar com um ciclo vicioso de violações de direitos, pobreza, desigualdade, exclusão e gravidez na adolescência.

Uma abordagem de direitos humanos à gravidez na adolescência significa trabalhar com os governos para remover os obstáculos ao gozo dos direitos pelas meninas. Isso significa abordar as causas subjacentes, como casamento precoce, violência e coerção sexual, falta de acesso à educação e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo informação sobre métodos contraceptivos. Os governos, no entanto, não podem fazer isso sozinhos. Outras partes interessadas e portadores de responsabilidades, como

professores, pais e líderes comunitários também desempenham um papel importante.

Abordar as causas subjacentes

Como a gravidez na adolescência é o resultado de diversas forças subjacentes sociais, econômicas e de outras naturezas, ela requer estratégias multidimensionais orientadas ao empoderamento das meninas e adaptadas a grupos específicos de meninas, especialmente as marginalizadas e mais vulneráveis.

Muitas das ações por parte de governos e sociedade civil que reduziram a fecundidade adolescente foram projetadas para atingir outros objetivos, como manter as meninas na escola, evitar a infecção por HIV e acabar com a prática do casamento precoce. Essas ações também podem desenvolver o capital humano, transmitir informações ou habilidades que empoderam as meninas na tomada de decisões de vida, e defender ou proteger os direitos humanos básicos das meninas.

Pesquisas mostram que o combate à gravidez indesejada entre adolescentes requer abordagens

BASES PARA O PROGRESSO



EMPODERAR AS MENINAS

Fortalecer a capacidade de ação das meninas, permitindo-lhes tomar decisões na vida



RESPEITAR OS DIREITOS HUMANOS DE TODAS AS PESSOAS

Assegurar direitos pode eliminar as condições que contribuem para a gravidez na adolescência



CORRIGIR A DESIGUALDADE DE GÊNERO

Colocar meninos e meninas em pé de igualdade



REDUZIR A POBREZA

A pobreza contribui para a gravidez na adolescência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento

holísticas, e, uma vez que os desafios são grandes e complexos, não existe um único setor ou organização que possa enfrentá-los sozinho. Os obstáculos ao progresso só podem ser vencidos por meio do trabalho em parceria com todos os setores e em colaboração com as e os próprios adolescentes.

Manter as adolescentes em trajetórias de vida saudáveis, seguras e afirmativas requer investimentos abrangentes, estratégicos e direcionados que atendam às múltiplas fontes de vulnerabilidades, que variam de acordo com a idade, capacidades, faixa de renda, local de residência e muitos outros fatores. Requer também esforços deliberados para se reconhecer as diversas circunstâncias dos adolescentes e identificar as meninas em maior risco de gravidez na adolescência e com maior possibilidade de maus resultados em termos de saúde reprodutiva. Tais programas multisetoriais são necessários para a construção de ativos para as meninas em todas as áreas - saúde, educação e meios de subsistência - mas também para empoderá-las por

meio de redes de apoio social, aumentando seu *status* em casa, na família, na comunidade e nos relacionamentos. Intervenções menos complexas, mas estratégicas, também podem fazer a diferença. Dentre elas pode-se incluir a provisão de transferências de renda condicionais para as meninas que lhes permitam permanecer na escola.

O caminho a seguir

Muitos países têm tomado medidas destinadas a *prevenir* a gravidez na adolescência e, em alguns casos, para apoiar as meninas que ficam grávidas. Mas muitas das medidas até hoje têm focado principalmente em como alterar o comportamento *da menina*, deixando de abordar os determinantes e condicionantes subjacentes, incluindo a desigualdade de gênero, a pobreza, a violência e coerção sexual, o casamento precoce, as pressões sociais, a exclusão de oportunidades educacionais e de trabalho, as atitudes negativas e estereótipos sobre as adolescentes; além disso, têm negligenciado o papel de meninos e homens.

OITO MANEIRAS DE CHEGAR LÁ

1 Meninas de 10 a 14 anos

Intervenções preventivas para jovens adolescentes

2 Casamento precoce

Acabar com o casamento forçado de menores de 18 anos, impedir a violência e coerção sexual

3 Abordagens intersetoriais

Construir ativos para meninas em todas as áreas; manter as meninas em trajetórias de vida saudáveis e seguras

4 Direitos Humanos

Proteger o direito à saúde, educação, segurança e libertação da pobreza

5 Educação

Colocar as meninas na escola e permitir que permaneçam por mais tempo

6 Envolver meninos e homens

Ajudá-los a serem parte da solução

7 Educação sexual e acesso a serviços

Ampliar a informação apropriada à idade, disponibilizar serviços de saúde utilizados por adolescentes

8 Desenvolvimento equitativo

Construir um cenário pós-ODM baseado nos direitos humanos, igualdade e sustentabilidade

A realidade é que as pessoas julgam,
e é assim que os seres humanos são.
Ouvir isso mesmo depois de todas
as suas conquistas... tudo que você
passou para vencer esses obstáculos,
para tornar-se uma pessoa melhor...
as pessoas não perdoam, pois vão
lembrar: "Oh, ela teve um bebê
quando ela tinha 15 anos."

Tonette, 31, grávida aos 15, Jamaica

Experiências de programas eficazes sugerem que é necessário realizar uma mudança que saia das intervenções de foco limitado às meninas ou à prevenção da gravidez, para abordagens amplas que possam construir o capital humano das meninas, concentradas em sua capacidade de tomar decisões sobre suas vidas (incluindo questões de saúde sexual e reprodutiva), apresentando oportunidades reais para que a maternidade não seja vista como seu único destino. Este novo paradigma deve ter como alvo as circunstâncias, condições, normas, valores e forças estruturais que perpetuam a gravidez na adolescência, por um lado; e que isolam e marginalizam as mulheres grávidas por outro. As meninas precisam tanto de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de informação, quanto serem aliviadas das pressões econômicas e sociais que muitas vezes se traduzem em uma gravidez, bem como da pobreza, dos problemas de saúde, e da não realização do seu potencial humano.

OS BENEFÍCIOS

SAÚDE



MELHORIA DA SAÚDE MATERNO- INFANTIL

Gestações mais tardias reduzem os riscos de saúde para as meninas e seus filhos.

EDUCAÇÃO



MAIS MENINAS COMPLETANDO SUA EDUCAÇÃO

Isso reduz a possibilidade de casamento precoce e retarda a gravidez, levando eventualmente a partos mais saudáveis. Também desenvolve habilidades e eleva o *status* das meninas.

EQUIDADE



DIREITOS E OPORTUNIDADES IGUAIS

Prevenir a gravidez ajuda a garantir que as meninas desfrutem de todos os direitos humanos básicos.

É preciso dedicar esforços adicionais para alcançar meninas menores de 15 anos de idade, cujas necessidades e vulnerabilidades são ainda maiores. Os esforços para prevenir a gravidez entre as maiores de 15 anos e o apoio às adolescentes mais velhas que estão grávidas ou que tenham dado à luz podem ser inadequados ou irrelevantes para adolescentes muito jovens. Adolescentes muito jovens têm vulnerabilidades especiais, e muito pouco tem sido feito para entender e responder aos grandes desafios que enfrentam.

As meninas que engravidam precisam de apoio, não de estigma. Governos, organizações internacionais, sociedade civil, comunidades, famílias, líderes religiosos e as e os próprios adolescentes têm um papel importante na realização da mudança. Todos vão ganhar ao nutrir as vastas possibilidades que essas meninas, cheias de vida e esperança, trazem consigo.

UNFPA, DIREITOS E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Para o UNFPA, que é orientado pelo Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), respeitar, proteger e levar a cabo os direitos humanos das adolescentes, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos:

- Reduz vulnerabilidades, especialmente entre as mais marginalizadas, concentrando-se em suas necessidades particulares;
- Aumenta e fortalece a participação da sociedade civil, da comunidade e dos próprios adolescentes;
- Empodera as adolescentes para continuarem a sua educação e levarem vidas produtivas e satisfatórias;
- Aumenta a transparência e a responsabilização; e
- Leva à transformação social sustentada, na medida em que programas baseados nos direitos humanos têm um impacto sobre normas e valores, estruturas, políticas e práticas.

ECONÔMICOS



AUMENTAR A PRODUTIVIDADE ECONÔMICA E O EMPREGO

Investimentos que fortalecem as meninas melhoram as perspectivas de geração de renda.

POTENCIAL



REALIZAÇÃO PLENA DO POTENCIAL DAS ADOLESCENTES

As perspectivas são melhores para uma menina saudável, com boa escolaridade e que consegue desfrutar de seus direitos.





1

Um Desafio Global

Todo ano, 7,3 milhões de meninas menores de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento.

© Mark Tuschman/AMMD

"Eu tinha 16 anos e nunca havia perdido um dia na escola. Eu gostava tanto que passava mais tempo com meus livros do que vendo TV! Eu sonhava em ir para a faculdade e ter um bom trabalho para poder tirar meus pais da casa precária em que vivíamos.

Então, um dia me disseram que eu tinha que abandonar tudo isso porque meu pai havia me trocado por uma menina com quem meu irmão mais velho deveria se casar. Esses casamentos com troca são chamados *atta-satta* na minha comunidade. Eu fiquei triste e com raiva. Falei com minha mãe, mas meu pai já tinha tomado sua decisão.

Minha única esperança era que meu marido me deixasse continuar os estudos. Mas ele me engravidou antes que eu completasse 17 anos. Desde então, quase nunca posso sair de casa. Todo mundo vai ao shopping, ao cinema, a eventos no bairro, mas eu não. Algumas vezes, quando as pessoas não estão em casa, eu leio meus livros antigos, seguro minha filha e choro. Ela é adorável, mas me culpam por eu não ter tido um filho menino.

Mas as coisas estão mudando aos poucos. Tomara que costumes como *atta-satta* e casamento precoce não existam mais quando minha filha crescer, então ela poderá completar sua educação e casar só quando quiser."

Kamal, 18 anos, Índia

A cada ano, 7,3 milhões de meninas menores de 18 anos dão à luz em países em desenvolvimento (UNFPA, 2013). O número de casos de gravidez é ainda maior.

A gravidez na adolescência ocorre com frequências variáveis em diferentes regiões e países, dentro dos países, e entre grupos etários e de renda. O que é comum a todas as regiões, no entanto, é que as meninas pobres, que vivem em áreas rurais ou remotas, e que são analfabetas ou têm baixa escolaridade, têm maior probabilidade

de engravidar do que as suas contrapartes, mais ricas, urbanas, e com maior escolaridade.

Meninas que pertencem a minorias étnicas ou grupos marginalizados, que não têm escolhas e oportunidades na vida, ou que têm pouco ou nenhum acesso à saúde sexual e reprodutiva, incluindo informações e métodos contraceptivos, também são mais propensas a engravidar.

Em todo o mundo, as meninas têm maior probabilidade de engravidar em circunstâncias de exclusão social, pobreza, marginalização e

desigualdade de gênero, dentro das quais elas não conseguem desfrutar ou exercer seus direitos humanos básicos, ou têm limitado o acesso aos cuidados de saúde, educação, informação, serviços e oportunidades econômicas.

A maioria dos partos de adolescentes - 95% - ocorre nos países em desenvolvimento, e nove em cada 10 deles ocorrem dentro de um casamento ou união conjugal (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Nascimentos entre meninas menores de 18 anos

Cerca de 19% das mulheres jovens em países em desenvolvimento engravidam antes dos 18 anos (UNFPA, 2013).

De acordo com estimativas de 2010, 36,4 milhões de mulheres em países em desenvolvimento, com idades entre 20 e 24 anos, relatam ter

De acordo com estimativas de 2010, 36,4 milhões de mulheres em países em desenvolvimento, com idades entre 20 e 24 anos, relatam ter tido um parto antes dos 18 anos

tido um parto antes dos 18 anos. Desse total, 17,4 milhões estão no Sul da Ásia.

Entre as regiões em desenvolvimento, o Oeste da África e a África Central têm o maior percentual (28%) de mulheres com idades entre 20 e 24 anos que relataram ter tido um parto antes dos 18 anos.

Dados recolhidos em 54 países através de dois conjuntos de pesquisas de demografia e saúde (PDS) e vários inquéritos de indicadores múltiplos (IIM) realizados entre 1990 e 2008 e entre 1997 e



◀ *Abriendo Oportunidades* oferece espaços seguros, orientação, oportunidades educacionais e de solidariedade para as adolescentes mães. Também apresenta novas possibilidades para suas vidas.

© Mark Tuschman/UNFPA

2011, mostram um ligeiro declínio no percentual de mulheres entre as idades de 20 e 24 anos que relataram um parto antes dos 18 anos: de cerca de 23% para cerca de 20%.

Os 54 países cobertos por essas pesquisas abrigam 72% da população total dos países em desenvolvimento, excluindo a China.

Dos 15 países com “alta” prevalência (30% ou mais) de gravidez na adolescência, oito apresentaram uma redução, comparando-se os resultados dos estudos PDS e IIM (1997-2008 e 2001-2011). Os seis países que registraram aumento estão na África Subsaariana.

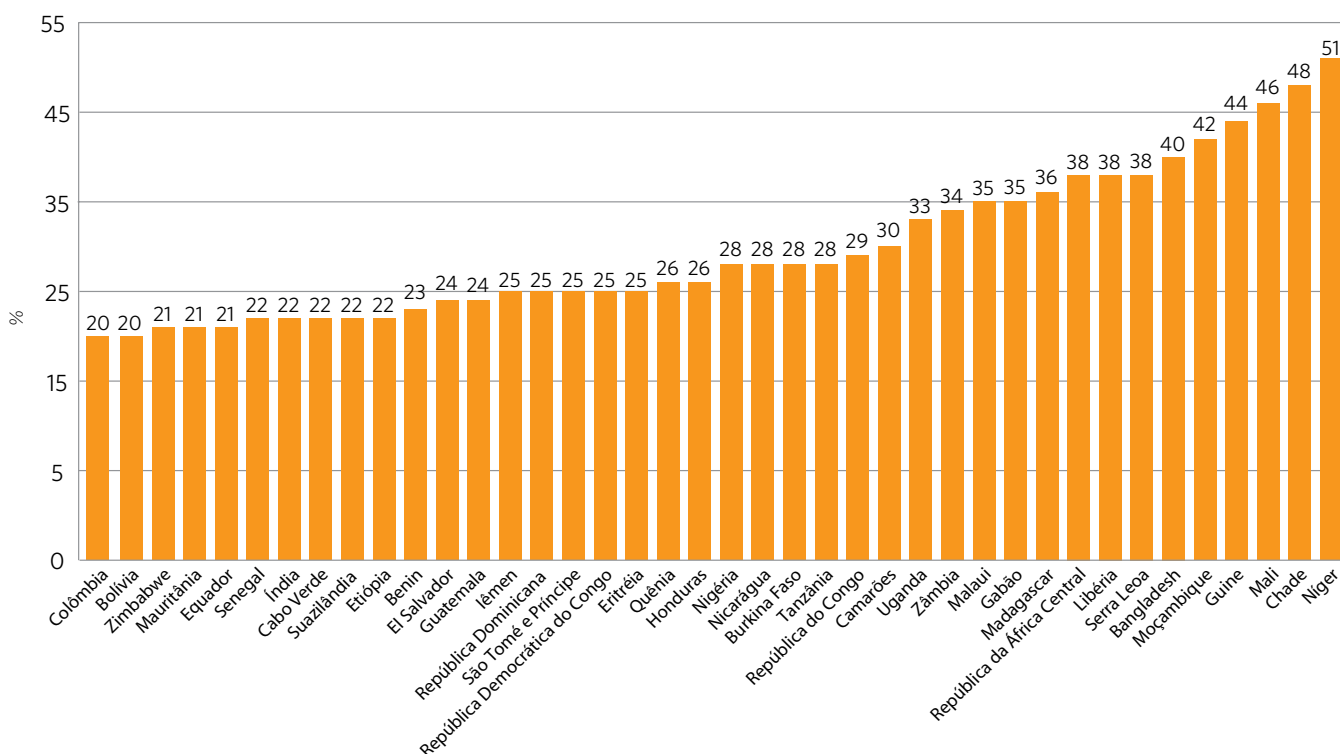
De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, uma pessoa com menos de 18 anos

é considerada uma “criança”. Meninas que engravidam antes dos 18 muitas vezes não conseguem desfrutar ou exercer seus direitos, como o direito à educação, à saúde e a um padrão de vida adequado, e, portanto, lhes são negados os direitos básicos. Milhões de meninas menores de 18 engravidam dentro de um casamento ou união conjugal. O Comitê de Direitos Humanos juntou-se a outros órgãos de monitoramento de direitos para recomendar uma reforma legal que elimine o casamento precoce.

Os partos de meninas menores de 15 anos

Meninas menores de 15 anos representam 2 milhões dos 7,3 milhões de partos de meninas

PAÍSES COM 20% OU MAIS DAS MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 24 QUE RELATAM UM PARTO ANTES DOS 18 ANOS



Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

menores de 18 anos realizados a cada ano nos países em desenvolvimento.

De acordo com as pesquisas PDS e IIM, 3% das mulheres jovens nos países em desenvolvimento relatam ter dado à luz antes dos 15 anos (UNFPA, 2013).

Entre as regiões em desenvolvimento, o Oeste da África e a África Central apresentam o maior percentual informado (6%) de partos antes dos 15 anos, enquanto o Leste da Europa e a Ásia Central apresentam o menor percentual (0,2 %).

Dados recolhidos em 54 países através de dois conjuntos de levantamentos PDS e IIM realizados entre 1990 e 2008 e entre 1997 e 2011 mostram um declínio no percentual de mulheres entre as idades de 20 e 24 que relatam terem dado à luz antes dos 15 anos, passando de 4% para 3%. A queda, que tem sido rápida em alguns países, é atribuída, em grande parte, a uma diminuição dos casamentos arranjados muito cedo (Organização Mundial da Saúde, 2011b). Ainda assim, uma menina em cada 10 tem um filho antes dos 15 anos em Bangladesh, Chade, Guiné, Mali, Moçambique e Níger, países onde o casamento infantil é comum.

A região da América Latina e Caribe é a única onde o número de partos de meninas com menos de 15 anos de idade aumentou. Nesta região, projeta-se que tais nascimentos devem aumentar ligeiramente até 2030.

Na África Subsaariana, prevê-se que os partos de meninas com menos de 15 anos de idade devem quase dobrar nos próximos 17 anos. Até 2030, espera-se que o número de mães menores de 15 anos na África Subsaariana deva igualar-se ao do Sul da Ásia.

Dados de primeira mão e dados qualitativos sobre esse grupo de adolescentes muito jovens, entre as idades de 10 e 14, são escassos, incomple-

"Eu estava saindo com meu namorado havia um ano e ele me dava dinheiro e roupas. Eu engravidei quando tinha 13 anos. Eu ainda estava na escola. Meus pais pediram ao meu namorado que morasse na nossa casa. Ele prometeu aos meus pais que iria cuidar de mim. Depois disso, foi embora. Ele parou de ligar e não tive mais contato com ele. Depois que eu tive o bebê meus pais cuidaram de mim e me ensinaram a cuidar dele. Tudo que eu quero é ... voltar para a escola. Depois da escola, vou conseguir ter uma profissão, como professora, e ter uma carteira de motorista."

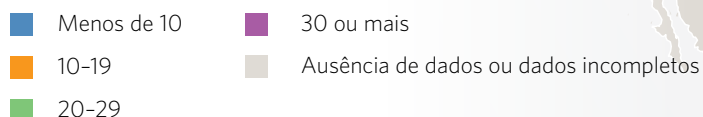
Ilda, 15 anos, Moçambique

tos ou inexistentes em muitos países, tornando essas meninas e os desafios que enfrentam invisíveis para os formuladores de políticas.

A principal razão para a escassez de dados completos e confiáveis é que adolescentes de 15 anos de idade são normalmente os mais jovens incluídos em inquéritos nacionais PDS, a principal fonte de informações sobre gravidez na adolescência. Isso se dá porque há desafios éticos à obtenção de dados sobre este grupo, especial-

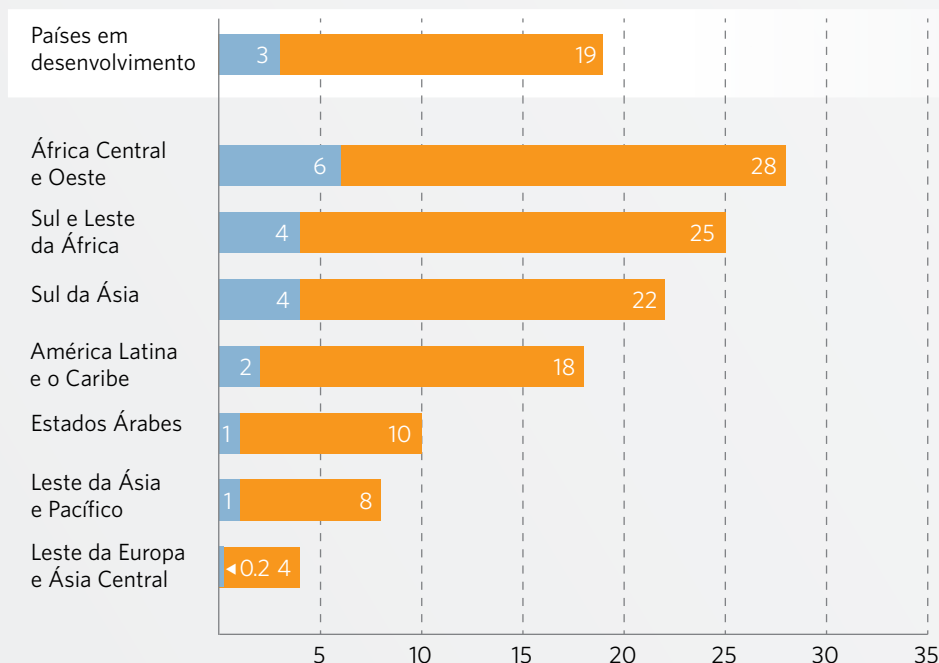
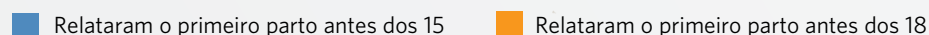
ENFRENTANDO O DESAFIO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

PORCENTAGEM DE MULHERES COM IDADES ENTRE 20 E 24 ANOS QUE RELATARAM UM PARTO ANTES DOS 18 ANOS (DADOS MAIS RECENTES DE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO 1996 - 2011)



Fonte: www.devinfo.org/mdg5b. O mapa apresenta apenas países com dados coletados de pesquisas PDS ou IIM

PORCENTAGEM DE MULHERES COM IDADES ENTRE 20 E 24 ANOS QUE RELATARAM UM PARTO ANTES DOS 18 ANOS E ANTES DOS 15 ANOS



Fonte: UNFPA, 2013. Cálculos baseados em dados de 81 países, representando mais de 83% da população coberta nestas regiões, usando dados coletados entre 1995 e 2011.

Eu tinha 12 anos quando um homem veio pedir a minha mão em casamento aos meus pais. Eles me disseram para casar com ele e depois de algum tempo eu me apaixonei por ele. Eu tenho dois irmãos mais velhos. Ambos vão à escola, mas meus pais nunca me deixaram ir. Não sei por que, talvez por eu ser menina e eles saberem que eu ia me casar no futuro. Eu tive meu primeiro filho aos 13 anos. Isso não é normal, apenas aconteceu. Eu tive problemas no parto, mas tudo ficou bem. Eu tenho três meninas e estou grávida pela quarta vez."

Marielle, 25 anos, grávida aos 13, Madagascar

mente para questões sensíveis relacionadas à sexualidade e gravidez. Portanto, a maioria dos dados sobre menores de 15 anos são obtidos retrospectivamente, isto é, os pesquisadores pedem a mulheres que têm entre 20 e 24 anos para informar a idade em que se casaram e tiveram sua primeira gravidez ou o parto.

A manutenção de elevados padrões éticos é fundamental na realização de atividades de coleta de informações. Crianças e adolescentes necessitam de proteção especial, uma vez que são vulneráveis à exploração, abuso e outras situações nocivas, e também porque têm menos poder que os adultos. Informações sobre escolaridade e bem-estar geral de jovens adolescentes são coletadas, mas a maioria

dos pesquisadores se esquivam de abordar temas sensíveis, seja por causa de normas sociais sobre comportamentos apropriados à idade, preocupações éticas sobre os efeitos potencialmente nocivos da pesquisa, ou dúvidas sobre a validade das respostas dos jovens adolescentes (Chong et al., 2006).

Em um relatório com dados da PDS relativos a adolescentes de 10 a 14 anos, o Conselho de População enfatizou a necessidade de uma pesquisa sobre marcos importantes da transição da infância para a adolescência: "Ao analisar estes dados da PDS sobre adolescentes muito jovens, a principal informação que temos é que não sabemos muito." (Blum et al., 2013)

Alguns pesquisadores questionam se adolescentes muito jovens têm a capacidade cognitiva para responder perguntas que exigem uma avaliação cuidadosa das barreiras que enfrentam ou de potenciais consequências de ações futuras. Outros acreditam que há um estigma muito grande envolvendo a atividade sexual de meninas antes do casamento para se obter informação exata (Chong et al., 2006).

As taxas de natalidade variam dentro dos países

As taxas de gravidez entre adolescentes muitas vezes variam em um mesmo país, dependendo de uma série de elementos, como a pobreza ou a prevalência local do casamento precoce. O Níger, por exemplo, tem a maior taxa de natalidade adolescente do mundo e a maior taxa de casamento infantil em geral, mas as meninas na região de Zinder têm três vezes mais chances de dar à luz antes dos 18 anos do que suas contrapartes na capital do país, Niamey. Zinder é uma região pobre, predominantemente rural, onde a desnutrição é comum e o acesso aos cuidados de saúde é limitado.

A revisão dos dados recolhidos através de levantamentos PDS e IIM em 79 países em desenvolvi-

mento entre 1998 e 2011 mostra que as taxas de natalidade em adolescentes são mais elevadas nas áreas rurais, entre adolescentes sem escolaridade e nos 20% de lares mais pobres.

Variações dentro de um país podem resultar não apenas de diferenças de rendimentos, mas também do acesso desigual à educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contraceptivos, da prevalência de casamento precoce, costumes locais e pressões sociais, e leis e políticas públicas inadequadas ou precariamente implementadas.

Entender essas diferenças pode ajudar os formuladores de políticas públicas a desenvolver intervenções que sejam adaptadas às diversas necessidades das comunidades de um país.

Gestações e partos em crianças casadas

Apesar de compromissos quase universais para eliminar o casamento de crianças, uma em cada três meninas em países em desenvolvimento (excluindo a China) se casa antes dos 18 anos (UNFPA, 2012).

A maioria dessas meninas é pobre, tem baixa escolaridade e vive em áreas rurais. Na próxima década, cerca de 14 milhões de casamentos de crianças ocorrerão anualmente nos países em desenvolvimento.

As taxas de natalidade entre adolescentes são mais altas onde há maior prevalência de casamento de crianças e os casamentos infantis geralmente são mais frequentes onde a pobreza é extrema. A prevalência de casamentos precoces varia substancialmente de país para país, oscilando de 2% na Argélia, a 75%



◀ Usha Yadav, 16 anos, líder da classe no Escolha o Seu Futuro, um programa apoiado pelo UNFPA no Nepal que ensina às meninas aspectos de saúde e incentiva o desenvolvimento de habilidades básicas para a vida.

©William Ryan/UNFPA

"De repente, o mundo se tornou um local de solidão. Me senti excluída da minha família e da minha comunidade. Não me encaixava mais como jovem, nem como mulher."

Tarisai, 20 anos, grávida aos 16, Zimbábue.

no Níger, que tem a quinta menor renda nacional bruta per capita do mundo (Banco Mundial, 2013).

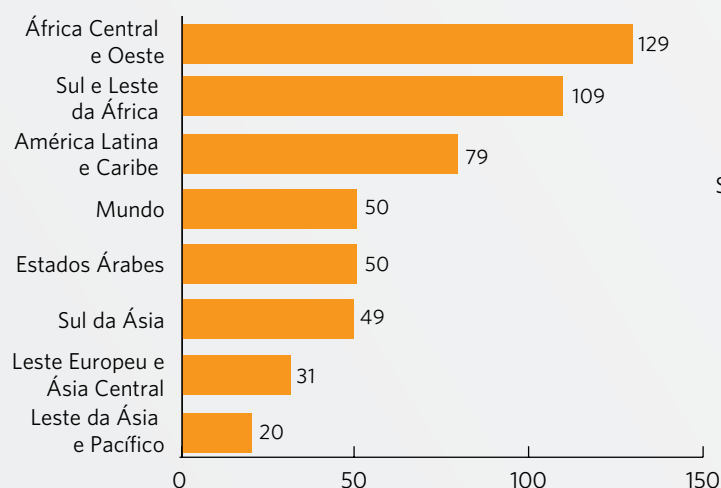
Mesmo que os casamentos infantis estejam em declínio entre meninas menores de 15 anos, 50 milhões de meninas ainda podem estar em risco de serem casadas antes de completarem 15 anos nesta década.

Hoje, uma em cada nove meninas de países em desenvolvimento é forçada a se casar antes dos 15 anos. Em Bangladesh, Chade e Níger, mais de uma em cada três meninas é casada antes de seu 15º aniversário. Na Etiópia, um em cada seis meninas é casada até a idade de 15 anos.

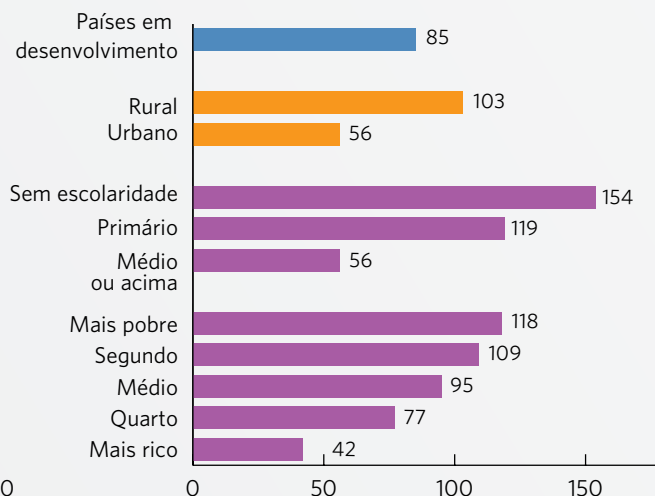
Diferenças de idade dentro de uniões ou casamentos também influenciam as taxas de gravidez na adolescência.

TAXAS DE GRAVIDEZ ADOLESCENTE (DADOS DE 79 PAÍSES)

Por região



Por característica



Fonte: UNFPA, 2013.

Uma revisão de quatro países realizada pelo UNFPA descobriu que quanto maior a diferença de idade, maiores são as chances de uma menina engravidar antes dos 18 anos (Nações Unidas, 2011a).

Em países onde as mulheres tendem a se casar muito cedo, as diferenças entre a Idade Média da População Solteira ao Casar-se, ou SMAM (*Singulate Mean Age at Marriage*), entre homens e mulheres são geralmente grandes. Os três países com as SMAMs femininas mais baixas a partir de 2008 foram Níger (17,6 anos), Mali (17,8 anos) e Chade (18,3 anos). Todos tinham diferenças de idade entre SMAMs masculino e feminino de pelo menos seis anos. SMAM é a média da duração da vida de solteiro de pessoas entre as idades de 15 e 49 (Nações Unidas, 2011a).

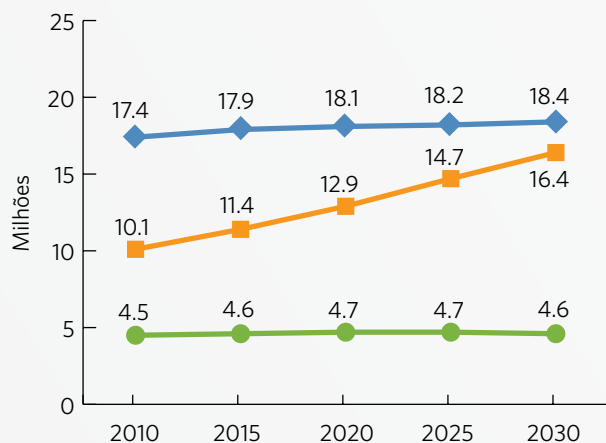
"Eu fui entregue ao meu marido quando era pequena e nem me lembro quando me deram, de tão nova que era. Foi meu marido quem me criou."

Kanas, 18 anos, Etiópia

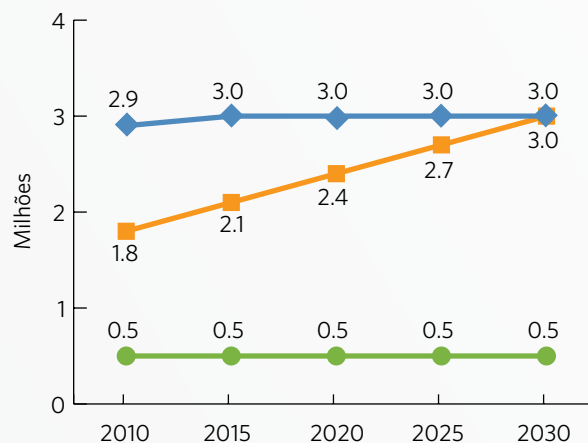
MULHERES ENTRE 20 E 24 ANOS QUE RELATAM UM PARTO ANTES DOS 18 ANOS E ANTES DOS 15 ANOS, 2010 E PROJEÇÕES ATÉ 2030

◆ Sul da Ásia ■ África Subsaariana ● América Latina e Caribe

Antes dos 18 anos



Antes dos 15 anos



Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

PORCENTAGEM DE MENINAS EM CASAMENTOS E TAXA DE NATALIDADE EM ADOLESCENTES

Regiões em desenvolvimento	Meninas, 15-19 anos	
	Atualmente casadas(%)	Taxa de natalidade em adolescentes
Estados Árabes	12	50
Ásia e Pacífico	15	80
Leste da Ásia e Pacífico	5	50
Sul da Ásia	25	88
Leste da Europa e Ásia Central	9	31
América Latina e o Caribe	12	84
África Subsaariana	24	120
Sul e Leste da África	19	112
África Central e Oeste	28	129
Países em desenvolvimento	16	85

Fonte: www.devinfo.org/mdg5b

PORCENTAGEM DE MULHERES QUE RELATARAM O PRIMEIRO PARTO ANTES DOS 18 ANOS, POR DIFERENÇA DE IDADE ENTRE PARCEIROS

Diferenças de idade entre parceiros do sexo feminino e masculino	Níger	Burkina Faso	Bolívia	Índia
Mulher mais velha do que o parceiro masculino ou até 4 anos mais nova	39.9	21.5	29.7	21.6
Mulher entre 5 e 9 anos mais nova do que o parceiro masculino	60.1	34.4	41.5	32.3
Mulher pelo menos 10 anos mais nova do que o parceiro masculino	59.0	38.5	45.8	39.1
Total	56.8	33.4	34.7	28.5

Fonte: Nações Unidas, 2011a.

Os países desenvolvidos também enfrentam desafios

A gravidez na adolescência ocorre tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Os níveis diferem bastante, apesar de os determinantes serem semelhantes.

Dos 13,1 milhões de nascimentos anuais entre meninas com idades de 15 a 19 anos em todo o mundo, 680 mil ocorrem em países desenvolvidos (Nações Unidas, 2013). Entre os países desenvolvidos, os Estados Unidos têm a maior taxa de natalidade adolescente. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos, foram registrados 329.772 partos de adolescentes entre 15 e 19 anos em 2011.

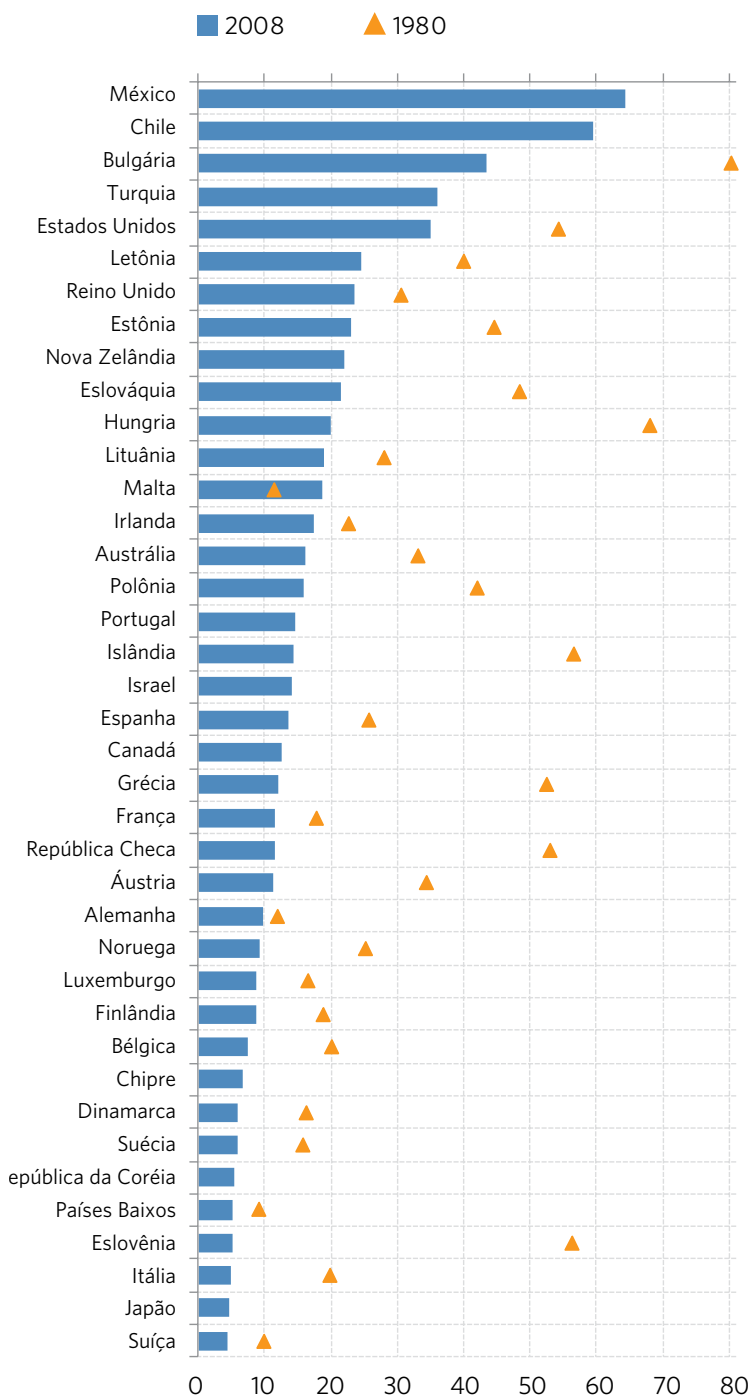
Entre os Estados-Membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, que inclui uma série de países de renda média, o México tem a maior taxa de natalidade (64,2 por 1.000 nascidos) entre adolescentes da faixa de 15 a 19 anos, enquanto a Suíça apresenta a menor, com 4,3. Todos os membros da OCDE registraram uma diminuição nas taxas de gravidez de adolescentes entre 1980 e 2008, menos Malta.

Conclusão

A maior parte das gestações em adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento.

Evidências de 54 países em desenvolvimento sugerem que a gravidez na adolescência está ocorrendo com menor frequência, principalmente entre meninas menores de 15 anos, mas a diminuição nos últimos anos tem sido lenta. Em algumas regiões, espera-se que o número total de meninas dando à luz deva subir. Na África Subsaariana, por exemplo, se as tendências atuais continuarem, espera-se que o número de meninas com menos de 15 anos que dão à luz aumente de

TAXAS DE FERTILIDADE EM ADOLESCENTES NOS PAÍSES DA OCDE, 1980 E 2008



Fonte: <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

ADOLESCENTES E CRIANÇAS: DEFINIÇÕES E TENDÊNCIAS

Embora as Nações Unidas definam “adolescente” como uma pessoa com idade entre 10 e 19 anos, a maioria das estatísticas e estimativas comparáveis internacionalmente disponíveis sobre gestações ou partos na adolescência cobrem apenas parte da coorte: entre 15 e 19 anos. Há ainda menos informação disponível sobre o segmento da população de adolescentes entre as idades de 10 e 14 anos e, no entanto, é justamente este grupo mais jovem cujas necessidades e vulnerabilidades tendem a ser maiores.

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, uma pessoa com menos de 18 anos é considerada “criança”. Este relatório está focado em gestações e partos entre *crianças*, mas muitas vezes conta com dados sobre gestações e partos para a coorte maior denominada *adolescentes*. Os dados sobre as *crianças* (menores de 18 anos) que ficam grávidas são mais limitados, cobrindo um pouco mais de um terço dos países do mundo.

POPULAÇÕES ADOLESCENTES GRANDES E CRESCENTES

Em 2010, o número de adolescentes em nosso planeta foi estimado em 1,2 bilhões, a maior coorte de adolescentes na história humana. Os adolescentes representam cerca de 18% da população do mundo. Do total de adolescentes, 88% vivem em países em desenvolvimento. Cerca de metade (49%) vive em apenas seis países: China, Índia, Indonésia, Nigéria, Paquistão e Estados Unidos.

Se as tendências atuais de crescimento populacional continuarem, em 2030 quase um em cada quatro adolescentes estará na África Subsaariana, onde o número total de mães adolescentes menores de 18 anos deverá aumentar de 10,1 milhões em 2010 para 16,4 milhões em 2030.

2 milhões por ano nos dias de hoje para cerca de 3 milhões por ano em 2030.

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a gravidez na adolescência é mais provável de ocorrer entre as meninas de famílias de baixa renda, com níveis mais baixos de escolaridade e residentes em áreas rurais.

Dados retrospectivos sobre gravidez estão disponíveis para adolescentes de 10 a 14 anos, e de 15 a 19 anos; no entanto, sabe-se muito mais sobre o último grupo, já que as pesquisas domiciliares os alcançam diretamente.

Dados sobre a gravidez ou nascimentos fora do casamento são especialmente escassos. Contudo, esses dados são cruciais para a compreensão dos determinantes da gravidez neste grupo, seus desafios e vulnerabilidades, o impacto sobre suas vidas e as ações que governos, comunidades e as famílias podem realizar para ajudar as meninas a evitar uma gravidez ou apoiar aquelas que já engravidaram ou deram à luz.

A trajetória de vida de cada menina grávida, no entanto, não depende apenas de sua idade, mas também de onde vive, seu grau de empoderamento através de direitos e oportunidades, do seu acesso aos cuidados de saúde, recursos escolares e econômicos. O impacto de uma gravidez sobre uma menina de 14 anos de idade, casada em uma área rural, por exemplo, é muito diferente daquele em uma jovem de 18 anos, solteira, que vive em uma cidade ou tem acesso a apoio familiar e recursos financeiros.

Dados mais elaborados e informação contextual sobre padrões, tendências e circunstâncias da gravidez entre meninas menores de 18 anos (especialmente sobre o grupo de adolescentes com idades dos 10 aos 14 anos) ajudariam a estabelecer as bases para o direcionamento das intervenções, a formulação de políticas públicas e para uma com-

ESTIMANDO-SE TAXAS DE GRAVIDEZ E PARTO NA ADOLESCÊNCIA

Dados precisos sobre gravidez na adolescência são escassos. Sistemas de registro de dados vitais coletam informações sobre *nascimentos*, não sobre gestações. Diferentemente dos nascimentos, as gestações geralmente não são relatadas e agregadas pelas instituições nacionais de estatística. Algumas gestações são interrompidas muito cedo, antes da mulher ou menina saber que está grávida. A gravidez é subdocumentada nos países em desenvolvimento porque muitas vezes as adolescentes não acessam os cuidados pré-natais – ou não conseguem acesso – e, portanto, a gravidez não chega ao conhecimento dos prestadores de cuidados da saúde. Gestações que terminam em aborto espontâneo ou induzido (muitas vezes realizado ilegalmente ou clandestinamente) também estão ausentes da maior parte dos bancos de dados nacionais.

A maioria dos países, portanto, utiliza as informações sobre *nascimentos* como *proxy* (substitutos) para os dados sobre a prevalência de *gravidez* na adolescência. As estimativas de taxas de natalidade são invariavelmente inferiores às taxas de gravidez. Por exemplo, de acordo com um estudo de 2008, a taxa de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos nos Estados Unidos foi de 68/1.000, enquanto a taxa de natalidade foi de 40/1.000 (Kost e Henshaw, 2013). As taxas de gravidez incluem abortos espontâneos, abortos induzidos, natimortos e gestações levadas a termo, enquanto que a taxa de natalidade inclui somente os nascidos vivos.

Os dados *proxy* utilizados pelos demógrafos são coletados de duas formas:

- Através de uma abordagem retrospectiva, ou seja, perguntar a mulheres entre 20 e 24 anos se tiveram um filho em idade mais precoce, geralmente antes dos 18 anos. Os dados utilizados na abordagem retrospectiva e citados neste relatório vêm de Pesquisas de Demografia e Saúde, ou PDS, e vários inquéritos de indicadores múltiplos, ou IIM, realizados em 81 países em desenvolvimento.
- Através do cálculo da taxa de natalidade adolescente:

$$\text{Taxa de Natalidade adolescente} = \frac{\text{Número total de nascidos vivos entre meninas de 15 a 19 anos} \times 1.000}{\text{Número total de adolescentes de 15 a 19 anos}}$$

DIVIDIDO POR

A abordagem retrospectiva produz uma ideia sobre partos antes dos 18 anos, mas pode fornecer também uma noção sobre partos de meninas menores de 15 anos. A taxa de natalidade adolescente, no entanto, inclui apenas os nascidos vivos de adolescentes entre 15 e 19 anos.

preensão mais profunda sobre suas causas e consequências, que são complexas, multidimensionais e vão muito além da esfera de uma menina grávida. Mas também são de grande importância – e também escassos – os dados e a compreensão sobre os homens e meninos que são pais dos filhos e filhas das adolescentes.

A gravidez na adolescência não é uma preocupação apenas em países em desenvolvimento. Centenas de milhares de casos são também relatados em países de renda média e alta todos os anos.

Mas alguns dos padrões encontrados nos países em desenvolvimento também são relevantes para os países desenvolvidos: meninas que vivem em famílias de baixa renda, no meio rural, com menos escolaridade ou que tenham abandonado a escola, que pertencem a minorias étnicas, imigrantes ou de subpopulações marginalizadas são mais propensas a engravidar. Nos países em desenvolvimento, a maioria das gestações em adolescentes ocorre dentro de casamentos, enquanto nos países desenvolvidos ocorrem cada vez mais fora do casamento.





2

O impacto na saúde, educação e produtividade das meninas

Quando uma menina engravida ou tem um filho, sua saúde, educação, potencial de geração de renda e todo o seu futuro podem ser comprometidos, prendendo-a em uma vida de pobreza, exclusão e ausência de empoderamento.

◀ *Uma paciente de fístula de 13 anos em um centro VVF na Nigéria Central.*
© UNFPA/Akintunde Akinleye

Quando uma menina engravida ou tem um filho, sua saúde, educação, potencial de geração de renda e todo o seu futuro podem ficar comprometidos, prendendo-a em uma vida de pobreza, exclusão e ausência de empoderamento.

O impacto sobre a jovem mãe muitas vezes é passado para seu filho ou filha, que começa a vida em desvantagem, perpetuando um ciclo intergeracional de marginalização, exclusão e pobreza.

E os custos de uma gravidez e parto precoces ultrapassam a esfera imediata da menina, afetando sua família, comunidade, a economia, o desenvolvimento e crescimento da nação.

Embora a gravidez afete a vida de uma menina de formas variadas e profundas, a maioria das pesquisas quantitativas têm se concentrado nos efeitos sobre a saúde, educação e produtividade econômica:

- *O impacto na saúde* inclui os riscos de morte materna, doença e deficiências, incluindo a fístula obstétrica, complicações de abortos inseguros, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e riscos para a saúde dos bebês.

- *O impacto educacional* inclui a interrupção ou término da educação formal e as consequentes oportunidades perdidas para realização de seu pleno potencial.
- *O impacto econômico* está intimamente ligado ao impacto educacional e envolve a exclusão de empregos ou meios de vida remunerados, custos suplementares para o setor da saúde e a perda de capital humano.

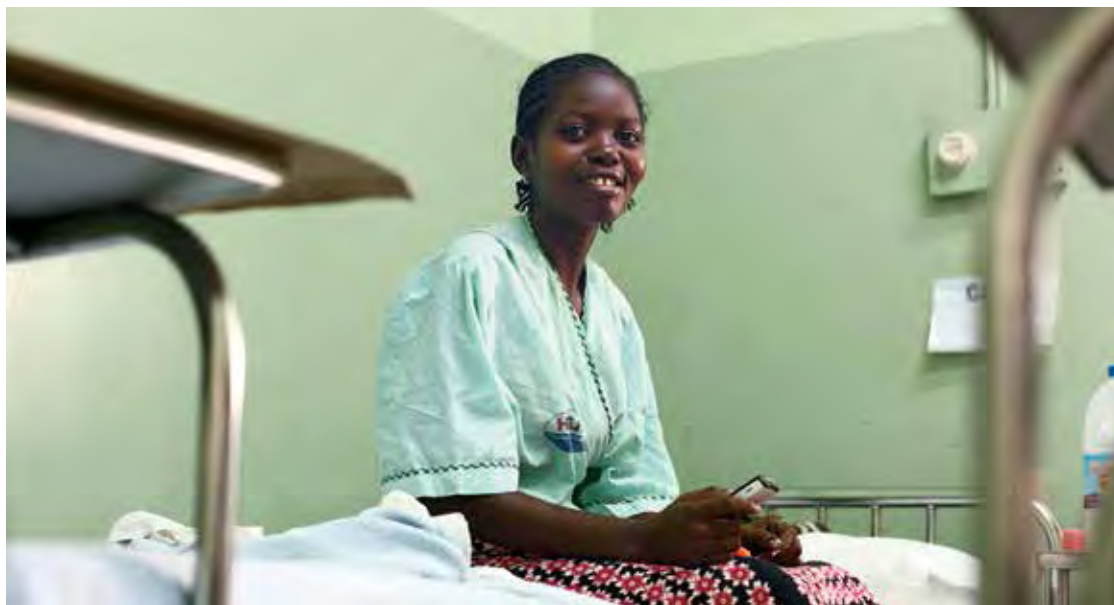
Impacto na saúde

Cerca de 70 mil adolescentes em países em desenvolvimento morrem anualmente de causas relacionadas à gravidez e ao parto (UNICEF, 2008). Complicações decorrentes da gravidez e do parto constituem as principais causas de morte de adolescentes mais velhas (Organização Mundial de Saúde, 2012).

As adolescentes que engravidam tendem a vir de famílias de baixa renda e a apresentar deficiência nutricional. Embora as taxas variem por região, em geral cerca de uma em cada duas meninas em países em desenvolvimento tem anemia, o que pode aumentar o

Hortência, 25 anos, desenvolveu uma fístula obstétrica aos 17 anos, durante um parto complicado.

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira



risco de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro e morte materna (*Pathfinder International*, 1998; Balarajan et al, 2011; Ransom e Elder, 2003).

Vários fatores contribuem diretamente para a morte materna, doença e deficiência entre as adolescentes, incluindo a idade da menina, sua imaturidade física, complicações de aborto inseguro e falta de acesso a cuidados obstétricos de rotina e emergenciais prestados por profissionais qualificados. Outros fatores que colaboram incluem a pobreza, a desnutrição, a baixa escolaridade, o casamento precoce e o baixo *status* das meninas e mulheres (Organização Mundial da Saúde, 2012b).

A probabilidade de problemas de saúde aumenta quando uma menina fica grávida até dois anos após a menarca, ou quando sua pélvis e canal de parto ainda estão em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Fístula obstétrica

Mães de primeira viagem e fisicamente imaturas são particularmente vulneráveis a trabalhos de parto prolongados, obstruídos, que podem resultar em fístula obstétrica, especialmente quando não há disponibilidade ou acesso a uma cesariana de emergência. A fístula pode ocorrer em mulheres em qualquer idade reprodutiva. Estudos na Etiópia, Malawi, Níger e Nigéria mostram que cerca de uma em cada três mulheres que vivem com fístula obstétrica informou tê-la desenvolvido quando adolescente (Muleta et al, 2010; Tahzib, 1983; Hilton e Ward, 1998; Kelly e Kwast, 1993; Ibrahim et al, 2000; Rijken e Chilopora, 2007).

A fístula obstétrica é uma condição debilitante que torna a mulher incontinente e, na maioria dos casos, resulta na morte fetal ou do bebê durante a primeira semana de vida.

Considera-se que entre 2 e 3,5 milhões de mulheres e meninas vivem com a doença em paí-

FÍSTULA OBSTÉTRICA: OUTRO FLAGELO PARA A NOIVA CRIANÇA

Foi uma experiência pessoal que fez Gul Bano e seu marido, Ahmed Khan, se tornarem embaixadores contra o casamento precoce e seu pior corolário, a fístula obstétrica.

Como é costume na remota aldeia de Kohadast, nas montanhas do Distrito de Khuzdar da Província do Baluchistão, no Paquistão, Bano foi entregue ao casamento logo que chegou à adolescência, aos 15 anos, e estava grávida do ano seguinte.

Não havendo unidade de saúde perto Kohadast, Bano não recebeu cuidados pré-natais e ninguém pensou que haveria complicações. Mas os eventos provaram o contrário. Depois de um trabalho de parto prolongado, com duração de três dias, o bebê foi natimorto. "Eu nunca vi a cor dos olhos do meu filho ou seu cabelo. Nunca lhe dei o seio", lembra Bano, agora com 20 anos.

Seus problemas tinham apenas começado. Uma semana depois, Bano percebeu que estava sempre molhada com urina e fedendo a matéria fecal. "Eu estava urinando e defecando junto".

Incapaz de lidar com o trabalho de parto prolongado, o corpo da jovem Bano desenvolveu uma fístula obstétrica causada pela cabeça do bebê pressionando duramente contra o revestimento do canal de parto e rasgando as paredes do reto e da bexiga.

Hoje, a fístula obstétrica é amplamente reconhecida como outra sobrecarga que recai sobre a menina privada de educação básica e forçada ao casamento, para o qual não está nem fisicamente nem mentalmente preparada.

Khan protegeu sua jovem esposa e procurou ajuda médica. Descobriu um hospital em Karachi especializado no tratamento de fístula e outras condições relacionados à saúde reprodutiva. O Hospital da Mulher Koohi Goth, onde vítimas de fístula são tratadas gratuitamente, foi criado pelo Dr. Shershah Syed, um dos primeiros ginecologistas do Paquistão especializado em reparar esta condição dolorosa e socialmente constrangedora. "Já faz quase três anos e ela [Bano] passou por seis operações", diz o Dr. Sajjad Ahmed, que trabalhou no Koohi Goth como gerente do projeto de fístula do UNFPA de junho de 2006 a fevereiro de 2010.

Hoje Bano e Khan tornaram-se defensores ativos da campanha contra a fístula. Eles viajam por todo o Paquistão, disseminando as formas de evitar a lesão e como agir a respeito. "Khan é um clérigo, mas ele não se parece com o estereótipo de uma pessoa religiosa", disse Syed. "Ele diz aos pais que a fístula pode ser evitada se eles pararem de casar suas filhas em uma idade muito precoce." Bano compartilha sua história e fala com mulheres casadas sobre a importância de espaçar os nascimentos, dos exames pré-natais, e do acesso a cuidados obstétricos de emergência.

—Zofeen Ebrahim, *Inter Press Service*

ses em desenvolvimento. Em muitos casos, uma mulher - ou menina – que tenha fistula obstétrica é banida de sua casa e de sua comunidade, ficando exposta à pobreza e marginalização.

A persistência da fistula obstétrica é um reflexo das desigualdades crônicas em saúde e das limitações dos sistemas de saúde, e também de desafios mais amplos, como desigualdades socioeconômicas e de gênero, casamento infantil e maternidade precoce, todos podendo prejudicar a vida das mulheres e das meninas e interferir com o gozo de seus direitos humanos básicos.

Na maioria dos casos, a fistula pode ser reparada através de cirurgia, mas poucas realmente se submetem ao procedimento, principalmente porque os serviços não estão amplamente disponíveis ou acessíveis, especialmente nos países pobres, que têm deficiência na qualidade dos serviços médicos e infraestrutura, ou porque a cirurgia, que não custa mais que US\$400, é proibitivamente cara para a maioria das mulheres e meninas nos países em desenvolvimento. Dos 50 mil a 100 mil novos casos por ano, apenas cerca de 14 mil se submetem à cirurgia, de modo que o número total de mulheres que vivem com a doença aumenta a cada ano.

Embora uma parteira qualificada e uma cesariana de emergência possam ajudar a adolescente a evitar a fistula obstétrica, a melhor maneira de proteger uma menina desta condição é ajudá-la a retardar a gravidez até que seja mais velha e seu corpo esteja maduro. Geralmente isso significa protegê-la do casamento precoce.

Aborto inseguro

Os abortos inseguros representam quase metade de todos os abortos (Sedgh et al, 2012; Shah e Ahman, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aborto inseguro é “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, quer por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente no qual faltam padrões médicos mínimos, ou ambos” (Organização Mundial da Saúde, 2012c).

Quase todos os abortos inseguros (98%) ocorrem em países em desenvolvimento, onde o aborto geralmente é ilegal. Mesmo quando o aborto é legal, adolescentes podem ter dificuldade de acesso aos serviços.

Os dados sobre abortos, seguros ou inseguros, para meninas entre 10 e 14 anos nos países em desenvolvimento são escassos, mas há estimativas aproximadas para a faixa etária de 15 a 19 anos, que responde por cerca de 3,2 milhões de abortos inseguros a cada ano nos países em desenvolvimento (Shah e Ahman, 2012).

Este estudo abrange a África, Ásia (excluindo o Leste da Ásia) e a América Latina e o Caribe (Shah e Ahman, 2012). As taxas de abortos inseguros por cada 1000 são semelhantes para a África Subsaariana e a América Latina e o Caribe: 26 e 25, respectivamente. No entanto, o número total de abortos inseguros na África Subsaariana é maior que o dobro do encontrado na América Latina e o Caribe, quando se leva em conta o tamanho das populações dessas duas regiões. A África

ESTIMATIVAS DE ABORTO INSEGURO E TAXA DE ABORTO INSEGURO PARA MENINAS DE 15 A 19 ANOS, 2008

Regiões em desenvolvimento	Número anual de abortos inseguros de meninas de 15 a 19 anos	Taxa de abortos inseguros (por 1000 meninas de 15 a 19 anos)
Países em desenvolvimento	3,200,000	16
África	1,400,000	26
Ásia (excluindo Leste da Ásia)	1,100,000	9
América Latina e o Caribe	670,000	25

Fonte: Shah and Ahman, 2012.

Subsaariana é responsável por 44% de todos os abortos inseguros entre adolescentes de 15 a 19 anos nos países em desenvolvimento (excluindo o leste da Ásia), enquanto a América Latina e o Caribe representam 23% do total.

Na África Subsaariana, cerca de 36 mil mulheres e meninas morrem a cada ano de aborto inseguro, e milhões sofrem de doença ou incapacidade de longo prazo (Rádio ONU, d2010).

Em comparação com adultas que fazem abortos inseguros, as adolescentes são mais propensas a sofrer complicações como hemorragias, septicemia, danos aos órgãos internos, tétano, esterilidade e até óbito (Coalizão Internacional para os Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2002). Algumas explicações para o fato das adolescentes apresentarem resultados de saúde agravados é que são mais propensas a retardar a busca e a realização do aborto, utilizam pessoas não qualificadas para realizá-lo, usam métodos perigosos e demoram a procurar atendimento quando surgem complicações.

Adolescentes constituem uma grande proporção de pacientes hospitalizadas por complicações de abortos inseguros. Em alguns países em desenvolvimento, os registros hospitalares sugerem que entre 38% e 68% das pacientes tratadas por complicações de aborto são adolescentes (Coalizão Internacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2002).

Eu aceitei minha
condição de HIV porque
se aconteceu, aconteceu.

Neo, 15 anos, Botswana

PERCENTAGEM DE MENINAS, ENTRE 15 E 19 ANOS, COM VIDA SEXUAL ATIVA E QUE RELATARAM UMA DST OU SINTOMAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

(PAÍSES COM 20% OU MAIS)

Guiné	35%
Gana	29%
República do Congo	29%
Nicarágua	26%
Côte d'Ivoire	25%
República Dominicana	21%
Uganda	21%

Fonte: Kothari et al., 2012.

Infecções sexualmente transmissíveis

Em todo o mundo, há 340 milhões de novas infecções sexualmente transmissíveis, ou DSTs, a cada ano. Jovens com idades entre 15 e 24 anos têm as mais altas taxas de DSTs. Apesar de não serem uma consequência da gravidez na adolescência, as DSTs são uma consequência do comportamento sexual -da não-utilização ou de uso incorreto do preservativo - que pode levar à gravidez adolescente. Se não tratadas, as DSTs podem causar infertilidade, doença pélvica inflamatória, gravidez ectópica, câncer e dor pélvica debilitante em mulheres e meninas. Também podem levar a bebês com baixo peso ao nascer, partos prematuros e condições físicas e neurológicas ao longo da vida para crianças nascidas de mães vivendo com DST.

Em sete dos 35 países cobertos por uma recente revisão de Pesquisas de Demografia e Saúde, pelo menos uma em cada cinco adolescentes do sexo feminino com idades entre 15 e 19 anos que haviam iniciado sua vida sexual indicaram que tiveram uma DST ou sintomas nos últimos 12 meses (Kothari et al., 2012)

Pesquisas de Demografia e Saúde mostram que, em geral, o percentual de mulheres entre as idades de 15 e 19 anos que já tiveram relações sexuais e que relataram DSTs ou sintomas nos últimos 12 meses é maior do que a relatada por homens com vida sexual ativa na mesma faixa etária. Em Côte d'Ivoire, por exemplo, 25% das meninas entre 15 e 19 anos com

vida sexual iniciada relataram ter tido uma DST ou sintomas, em comparação com 14% dos meninos na mesma faixa etária. Outros estudos sobre DSTs e adolescentes também mostram que as meninas são afetadas com mais frequência que os meninos (Dehne e Riedner, 2005). As DSTs são comuns entre adolescentes estupradas e crianças abusadas.

Meninas adolescentes também são mais propensas a terem o HIV do que os meninos. As mulheres jovens são mais vulneráveis à infecção pelo HIV por conta de fatores biológicos, por terem parceiros sexuais mais velhos, pela falta de acesso a informação e serviços, e devido a normas e valores sociais que minam sua capacidade de se protegerem. Sua vulnerabilidade aumenta durante crises humanitárias e emergências, quando as dificuldades econômicas levam ao aumento do risco de exploração, como tráfico, e aumento dos riscos à saúde reprodutiva relacionados à troca de sexo por dinheiro e outras necessidades (Organização Mundial da Saúde, 2009a).

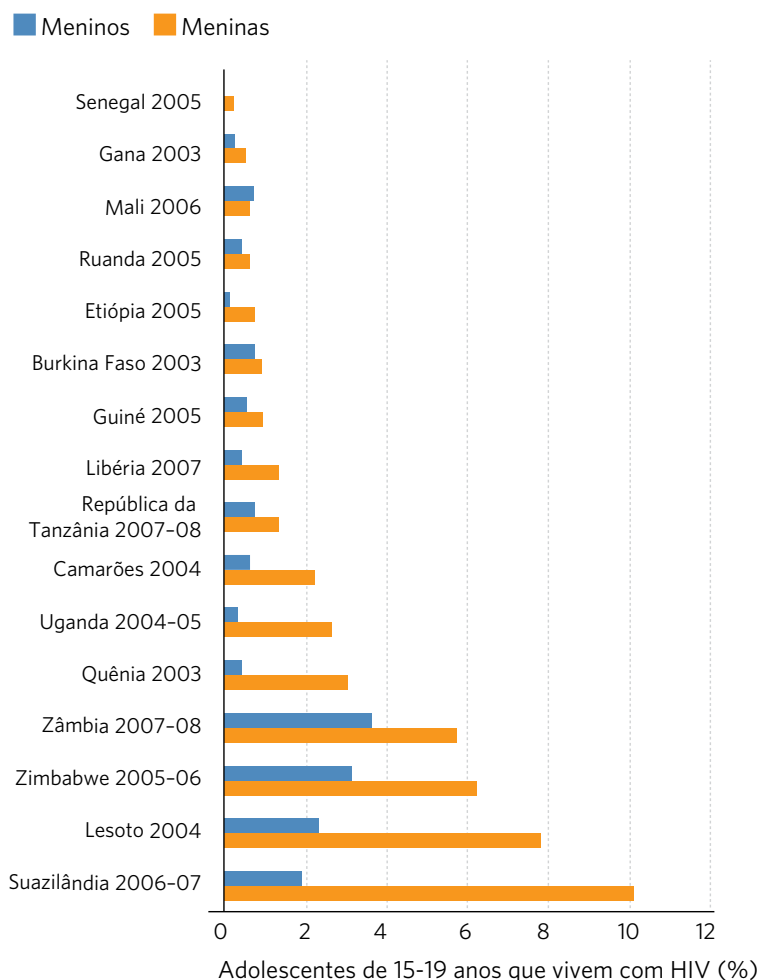
Riscos para a saúde dos bebês e crianças

Os riscos para a saúde de bebês e crianças de mães adolescentes têm sido bem documentados. O número de casos de natimortos e óbitos de recém-nascidos é 50% maior entre os filhos de mães adolescentes do que entre os filhos de mães com idades de 20 a 29 anos (Organização Mundial da Saúde, 2012a). Cerca de 1 milhão de crianças nascidas de mães adolescentes não completam 1 ano de idade. Os bebês que sobrevivem são mais propensos a baixo peso ao nascer e prematuridade do que os nascidos de mulheres de 20 a 29. Além disso, com mães sem acesso a tratamento, aumenta o risco de transmissão vertical do HIV.

Riscos à saúde relacionados a um parto antes dos 15 anos

Pesquisas indicam que adolescentes muito jovens em países de renda baixa e média têm o dobro do

PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS, EM PAÍSES SELECIONADOS DA ÁFRICA SUBSAARIANA, 2001-2007



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2009a.

ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS VIVENDO COM HIV, 2009

Região	Meninas		Meninos		Total	
	Estimativa	Piso-Teto	Estimativa	Piso-Teto	Estimativa	Piso-Teto
Leste e Sul da África	760.000	(670.000 - 910.000)	430.000	(370.000 - 510.000)	1.200.000	(1.000.000 - 1.400.000)
Oeste e Centro da África	330.000	(270.000 - 440.000)	190.000	(140.000 - 240.000)	520.000	(390.000 - 680.000)
Oriente Médio e Norte da África	22.000	(17.000 - 30.000)	9.700	(7.800 - 12.000)	32.000	(25.000 - 40.000)
Sul da Ásia	50.000	(44.000 - 57.000)	54.000	(47.000 - 66.000)	100.000	(90.000 - 130.000)
Leste da Ásia e Pacífico	27.000	(15.000 - 30.000)	23.000	(14.000 - 34.000)	50.000	(29.000 - 73.000)
América Latina e o Caribe	44.000	(34.000 - 55.000)	44.000	(31.000 - 82.000)	88.000	(62.000 - 160.000)
PECO / CEI	9.000	(7.700 - 10.000)	3.900	(3.400 - 4.500)	13.000	(11.000 - 15.000)
Mundo	1.300.000	(1.100.000 - 1.500.000)	780.000	(670.000 - 900.000)	2.000.000	(1.800.000 - 2.400.000)

Fonte: UNICEF, 2011.

risco de morte materna e fistula obstétrica do que mulheres mais velhas (incluindo as adolescentes mais velhas), especialmente na África Subsaariana e no Sul da Ásia (Blum et al., 2013).

À medida que fazem a transição do início para o final da adolescência, os comportamentos sexuais e reprodutivos contribuem para padrões de mortalidade e morbidade divergentes entre meninas e meninos, em que as adolescentes mais jovens enfrentam maior risco de coerção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, bem como as consequências de gestações indesejadas e trauma psicológico (Blum et al., 2013).

Neal et al. (2012) também mostram que meninas até os 15 anos têm probabilidade significativamente maior de sofrerem de doenças como a eclâmpsia, anemia, hemorragia pós-parto e endometrite puerperal do que as adolescentes mais velhas. As evidências também sugerem que resultados neonatais adversos asso-

ciados à gravidez na adolescência são maiores entre as adolescentes mais jovens.

Muitos dos países com altos índices de maternidade precoce são também os que apresentam altas taxas de mortalidade materna (Neal et al., 2012).

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde mostra que as meninas que engravidam aos 14 anos ou menos são mais propensas a partos prematuros, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e problemas de saúde nos recém-nascidos (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Os riscos para mães muito jovens e seus recém-nascidos são mais graves entre as meninas com desnutrição. A gravidez pode prejudicar ainda mais o estado da mãe e comprometer os padrões normais de crescimento, e seus bebês são mais propensos a baixo peso e óbito.

Meninas menores de 15 anos não estão fisicamente prontas para a relação sexual ou para



▲ *Marielle, 25 anos, deu à luz aos 13 anos.*
© UNFPA/
Berge, Borghild

procriar e não têm as capacidades cognitivas nem o poder para tomar decisões seguras, informadas ou voluntárias (Dixon -Mueller, 2008). Ainda assim, em mais de 30 países, 10% dos adolescentes já tiveram relações sexuais aos 15 anos, com taxas tão elevadas quanto 26% em Níger. A pesquisa mostra que, em alguns países, os primeiros encontros sexuais de muitas meninas são não-consensuais, e a incidência de sexo forçado é maior entre adolescentes muito jovens (Erulkar, 2013).

O impacto psicossocial

A cada ano, milhões de meninas são obrigadas a se casar, e estima-se que 90% das adolescentes que têm filhos são casadas. Isso significa que milhões de meninas em curto espaço de tempo deixam de ser crianças para se tornarem mães, casadas, com responsabilidades de adultas. Um dia, estão sob a autoridade de um

pai, no outro de um parceiro ou marido, perpetuando e reforçando um ciclo de desigualdade de gênero, dependência e impotência.

Na transição da infância para o casamento forçado e a maternidade, a menina pode passar por estresse ou depressão, uma vez que não está psicologicamente preparada para o casamento, sexo ou gravidez, especialmente quando ocorre coerção sexual ou sexo não-consensual. Dependendo do ambiente em sua casa e comunidade, a menina pode se sentir estigmatizada por uma gravidez precoce (especialmente se for fora do casamento) e acabar buscando um aborto, mesmo em locais onde o aborto é ilegal e inseguro, muitas vezes aceitando o risco de um resultado desastroso para sua saúde.

Impacto na educação das meninas

As meninas que permanecem mais tempo na escola são menos propensas a engravidar. A educação as prepara

para empregos e meios de vida, aumenta sua autoestima e seu status dentro das famílias e comunidades, e lhes confere mais voz nas decisões que afetam suas vidas. A educação também reduz a probabilidade de casamento precoce e retarda a procriação, levando a nascimentos mais saudáveis no final.

Uma nova pesquisa de países para avaliar o progresso na implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 confirma que taxas de alfabetização mais altas entre as meninas de 15 a 19 anos estão associadas a taxas significativamente inferiores de natalidade adolescente (UNFPA, 2013a).

Uma análise recente de 39 países mostra que, com as exceções de Benin e Mali, meninas solteiras (de 15 a 17 anos) que frequentam a escola são muito menos propensas a fazerem sexo antes do casamento, em comparação com seus pares fora da escola (Biddlecom et al, 2008; Lloyd, 2010). Estes resultados destacam os efeitos de proteção conferidos pela educação contra a gravidez adolescente e seus resultados adversos.

Os benefícios sociais e econômicos para as meninas que permanecem na escola são grandes, assim como são grandes os custos para as que abandonam precocemente a escola ou são forçadas a sair por causa de uma gravidez.

No entanto, a relação causal entre gravidez na adolescência e abandono escolar precoce pode ser difícil de distinguir (UNFPA, 2012a).

As meninas que engravidam podem já ter abandonado a escola antes da gravidez ou sequer frequentaram a escola. Um estudo sobre países africanos francófonos mostrou que apenas entre 5% e 10% das meninas abandonam a escola ou são expulsas por causa de gravidez (Lloyd e Mensch, 2008). Em vez disso, o estudo constatou que é mais provável que o motivo do abandono seja a "formação de uniões" - primeiro casamento ou coabitação.

Ainda assim, para muitas adolescentes que se tornam mães, a educação formal é interrompida permanentemente, seja por causa de circunstâncias individuais, como o casamento infantil, pressões familiares ou da comunidade, ou porque as escolas proíbem as meninas grávidas de assistir às aulas ou proíbem seu retorno depois de terem um bebê (Panday et al., 2009).

E mesmo nos países onde as leis permitem que as meninas retornem, apenas uma minoria realmente volta à escola. Na África do Sul, por exemplo, está na Constituição e na Lei das Escolas de 1996 que as

CASADOS, E DE VOLTA À ESCOLA

Filesia é uma menina de 15 anos de idade, de um espírito livre, alegre, que conversa e ri entre amigos. Ela está desfrutando de sua vida na escola Standard 8 no Malawi e diz que mal pode esperar para chegar ao ensino médio dentro de um ano.

Mas Filesia não é exatamente como os outros alunos de sua classe. Os pais dela a obrigaram a abandonar a escola e se casar depois que ficou grávida, aos 13 anos.

"Meu namorado, que tinha 18 anos na época, me induziu a ter relações sexuais com ele. Me disse que eu era muito jovem para engravidar e eu acreditei nele", disse Filesia. Ela ficou grávida depois de duas relações sexuais. "Eu não sabia nada sobre anticoncepcionais, então não usamos proteção."

"Meus pais disseram que não podiam me manter em casa depois que descobriram que eu estava grávida. Eles me entregaram à família do meu namorado e começamos a viver juntos após a realização de um casamento tradicional".

Filesia ficou casada por dois anos após dar à luz um menino, mas agora já voltou para a escola, resgatada da vida de noiva menor de idade pela Unidade Comunitária de Apoio à Vítima, apoiada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para Meninas Adolescentes, realizado pelo UNFPA.

"Agora eu aprendi sobre contraceptivos através do clube de jovens que passei a frequentar. Não pretendo manter relações sexuais novamente até eu terminar a escola, porque eu vivia em muita pobreza quando me casei". Filesia diz que quer ser policial. "Eu quero resgatar outras meninas que são forçadas a casamentos precoces."

meninas que engravidam não podem ter seu acesso à educação negado, mas uma revisão constatou que apenas uma em cada três adolescentes que abandonaram a escola por causa de uma gravidez realmente retorna. Um estudo realizado no Chile demonstrou que ser mãe reduz a probabilidade de uma menina frequentar e concluir o ensino médio entre 24% e 37% (Kruger et al., 2009).

O problema da educação incompleta para as mães adolescentes não é exclusivo dos países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, por exemplo, 329.772 bebês nasceram de adolescentes com idades entre 15 e 19 anos em 2011.

Apenas cerca de metade das meninas que engravidam quando adolescentes consegue concluir o ensino médio até os 22 anos. Em contraste, nove em cada 10 meninas que não engravidaram na adolescência obtêm seu diploma de ensino médio até os 22 anos (Perper et al., 2010).

Quanto mais tempo as meninas passam fora da escola, menos provável é o seu retorno.

"Fiquei feliz e triste ao mesmo tempo.
Feliz porque dei a luz a um lindo
menino...Mas meus pais agora têm
que me sustentar e ao meu bebê...
Abandonei a escola, e desde então
procuro emprego para sustentar meu
filho... Sou mãe solteira. Tenho que
fazer tudo pelo meu bebê."

Thoko, África do Sul (idade não informada)

Para facilitar o retorno das meninas à escola, são necessárias políticas de apoio, que, no entanto, são geralmente insuficientes: as novas mães provavelmente precisarão também de assistência financeira, assistência ao bebê, e aconselhamento individual para ajudá-las a lidar com os desafios da maternidade adolescente, incluindo o estigma.

Impacto econômico

De acordo com um estudo do Banco Mundial (Chaaban e Cunningham, 2012), quando uma menina tem o poder de retardar a gravidez, também poderá ser socialmente empoderada a permanecer na escola, e depois economicamente empoderada para conseguir um emprego mais lucrativo ou buscar outras oportunidades de geração de renda. Investimentos que fortaleçam as meninas são benéficos para a economia; por outro lado, os custos de não investir nelas são elevados. O custo de oportunidade de vida relacionado à gravidez na adolescência - medido pela renda anual cessante ao longo da vida da mãe - varia de 1% do PIB anual na China a 30% do PIB anual em Uganda. O custo de oportunidade é uma medida "do que poderia ter sido" se o investimento adicional nas meninas tivesse sido realizado.

O estudo do Banco Mundial mostra os custos de oportunidade associados à gravidez na adolescência e evasão escolar. Se o total de 1,6 milhões de meninas adolescentes no Quênia, por exemplo, tivessem completado o ensino secundário, e se as 220.098 mães adolescentes estivessem empregadas, em vez de terem ficado grávidas, o efeito acumulado poderia ter acrescentado US\$ 3,4 bilhões na renda bruta no Quênia a cada ano. Isto equivale a todo o setor de construção do país. Da mesma forma, o Brasil teria um aumento de produtividade equivalente a mais de US\$3,5 bilhões se as adolescentes tivessem adiado a gravidez até os seus vinte

e poucos anos, enquanto a produtividade da Índia aumentaria em US\$7,7 bilhões.

Como a maioria das gestações na adolescência ocorre num momento em que as meninas estão no ensino secundário ou médio, a evasão nesta etapa resulta em custos mais elevados para a economia do que a evasão do ensino primário ou fundamental. Como o número de meninas afetadas é muito maior entre populações que estão no ensino médio do que no ensino fundamental, o impacto negativo sobre os retornos do investimento no ensino médio é muito maior do que o impacto negativo sobre o ensino fundamental.

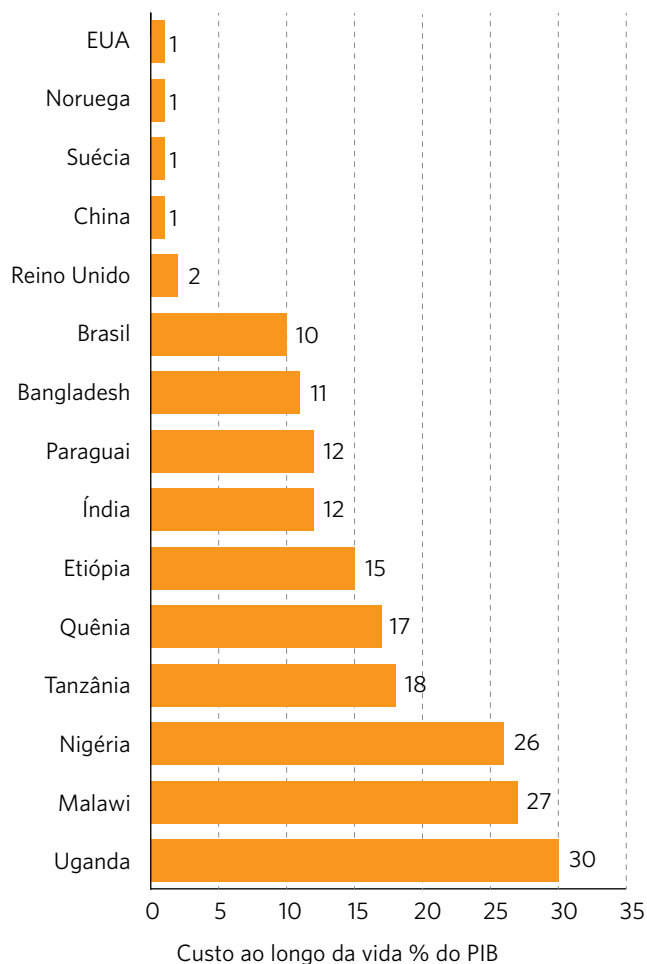
O estudo do Banco Mundial afirma que esta análise subestima o verdadeiro custo de não investir nas meninas. Os custos computados são apenas os econômicos e estes devem ser vistos como inferiores aos verdadeiros custos sociais. O estudo analisa apenas a perda de produtividade no mercado de trabalho e, portanto, não inclui os custos incorridos para a saúde das mulheres, os custos sociais de mães solteiras adolescentes, nem as possíveis implicações para a futura produtividade da criança, como indicado por estudos que mostram que filhos de mães adolescentes têm taxas mais baixas de desempenho escolar.

Os verdadeiros custos - que incluem um nível mais baixo do estado de saúde dos filhos dessas meninas, menor expectativa de vida, redução das competências das meninas desempregadas, menos empoderamento social, e assim por diante - aumentariam em muitas vezes as estimativas de custo (Cunningham et al., 2008).

Quando as falhas das políticas ou outras pressões sobre as adolescentes resultam em grande número de gestações, os custos econômicos podem ir além do nível individual e passar para a comunidade e a nação.

Podem surgir alguns custos, por exemplo, através

CUSTO AO LONGO DA VIDA DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA DA COORTE ATUAL DE MENINAS DE 15 A 19 ANOS, COMO PARCELA DO PIB ANUAL



Fonte: Chaaban and Cunningham, 2011.

do aumento da demanda sobre os sistemas de saúde já sobrecarregados para o tratamento de complicações de abortos inseguros em adolescentes. De acordo com a Coalizão Internacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2002): “em muitos países em desenvolvimento, registros hospitalares sugerem que entre 38% e 68% das mulheres tratadas por complicações de aborto têm menos de 20 anos de idade.”

A DIMENSÃO DOS DIREITOS HUMANOS

As violações de direitos são muitas vezes uma causa subjacente e uma consequência da gravidez na adolescência.

As meninas que engravidam geralmente não conseguem desfrutar ou exercer seus direitos garantidos em tratados internacionais como a Convenção sobre os Direitos da Criança. Da mesma forma, quando uma menina é impedida de gozar de direitos básicos, como o direito à educação, ela se torna mais vulnerável a engravidar antes da idade adulta.

Se uma adolescente ficar grávida como resultado de sexo forçado ou coerção sexual, seus direitos são ainda mais violados. Se essa mesma menina é impedida de frequentar a escola porque está grávida ou responsável por cuidar de seus filhos, seus direitos são novamente negados. Se não pode frequentar a escola, seu potencial de geração de renda diminui, e as chances de passar o resto da vida na pobreza aumentam dramaticamente.

No ano passado, o Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos publicou um relatório inovador, contendo inúmeras resoluções do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas sobre mortalidade e morbidade maternas como violações dos direitos humanos e identificou algumas das causas subjacentes da gravidez na adolescência:

O primeiro passo é analisar não apenas por que meninas adolescentes sofrem com altas taxas de morbidade e mortalidade materna, mas também por que engravidam. Uma abordagem baseada nos direitos humanos define e aborda o problema em termos de causas imediatas e subjacentes da mortalidade e morbidade maternas, uma vez que determinam as possibilidades de resolver problemas concretos no nível local. Em meio a muitos outros fatores, a gravidez na adolescência pode também estar ligada à falta de educação em sexualidade abrangente, normas de gênero que reforçam a gravidez precoce, casamento precoce, altos níveis de violência sexual e/ou sexo transacional, falta de serviços de saúde voltados para jovens, falta de métodos contraceptivos disponíveis e acessíveis, ou uma combinação destes fatores. (Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, de 2012, parágrafo 59).

Formas sobrepostas de desigualdade agravam a situação. As adolescentes que vivem em situação de pobreza ou em áreas rurais, ou que também são deficientes, ou indígenas, enfrentam barreiras adicionais para ter acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva e, em alguns casos, são mais propensas a serem vítimas de violência sexual.

Tratar a gravidez na adolescência através da proteção dos direitos humanos baseia-se em um marco normativo internacional que obriga os governos a tomar medidas que possibilitam às meninas o gozo de seus direitos à educação, à saúde e de viver livres de violência. As crianças têm os mesmos direitos humanos que os adultos, mas também têm direitos especiais para enfrentar as desigualdades intrínsecas à idade.

Assim, garantir direitos pode ajudar a eliminar muitas das condições que contribuem para a gravidez na adolescência e ajudar a mitigar muitas das consequências para a menina, sua família e sua comunidade. Enfrentar esses desafios através da proteção dos direitos humanos é a chave para acabar com um ciclo vicioso de violações de direitos, pobreza, desigualdade, exclusão e gravidez na adolescência.

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, 179 governos reconheceram as conexões entre o casamento precoce, gravidez na adolescência e altas taxas de mortalidade materna adolescente. O Programa de Ação da CIPD destacou o papel fundamental que a educação pode desempenhar na prevenção desses males (Programa de Ação da CIPD, Princípio 4, parágrafo 7.41). Os Governos concordaram em proteger e promover os direitos de adolescentes à saúde reprodutiva, educação e informação, e concordaram também em garantir o acesso universal à informação abrangente e factual sobre saúde reprodutiva.

Desde a CIPD, os órgãos de monitoramento dos tratados das Nações Unidas, que interpretam e monitoraram a conformidade dos governos com tratados de direitos humanos, reconheceram a necessidade de empoderar adolescentes para tomar decisões informadas sobre suas vidas e afirmaram que os adolescentes têm os mesmos direitos humanos que os adultos, incluindo direitos reprodutivos. A Convenção sobre os Direitos da Criança, o tratado de direitos humanos mais ratificado no mundo, reconhece expressamente as crianças como sujeitos de direitos. No entanto, por falta de capacidade legal para agir em seu próprio nome, as crianças como sujeitos de direitos não têm capacidade ou escolha para reivindicar seus direitos em muitos casos. Esta falta de autonomia na tomada de decisão, juntamente com o seu baixo status social e econômico e sua vulnerabilidade física, dificulta ainda mais o gozo e o exercício de seus direitos.

Estima-se que na Etiópia, no ano de 2008, 52.600 mulheres receberam cuidados relacionados a complicações do aborto inseguro em uma unidade de saúde (Guttmacher Institute, 2010). Uma vez que, na Etiópia, as mulheres que procuram um aborto têm uma idade média de 23 anos, é seguro dizer que as adolescentes constituem uma proporção significativa de pacientes em tratamento por complicações de aborto naquele país (Guttmacher Institute, 2010). Um artigo recente (Abdella et al., 2013) estima que, na Etiópia, o custo direto incorrido pelo sistema nacional de saúde para o tratamento de complicações pós-aborto foi entre US\$6,5 e US\$8,9 milhões por ano. Em alguns países da América Latina, os hospitais estão lotados de adolescentes que necessitam de tratamento para complicações relacionadas a gravidez, parto ou aborto.

Os custos não estão limitados às complicações do aborto, nem se limitam aos países em desenvolvimento: “em 2008 [nos Estados Unidos], a gravidez e os partos adolescentes envolveram custos de quase US\$11 bilhões por ano para os contribuintes em saúde e assistência social, aumento das taxas de encarceramento entre os filhos de pais adolescentes e perda de receita fiscal por causa do baixo rendimento escolar e baixa renda entre mães adolescentes.” (Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez Adolescente e Não Planejada, 2011).

Conclusão

A gravidez e o parto na adolescência podem ter consequências negativas para as meninas em termos de saúde física e mental, bem-estar social, desempenho educacional e potencial de geração de renda. Esses impactos se baseiam em grande parte na persistente desigualdade de gênero e na discriminação nas estruturas jurídicas, sociais e econômicas, resultando em estigma, marginalização e violação de direitos humanos fundamentais. Quando as meni-

É tabu falar sobre sexo. Às vezes, há programas sobre anticoncepcionais na TV, mas os jovens não prestam atenção suficiente. Discutimos sexo entre nós, mas não abordamos a questão com nossos pais. Geralmente, são as meninas que pedem aos meninos para usarem preservativos. Os meninos não pensam em pedir as meninas para tomar a pílula ou usar outro método contraceptivo.”

Ngimana, 17, Senegal

nas têm negadas as informações e serviços de que necessitam para evitar a gravidez, sua autonomia é prejudicada. Quando ficam grávidas e são forçadas a abandonar a escola, seus direitos são violados. Quando são forçadas a se casar ou são submetidas a violência ou coerção sexual, seus direitos são violados mais uma vez.

Quando os direitos humanos das meninas são respeitados, elas têm menos probabilidade de serem estigmatizadas e marginalizadas e são livres para desenvolver e manter relações saudáveis com amigos e pares. Elas têm acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e conseguem obter uma educação, independentemente da sua situação. São mais capazes de se tornarem cidadãs saudáveis, produtivas e empoderadas, que podem participar em pé de igualdade como membros de suas famílias, comunidades e nações.



3

Pressão de todos os lados

A gestação na adolescência não ocorre em um vácuo, mas é consequência de fatores inter-relacionados como a pobreza generalizada, aceitação do casamento precoce pelas comunidades e famílias e esforços inadequados para manter as meninas na escola.

◀ *Faiz, 40 anos, e Ghulam, 11 anos, em casa antes de seu casamento, Afeganistão.*

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), 179 países concordaram sobre a necessidade de “promover os direitos dos adolescentes à saúde reprodutiva, educação, informação e cuidados, e reduzir significativamente o número de gestações na adolescência.” (CIPD - Programa de Ação, parágrafo 7.46).

No entanto, muitas das ações realizadas antes e depois de 1994 para atingir os objetivos de redução do número de gestações na adolescência têm tido um foco muito limitado, considerando as meninas como o problema e a mudança de seu comportamento como a solução.

Essas ações geralmente não conseguem reduzir a gravidez na adolescência, uma vez que negligenciam as circunstâncias subjacentes de natureza econômica, social, legal e outras, assim como estruturas, sistemas, normas e violações de direitos que determinam a gravidez na adolescência em todo o mundo. Outra falha dessas abordagens é que não levam em conta o papel de homens e meninos na perpetuação ou prevenção da gravidez na adolescência.

Uma abordagem “ecológica” para a gravidez na adolescência deve considerar a gama completa de determinantes complexos da gravidez na adolescência e a interação entre essas forças. Ela pode ajudar os governos, políticos e partes interessadas a compreender os desafios e criar intervenções mais efetivas, que irão não apenas reduzir o número de gestações, mas também poderão quebrar as muitas barreiras para o empoderamento das meninas, para que a gravidez não seja mais um resultado provável.

Um modelo ecológico como esse lança luz sobre a constelação de forças que conspiram contra as adolescentes e aumentam a probabilidade de que elas venham a engravidar (Blum

e Johns Hopkins, 2013). Embora essas forças sejam numerosas e estratificadas, todas elas estão relacionadas, de uma forma ou de outra, com a incapacidade de uma menina desfrutar ou exercer direitos e com a falta de poder para moldar seu próprio futuro.

A maioria dos determinantes neste modelo opera em mais de um nível. Por exemplo, as políticas de nível nacional podem restringir o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, enquanto a comunidade ou a família se opõe ao acesso à educação em sexualidade abrangente ou outras informações sobre como prevenir uma gravidez.

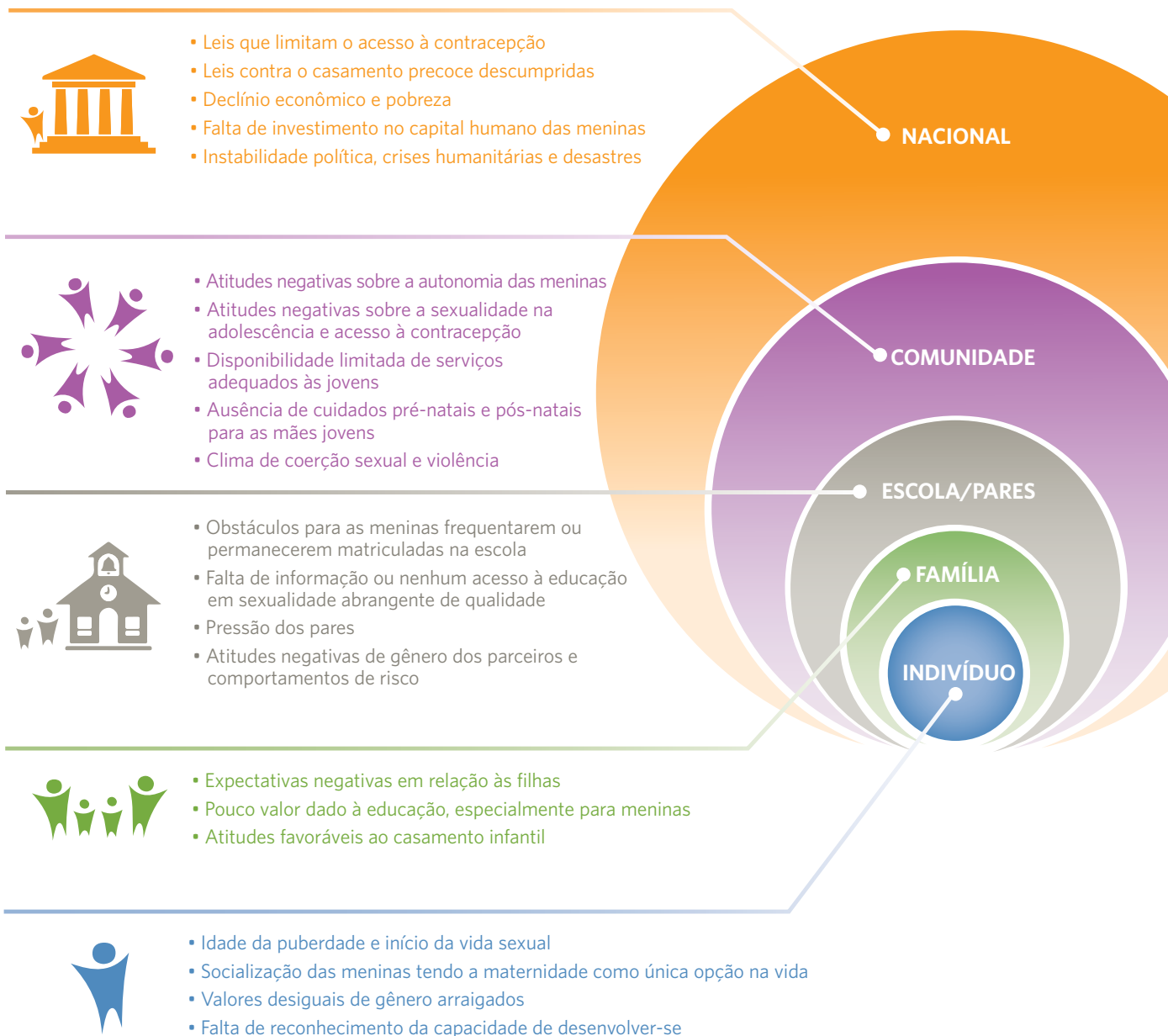
Este modelo mostra que a gravidez na adolescência não ocorre em um vácuo, mas é consequência de um conjunto de fatores inter-relacionados, como pobreza, aceitação do casamento precoce pelas comunidades e famílias, e esforços insuficientes para manter as meninas na escola.

Na orientação técnica quanto à aplicação de abordagens baseadas em direitos para reduzir a mortalidade materna, em 2012, o Alto Comissariado para os Direitos Humanos pediu aos Estados que enfrentem os diversos determinantes multidimensionais da gravidez na adolescência, eliminando “causas imediatas e subjacentes.” (Conselho de Direitos Humanos, 2012). Normas de gênero que reforçam a gravidez precoce, o casamento infantil, a violência sexual e outras causas subjacentes citadas pelo Alto Comissariado para Direitos Humanos também fazem parte deste modelo ecológico.

Determinantes no nível nacional

Leis e políticas nacionais, o grau de compromisso do governo quanto ao cumprimento das obrigações definidas no âmbito dos instrumentos e tratados de direitos humanos, a extensão da pobreza ou priva-

DETERMINANTES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM MODELO ECOLÓGICO



ção e a estabilidade política, tudo pode influenciar se uma menina irá ou não engravidar. Estes determinantes estão além da capacidade de controle de uma adolescente ou de qualquer indivíduo, mas podem ter um tremendo impacto sobre o poder que um indivíduo tem de moldar o próprio futuro e realizar seu potencial.

Por exemplo, ao se fazer cumprir as leis nacionais que proíbem o casamento infantil é possível ajudar a eliminar uma das principais vulnerabilidades das meninas à gravidez.

No nível nacional, o acesso das adolescentes à contracepção pode ser dificultado por leis que proíbem o acesso de menores de 18 anos a serviços de orientação sexual e saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, sem o consentimento dos pais ou do cônjuge, impedindo assim que as meninas sexualmente ativas e seus parceiros obtenham e usem métodos contraceptivos.

▼ *Pré-natal no Centro Ux'ilTan na Guatemala.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



Muitos países também proíbem a contracepção de emergência ou que adolescentes tenham acesso a ela. Em alguns países, há uma desconexão entre a idade de consentimento para a atividade sexual e a idade mínima para acessar serviços de orientação sexual e saúde reprodutiva, incluindo contracepção e informação. Como resultado, as adolescentes podem ser impedidas de acessar os serviços quando estes solicitam o consentimento dos pais ou vão depender de que os profissionais de saúde as considerem capazes ou elegíveis para os serviços. Os profissionais de saúde tendem a ser relutantes em conceder o acesso, com medo de represálias por parte de pais ou responsáveis que não querem que seus filhos obtenham mecanismos contraceptivos ou outros serviços de saúde sexual e reprodutiva.

O principal determinante da gravidez na adolescência em nível nacional é a deficiência de investimento no desenvolvimento do capital humano das meninas, especialmente educação e saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Menos de dois centavos de cada dólar de recursos internacionais gastos em desenvolvimento são dirigidos especificamente às meninas adolescentes (International Planned Parenthood Federation, n.d.).

A gestação na adolescência tende a ocorrer com mais frequência entre as populações indígenas e minorias étnicas por diversas razões, incluindo a discriminação, exclusão, falta de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, pobreza, ou a prática do casamento precoce. Na Sérvia, por exemplo, a taxa de natalidade entre adolescentes da minoria cigana é de 158, mais de seis vezes a média nacional, de 23,9, e maior do que a taxa de muitos dos países menos desenvolvidos (Instituto de Estatísticas da República da Sérvia e UNICEF, 2011). Na Bulgária, mais de 50% das ciganas adolescentes dão à luz antes de completar 18 anos; na Albânia, a idade média das mães ciganas no nascimento de seu primeiro filho é de 16,9 anos

(PNUD, 2011; UNFPA, 2012c). As altas taxas de natalidade entre adolescentes de populações ciganas estão ligadas ao acesso limitado à saúde sexual e reprodutiva, inclusive o planejamento familiar; ao casamento infantil; exclusão social e econômica da sociedade em geral; e pressões dentro de suas comunidades (Colombini et al., 2011).

A pobreza e estagnação econômica são outras forças no nível nacional que limitam as oportunidades das adolescentes na vida. Quando faltam perspectivas de emprego, meios de sustento, autossuficiência, um padrão decente de vida e tudo que vem com ele, a menina se torna mais vulnerável ao casamento e à gravidez precoce porque ela ou sua família consideram isso como sua única opção ou destino. Além disso, as adolescentes pobres são menos propensas a completar seus estudos e, consequentemente, muitas vezes têm menos acesso à educação ou informação fornecida nas escolas sobre saúde sexual e reprodutiva e como prevenir a gravidez (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Em muitos ambientes de emergência, conflito e crise as adolescentes são separadas da família e excluídas das estruturas de proteção social. Portanto, ficam expostas a maior risco de estupro, exploração e abuso sexual, além de aumentar a vulnerabilidade à gravidez (*Save the Children* e UNFPA, 2009). Para prover suas necessidades ou de suas famílias em situações de crise (assim como em condições de extrema pobreza), as adolescentes se sentem compelidas a se envolverem no trabalho sexual, agravando sua vulnerabilidade à violência, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez. Nesses casos, devido à interrupção nos serviços, danos à infraestrutura, falta de segurança ou porque os prestadores ficam sobrecarregados por um aumento na demanda pelos serviços, o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, pode ser limitado.

"... Eu estava no primeiro ano do ensino médio, quando isso aconteceu. Uma noite, fui buscar água ... Ele me levou ... me estuprou. Eu estava com medo, mas eu ainda tinha 15 anos, e não conseguia pensar ou supor que iria engravidar. Eu soube depois."

Léocadie, 16 anos, Burundi.

Da mesma forma, as escolas, muitas vezes a principal provedora de educação em sexualidade abrangente, podem ser fechadas e outras fontes de informações precisas e completas sobre como evitar uma gravidez ou doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, podem se tornar escassas ou inexistentes. Em alguns contextos de crise, os pais podem forçar suas filhas ao casamento com o objetivo de reduzir as dificuldades econômicas ou na expectativa de que o arranjo possa ajudar a protegê-las de perigos em ambientes nos quais a violência sexual é comum.

Determinantes no nível da comunidade

Cada comunidade tem suas próprias normas, crenças e atitudes que determinam o grau de autonomia e de mobilidade das meninas, se conseguem desfrutar e exercer seus direitos, se estão a salvo da violência, se são forçadas a casar-se, qual a probabilidade de engravidar, ou se podem continuar sua educação depois de ter tido um filho.

As forças no nível comunitário são especialmente importantes para determinar a existência de um clima de coerção sexual, se os jovens têm voz na vida da comunidade, se há serviços de contracepção e saúde sexual e reprodutiva adequados aos jovens disponíveis e acessíveis, se os serviços de saúde materna possuem pessoal e equipamentos adequados para apoiar uma menina durante a gravidez e o parto e, em seguida, ajudá-la a evitar uma segunda gravidez.

"Eu fui para um hotel onde encontrei com o meu namorado. Ele me disse 'vamos fazer sexo sem preservativo'. Eu disse a ele 'não, com preservativo.' Ele disse 'se você ficar grávida, eu vou cuidar da criança,' e foi assim que eu ganhei esta menina."

Whitney, 16, Suriname

O acesso à contracepção e serviços de saúde sexual e reprodutiva

As complicações na gravidez e no parto constituem uma das principais causas de morte de adolescentes do sexo feminino, e a fistula obstétrica (resultante de partos difíceis e prolongados) é uma fonte significativa de morbidade (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). Contraceptivos, incluindo preservativos masculinos e femininos, podem ajudar a prevenir a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e eliminar muitos dos riscos de saúde a elas associados. No entanto, as necessidades não atendidas de contraceptivos, informações e serviços voltados para as adolescentes continuam a ser

grandes, apesar dos esforços internacionais para eliminar barreiras ao planejamento familiar.

A consequência é que parte da maior geração de adolescentes da história não consegue exercer plenamente os seus direitos reprodutivos, evitar gestações indesejadas e se proteger de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV (UNFPA 2012a).

Na África Subsaariana e no Sul e Sudeste da Ásia mais de 60% dos adolescentes que desejam evitar a gravidez têm alguma necessidade de contracepção moderna não atendida. Esses adolescentes, que não usam contracepção moderna ou confiam em métodos tradicionais de planejamento familiar, respondem por mais de 80% dos casos de gravidez indesejada nessa faixa etária (UNFPA 2012a).

Atitudes, crenças e acesso à contracepção

O acesso à contracepção pode ser impedido no nível comunitário por normas, costumes, atitudes e crenças de que os adolescentes *não devem* ser sexualmente ativos e que, portanto, não precisam de contracepção. Essa diferença entre as atitudes adultas e a realidade dos adolescentes é uma receita para a gravidez precoce. Normas de gênero - na comunidade ou em nível nacional - também determinam se a adolescente terá acesso à contracepção. Em algumas sociedades, espera-se que as meninas casem jovens ou provem sua fertilidade antes que as uniões sejam formalizadas. As expectativas para os meninos podem incluir ganhar experiência sexual, bem como comprovar sua fertilidade (Organização Mundial da Saúde, 2012b).

O impacto do contexto sociocultural da comunidade no comportamento reprodutivo das mulheres jovens é simplesmente imenso (Goicolea, 2009). Em partes da África Subsaariana e do Sul da Ásia, bem como em

comunidades de baixa renda em países de alta renda, a maternidade pode ser vista como “é para isso que as meninas existem”, e seu valor social advir de sua capacidade de produzir filhos (Presler-Marshall e Jones, 2012; Edin e Kefalas, nd).

Cerca de uma em cada quatro mulheres com idades entre 15 e 49 anos nos países em desenvolvimento nunca foi casada. Esse grupo de solteiras consiste principalmente de adolescentes e mulheres jovens entre as idades de 15 e 24 anos. É possível observar uma tendência constante e de longo prazo de aumento dos níveis de atividade sexual entre essas meninas e jovens solteiras por causa de uma combinação de fatores: o declínio global na idade da menarca, a idade crescente de casamento e a mudança de valores sociais (Singh e Darroch, 2012). Quando se tornam sexualmente ativas, meninas e jovens solteiras têm muito mais dificuldades de acesso a contraceptivos do que as mulheres casadas, em grande parte por causa do estigma de serem sexualmente ativas antes do casamento.

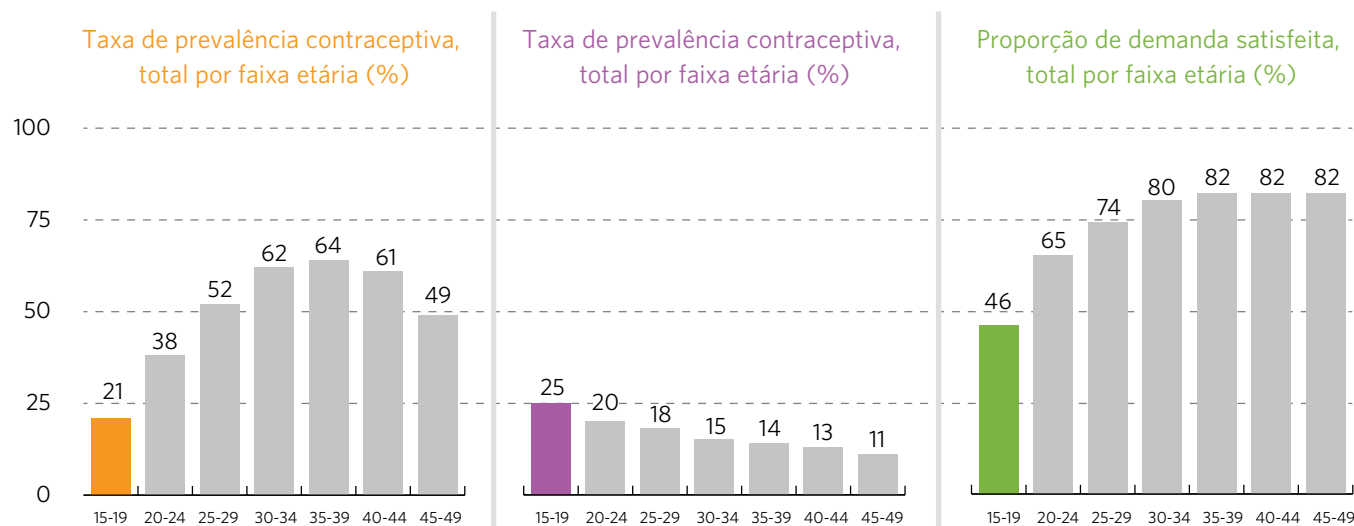
“Eu sabia sobre preservativos, mas não podia pedir ao meu marido para usar. Eu tinha apenas 16 anos quando me casei e senti que ele iria ficar com raiva, já que eu tinha estudado menos do que ele.”

Pinki, 19 anos, Índia

Acesso e demanda entre adolescentes casadas

Excluindo a China, nos países em desenvolvimento cerca de uma em cada três meninas menores de 18 anos está casada ou em uma união conjugal (UNFPA, 2012b). Dentro desse grupo, 23% estão usando algum método tradicional ou moderno de contracepção; 23% têm uma demanda não atendida por contracepção; e 54% não têm necessidade de

NÍVEIS DE USO DE ANTICONCEPCIONAIS E DEMANDA EM SETE FAIXAS ETÁRIAS, DADOS MAIS RECENTES



Fonte: UNFPA, 2013.

contracepção porque indicam que seu último parto foi desejado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), 75% dos nascimentos entre mães adolescentes foram categorizados como “desejados”.

Em comparação com outras faixas etárias, adolescentes casadas ou em união conjugal apresentam baixo uso de contraceptivos e os mais altos níveis de demanda não satisfeita, ou seja, os níveis mais baixos de demanda satisfeita de contracepção. Falta de conhecimento ou experiência e medo de efeitos colaterais são as principais razões para a não utilização ou interrupção no uso de contraceptivos.

Em países com alta prevalência de casamento precoce e uma forte preferência por filhos homens, as meninas casadas enfrentam pressões para renunciar à contracepção até que tenham um menino (Filmer et al., 2008). Esta análise de 5 milhões de nascimentos, em 65 países, mostrou que há evidências de que a preferência por filhos meninos afeta a fertilidade no Sul da Ásia, Europa Oriental e Ásia Central.

▼ Participantes do Programa Abrangente de Empoderamento para Redução da Gravidez não Planejada entre Mães Adolescentes, promovido pelo programa Women Across Differences e UNFPA.
© UNFPA Guiana



Atitudes e comportamentos específicos de gênero

Concepções rígidas sobre atitudes e comportamentos apropriados de meninas, meninos, mulheres e homens são normas socialmente aprendidas e construídas que variam em diferentes contextos locais e interagem com fatores socioculturais, como classe ou casta. Essas normas sociais e de gênero são passadas e reforçadas em vários níveis, entre os indivíduos, em grupos de pares, famílias, e por meio de atitudes e práticas da comunidade (UNFPA, 2012a).

O tratamento diferenciado de meninos e meninas começa desde cedo e continua ao longo de suas vidas. O resultado é que todos - meninos, meninas, homens e mulheres - internalizam mensagens sobre como devem ou não devem se comportar ou pensar, e, desde cedo, começam a estabelecer expectativas divergentes de si mesmos e de outras mulheres e homens. Muitas vezes, essas expectativas se traduzem em práticas e riscos que podem ter resultados de saúde sexual e reprodutiva negativos, incluindo a gravidez na adolescência (UNFPA, 2012a). Em muitos países, há uma aprovação cultural aos meninos e homens por terem várias parceiras ou terem relações sexuais sem preservativo.

Muitas meninas e jovens mulheres dizem que não usam contracepção - mesmo quando sabem que está disponível e apesar de terem direito a ela - porque seus parceiros masculinos se opõem e veem a contracepção de forma negativa (Presler-Marshall e Jones, 2012). Os riscos de se ignorar essa oposição masculina à contracepção podem ser particularmente graves para as adolescentes casadas ou em uma união conjugal. Se as meninas casadas usam secretamente métodos contraceptivos podem enfrentar espancamentos, divórcio ou outras formas de punição se forem apanhadas ou se não gerarem crianças (Presler-Marshall e Jones, 2012). Onde as atitudes masculinas são as prevalecentes ou mais importantes, as meninas podem internalizar essas

mesmas atitudes e expressar similarmente opiniões negativas sobre a contracepção.

Serviços adequados aos jovens

Serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para os jovens devem estar convenientemente localizados, ter horário de funcionamento alinhados com as rotinas dos jovens, oferecer um ambiente receptivo, sem julgamento e manter a confidencialidade. A falta de confidencialidade, ou a percepção da falta de confidencialidade, cria uma barreira importante ao acesso de meninas à contracepção (Presler-Marshall e Jones, 2012). Entretanto, a eficácia de serviços autônomos ou paralelos voltados para os jovens na redução da gravidez ainda não foi completamente avaliada.

Serviços para meninas grávidas

Menos da metade das adolescentes grávidas no Chade, Etiópia, Mali, Níger e Nigéria receberam alguma assistência pré-natal de um provedor de serviço treinado (Kothari et al., 2012). Nesses mesmos cinco países, uma parcela ainda menor teve seu parto realizado com a assistência de um profissional qualificado. Uma análise PDS (Reynolds et al., 2006) constatou que, em alguns países, incluindo Brasil, Bangladesh, Índia e Indonésia, as adolescentes tinham menos probabilidade de obter cuidados especializados, antes, durante e após o parto do que as mulheres adultas.

Jovens mães pela primeira vez são mais propensas do que as mães mais velhas de incorrer em demora para reconhecer complicações, procurar cuidados, recorrer a um local adequado para ter cuidados de saúde e receber assistência de qualidade em uma unidade de saúde (UNFPA, 2007). Se uma adolescente é solteira, ela ainda tem o peso extra de ser julgada desfavoravelmente por prestadores de cuidados de saúde, sua comunidade e sua família.

"Comecei a namorar para
termos comida... acabei
engravidando."

Malebogo, 19 anos, Botsuana

A assistência pré-natal e pós-natal não é apenas essencial para a saúde da menina e sua gravidez, mas constitui também uma oportunidade para fornecer informações e contracepção, o que pode ajudar a prevenir ou retardar uma segunda gravidez.

Violência e coerção sexual

As consequências físicas e sociais da violência sexual contra adolescentes são terríveis, com implicações imediatas e duradouras sobre seus direitos, desenvolvimento social e saúde (Jejeebhoy et al., 2005; Garcia-Moreno et al., 2005). O sexo forçado e a violência de parceiros íntimos aumentam a vulnerabilidade das meninas à gravidez.

A baixa idade é um fator de risco conhecido por ampliar a probabilidade de ocorrência de violência nas mãos de um parceiro íntimo (Organização Mundial de Saúde, 2010; Krug et al., 2002).

A Organização Mundial de Saúde define a violência sexual como "qualquer ato sexual, tentativa de conseguir um ato sexual, comentários ou tentativas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico, ou dirigidos de qualquer outra forma contra a sexualidade de uma pessoa usando de coerção, por qualquer indivíduo, independentemente da sua relação com a vítima." (Krug et al., 2002, p.149).

A Organização Mundial de Saúde, que caracteriza a violência sexual como uma violação dos direi-

tos humanos, estima que cerca de 150 milhões de meninas adolescentes experimentaram sexo forçado ou outras formas de violência sexual em um único ano, em 2002 (Andrews, 2004). A primeira experiência sexual de muitas mulheres jovens é forçada (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno et al., 2005; UNFPA e Conselho de População, 2009).

Análise de levantamentos PDS realizados em 14 países mostra que a proporção de mulheres jovens, entre 15 e 24 anos de idade, cuja primeira experiência sexual – antes ou depois do casamento – não foi consensual variou amplamente de 2% no Azerbaijão a 64% na República Democrática do Congo (UNFPA e Conselho de População, 2009).

Da mesma forma, um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde em 10 países

constatou que a proporção de mulheres que relatam a primeira relação sexual forçada variou de cerca de 1% no Japão e Sérvia para cerca de 30% em Bangladesh (Garcia-Moreno et al., 2005).

O sexo forçado ocorre também dentro dos casamentos. Por exemplo, uma análise de pesquisas PDS de 27 países constatou que a proporção de jovens mulheres, com idades entre 15 e 24 anos, que relataram violência sexual perpetrada por seus maridos variou de 1% na Nigéria a 33% na República Democrática do Congo (UNFPA e Conselho de População, 2009).

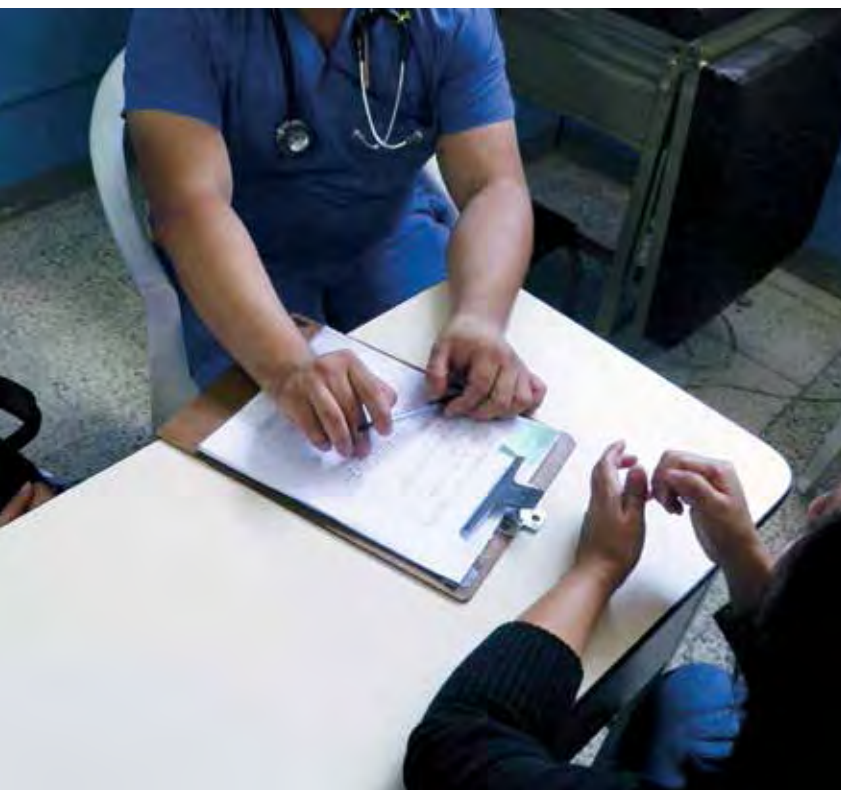
De fato, um estudo em Nyeri, no Quênia, entre jovens casadas e solteiras com idades de 10 a 24 anos, mostrou que as mulheres casadas corriam ainda mais risco de sofrer coerção sexual do que suas homólogas solteiras sexualmente ativas (Erulkar, 2004).

Ao contrário da crença popular, os perpetradores de violência sexual são geralmente meninos e homens conhecidos por suas vítimas adolescentes: maridos, companheiros íntimos, conhecidos, ou aqueles em posições de autoridade. Esta constatação se repete em todas as regiões do mundo (Jejeebhoy e Bott, 2005; Jejeebhoy et al., 2005; . Bott et al., 2012; Erulkar, 2004).

Estima-se que uma em cada cinco meninas adolescentes experimentam abuso durante a gravidez (Organização Mundial de Saúde, 2007; Parker et al., 1994). Vinte e um por cento das adolescentes sofrem violência do parceiro íntimo dentro do período de três meses após o parto. Abuso e violência física durante a gravidez têm sido reconhecidos como importantes fatores de risco para problemas de saúde das mães e dos bebês (Organização Mundial de Saúde, 2007; Newberger et al., 1992).

Sexo forçado é “o ato de forçar ou tentar forçar outro indivíduo por meio de violência, ameaças,

▼ Fundação
Sobreviventes
da Guatemala
aconselha meninas
e mulheres que
foram abusadas
sexualmente.
© UNFPA Guatemala





insistência verbal, engodo, expectativas culturais ou circunstâncias econômicas a se envolver em comportamento sexual contra sua vontade” (Heise et al., 1995). Diversos estudos nacionais e subnacionais sugerem que entre 15% e 45% das jovens que haviam se envolvido em sexo antes do casamento relataram pelo menos uma experiência de coerção.

Uma adolescente cujo parceiro sexual é consideravelmente mais velho corre maior risco de sexo forçado, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e gravidez. Quando o parceiro é significativamente mais velho, o diferencial de poder na relação é particularmente desfavorável para a menina, o que torna mais difícil para ela negociar o uso de contraceptivos, especialmente o preservativo, para a proteção contra a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Em cinco dos 26 países analisados por um estudo recente (Kothari et al., 2012), pelo menos 10% das

adolescentes (de 15 a 19 anos) relataram ter tido relações sexuais no ano anterior com um homem que era pelo menos 10 anos mais velho: República Dominicana (10%), República do Congo (11%), Armênia e Zimbábue (15%) e Etiópia (21%).

Meninas solteiras podem enfrentar ainda outra forma de coerção sexual que as torna vulneráveis à gravidez: pressões para o sexo transacional. Um estudo no Zimbábue mostrou, por exemplo, que de 1.313 homens entrevistados, 126 deles (10,4%) relataram ter negociado dinheiro ou presentes para fazer sexo com uma adolescente nos seis meses anteriores (Wyrod et al., 2011). Estes “presentes” são «imbuídos de diferenciais de poder e oferecidos para meninas que têm pouco poder de recusa” (Presler-Marshall e Jones, 2012).

Organismos de direitos humanos condenam a violência sexual contra mulheres e adolescentes em todas as suas formas, seja em tempo de paz ou de conflito, por agentes do Estado ou por particula-

▲ Jovens no Equador participando de uma marcha organizada para marcar a semana de prevenção de gravidez na adolescência.
©UNFPA/Jeannina Crespo

res, quer ocorra em lares, escolas, locais de trabalho, em unidades de saúde, se resultem em uma gravidez ou não. O direito de ser livre de violência, maus-tratos e tortura, bem como os direitos à vida, à saúde e à não discriminação criam para governos o dever de proteger as mulheres e adolescentes da violência, independente do perpetrador (Centro para os Direitos Reprodutivos, 2009).

O Programa de Ação da CIPD reconhece que um dos pilares dos programas de população relacionados com o desenvolvimento é a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual e a violência contra crianças e adolescentes (CIPD, Princípios 4 e 11).

▼ *Meninas em Rajasthan, Índia, aprendem a ler.*
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



Escola, colegas, parceiros

Escola

Quanto mais tempo as meninas permanecem na escola, mais provável que usem contracepção para evitar a gravidez, e menos provável que se casem jovens (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd e Young, 2009). As meninas que não estão na escola têm maior probabilidade de engravidar do que aquelas que nela permanecem, sejam casadas ou não.

O Secretariado da 65ª Assembleia Mundial de Saúde em 2012 chamou a educação de “um significativo fator de proteção contra a gravidez precoce: quanto mais anos de escolaridade, menos gravidez precoce”, acrescentando que “as taxas de natalidade entre as mulheres com baixa escolaridade são mais elevadas do que entre as que têm educação secundária ou terciária”.

Embora a correlação entre escolaridade e menores taxas de gravidez na adolescência seja bem documentada, a direção da causalidade e o sequenciamento são ainda objeto de algum debate, como observado no capítulo anterior. Em muitos países, a evasão escolar precoce é atribuída à gravidez na adolescência; no entanto, é mais provável que a gravidez e o casamento precoces sejam consequências ao invés de causas da evasão escolar precoce. Há maior probabilidade da gravidez e/ou casamento ocorrerem no curto prazo após as meninas deixarem a escola (Lloyd e Young, 2009).

O desempenho educacional e a transição sexual e reprodutiva estão intimamente relacionados, uma vez que uma gravidez ou um casamento precoce podem inviabilizar a escolaridade das meninas. Como os meninos geralmente se casam mais tarde do que as meninas e não enfrentam as mesmas responsabilidades e riscos associados à gravidez, o seu amadurecimento e comportamento sexual não têm o potencial de interferir no seu progresso escolar da mesma maneira que no das meninas (Lloyd e Young, 2009).

Um estudo de 2012 fornece evidências de que as intervenções que incentivam a frequência escolar são eficazes na redução geral da fertilidade na adolescência, sinalizando a necessidade de se expandir as oportunidades educacionais para as meninas e criar incentivos para a sua permanência na escola (McQueston et al., 2012). Auxiliar ou incentivar as jovens a frequentar e permanecer na escola, no entanto, requer a quebra de barreiras econômicas

“Eu comecei a viver com meu parceiro aos 14 anos. Meus planos eram de ter um relacionamento estável, continuar com a escola e me tornar uma profissional. No entanto, fiquei grávida aos 15 anos. No começo eu nem sabia como cuidar de um recém-nascido. Tive que sair da escola.”

Marcela, 18 anos, El Salvador.

para o acesso à educação, por exemplo, a isenção de taxas para meninas de famílias mais pobres. Requer também a mitigação de riscos para a saúde e a segurança das meninas, por exemplo, protegendo-as adequadamente de abuso ou violência sexual na escola, no seu caminho até a escola, e proporcionando um ambiente escolar culturalmente sensível.

Educação em sexualidade abrangente e apropriada para a idade

Poucos jovens recebem preparo adequado para suas vidas sexuais e reprodutivas. Isso os deixa potencial-

mente vulneráveis à coerção, abuso, exploração, gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Muitos jovens se aproximam da idade adulta dispondo de informações e mensagens contraditórias e imprecisas sobre a sexualidade. Isso é muitas vezes agravado por vergonha, silêncio e desaprovação do debate aberto sobre assuntos sexuais por parte de adultos, incluindo pais

e professores, num momento em que esse diálogo é mais necessário.

Em muitos casos, os adolescentes têm informações imprecisas ou incompletas sobre sexualidade, reprodução e contracepção (Presler-Marshall e Jones, 2012). Um estudo realizado em Uganda, por exemplo, descobriu que um em cada três adolescentes do sexo masculino, e uma em cada duas adolescentes do sexo feminino não sabiam que o preservativo deve ser usado apenas uma vez (Presler-Marshall e Jones, 2012; Bankole et al., 2007). Um estudo realizado na América Central mostrou que um em cada três ado-

lescentes não sabia que a gravidez pode ocorrer na primeira vez que uma menina tem relações sexuais (Presler-Marshall e Jones, 2012; Remez et al., 2008). E um estudo em uma área na Etiópia mostrou que, embora quase todos os adolescentes soubessem que o sexo desprotegido pode resultar em infecção por HIV, menos da metade sabia que poderia também resultar em gravidez (Presler-Marshall e Jones, 2012; Beta Consulting Desenvolvimento, 2012).

A educação em sexualidade abrangente é uma abordagem que deve ser apropriada à idade e culturalmente relevante para ensinar sobre sexualidade e relacionamentos, proporcionando infor-

PROPORÇÃO DE ADOLESCENTES PESQUISADOS COM IDADES DE 12-14, POR SEXO E PAÍS, SEGUNDO SUAS ATITUDES RELATIVAS À PROVISÃO DE EDUCAÇÃO SEXUAL PARA OS JOVENS, 2004

Sexo/país	É importante que a educação sexual seja ensinada na escola	Meninos e meninas de 12-14 anos de idade devem ser ensinados sobre o uso de preservativos para evitar a AIDS	Proporcionar educação sexual para os jovens não os incentiva a ter relações sexuais
Meninas			
Burkina Faso	78	73	63
Gana	91	49	68
Malauí	67	76	68
Uganda	82	76	49
Meninos			
Burkina Faso	81	78	59
Gana	89	63	62
Malauí	73	73	68
Uganda	78	76	52

Fonte: Bankole and Malarcher, 2010.

mações cientificamente precisas, realistas, e sem julgamento. A educação sexual fornece oportunidades para explorar os valores e atitudes de cada um, e para construir competências para a tomada de decisões, comunicação e redução de riscos.

O Programa de Ação da CIPD reconheceu que disponibilizar informações é o primeiro passo para reduzir as gestações e abortos inseguros na adolescência e empoderar adolescentes para tomarem decisões conscientes e informadas (parágrafos 7,44 e 11,9). Órgãos de monitoramento de tratados de direitos humanos apelaram aos governos para cum-

prirem a obrigação de fornecer o acesso à educação e informação sexual.

Ao atingir adolescentes no início da puberdade, os ambientes escolares podem proporcionar aos jovens as informações e competências de que precisarão para tomarem decisões responsáveis sobre suas vidas sexuais futuras (Kirby, 2011).

Por meio de programas abrangentes de educação sexual nas escolas, os educadores têm oportunidade de incentivar os adolescentes a adiarem o início da atividade sexual e a se comportarem de forma responsável quando finalmente se envolverem em atividade sexual consensual, particularmente pelo uso do preservativo e outros métodos modernos de contracepção (Kirby, 2011).

É mais provável que a educação em sexualidade tenha um impacto positivo quando for abrangente e implementada por educadores treinados, que estejam bem informados sobre a sexualidade humana, entendam de treinamento comportamental e estejam confortáveis na interação com adolescentes e jovens sobre temas sensíveis. O currículo deve focar em objetivos claros e específicos de saúde reprodutiva e de proteção, tais como a prevenção da gravidez indesejada e comportamentos de risco, que levem diretamente à consecução dos objetivos de saúde (Kirby, 2011).

Os programas baseados em um currículo são mais eficazes quando também desenvolvem competências para a vida, abordam fatores contextuais e focam nos sentimentos e experiências que acompanham a maturidade sexual e reprodutiva. Para ser eficaz na prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis, a educação em sexualidade deve ser vinculada aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo os serviços de contracepção (Chandra-Mouliet al.,2013).

Pais e educadores às vezes têm medo de que a educação sexual incentive os adolescentes a terem

relações sexuais. No entanto, a pesquisa mostra que a educação sexual não apressa o início da vida sexual, nem aumenta a atividade sexual (UNESCO, 2009). A revisão de 36 programas de educação sexual nos Estados Unidos concluiu, por exemplo, que quando recebem informação sobre abstinência e contracepção, os adolescentes não se tornam mais ativos sexualmente, nem iniciam a vida sexual mais cedo (Advocates for Youth, 2012).

Um estudo que abrange quatro países africanos mostra que os adolescentes geralmente gostam dos programas de educação em sexualidade nas escolas. A maioria dos meninos e meninas entrevistados disse também que a educação sexual nas escolas não os incentiva a ter relações sexuais (Bankole e Malarcher, 2010).

Para as meninas e meninos se beneficiarem de um currículo escolar de educação sexual, precisam naturalmente estar na escola. Em alguns países, dois terços das meninas entre as idades de 12 e 14 anos não estão estudando. Isso significa que a educação sexual na escola não atinge a maioria das meninas nessa faixa etária (Biddlecom, et al., 2007) e ressalta a necessidade de alcançar as que não estão na escola.

Em países onde muitos jovens ainda não estão matriculados no ensino secundário, os programas de educação sexual e os que visam a redução da incidência de doenças sexualmente transmissíveis também podem ser implementados em clínicas, programas de rádio e em ambientes comunitários que atraem os jovens.

Mas a disponibilidade de uma educação em sexualidade abrangente por si só não garante impacto. A qualidade, o tom da abordagem, o conteúdo e a interação também são importantes. Os professores que se sentem desconfortáveis com o assunto ou que têm julgamentos sobre a sexualidade adolescente podem transmitir informações que são imprecisas, confusas ou incompletas.

Quando a educação em sexualidade abrangente é oferecida a meninos e meninas na mesma sala de aula, pode resultar em baixo índice de comparecimento de meninas em algumas situações (Pattman e Chege, 2003; Presler-Marshall e Jones, 2012).

O Comitê dos Direitos da Criança também observou que “coerente com suas obrigações de garantir o direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento da criança (Artigo 6º), os Estados-membros [da Convenção sobre os Direitos da Criança] devem garantir que as crianças consigam adquirir os conhecimentos e habilidades para protegerem a si e aos outros quando



© Mark Tuschman

começam a expressar a sua sexualidade” (Comitê sobre os Direitos da Criança, 2003a).

Os organismos internacionais de direitos humanos notaram que os direitos à saúde, à vida, à não-discriminação, à informação e à educação exigem que os Estados tanto removam os obstáculos ao acesso dos adolescentes à informação sobre saúde sexual e reprodutiva quanto forneçam educação em sexualidade abrangente e precisa, dentro e fora das escolas. Órgãos de monitoramento de tratados também recomendam que a educação em saúde sexual e reprodutiva seja um componente obrigatório e robusto do currículo oficial no ensino primário e médio, incluindo as escolas profissionalizantes (Centro de Direitos Reprodutivos, 2008a; Veja também CIPD, parágrafo 11.9).

Pares

Os pares podem influenciar a forma como as adolescentes encaram a gravidez, bem como suas atitudes em relação à prevenção da gravidez, abandono

da escola ou permanência até a formatura. A pressão dos colegas pode, assim, desestimular a iniciação sexual e o casamento precoces, ou reforçar a probabilidade de atividade sexual precoce e desprotegida (Chandra-Mouli et al., 2013).

Parceiros

Outra influência é o cônjuge ou parceiro sexual da menina, incluindo aspectos como a sua idade e seus pontos de vista sobre casamento, sexo, papéis de gênero, contracepção, gravidez e parto.

Pesquisas sobre a atividade sexual precoce dos adolescentes do sexo masculino mostram que as percepções distorcidas sobre sexo começam na adolescência e podem continuar até a idade adulta, incluindo ver as mulheres como objetos sexuais, o sexo orientado para o desempenho e o uso da pressão ou força para obter sexo. As percepções sobre a masculinidade entre homens jovens e meninos adolescentes são uma força motriz para o comportamento de risco do sexo masculino, incluindo práticas sexuais inseguras.

Homens e meninos: parceiros no processo

Ampliar as oportunidades para meninos e homens jovens participarem no apoio aos esforços de igualdade de gênero pode ter um impacto não só sobre as mulheres e meninas, mas também em suas próprias vidas (UNFPA, 2013b).

Meninos e homens são muitas vezes condicionados a acreditar que o prazer nas relações sexuais seja uma prerrogativa masculina e são ensinados a assumir a liderança em suas relações sexuais, criando uma pressão significativa (e insegurança). Visões tradicionais do que significa ser um homem podem incentivá-los a procurar múltiplas parceiras sexuais e a assumir riscos sexuais (UNFPA, 2012).

Embora as mulheres sofram de forma mais consistente ao longo de suas vidas os efeitos negativos de normas nocivas de gênero, as sociedades também ensi-

“Eu não sabia que ele pretendia me engravidar daquela vez, eu me lembro que o nosso plano era quando eu completasse 18 anos ... Eu não estava pronta para ter um bebê, o que me fez pensar em interromper a gravidez, mas meus amigos insistiram que eu devia seguir adiante, já eu e meu parceiro estávamos morando juntos ... Mas eu sabia que ainda não estava realmente pronta.”

K.C., 18 anos, grávida aos 17, Filipinas

nam seus homens, adolescentes e meninos de modo a levá-los a ter resultados indesejados quanto à sua saúde sexual e reprodutiva. Em muitas sociedades, os homens são encorajados a afirmar sua masculinidade, assumindo riscos, afirmando serem “durões”, resistentes à dor, sendo provedores independentes e tendo múltiplas parceiras sexuais. Os papéis e responsabilidades de provedores do sustento e chefes de família são inculcados em meninos e homens; seguir esses comportamentos e preencher esses papéis são as formas dominantes de afirmarem sua masculinidade.

As normas de gênero, como regra geral, estabelecem e reforçam a subordinação das mulheres aos homens e conduzem a uma saúde sexual e reprodutiva frágil para homens e mulheres. As mulheres são muitas vezes impedidas de aprender seus direitos e de obter os recursos que poderiam ajudá-las a planejar suas vidas e famílias, sustentar seu avanço na escola, e contribuir para a sua participação na economia formal (Greene e Levack, 2010). A maioria das fontes de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva não são muitas vezes oferecidos aos homens, que desenvolvem o senso de que o planejamento familiar não é o seu domínio e sim responsabilidade das mulheres.

No contexto da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos, há um crescente reconhecimento na comunidade internacional de que o enfrentamento das desigualdades de gênero na saúde, a promoção da saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, a prevenção do HIV e da violência de gênero, em todos os níveis sociedade, não são possíveis sem os esforços para envolver diretamente homens e meninos como parceiros nesses processos (International Planned Parenthood Federation, 2010).

Determinantes no nível da família

A não ser que a menina viva em uma família chefiada por uma criança ou seja sem-teto, ela será influen-

TRECHOS DO PROGRAMA DE AÇÃO DA CIPD SOBRE IGUALDADE DE GÊNERO

Os objetivos são alcançar a igualdade e equidade com base na parceria harmoniosa entre homens e mulheres e que as mulheres possam realizar seu pleno potencial; garantir o reforço da contribuição das mulheres para o desenvolvimento sustentável através da sua plena participação política e em todas as etapas dos processos de tomada de decisão; garantir que todas as mulheres, assim como os homens, recebam a educação necessária para satisfazer suas necessidades humanas básicas e exercer seus direitos humanos.

Os países devem agir para capacitar as mulheres e devem tomar medidas para eliminar as desigualdades entre homens e mulheres o mais rapidamente possível, por meio da criação de mecanismos de participação igualitária das mulheres e representação equitativa em todos os níveis do processo político e da vida pública; promover a realização do potencial das mulheres por intermédio da educação, capacitação profissional e emprego, dando suma importância para a eliminação da pobreza, do analfabetismo e da saúde precária entre as mulheres; eliminar todas as práticas que as discriminam; ajudar as mulheres a estabelecer e exercer seus direitos, incluindo os relacionados à saúde sexual e reprodutiva... (Programa de Ação, parágrafos 4,1-4,4)

ciada por sua família ou responsável. Determinantes no nível da família incluem a estabilidade e a coesão da família, o grau de conflito ou violência no lar, o nível de pobreza ou riqueza, a presença de modelos de papéis e a história reprodutiva dos pais, especialmente se a mãe e o pai casaram enquanto crianças ou se a mãe ficou grávida na adolescência. Outros determinantes no nível da família incluem o nível de educação dos adultos e de suas expectativas para os filhos, o padrão de comunicação no lar, a intensidade dos valores culturais e religiosos, e os pontos de vista dos tomadores de decisão da família sobre os papéis de gênero e o casamento precoce.

O casamento precoce

A prevalência do casamento infantil ou precoce depende, em parte, das políticas e leis nacionais, do grau de cobrança pelo cumprimento das leis, das normas comunitárias e da extensão da pobre-

za em um país, mas é no nível da família que são tomadas as decisões sobre forçar uma criança a um casamento ou união conjugal.

Por definição, o casamento precoce ocorre quando pelo menos um dos parceiros é menor de 18 anos. Todo dia, 39 mil meninas são casadas. Uma vez que uma menina se case, normalmente espera-se que ela tenha um bebê. Cerca de 90% das gestações na adolescência em países em desenvolvimento ocorrem dentro do casamento.

Cerca de 16% das meninas em países em desenvolvimento (excluindo a China) se casam antes dos 18 anos, em comparação com 3% dos meninos. Uma em cada nove meninas é casada antes dos 15 anos. As taxas de parto na adolescência são mais elevadas onde prevalece o casamento infantil e, independente da riqueza global de uma nação, as meninas no quintil mais baixo de renda têm mais probabilidade de ter um filho na adolescência do que seus pares de maior renda.

O casamento precoce persiste por motivos que incluem as tradições locais ou crenças dos pais de que isso possa salvaguardar o futuro de sua filha. Mas, frequentemente, o casamento precoce é consequência de opções limitadas. Meninas que não frequentam ou abandonam a escola são especialmente vulneráveis, ao passo que quanto maior a exposição da menina à educação formal e quanto mais rica for sua família, mais provável que o casamento seja adiado. Simplificando, quando as meninas têm opções de vida, se casam mais tarde (UNFPA, 2012).

Meninas casadas ficam muitas vezes sob pressão para engravidar imediatamente ou pouco depois do casamento, embora ainda sejam crianças e saibam pouco sobre sexo ou reprodução. Uma gravidez muito cedo na vida, antes que o corpo da menina esteja totalmente maduro, é um risco para a mãe e o bebê.

Em 146 países, as leis estaduais ou consuetudinárias permitem que meninas menores de 18 anos se casem

com o consentimento dos pais ou outras autoridades; em 52 países, meninas menores de 15 anos podem se casar com autorização dos pais. Por outro lado, em 180 países a idade legal para casamento dos meninos, sem consentimento, é 18 anos. A falta de igualdade de gênero quanto à idade legal de casamento reforça como norma social aceitável que as meninas se casem mais cedo do que os rapazes.

Os homens exercem um poder desproporcional em quase todos os aspectos da vida, o que restringe o exercício de direitos por parte das mulheres e meninas e lhes nega um papel de igualdade em suas famílias e comunidades. Normas desiguais de gênero tendem a colocar um valor maior em meninos e homens do que em meninas e mulheres. Quando as meninas, desde o nascimento, não têm o mesmo valor percebido dos meninos, famílias e comunidades podem desconsiderar os benefícios de educar e investir no desenvolvimento de suas filhas.

Além disso, a percepção do valor das meninas pode mudar uma vez que atinjam a puberdade. O casamento precoce é muitas vezes visto como uma salvaguarda contra o sexo antes do casamento, transferindo-se do pai para marido o dever de proteger a menina do assédio e violência sexual.

Exigências habituais como dotes ou preços para a noiva também podem entrar em consideração para as famílias, especialmente nas comunidades onde as famílias podem pagar um dote menor para noivas mais jovens.

Famílias, particularmente as famílias pobres, podem querer garantir o futuro de uma filha onde há poucas oportunidades das meninas serem economicamente produtivas. As famílias podem querer construir ou fortalecer alianças, pagar dívidas ou resolver disputas. Podem querer assegurar que suas filhas tenham filhos suficientes para apoiá-las na velhice. Ou ainda, podem querer despojar-se do fardo de ter uma menina. Em casos extremos,

podem querer até ganhar dinheiro com a venda dela.

Por vezes, as famílias veem o casamento precoce como uma alternativa à educação por temerem que a menina se torne inadequada para responsabilidades como esposa e mãe. Às vezes, compartilham as normas sociais e padrões de casamento de seus vizinhos e comunidade ou os padrões históricos de sua própria família. Ou ainda, podem ter medo de que a menina vá trazer desonra para a família, se tiver um filho fora do casamento ou escolher um marido inadequado.

No entanto, o casamento precoce nem sempre leva a relações sexuais imediatas. Em algumas culturas, uma menina pode se casar muito jovem, mas não viver com o marido por algum tempo. Por exemplo, no Nepal e na Etiópia, é comum atrasar a consumação do casamento entre as jovens noivas, especialmente nas áreas rurais.

Embora muitas vezes sejam vistas como adultas aos olhos da lei ou do costume (quando as crianças são casadas, muitas vezes são emancipadas de acordo com as leis nacionais e perdem as proteções como crianças), noivas crianças necessitam de especial atenção e apoio, devido à sua excepcional vulnerabilidade (Comitê sobre os Direitos da Criança, 2003). Em comparação com mulheres mais velhas, noivas crianças são geralmente mais vulneráveis à violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, devido a desequilíbrios de poder, incluindo os que resultam de diferença de idade (Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation, 2013).

Normas internacionais de direitos humanos condenam o casamento infantil. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, o instrumento fundamental dos direitos humanos, afirma que “o casamento somente será válido se realizado com o livre e pleno consentimento dos futuros esposos.” O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Comitê de Eliminação da

QUANDO CRIANÇAS DÃO À LUZ A CRIANÇAS

Radhika Thapa tinha apenas 16 anos quando se casou com um homem de 21, há três anos. Agora ela está esperando um bebê e está nos últimos meses de sua gravidez. Esta não é a primeira vez que ela engravida. Suas duas primeiras gestações terminaram em abortos espontâneos.

“A primeira vez que engravidei eu tinha apenas 16 anos; não sabia muito sobre ter filhos, ninguém me disse o que fazer”, diz Thapa, ao ajudar os clientes na loja de alimentos em que ela trabalha juntamente com o marido, na pequena cidade de Champi, cerca de 12 quilômetros da capital do Nepal, Katmandu. “Da segunda vez eu também não estava pronta, mas meu marido queria um bebê, então eu cedi”, ela admitiu. Depois do segundo aborto espontâneo, os médicos de Thapa pediram a ela para esperar alguns anos antes de tentar novamente, mas ela estava sob enorme pressão de seus sogros, que ameaçaram encontrar outra mulher para o marido, se ela continuasse a perder seus bebês.”

De acordo com a Pesquisa de Demografia e Saúde do Nepal de 2011, 17% das adolescentes casadas com idade entre 15 e 19 anos estão grávidas ou já são mães. A pesquisa também mostra que 86% das adolescentes casadas não utilizam métodos contraceptivos, o que significa que poucas são capazes de espaçar suas gestações.

“Estamos falando de uma criança dando à luz outra criança”, diz Giulia Vallese, representante do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) para o Nepal.

“Quando as meninas engravidam sua educação é interrompida, o que significa falta de oportunidades de emprego e pobreza”, diz Bhogendra Raj Dotel, da Divisão de Planejamento Familiar e Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes do governo.

Menuka Bista, 35 anos, é uma voluntária da saúde comunitária em Champi, atendendo cerca de 55 famílias em sua área. Bista tem aconselhado Thapa para garantir que a menina tenha uma gravidez segura. “Radhika...sabe que precisa ir ao médico e comer alimentos nutritivos para o seu bebê ser saudável, mas não toma decisões sobre seu corpo: o marido e os sogros é que tomam”, disse Bista.

Esta observação se reflete nas pesquisas realizadas por vários especialistas: de acordo com Dotel, maridos e sogros tomam todas as decisões importantes sobre a saúde reprodutiva da mulher, incluindo o hospital que ela usa e onde vai ser o parto. Por esta razão, Vallese acredita que é importante capacitar os maridos e familiares sobre saúde e direitos reprodutivos.

—Malika Aryal, *Inter Press Service*

Discriminação Contra as Mulheres têm repetidamente condenado a prática do casamento infantil. O Comitê de Direitos Humanos se juntou a outros órgãos e tratados para recomendar reformas legais que eliminem o casamento infantil (Centro de Direitos Reprodutivos, 2008), e a Convenção sobre os Direitos da Criança e sua comissão correspondente exigem dos Estados-membros “tomar medidas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde das crianças””

Pais

Os pais desempenham um papel central, tanto direta como indiretamente, na determinação do futuro de suas filhas adolescentes. Como modelos de comportamento, os pais têm o poder de reforçar e perpetuar a desigualdade de gênero ou incutir crenças de que meninos e meninas devem gozar dos mesmos direitos e oportunidades na vida. Eles podem transmitir informações sobre sexualidade e

prevenção da gravidez ou podem reter informações vitais. Podem dar valor à educação, tanto para as suas filhas como seus filhos, ou passar às meninas a crença de que seu único destino é o casamento e a maternidade. Eles podem ajudar a desenvolver competências para a vida das meninas e incentivá-las a serem autônomas, ou sucumbir às pressões econômicas e da comunidade e forçar suas filhas a um casamento e uma vida de dependência.

Determinantes de nível individual

A adolescência é uma transição crítica do desenvolvimento entre a infância e a idade adulta jovem, um período em que importantes definições comportamentais e de saúde do indivíduo são estabelecidas, quando os padrões problemáticos ou prejudiciais também podem ser evitados ou amenizados, e possíveis padrões positivos reforçados.

Um momento crucial na adolescência é a puberdade. Em média, as meninas entram na

Meninas assistem às aulas na zona rural de Rajasthan, na Índia.

© Mark Tuschman/
Educate Girls India



puberdade entre 18 e 24 meses antes dos meninos, cujo desenvolvimento físico é mais lento e pode continuar até o final da adolescência. Para as meninas, várias mudanças no desenvolvimento associadas às capacidades reprodutivas adultas se completam, muitas vezes, antes que as capacidades intelectuais e de tomada de decisão estejam totalmente maduras. A puberdade é um momento em que os papéis e expectativas específicas de gênero são reforçados.

Em grande parte da Europa e da América do Norte, a puberdade no sexo feminino é geralmente completada entre as idades de 12 e 13 anos; no mundo inteiro, a idade da puberdade está diminuindo, especialmente em países de média e alta renda. Não é incomum em alguns países desenvolvidos que as meninas de hoje entrem na puberdade mais cedo, com oito ou nove anos de idade. Fatores associados à idade da puberdade incluem nutrição e saneamento. Na medida em que o estado de saúde das populações melhora, a idade da menarca diminui. Os meninos geralmente passam pela puberdade entre as idades de 14 e 17.

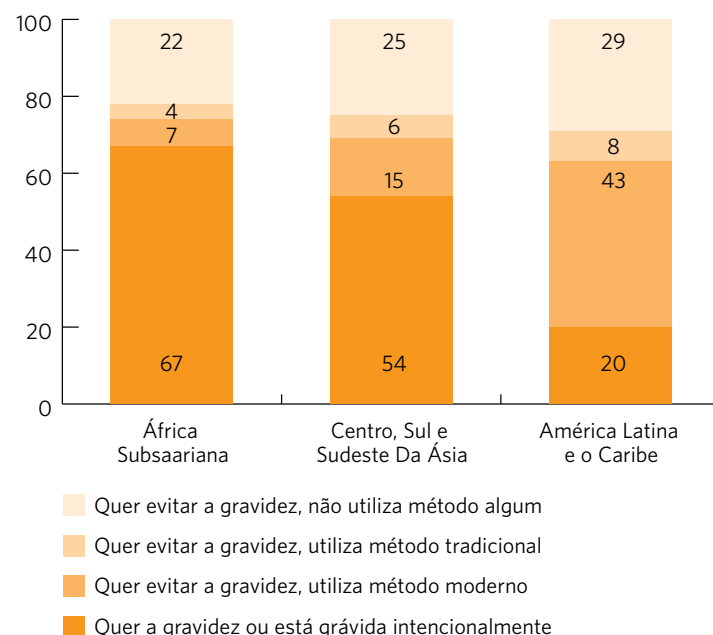
Dados de países escandinavos, por exemplo, mostram que a idade média da menarca diminuiu de 15 a 17 anos, em meados de 1800, para 12 a 13 anos nos dias de hoje. Dados de Gâmbia, Índia, Kuwait, Malásia, México e Arábia Saudita também mostram declínio na idade da menarca. A média de idade da menarca em Bangladesh é de 15,8 anos e no Senegal é de 16,1, com a menarca em outros países em desenvolvimento sendo um ou dois anos mais cedo (Thomas ET al., 2001).

Socialização e expectativas

A pesquisa sugere que algumas adolescentes desejam engravidar. Um estudo mostrou que 67% das adolescentes casadas na África Subsaariana querem engravidar ou estão grávidas intencionalmente (Guttmacher Institute, 2010). Em lugares onde a

DESEJO DE GRAVIDEZ E USO DE CONTRACEPTIVOS

A proporção de adolescentes casadas que desejam engravidar varia muito por região



Fonte: Guttmacher Institute, 2010.

cultura idealiza a maternidade, a gravidez pode ser vista pelas adolescentes como um meio de ganhar status ou tornarem-se adultas. Ou pode ser percebida pelas meninas como um meio de escapar de famílias abusivas (Presler-Marshall e Jones, 2012). Ajudar as meninas a se verem além do papel de mães em potencial e ajudar as comunidades a fazerem o mesmo é fundamental para reduzir o número de gestações na adolescência (Presler-Marshall e Jones, 2012).

Como observado por Singh (1998), “A partir da perspectiva da própria adolescente e de sua família, o significado e as consequências da gravidez durante a adolescência variam amplamente. Estas consequências variam desde as positivas - o alcance de uma transição esperada da infância para o estado adulto conferida pelo casamento e maternidade, a alegria e recompensas de se ter um bebê – às negativas – como assumir a carga de cuidar de uma

criança antes da mãe estar emocionalmente ou fisicamente preparada para fazê-lo.”

A maioria das pesquisas sobre motivações para a gravidez, no entanto, têm se concentrado em adolescentes dos países desenvolvidos, muitas vezes de famílias de baixa renda ou que são membros de uma minoria desfavorecida. Esta pesquisa sugere que algumas meninas podem desejar um bebê para amá-lo (e serem amadas). Acreditam que um bebê vai reforçar seus laços com seu parceiro. Se seus pares têm bebês, elas podem querer um também. Querem demonstrar que são responsáveis e maduras o suficiente para serem mães. Quando sentem que não têm outras opções, podem considerar que não têm nada a perder e, possivelmente, algo a ganhar (um bebê, um relacionamento, status).

Um estudo qualitativo em Taung, África do Sul (Kanku e Mash, 2010) baseou-se em resultados de grupos focais de meninas adolescentes grávidas, jovens que tiveram uma gravidez na adolescência, e meninos adolescentes. O estudo concluiu: “A maioria das adolescentes percebe que ficar grávida é um evento negativo, com consequências como o desemprego, perda de um namorado, ser culpada por amigos e membros da família, a sensação de culpa, dificuldade na escola, complicações durante

a gravidez ou o parto, o risco de HIV, infertilidade secundária advinda de um aborto e não estar preparada para a maternidade”.

No entanto, algumas jovens percebiam alguns benefícios e consideraram que a gravidez poderia ser um evento positivo, dependendo das circunstâncias. O estudo concluiu que “são necessárias abordagens multifacetadas e intersectoriais e que é provável que as estratégias para reduzir a gravidez na adolescência também tenham impacto sobre o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis”

A evolução das capacidades dos adolescentes

O Comitê sobre os Direitos da Criança, em sua 33ª Sessão, em 2003, definiu a adolescência como “um período caracterizado por rápidas mudanças físicas, cognitivas e sociais, incluindo a maturidade sexual e reprodutiva; a construção gradual da capacidade de assumir comportamentos adultos e papéis que envolvem novas responsabilidades e que exigem novos conhecimentos e habilidades” (Comitê sobre os Direitos da Criança, 2003).

Com a adolescência, o Comitê afirmou, vem “novos desafios para a saúde e o desenvolvimento, devido à sua relativa vulnerabilidade e à pressão da sociedade, incluindo dos pares, para adotarem comportamentos de risco à saúde. Esses desafios incluem o desenvolvimento de uma identidade individual e lidar com a própria sexualidade. O período dinâmico de transição para a vida adulta também é geralmente um período de mudanças positivas, desencadeado por uma capacidade significativa dos adolescentes de aprenderem rapidamente, viverem situações novas e diversificadas, desenvolverem e utilizarem o pensamento crítico, se familiarizarem com a liberdade, serem criativos e se socializarem”.

A Convenção sobre os Direitos da Criança também reconhece que as crianças possuem “capacida-

“Eu decidi ter um filho porque queria me sentir adulta ... Agora tenho que fazer isso dar certo. Para o bem do meu filho, eu preciso voltar para a escola e conseguir uma educação adequada. Agora sei que o meu destino não é trocar fraldas. Quero ser advogada e mudar o mundo. Para o meu filho”.

Jipara, 17 anos, Quirguistão

des de evolução”, ou de aquisição de maturidade e conhecimento, suficientes para tomar decisões informadas sobre questões de importância, inclusive quanto a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Ela também reconhece que algumas crianças são mais maduras do que outras (Artigo 5º; Comitê sobre os Direitos da Criança, de 2003; CEDAW, 1999; CRPD, Artigo7) e coloca que os Estados devem garantir que serviços apropriados sejam colocados à disposição dos jovens independente de autorização dos pais ou responsáveis (Comitê sobre os Direitos da Criança, de 2003; CEDAW, 1999).

Nove anos antes, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que continua a ser a base para o trabalho do UNFPA hoje, também reconheceu a capacidade evolutiva dos adolescentes e pediu aos governos e famílias que disponibilizassem informações e serviços aos adolescentes, tendo em conta os direitos e responsabilidades dos pais (parágrafo 7.45). Os 179 governos que endossaram o Programa de Ação também concordaram que a “resposta da sociedade às necessidades de saúde reprodutiva dos adolescentes deve ser baseada em informação que os ajude a atingir um nível de maturidade necessário para tomar decisões responsáveis. Em particular, devem ser disponibilizados aos adolescentes informação e serviços para ajudá-los a compreender a sua sexualidade e protegê-los de gestações indesejadas... Isso deve ser combinado com a educação dos jovens para respeitar a autodeterminação das mulheres e para dividirem a responsabilidade com as mulheres em matéria de sexualidade e reprodução” (Programa de Ação, parágrafo 7.41).

Outros determinantes de nível individual

Fatores que colocam os indivíduos em risco de gravidez precoce não surgem apenas com o início da puberdade; muitos fatores de risco vivenciados

“Às vezes eu acho que a minha gravidez e a maternidade naqueles anos me fez mais forte. Estou mais preparada para enfrentar todos os problemas da vida. Mas, por outro lado, eu acredito que ser mãe nessa idade complicou a minha vida... Eu não passei por todas as etapas de crescimento como as minhas colegas passaram. Eu não tive todas as vantagens de ser uma pessoa jovem e não tive igualdade de oportunidades para o sucesso”.

Zeljka, 27 anos, grávida aos 17, Bósnia-Herzegovina

por eles têm sua origem na infância ou até mesmo em gerações anteriores. Nos países de alta renda, por exemplo, meninas que engravidam em uma idade precoce são significativamente mais propensas a ter uma mãe que teve uma gravidez precoce do que suas colegas não-grávidas. Outra influência é a nutrição materna, que afeta o peso ao nascer e pode ter consequências ao longo da vida. Em 1995, o médico e pesquisador David Barker levantou a hipótese de que recém-nascidos com baixo peso ao nascer (muitas vezes recém-nascidos de adolescentes pobres) continuaram como adultos a estar em risco significativamente maior que a média para uma série de doenças não-transmissíveis (Barker, 1995).

As vulnerabilidades especiais de meninas com idade entre 10 e 14 anos

Adolescentes muito jovens, com idade entre 10 e 14 anos, passam por enormes mudanças físicas, emo-

cionais, sociais e intelectuais. Durante este período, vários adolescentes muito jovens passam pela puberdade, têm suas primeiras experiências sexuais e, no caso das meninas, podem ser casadas precocemente.

O início da puberdade traz mudanças físicas substanciais, bem como vulnerabilidades para os meninos e, principalmente, para as meninas. A puberdade para as meninas começa, em média, dois anos antes do que para os meninos. Esse fato, combinado com normas de gênero muito restritivas e recursos limitados, muitas vezes deixa várias meninas apenas com seus corpos físicos como principal recurso disponível. Esse ativo pode ser potencialmente explorado para relações sexuais desprotegidas não-consensuais com meninas, e também pode sujeitar as meninas ao casamento contra seus direitos e vontades, na expectativa de que elas venham a ter filhos o mais cedo possível.

Para a maioria das crianças, o início da adolescência é marcado por boa saúde e circunstâncias familiares estáveis, mas também pode ser um período de vulnerabilidade por causa de transições intensas e rápidas para novos papéis e responsabilidades como provedores, trabalhadores, cônjuges e pais. Em muitos países, o impacto do HIV, da pobreza e dos conflitos políticos e sociais no âmbito das famílias e comunidades corroem as redes de segurança tradicionais e aumentam a vulnerabilidade dos jovens adolescentes (UNFPA e Conselho de População, nd).

Quando as crianças desta idade não estão nem morando com os pais nem frequentando a escola, há uma boa chance de que elas não estejam recebendo

apoio familiar ou de colegas para lidar apropriadamente com os desafios que enfrentam e não lhes está sendo dada oportunidade adequada para se transformarem em membros produtivos da sociedade. Em algumas configurações, jovens adolescentes do sexo feminino são trabalhadoras domésticas, migrantes de comunidades rurais em busca de trabalho e educação, ou estão fugindo de um casamento forçado. Outras podem já ser crianças noivas que agora estão vivendo com o cônjuge e, possivelmente, a família do cônjuge. Essas jovens estão entre as menos propensas a procurar e receber serviços sociais e, portanto, exigem um conjunto de ações proativas para minimizar a sua vulnerabilidade à exploração.

Dados de Pesquisas PDS de 26 países da África Subsaariana mostram que até 41% das meninas com idades entre 10 e 14 anos não estavam vivendo com nenhum dos pais (embora algumas pudessem estar vivendo com outros parentes). Um grupo um pouco menor de meninas nessa faixa

"Quando entrei em trabalho de parto, eles trouxeram a parteira dayá tradicional. Ela não prestou atenção ao tamanho ou à posição do feto. Eu tive dores o dia todo, me segurando até que eu não tinha mais energia em mim. Pensei que ia morrer. Então eles me levaram para o hospital, que era mais de duas horas de distância. No momento em que cheguei lá, perdi a consciência. E quando acordei, me disseram que meu filho tinha morrido."

Awatif, 33 anos, grávida aos 14, Sudão

etária na América Latina e o Caribe não vivia com seus pais. As menores proporções foram encontradas na Ásia (Organização Mundial da Saúde, 2011b).

Jovens que não vivem com um ou ambos os pais também têm maior risco de participar de trabalho ilegal e inseguro. Estima-se que na África Subsaariana 30% das meninas entre 10 e 14 anos trabalham, em comparação com 26% e 27%, respectivamente, na Ásia e no Pacífico, e 17% e 5%, respectivamente, na América Latina e no Caribe (Organização Mundial da Saúde, 2011b).

Além disso, geralmente a educação em sexualidade abrangente é oferecida através de currículos escolares. No entanto, nem todos os adolescentes frequentam a escola e nem todos permanecem na escola até terem relações sexuais. Meninas casadas com idades entre 10 e 14 anos que não estão na escola praticamente não têm acesso à educação sexual, aumentando ainda mais sua vulnerabilidade à gravidez.

Conclusão

Os determinantes da gravidez na adolescência são complexos, de várias direções, multidimensionais e variam significativamente entre regiões, países, grupos etários, faixas de renda, famílias e comunidades.

Pressões de todos os níveis conspiram contra as meninas e levam a gestações, intencionais ou não. As leis nacionais podem impedir que uma menina tenha acesso a métodos contraceptivos. Normas e atitudes comunitárias podem bloquear seu acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, ou podem tolerar a violência contra a menina se ela conseguir acessar os serviços. Os membros da família podem obrigá-la a um casa-

"Eu tinha 14 anos e estava no ensino médio, quando eu tive de parar de ir à escola porque minha família não tinha dinheiro para pagar as mensalidades. Minha mãe costumava enviar eu e minha irmã ao mercado para pedirmos alguma coisa para comermos em casa. Um dia nós pedimos dinheiro a dois homens. Eles deram 2.000 Francos Congolese [cerca de \$2] a minha irmã para comprar comida para levar para casa. Quando minha irmã se foi, eles me levaram para um pub e me deram uma bebida doce, mas tinha algo nela que me deu sono. Eu acordei em um centro de saúde, onde as enfermeiras me disseram que eu tinha sido estuprada. Fiquei grávida."

Chada, 16 anos, República Democrática do Congo

mento no qual ela tem pouco ou nenhum poder de se recusar a ter filhos. As escolas podem não oferecer educação sexual, por isso ela precisa confiar em informações (muitas vezes imprecisas) de seus pares sobre sexualidade, gravidez e contracepção. Seu parceiro pode se recusar a usar preservativos ou pode proibi-la de usar contraceptivos de qualquer espécie. A menarca pode ser mal interpretada por sua família ou seu marido mais velho como sinal de que está preparada para ter filhos. Não importa o quanto uma menina queira reivindicar sua infância, ir à escola e alcançar seu pleno potencial, as forças que operam contra ela podem ser esmagadoras.





4

Adotando ações

Intervenções em múltiplos níveis visando desenvolver o capital humano das adolescentes, com foco na capacidade de tomada de decisões acerca de sua saúde reprodutiva, na promoção da igualdade de gênero e no respeito pelos direitos humanos, tiveram um impacto documentável na prevenção da gravidez precoce.

◀ *Multiplicadores jovens do programa para adolescentes AMNLAE na Nicarágua.*

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

A saúde sexual e reprodutiva e o pleno gozo dos direitos são fundamentais para a transição dos adolescentes para a vida adulta e vitais para a identidade, saúde, bem-estar, desenvolvimento e crescimento pessoal dos adolescentes, bem como para a realização de seu potencial na vida.

Adolescentes totalmente envolvidos, educados, saudáveis, informados e produtivos podem ajudar a interromper o ciclo de pobreza multigeracional e podem contribuir para o fortalecimento de suas comunidades e nações. Os países com uma grande parcela populacional de adolescentes ou jovens têm a oportunidade de colher um bônus demográfico significativo para a economia, o desenvolvimento, a resiliência e a produtividade nacionais. Isso requer investimentos no capital humano dos adolescentes e jovens e a ampliação do leque de opções e oportunidades disponíveis para eles. No entanto, investimentos e oportunidades que lhes permitiriam realizar seu pleno potencial são negados a muitos adolescentes, especialmente as meninas. Por exemplo, em todo o mundo, 26% das meninas e 17% dos meninos com idades entre os 11 e 15 anos não frequentam a escola.

A gravidez na adolescência é um sintoma do subinvestimento no capital humano das meninas e das pressões sociais e desigualdades estruturais que impedem as meninas de tomar decisões sobre sua saúde, comportamento sexual, relacionamentos, casamento e reprodução, e que influenciam criticamente sua capacidade de aproveitar ao máximo as oportunidades de educação, emprego e participação política (UNFPA, 2012D).

A prevenção da gravidez, portanto, requer a desconstrução das muitas barreiras à realização do pleno potencial das adolescentes e à sua capacidade de gozar de seus direitos. A preparação para uma transição segura e bem-sucedida para a vida adulta requer o engajamento das meninas - e meninos -

"Eu acho que é muito cedo na minha vida para ter um filho, considerando o tempo e o amor que uma criança precisa."

Anders, 17, Dinamarca

na tomada de decisão desde o nível individual até o nível de formulação de políticas, permitindo-lhes adquirir as competências e o poder para expressar suas perspectivas e prioridades. As ações que apoiam esta transição da adolescência para a idade adulta também são aquelas que podem reduzir o número de adolescentes grávidas.

Como a gravidez na adolescência é o resultado de diversas forças sociais e econômicas e outras forças subjacentes, sua prevenção requer estratégias multidimensionais orientadas para o empoderamento das meninas e focadas em populações específicas de meninas, especialmente as marginalizadas e mais vulneráveis.

Abordar a gravidez indesejada entre adolescentes requer abordagens holísticas. Como os desafios são grandes e complexos, nenhum setor ou organização pode enfrentá-los por conta própria. Os obstáculos ao avanço só podem ser removidos por meio do trabalho em parceria, envolvendo todos os setores, e em colaboração com os próprios adolescentes.

Investindo nas meninas

Muitas das ações por parte dos governos e da sociedade civil que reduziram a fertilidade entre adolescentes foram projetadas para atingir outros objetivos, como manter as meninas na escola, evitar a infecção por HIV, ou impedir o casamento precoce. Todas essas ações de alguma forma contribuíram

para o desenvolvimento do capital humano das meninas, transmitido informações ou competências para capacitá-las a tomar decisões na vida e reforçando ou protegendo seus direitos humanos básicos.

Os efeitos protetores da educação

Em 2006, Duflo et al. (2006) estudaram o impacto de três intervenções escolares de prevenção do HIV no Quênia: o treinamento de professores para a implementação do currículo de educação para HIV/Aids do Governo; o estímulo ao debate entre os alunos sobre o papel do preservativo e redações sobre a forma de proteger-se do HIV/Aids; e uma medida para reduzir o custo da educação. O estudo envolveu 70 mil alunos de 328 escolas primárias e analisou a eficácia dessas intervenções com relação à reprodução, vista pelos autores do estudo como um *proxy* para comportamentos de risco que podem resultar em gravidez. Depois de dois anos, o estudo constatou que o programa de treinamento de professores teve pouco impacto sobre o conhecimento, a atividade

de sexual auto-reportada ou o uso de preservativo entre os alunos. Os debates e as redações sobre preservativos aumentaram o conhecimento prático e a utilização auto-reportada do preservativo, mas o estudo não resultou em dados concretos relacionados à gravidez e à maternidade. No entanto, a redução do custo da educação – por meio da provisão de uniformes escolares gratuitos para alunos do sexto ano – reduziu as taxas de evasão escolar e de gravidez entre adolescentes.

O Quênia aboliu as mensalidades escolares em 2003. Desde então, a principal barreira financeira para o acesso à educação primária tem sido o custo de uniformes escolares, ao preço de US\$6 cada. A taxa de evasão escolar entre as meninas que receberam uniformes gratuitamente diminuiu 15%. Esta redução traduziu-se numa redução de 10% de gravidez na adolescência. A redução do custo da educação ajudou as meninas a ficarem mais tempo na escola e também diminuiu as chances de se casarem e terem filhos.



Meninas em internato em Nyamuswa, Tanzânia.

© Mark Tuschman/
Project Zawadi

Em um estudo posterior no Quênia, Duflo et al. (2011) constataram que a simples provisão de uniformes escolares às crianças foi suficiente para aumentar as matrículas, reduzir a evasão em 18% e reduzir a taxa de gravidez em 17%. “As crianças já matriculadas em turmas do sexto ano receberam uniforme gratuito. Os implementadores também anunciaram que as alunas ainda matriculadas na escola no ano seguinte seriam elegíveis para um segundo uniforme, e uniformes foram distribuídos novamente no ano seguinte.” (Duflo et al., 2011) A redução do número de alunas grávidas, porém, ocorreu “inteiramente através de uma redução no número de gestações dentro do casamento”, já que “não houve mudança na taxa de gravidez fora do casamento.” Esta descoberta sugere que o poder de proteção da educação reside na sua capacidade de reduzir as taxas de casamento precoce, o que, por sua vez, ajudou a reduzir a gravidez na adolescência. Duflo et al. concluíram que “dar às meninas... a oportunidade de frequentar a escola, se desejarem, é uma maneira extremamente poderosa (e barata) de reduzir a fecundidade adolescente”.

As meninas colhem muitos benefícios imediatos e de longo prazo da educação, que, durante a adolescência, é o primeiro passo necessário para que as meninas superem o histórico de desvantagem na vida cidadã e no trabalho remunerado (Lloyd, 2009). Melhorar a qualidade e a relevância das oportunidades de aprendizagem para adolescentes pode preparar e capacitar as meninas para uma série de papéis adultos para além dos papéis tradicionais de dona de casa, mãe e esposa, com benefícios não só para as meninas, mas também para as suas famílias e comunidades. Estar na escola junto com os meninos durante a adolescência promove maior igualdade de gênero no cotidiano dos adolescentes. A educação para adolescentes ajuda a evitar a gravidez precoce e reduz o risco de HIV/Aids.

Embora a educação primária seja uma necessidade básica para todos, o ensino médio oferece maiores perspectivas de emprego remunerado, com as meninas recebendo retornos substancialmente maiores no trabalho do que os meninos, quando ambos concluem o ensino médio.

Gupta et al. (2008) constataram que “a educação continua a ser o fator mais importante para prever a idade do casamento ao longo do tempo.” A matrícula na escola oferece uma proteção, já que as meninas que frequentam a escola são “vistas como crianças e não pessoas em idade de casar” (Marcus e Page, 2013). De acordo com um estudo no Quênia (Duflo et al., 2011), “uma vez que deixam a escola, o sexo e o casamento são esperados.”

Décadas de pesquisa têm mostrado que educação e escolaridade são fatores-chave não só para reduzir o risco de iniciação sexual, gravidez e maternidade precoces, mas também para aumentar a probabilidade dos adolescentes usarem preservativos e outras formas de contracepção se tiverem relações sexuais (Blum, 2004).

Outras ações que visam manter as meninas na escola, como programas de transferência condicional de renda, também protegem as meninas da gravidez. Transferências condicionais de renda são pagamentos mensais ou bimensais regulares, que exigem que as famílias recorram a serviços essenciais, como escola, atenção básica à saúde, serviços de saúde sexual e reprodutiva, ou sessões gratuitas de sensibilização e educação.

O Malawi, por exemplo, conduziu um programa piloto de transferência condicional de renda para incentivar as meninas no distrito de Zomba a permanecer na escola ou para incentivar aquelas que haviam recentemente abandonado a escola a retomarem sua educação. Zomba apresenta uma alta taxa de evasão, baixo nível de escolaridade e as mais altas taxas de prevalência de HIV do país

entre mulheres com idades de 15 a 49. Através do programa de Zomba, as famílias receberam uma transferência de US\$10 mensais, o equivalente a cerca de 15% da renda familiar média. Cerca de 70% da transferência foi para os pais, e 30% para as próprias meninas. Além disso, o programa pagou a mensalidade do ensino médio das meninas diretamente para a escola, assim que as matrículas foram confirmadas. Somente as famílias de meninas que frequentaram a escola por pelo menos 75% dos dias letivos do mês anterior recebiam as transferências (Baird et al., 2009). Algumas meninas foram aleatoriamente selecionadas para receber transferências de renda não-condicionais:

sem condições, apenas dinheiro. As transferências não-condicionais tiveram um impacto maior do que as transferências condicionais sobre a redução da incidência de casamento e maternidade na adolescência (Baird et al., 2011).

Mais de três em cada cinco meninas que haviam abandonado a escola retornaram devido a transferências de renda condicionais. Além disso, 93% das meninas que não haviam abandonado a escola e que participaram do programa ainda estavam na escola no final do ano letivo, em comparação com 89% das meninas que não haviam abandonado previamente a escola e não participaram do programa.

PROGRESSO REALIZADO



Baird et al. (2009) também constataram que a iniciativa pode ter afetado o comportamento sexual e sugeriram que “as meninas e jovens que retornaram (ou permaneceram) na escola retardaram significativamente o início de sua atividade sexual (e, para aquelas que já eram sexualmente ativas, reduziram a frequência). O programa também retardou o casamento, que é a principal alternativa à educação escolar para jovens mulheres em Malawi, e reduziu a probabilidade de engravidar.” Para as beneficiárias do programa que estavam fora da escola no início do estudo, a probabilidade de casar e engravidar diminuiu 40% e 30%, respectivamente.

Uma revisão realizada em 2012, *Fecundidade Adolescente em Países de Renda Baixa e Média: Efeitos e Soluções*, constatou que “a base de evidências que apoia a eficácia das transferências condicionais de renda é relativamente forte em comparação com outras intervenções.” A evidência do impacto dessas transferências na educação é especialmente forte. Uma análise recente de transferências em países em desenvolvimento constatou que, em média, elas melhoram a frequência no ensino médio em 12% (Saavedra e Garcia, 2012).

Aumentando o conhecimento, desenvolvendo competências

No Zimbábue, um programa destinado a prevenir a infecção pelo HIV entre os jovens também teve o efeito não intencional, mas bem-vindo, de reduzir o número de gestações na adolescência (Cowan et al., 2010). Em 30 comunidades em sete distritos no sudeste do país, educadores profissionais trabalharam com jovens dentro e fora da escola para melhorar o conhecimento e desenvolver competências. Ao mesmo tempo, programas comunitários tiveram como objetivo melhorar o conhecimento dos pais e outros atores sobre saúde reprodutiva, melhorar a comunicação entre pais e filhos, e desenvolver o

apoio da comunidade para a saúde reprodutiva dos adolescentes. O programa também incluiu treinamento para enfermeiros e outros profissionais em clínicas rurais para melhorar a disponibilidade e acessibilidade dos serviços para os jovens. Ao final do programa, uma pesquisa com 4.684 jovens entre as idades de 18 e 22 mostrou alguma melhora nos níveis de conhecimento, mas sem impacto sobre comportamentos sexuais relatados. No entanto, as jovens que participaram do programa tiveram menos probabilidade de relatar que haviam engravidado do que as do grupo controle.

O programa *Empowerment and Livelihood for Adolescents* em Uganda teve como objetivo prevenir o HIV entre adolescentes e ajudá-los a entrar no mercado de trabalho. Através do programa, implementado pela organização não-governamental BRAC, meninas de 50 comunidades receberam treinamento em competências para a vida para construir conhecimento, melhorar a capacidade de negociação e reduzir comportamentos de risco, bem como formação profissional para ajudá-las a iniciar pequenas empresas. Depois de dois anos, a taxa de fecundidade média das meninas que participam do programa foi de três pontos percentuais menor do que das meninas que não participaram, traduzindo-se numa redução de 28,6%, e a probabilidade das meninas se engajarem em atividades de geração de renda aumentou 35% (Bandiera et al., 2012).

Na Guatemala, as meninas maias são o grupo mais desfavorecido do país, com pouca escolaridade, gestações frequentes, isolamento social e pobreza crônica. Muitas são casadas ainda na infância (Catino et al., 2011). O Conselho de População e outros grupos lançaram um projeto em 2004 para fortalecer as redes de apoio às meninas maias com idade entre de 8 e 18 anos em áreas rurais e ajudá-las a passar com sucesso pelas transições da adolescência. O projeto, *Abriendo Oportunidades*,

criou clubes de meninas e espaços seguros nas comunidades onde elas podem se reunir, desenvolver competências para a vida, habilidades de liderança e construir redes sociais. Como resultado da iniciativa, 100% das meninas participantes concluíram o sexto ano, em comparação com 81,5% do total de meninas no país. Das meninas participantes do programa, 72% ainda estavam na escola no final do programa de dois anos, em comparação com 53% do total de meninas indígenas no país. Uma avaliação mostrou que 97% das participantes do programa permaneceram sem filhos, em comparação com a média nacional de 78,2% para as meninas com idades entre 15 a 19 (Segeplan, 2010). Desde então, o programa se expandiu para mais de 40 comunidades e já alcançou mais de 3.500 meninas indígenas. Atualmente, o programa oferece serviços voltados para meninas entre 8 e 12 anos e outros serviços para as de 13 a 18 anos, com cada grupo se beneficiando de serviços específicos para sua faixa etária.

Em muitos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência ocorre principalmente dentro do casamento precoce. Dezoito anos é a idade mínima legal em 158 países para o casamento de mulheres sem consentimento dos pais (UNFPA, 2012). No entanto, em 146 países, leis estaduais ou de direito consuetudinário permitem que meninas menores de 18 anos se casem com o consentimento dos pais ou de outras autoridades; em 52 países, meninas menores de 15 anos podem se casar com autorização dos pais.

As leis são importantes, mas raramente são aplicadas. Um documento recente do UNICEF relatou, por exemplo, que na Índia, onde 47% das meninas se casam antes dos 18 anos, apenas 11 pessoas foram condenadas por promover o casamento de crianças em 2010, apesar da lei que proíbe essa prática (UNICEF, 2011a).

Devido aos desafios para a promulgação e aplicação das leis, alguns governos estão tomando outras medidas para empoderar as meninas em risco de casamento infantil, por exemplo, por meio do desenvolvimento de competências para a vida, da oferta de espaços seguros para que as meninas discutam o seu futuro, da prestação de informações sobre suas opções, bem como do desenvolvimento de redes de apoio. Tais intervenções visam equipar as meninas com conhecimentos e competências em áreas relevantes para suas vidas, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, nutrição e seus direitos perante a lei. As meninas são empoderadas quando são possibilitadas a aprender competências que as ajudam a desenvolver um meio de vida, a se comunicar melhor, a negociar e tomar decisões que afetam diretamente suas vidas. Espaços seguros e o apoio que eles oferecem ajudam as meninas a superar seu isolamento social, interagir com colegas e mentores, e avaliar alternativas ao casamento (UNFPA, 2012).

▼ *Aula de habilidades para a vida, Etiópia.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global





© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

Um exemplo desse tipo de programa é o *Berhane Hewan*, um programa de dois anos lançado na Etiópia em 2004. O programa *Berhane Hewan* foi estabelecido para proteger as meninas do casamento forçado e apoiar as que já estão casadas através da formação de grupos liderados por mentoras adultas. O programa oferece incentivos econômicos e outros para que permaneçam na escola, e educação não-formal para as meninas que não estão na escola, incluindo alfabetização e habilidades matemáticas; e o engajamento das comunidades na discussão de questões como o casamento infantil (Erulkar, A.S., e Muthengi, E. 2009). Estima-se que 41% das mulheres entre as idades de 20 e 24 na Etiópia tenham se casado antes dos 18 anos (UNFPA, 2012).

Através do programa *Hewan Berhane*, adolescentes, indivíduos e a comunidade se uniram com

sucesso para melhorar o desenvolvimento social e a situação educacional e de saúde das meninas vulneráveis (Bruce et al., 2012). O programa associou a educação e o envolvimento da comunidade com incentivos financeiros. As participantes receberam material escolar, no valor de cerca de US\$6 por ano, bem como uma cabra ou ovelha, no valor de cerca de US\$25, após a conclusão do programa de dois anos. O programa atendeu a mais de 12 mil meninas na região de Amhara, que tem a maior incidência de casamento infantil do país. As meninas que participaram do programa, especialmente as de 10 a 14 anos, foram mais propensas a permanecer na escola e menos propensas a se casar do que suas colegas que não participaram do programa.

Na Índia, a *Pathfinder International* implementou um programa de governo, o programa

Prachar (“Promover”), para alterar comportamentos com o objetivo de adiar o casamento, promover a maternidade no momento oportuno e o espaçamento saudável das gestações entre casais adolescentes e jovens em Bihar. Este estado indiano tem a maior prevalência de casamento infantil (63%) e a maior parcela (25%) de meninas que tiveram o primeiro filho entre as idades de 15 e 19 anos (Pathfinder International, 2011).

O programa *Prachar* incluiu treinamento específico ao estágio de vida na área da saúde sexual e reprodutiva para meninas solteiras com idades entre 12 e 19 anos, e para meninos entre 15 e 19 anos. Agentes femininas de mudança realizaram visitas domiciliares a jovens mulheres casadas, e agentes masculinos de mudança realizaram visitas domiciliares aos meninos. Os pais e as sogras foram mobilizados por meio de reuniões com a comunidade, sendo que as sogras também participaram das visitas domiciliares. Casais jovens foram convidados a participar de “cerimônias de boas-vindas aos recém-casados”, que ofereceram informação, educação e entretenimento para melhorar o conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, construir habilidades para a vida, promover a comunicação entre o casal e a tomada de decisões conjuntas.

Na conclusão da primeira fase do programa, a probabilidade das jovens casadas usarem métodos contraceptivos era quase quatro vezes maior do que a de jovens casadas que não participaram do programa. Além disso, as participantes eram 44% menos propensas a se casar e 39% menos propensas a terem filhos do que as meninas fora da área do programa.

O programa *Ishraq* (“Iluminação”) começou em 2001 no Egito com o objetivo de transformar a vida das meninas por meio da mudança de normas de gênero e percepções da comunidade sobre os papéis das meninas na sociedade, trazendo-as para a esfera pública de forma segura e confiante. O

programa instituiu espaços voltados para as meninas em comunidades, proporcionando às meninas a oportunidade de conhecerem umas às outras, de aprendizado, de brincadeiras, e de terem aulas de alfabetização combinadas com aulas de habilidades para a vida e esportes (Brady et al., 2007). Embora a avaliação do programa não tenha abordado a gravidez na adolescência, abordou uma série de fatores associados com o casamento infantil e a gravidez precoce. Especificamente, a alfabetização melhorou (92% das participantes que fizeram o exame de alfabetização do governo passaram), assim como a matrícula escolar (cerca de 70% das participantes do programa entraram ou retornaram para a escola). Após o programa, as participantes expressaram o desejo de se casar mais tarde. Além disso, o programa foi associado a um aumento de autoconfiança: 65% sentiram-se “fortes e capazes de enfrentar qualquer problema”.

Programas de saúde sexual e reprodutiva em vários níveis, de longo prazo e consistentes, também podem contribuir para a prevenção da gravidez na adolescência. Os Países Baixos constituem um exemplo de país desenvolvido que tem alcançado *níveis muito baixos* de gravidez e aborto na adolescência, com uma abordagem pragmática e abrangente para o planejamento familiar, especialmente para os jovens. Isso resultou em uma das mais baixas taxas de aborto em todo o mundo (UNFPA, 2013d). Desde 1971, o planejamento familiar foi incluído no sistema nacional de saúde pública, com a distribuição gratuita de anticoncepcionais. A educação em sexualidade é universal e abrangente, e o empoderamento das meninas está entre os mais elevados do mundo. Os jovens sexualmente ativos exibem alguns dos mais altos índices de uso de anticoncepcionais entre populações jovens, e como consequência, a taxa de aborto no país é uma das mais baixas do mundo (Ketting e Visser, 1994; Sedgh et al, 2007).

O direito à educação sexual abrangente e apropriada para a idade

A educação em sexualidade abrangente como parte do currículo escolar oferece aos jovens informações adequadas à idade, culturalmente relevantes e cientificamente precisas. Ela também oferece aos jovens oportunidades estruturadas para explorar atitudes e valores e praticar as competências necessárias para que se tornem capazes de tomar decisões informadas sobre suas vidas sexuais.

O direito de adolescentes e jovens à educação em sexualidade abrangente e não discriminatória é garantido através de vários acordos e documentos de direitos humanos, incluindo a Convenção sobre os Direitos da Criança, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A educação sexual abrangente é essencial para a garantia de outros direitos humanos (UNFPA, 2010).

Em uma revisão de 87 programas abrangentes de educação sexual, incluindo 29 de países em desenvolvimento, a UNESCO (2009) constatou que quase todos os programas aumentaram o conhecimento, e dois terços tiveram um impacto positivo sobre o comportamento: muitos adolescentes retardaram a sua iniciação sexual, reduziram a frequência do sexo e o número de parceiros sexuais, aumentaram o uso da camisinha ou de anticoncepcionais, ou reduziram comportamentos sexuais de risco. Mais de um quarto dos programas melhoraram duas ou mais destas condutas.

Outro estudo concluiu: “Há agora evidência clara de que os programas de educação em sexualidade podem ajudar os jovens a adiar a atividade sexual e aumentar o uso de contraceptivos quando

eles começam a ter relações sexuais. Além disso, os estudos realizados até agora fornecem uma base de evidência para programas que vão além da simples redução da atividade sexual para combater a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, e passam a focar na saúde sexual e no bem-estar dos jovens de forma mais holística” (Boonstra, 2011).

Existem duas abordagens principais para a educação sexual: a defesa da abstinência apenas ou a implementação de programas abrangentes e adequados para a idade. Duas revisões amplas (Oxford, 2007; Kirby, 2007) descobriram que programas de abstinência não são eficazes para impedir ou retardar a iniciação sexual. A educação em sexualidade abrangente “ensina sobre a abstinência como o melhor método para evitar doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada, mas também ensina sobre preservativos e contracepção para reduzir o risco de gravidez indesejada e de infecção por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Ela também ensina habilidades interpessoais e de comunicação e ajuda os jovens na exploração de seus próprios valores, objetivos e opções” (Advocates for Youth, 2001).

Em uma análise de programas abrangentes, a UNESCO considerou que “quase todos os programas aumentaram o conhecimento, e dois terços tiveram um impacto positivo sobre o comportamento...,” inclusive retardando a iniciação sexual. Nos Estados Unidos, os maiores índices de gravidez na adolescência tendem a ser encontrados em estados onde predomina a abordagem da simples abstinência. As taxas mais baixas ocorrem em estados onde informações sobre sexualidade e contracepção são prestadas sem juízo de valor (Szalavitz, 2013).

Ao analisar o progresso e as conquistas da educação em sexualidade abrangente desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento,

de 1994, a comunidade internacional tem aprendido uma série de lições. Uma delas é que, mesmo em face da pandemia de HIV/Aids, os governos têm sido lentos na implementação da educação em sexualidade abrangente, e ainda mais lentos para alcançar os jovens mais vulneráveis (Haberland e Rogow, 2013).

A segunda lição é que a educação sexual abrangente pode ser eficaz para além da prevenção de comportamentos de alto risco. A pesquisa mostra que os programas que tendem a ter o maior impacto sobre a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência são aqueles que enfatizam o pensamento crítico sobre gênero e poder nas relações (Haberland e Rogow, 2012). Esses resultados oferecem a promessa de uma nova geração de programas que podem ter um impacto concreto e positivo sobre o bem-estar dos jovens.

Novas pesquisas revelam que programas de educação em sexualidade abrangentes têm maior probabilidade de ter impacto na redução da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis na adolescência quando abordam questões de gênero e poder. Estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento confirmam que os jovens que acreditam na igualdade de gênero apresentam melhores resultados de saúde sexual do que seus pares. Por outro lado, jovens que possuem atitudes menos igualitárias tendem a ter piores resultados de saúde sexual (Grupo de Trabalho Internacional sobre Educação Sexual e HIV, 2011).

A igualdade de gênero e os direitos humanos são fundamentais para prevenir a propagação do HIV e para que os jovens possam crescer e gozar de boa saúde. Por exemplo, jovens que, em comparação com seus pares, adotam atitudes igualitárias em relação a papéis de gênero são mais propensos a adiar a iniciação sexual e a usar preservativos e métodos anticoncepcionais. Além disso, apresen-

tam taxas mais baixas de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, e são menos propensos a manterem relações caracterizadas pela violência. Outro estudo mostra que um programa voltado a aumentar a compreensão das meninas sobre os riscos do sexo intergeracional reduziu a gravidez em 28% (Dupas, 2011).

Geralmente, a educação em sexualidade abrangente é oferecida através do currículo escolar. No entanto, nem todos os adolescentes frequentam a escola e nem todos permanecem na escola até iniciarem a vida sexual. Portanto, meninas casadas com idades entre 10 e 14 anos e que não frequentam a escola praticamente não têm acesso à educação sexual. Por isso, é importante empreender esforços adicionais para atender às necessidades das adolescentes que estão fora da escola. Programas de educação sexual e HIV baseados no currículo escolar e nos grupos específicos podem alcançar adolescentes que não estão na escola, se forem implementados por provedores de serviços de saúde e outros serviços para jovens, centros comunitários ou outras instituições locais acessíveis aos adolescentes (Kirby et al., 2006).

De acordo com a UNESCO (2013), 57 milhões de crianças em idade de ensino primário e 69 milhões de crianças em idade de ensino médio não frequentam a escola. A maioria delas vive em países em desenvolvimento, e pouco mais da metade são meninas. Duas abordagens com potencial para alcançar um grande número de adolescentes fora da escola, embora não necessariamente como programas específicos para prevenir a gravidez, envolvem o uso dos meios de comunicação e instrução por meio de rádio interativo.

Avaliações recentes de campanhas de mídia de massa que promoveram a saúde sexual de adolescentes, principalmente em países em desenvolvimento, constataram que as campanhas contribuíram de

modo geral para aumentar o conhecimento, e que a maioria influenciou comportamentos, como o uso de preservativo (Gurman e Underwood, 2008; Bertrand et al, 2006). Alguns reduziram o número de parceiros para as mulheres, diminuíram a frequência do sexo casual ou sexo com homens mais velhos, e aumentaram a abstinência.

No Zâmbia, a campanha HEART (*Helping Each Other Act Responsibly Together* - Ajudando Um ao Outro a Agir Responsavelmente Juntos), concebida por e para adolescentes de 13 a 19 anos de idade, ajudou a aumentar a conscientização sobre a prevenção do HIV e o uso de preservativos, e procurou criar um contexto social em que as normas sociais vigentes poderiam ser discutidas, questionadas e reavaliadas para reduzir a transmissão sexual do HIV. Uma avaliação constatou que, em comparação com aqueles que não assistiram à programação, os telespectadores tiveram uma probabilidade 87% maior de usar preservativos, e uma probabilidade 67% maior de ter

usado preservativos na última relação sexual. O uso do preservativo é um comportamento que pode ajudar a prevenir a gravidez (AIDSTAR -One,n.d.).

O *Programa Brasileiro para a Educação Sexual e Emocional: Uma Nova Perspectiva* é estruturado com base em uma perspectiva de direitos e se concentra na prevenção de práticas sexuais inseguras e promoção de atitudes positivas que abordam o que significa ter “uma vida sexual saudável e prazerosa”. O programa, que também tem um foco na igualdade de gênero, utiliza uma abordagem integrada, que atende os adolescentes dentro e fora da sala de aula e envolve professores, profissionais de saúde, famílias e a comunidade. Os adolescentes também são alcançados através de programas de rádio, jornais escolares, peças de teatro e oficinas informativas. Uma avaliação que entrevistou 4.795 jovens em 20 escolas públicas do estado de Minas Gerais constatou que, após o programa, o grupo que recebeu a educação sexual apresentou um percentual maior de uso de preservativos tanto com parceiros casuais quanto com parceiros fixos, e um percentual maior de uso de contraceptivos modernos, em comparação com o grupo controle. Além disso, o programa não resultou em aumento da atividade sexual (Andrade et al.,2009).

Campanhas de mídia têm sido mais eficazes no alcance de adolescentes urbanos (dentro e fora da escola) que adolescentes rurais, embora este alcance esteja em expansão com o aumento da disponibilidade das mídias sociais e tecnologias móveis de comunicação.

No entanto, assim como a mídia pode ser parte da solução, promovendo a prevenção, também pode idealizar o sexo e a gravidez na adolescência, como a série de televisão *Teen Mom 2* da MTV, nos Estados Unidos.

Campanhas publicitárias constituem outra forma de educar ou informar o público. Algumas dessas campanhas usam táticas de intimidação e medo para mudar o comportamento através da

▼ Informações sobre métodos contraceptivos no centro CEMOPLAF no Ecuador.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



ameaça de perigo ou dano iminente (Maddux et al., 1983). Estratégias baseadas em medo apresentam um risco, identificam quem é vulnerável a esse risco e instigam uma determinada ação, como tomar medidas para evitar uma gravidez adolescente. Pesquisas sobre mensagens baseadas em medo que, por exemplo, incentivam as pessoas a parar de fumar ou perder peso, mostram que essas campanhas têm pouco efeito quando apresentam mensagens fortes de medo sem nenhuma ação recomendada, ou quando a ação recomendada não é fácil de adotar, ou é vista como ineficaz. Tais abordagens também são ineficazes quando não são reconhecidas as barreiras para a ação e como elas podem ser superadas, e quando não oferecem apoio à população-alvo para que acreditem que são capazes de tomar a ação. Para que estas abordagens funcionem, a eficácia percebida da ação deve ser maior do que a ameaça percebida.

Os sistemas de distribuição de conteúdo também estão evoluindo, à medida que muitos programas vão lançando currículos on-line (Haberland e Rogow, 2013). Apesar da atual falta de evidências convincentes de que este mecanismo oferece vantagens mensuráveis em termos de resultados, o

potencial alcance global de baixo custo sugere a probabilidade de um número crescente de programas baseados na Internet no futuro. É necessário investimento em pesquisa rigorosa para avaliar seus efeitos. Enquanto isso, alguns programas já existentes, como o *Afluentes* do México e o *Butterfly* da Nigéria, estão usando programas de computador para fornecer capacitação ou apoio técnico aos professores.

Programas de habilidades para a vida oferecem outra alternativa para adolescentes adquirirem informações que podem ajudá-los a evitar uma gravidez. O UNICEF (2012) conclui que cerca de 70 países possuem programas nacionais de treinamento de habilidades para a vida, que variam entre países e contextos culturais. Em geral, porém, o treinamento de habilidades para a vida centra-se na construção de cinco competências principais: tomada de decisão e resolução de problemas; pensamento criativo e pensamento crítico; habilidades de comunicação e interpessoais; auto-consciência e empatia; e como lidar com as emoções e o estresse. O treinamento de habilidades para a vida tem sido focado principalmente no desenvolvimento de competências psicológicas de proteção, habilidades de comunicação e conhecimentos para evitar riscos.

Por 10 anos, a partir de 1996, o Programa de Habilidades para a Vida em Maharashtra, Índia, incluiu sessões semanais de uma hora de duração, algumas das quais com foco em saúde, saúde infantil e nutrição. O programa foi concebido para atender meninas casadas com idades entre 12 e 18 anos, com ênfase nas que estavam fora da escola e do trabalho, envolvendo os pais em seu desenvolvimento e os professores na condução das aulas. Uma avaliação revelou um impacto significativo: na área coberta pelo programa, a idade média ao casar subiu de 16 para 17, e a probabilidade do grupo controle se casar antes dos 18 anos foi quatro vezes maior do que a do grupo coberto pelo programa. Além disso, a pro-

"A forma como a mídia coloca
é que todos devem fazer sexo!
Tudo envolve sexo... comerciais...
tudo. Naturalmente, as pessoas
começam a viver para isso e se
descuidam."

Menina de 17 anos, Suécia



▲ *Multiplicadores jovens do Geração Biz em Maputo, Moçambique.*

© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

porção de casamentos de meninas antes dos 18 anos caiu para 61,8% em comparação com 80,7% para as meninas fora do programa (Pande et al., 2006).

As atitudes dos meninos e dos homens têm um impacto significativo sobre a saúde, os direitos, o status social e o bem-estar das meninas e, portanto, sobre a vulnerabilidade delas à gravidez. Em muitos países, o UNFPA apoia programas destinados a meninos, adolescentes e jovens do sexo masculino, cobrindo temas como sexualidade, vida familiar e treinamento em habilidades para a vida, questionando os atuais estereótipos de masculinidade e comportamentos de risco (especialmente o comportamento sexual) e promovendo sua compreensão e apoio aos direitos das mulheres e à igualdade de gênero. Em alguns países, o UNFPA formou parcerias com instituições nacionais para conscientizar sobre o impacto das atitudes negativas e práticas nocivas sobre as meninas e mulheres por meio da educação sexual abrangente apropriada para a idade e baseada na escola; também tem parcerias com organizações da sociedade civil para envolver homens e meninos em diálogos sobre suas atitudes em relação a questões como o casamento precoce, contracepção, questões de saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos.

Investir em serviços para adolescentes e jovens

Adolescentes, casadas ou solteiras, muitas vezes não têm acesso a métodos contraceptivos e informações sobre o seu uso. As barreiras incluem a falta de conhecimento sobre onde obtê-los, o medo de ser rejeitada pelos prestadores de serviços, oposição por parte do companheiro, preconceito da comunidade sobre a contracepção ou sexualidade na adolescência, locais ou horários das clínicas de saúde inconvenientes, custos e questões de privacidade e confidencialidade.

Para que as adolescentes aprendam mais facilmente sobre prevenção da gravidez e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, ou para facilitar a obtenção de contraceptivos, um número crescente de países criou serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para jovens. Os serviços voltados para jovens tipicamente garantem a privacidade das adolescentes, estão situados em áreas - e abertos em horários - convenientes para os jovens, contam com equipes treinadas para atender as necessidades dos jovens, e oferecem um pacote completo de serviços essenciais.

A Nicarágua, por exemplo, está aumentando o acesso de adolescentes e jovens desfavorecidos aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo métodos contraceptivos, através de seu Sistema

Competitivo de Vouchers. Vouchers de serviços gratuitos são distribuídos por organizações não-governamentais locais para adolescentes e jovens nos mercados de Manágua, nas portas das escolas públicas, nas ruas e nas clínicas. Equipes de extensão também distribuem vouchers de porta em porta. Cada voucher é válido por três meses, podendo ser transferido para outro adolescente que precise mais. Ele pode ser usado para cobrir uma consulta e uma visita de acompanhamento para aconselhamento, planejamento familiar, teste de gravidez, assistência pré-natal, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, ou qualquer combinação de serviços. O programa também treinou o pessoal das clínicas para o aconselhamento de adolescentes em questões de sexualidade, bem como para a identificação e tratamento do abuso sexual (Muewissen, 2006).

Os resultados preliminares de uma avaliação indicam que os vouchers foram associados à maior utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva, maior conhecimento de métodos contraceptivos, maior conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e aumento do uso de preservativos.

Através do programa Geração Biz, em Moçambique, os ministérios da saúde, educação, e juventude e desportos oferecem conjuntamente serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para jovens, campanhas informativas nas escolas sobre contracepção e prevenção do HIV, e informações nas comunidades para alcançar os jovens que não estão na escola. Através do trabalho em rede de 5.000 multiplicadores, o Geração Biz fornece informações e serviços confidenciais sem juízo de valor para os jovens em Moçambique. A natureza multisetorial do programa, que envolve formuladores de políticas, prestadores de serviços de saúde, educadores, pessoas interessadas da comunidade e os próprios jovens, é um fator que contribui para

promover o conhecimento sobre contraceptivos entre adolescentes e jovens, aumentando seu uso (Hainsworth et al. 2009).

A Iniciativa de Desenvolvimento em Apoio a Adolescentes Saudáveis (*Development Initiative Supporting Healthy Adolescents* - DISHA) é um programa na Índia que combina a orientação comunitária oferecida por mentores e o diálogo com a comunidade com a ampliação dos serviços de saúde e educação sexual abrangente, informação e provisão de contraceptivos e treinamento em habilidades para a vida. Em 176 cidades, o programa criou grupos de jovens e centros de recursos onde os adolescentes podem aprender sobre saúde sexual e reprodutiva, receber serviços e se inscrever em capacitações para futuros meios de sustento. O programa também capacita profissionais de saúde locais para o atendimento de jovens, organiza voluntários para distribuir métodos modernos de planejamento familiar, distribui multiplicadores, organiza sessões de aconselhamento, e proporciona um fórum para jovens e adultos se reunirem para falar sobre o papel dos jovens na sociedade.

Usando um método quase-experimental com um grupo de comparação, a avaliação mostrou que

"Uma vez o preservativo se rompeu, e só descobrimos isso depois. Minha namorada entrou em pânico, o que eu compreendo perfeitamente. Mas eu realmente acho que lidamos bem com a situação. Encontramos uma farmácia onde compramos o anticoncepcional de emergência."

Lasse, 18, Dinamarca

QUEDA DE DOIS TERÇOS NA TAXA DE ABORTO ENTRE ADOLESCENTES NA UCRÂNIA

Um milhão de abortos eram relatados a cada ano na Ucrânia no início da década de 1990. Desde então, o número diminuiu em mais de 80%, principalmente devido ao aumento do acesso a contraceptivos, informações e serviços de planejamento familiar.

A taxa de aborto entre adolescentes com idades entre 15 e 17 anos também diminuiu de 7,74 abortos por mil meninas para 2,51 hoje. Esta diminuição é atribuída aos esforços do governo para aumentar o acesso aos serviços de saúde voltados para os jovens e às leis, políticas e programas que priorizam a saúde sexual e reprodutiva dos jovens.

Um programa governamental, "Saúde Reprodutiva da Nação", tem como objetivo preservar a saúde reprodutiva da população e influenciar positivamente a saúde reprodutiva entre os adolescentes. Outro, o programa nacional Juventude Nacional da Ucrânia, promove estilos de vida saudáveis como uma prioridade nacional.

O UNFPA, a Organização Mundial de Saúde e o UNICEF estão apoiando o Ministério da Saúde no desenvolvimento de um marco regulatório e institucional abrangente para os serviços de saúde voltados para os jovens.

O acesso a serviços de planejamento familiar de qualidade, incluindo aconselhamento sobre métodos contraceptivos modernos, melhorou, e a conscientização sobre os benefícios do planejamento familiar para a saúde tem crescido. O Governo firmou parcerias com empresas farmacêuticas e farmácias para ampliar o leque de anticoncepcionais disponíveis e reduzir o seu preço, e o Ministério da Saúde fortaleceu sua capacidade de apoiar e promover iniciativas de planejamento familiar, incluindo ações disponíveis para adolescentes e jovens.

Viktoriya Verenych, obstetra e ginecologista em uma clínica voltada para jovens em Kiev, diz que nos últimos cinco anos tem notado uma tendência de início da vida sexual mais cedo entre seus pacientes.

"É muito importante que, neste momento de suas vidas, eles tenham acesso a aconselhamento qualificado para a prevenção da gravidez indesejada, HIV e doenças sexualmente transmissíveis", diz Verenych. "Este aconselhamento deve ser oferecido de forma especificamente voltada para jovens".

a idade ao casar entre participantes do programa aumentou de 15,9 anos para 17,9 anos, e a probabilidade de jovens casadas que participaram da Iniciativa DISHA relatarem o uso atual de um contraceptivo moderno foi quase 60% maior em comparação a jovens na mesma condição não expostas ao programa. Da mesma forma, as atitudes em relação ao casamento precoce mudaram. No início do programa, 66% dos rapazes e 60% das meninas acreditava que a idade ideal de casamento para as meninas era de 18 anos ou mais. Após o programa, essas percentagens subiram para 94% dos meninos e 87% das meninas (Kanesathasan et al., 2008).

O acesso à contracepção de emergência é especialmente importante para adolescentes, especialmente as meninas, que muitas vezes não possuem habilidade ou poder de negociar o uso de preservativos e são vulneráveis à coerção, exploração e violência sexual. A contracepção de emergência é um método para evitar a gravidez até cinco dias após a relação sexual desprotegida, a falta ou mau uso de um contraceptivo (como pílula esquecida), o estupro ou o sexo forçado. Ela interrompe a ovulação e reduz a probabilidade de gravidez em até 90%. Ela não impede a implantação de um óvulo fertilizado, nem prejudica o desenvolvimento de um embrião, nem interrompe uma gravidez.

Barreiras ao acesso de adolescentes à contracepção de emergência incluem a falta de conhecimento sobre o assunto, a relutância dos profissionais de saúde em fornecê-la, o custo, a oposição da comunidade à sua utilização e restrições legais.

Em 22 países não há disponibilidade de uma pílula dedicada e registrada para contracepção de emergência (Consórcio Internacional para Contracepção de Emergência, 2013). Mesmo em países onde a contracepção de emergência está disponível, as adolescentes podem relutar em obtê-la nos locais tradicionais, como clínicas de saúde,

onde podem ser atendidas equipes que as julgarão. Para facilitar a obtenção de anticoncepcionais de emergência para adolescentes, a organização não-governamental PATH desenvolveu um projeto no Camboja, Quênia e Nicarágua para fortalecer a capacidade das farmácias de oferecer serviços de saúde reprodutiva voltados aos jovens, com foco na contracepção de emergência. A iniciativa capacitou

o pessoal das farmácias e educadores, de modo a fornecerem informações atualizadas e precisas sobre a contracepção de emergência e outros serviços de saúde reprodutiva.

Uma avaliação da iniciativa considerou que o projeto aumentou a capacidade do pessoal das farmácias de oferecer serviços de saúde reprodutiva de alta qualidade para os jovens. Os dados sugerem

RESPONDENDO ÀS NECESSIDADES DOS ADOLESCENTES E JOVENS NA COLÔMBIA

Localizado no segundo andar de um edifício moderno, o centro de saúde voltado para jovens de Duitama, Colômbia, tem algumas paredes brancas, mas a maioria foi pintada por grafiteiros adolescentes locais. Dos 111 mil habitantes de Duitama, cerca de um quarto tem entre 10 e 24 anos de idade.

Todos os meses, mais de 600 jovens utilizam os serviços do centro, que incluem desde odontologia até saúde sexual e reprodutiva e psicoterapia.

"Não é só a questão da saúde, mas também a comunicação", diz Nubia Stella Robayo, uma enfermeira especializada em serviços de saúde materna e perinatal para adolescentes.

De acordo com ela, "a maioria das meninas tem problemas financeiros", e "80% das gestações não foram planejadas". E a maioria dos meninos e meninas que vêm para o centro pela primeira vez não usa contraceptivos.

Robayo diz que muitas das meninas acham que seu corpo é muito imaturo para engravidar, então elas acham que não precisam se preocupar com o uso do preservativo. Este é especialmente o caso entre as meninas das zonas rurais. A confusão sobre sexualidade e gravidez, ela afirma, aponta para a necessidade de melhor educação e informação sobre sexo.

"Quando eu ouvi pela primeira vez sobre os serviços voltados para jovens, achei a ideia fabulosa e disse 'nós temos que fazer isso'," diz Lucila Esperanza Perez, gestora do centro, que afirma que a prevenção da gravidez na adolescência é o principal objetivo. A própria Perez teve dois filhos antes de completar 20 anos e conhece em primeira mão os desafios que a gravidez na adolescência pode representar. Nas palavras de Perez, "queríamos um centro onde os jovens possam receber a informação de que necessitam para administrar suas vidas sexuais

e reprodutivas", e "os jovens foram consultados desde o início do projeto; eles têm sido os verdadeiros gestores".

Um serviço é considerado como voltado para jovens quando atende às necessidades dos adolescentes e jovens, reconhece seus direitos, e se torna um lugar onde podem ser informados, orientados e receber cuidados, explica Perez. Ela acrescenta que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental, espiritual e social.

Catherine, de 19 anos, está grávida de 32 semanas e faz suas consultas pré-natais no centro. Segundo ela, "a gravidez é difícil se não for planejada, pois muitos objetivos e sonhos têm que ser adiados".

Catherine relata que se sente valorizada pelos enfermeiros e médicos do centro. "Os enfermeiros e médicos falam com você com carinho e estão sempre receptivos a qualquer pergunta ou situação que você possa ter", diz ela.

Juan, de 20 anos, juntou-se a um dos grupos de pares do centro, onde os jovens têm a oportunidade de partilhar suas experiências e conhecimentos com outros jovens nas escolas e em toda a comunidade. Seu grupo de pares também conduz oficinas de trabalho, fóruns e outras atividades que mobilizam os jovens para discutir questões que vão da sexualidade responsável à violência baseada em gênero. Às vezes, até 1.000 jovens comparecem aos eventos.

Embora mais e mais jovens estejam utilizando os serviços do centro e a gravidez na adolescência esteja começando a diminuir, Perez diz que "há muito a fazer" para ajudar mais pessoas a evitar a gravidez e resolver outros problemas que afetam os jovens de Duitama, como a prevenção da violência sexual e o abuso de substâncias.

que o pessoal das farmácias ganhou conhecimento sobre pílulas anticoncepcionais de emergência, infecções sexualmente transmissíveis e métodos modernos de contracepção.

Nos três países, o conhecimento sobre contracepção de emergência aumentou consideravelmente entre os funcionários das farmácias. Antes do treinamento, os dados da avaliação inicial revelaram que até 30% dos funcionários das farmácias estavam fornecendo pílulas anticoncepcionais de emergência corretamente; após o treinamento, esse número subiu para cerca de 80% (Parker, 2005).

Acabando com a coerção e a violência sexual

A violência sexual normalmente se refere ao ato sexual que é forçado fisicamente, especialmente o estupro. A coerção sexual é mais amplamente definida como o ato de forçar ou tentar forçar outro indivíduo, por meio da violência, ameaça, insistência verbal, engodo, expectativas culturais ou circunstâncias econômicas, a se envolver em comportamento sexual contra a sua vontade (Baumgartner et al., 2009). Definições que agre-

justiça criminal, para que os autores sejam levados à justiça e as vítimas sejam apoiadas, passando pela capacitação dos prestadores de cuidados de saúde, para reconhecer e reportar estas agressões, até a mudança nas atitudes de homens e meninos para prevenir a coerção e a violência.

Índia, Haiti e República Democrática do Congo são três países que recentemente fortaleceram as leis contra a violência sexual, mas até agora não houve uma avaliação de tais leis para verificar se efetivamente protegem as meninas do estupro e da gravidez indesejada (Heise, 2011). No entanto, assim como as leis que proíbem o casamento infantil, a eficácia reside na real cobrança do cumprimento da lei e no apoio a elas por parte do público. Assim como as leis contra o casamento infantil, as leis que penalizam a violência sexual e baseada em gênero trazem uma forte mensagem de que a proteção dos direitos de jovens vulneráveis e especialmente das meninas adolescentes é uma prioridade nacional.

Uma avaliação das evidências sobre intervenções para reduzir a violência contra meninas adolescentes (Blanc et al., 2012) observa que as iniciativas de prevenção da violência são geralmente implementadas dentro do contexto mais amplo de programas que abordam competências para a vida, criam espaços seguros para as meninas, e mudam as noções de masculinidade entre os meninos e homens jovens. Ou estão inseridos em programas mais amplos, focados nos jovens, que abordam a saúde sexual e reprodutiva.

Estes programas têm, por exemplo, trabalhado com associações desportivas (Brady e Khan, 2002), programas de apoio de pares e de habilidades para a vida (Askew et al., 2004; Ajuwon e Brieger, 2007; Jewkes et al., 2008), programas de orientação/tutoria para meninas (Mgalla et al., 1998), programas de promoção da prevenção do HIV e educação em saúde reprodutiva (Hallman e Roca 2011), e oficinas dirigidas aos homens (Peacock e Levack, 2004).

Quase 50% das agressões sexuais ao redor do mundo são contra meninas com menos de 16 anos.

gam todas as formas de coerção sexual e violência sexual tornam difícil estabelecer uma relação entre gravidez na adolescência e violência sexual, como o estupro, ou a coerção sexual, que os adolescentes podem ou não identificar como violência.

Parar a coerção e a violência contra os adolescentes - ou qualquer pessoa - é um imperativo em todos os lugares e requer ações contínuas em várias frentes, desde o fortalecimento dos sistemas de

Outros programas modificaram o currículo escolar de educação sexual ou habilidades para a vida de forma a incluir uma discussão mais ampla sobre a violência baseada em gênero e a coerção sexual (Ross et al., 2007).

Esta avaliação aponta, no entanto, que embora estas iniciativas tenham conseguido empoderar as meninas, construir suas habilidades de comunicação e desenvolver atitudes de igualdade de gênero, um declínio na violência entre parceiros foi observado somente nos casos em que as ações também se concentraram no empoderamento econômico, em questões de gênero e saúde sexual e na solidariedade em grupo (Pronyk et al., 2006; Jewkes et al., 2008) e/ou envolveram os homens e os meninos (Verma et al., 2008).

Investir em meninas que estão grávidas ou que têm filhos

Muito pode ser feito para reduzir os efeitos sociais, econômicos e de saúde da gravidez precoce e assegurar que as oportunidades de educação, emprego, condições de vida e participação nos assuntos de suas comunidades não sejam perdidas, tanto para adolescentes casadas quanto solteiras.

Garantir o acesso aos serviços para adolescentes grávidas ou novas mães muitas vezes significa prover apoio financeiro para os cuidados de saúde e nutricionais, orientação sobre amamentação, ajuda para retornar à escola ou capacitação profissional, abrigo e serviços se forem rejeitadas por suas famílias, informações e serviços contraceptivos ou sobre espaçamento dos nascimentos.

Fatores críticos para melhorar a saúde materna das adolescentes incluem o acesso e a utilização de cuidados pré-natais para identificar e tratar problemas de saúde subjacentes, como a malária, HIV ou anemia, cuidados obstétricos para garantir o parto seguro das jovens mães e seus bebês, tratamento de complicações do aborto inseguro, cuidados pós-par-

to, atendimento ao recém-nascido, e a oferta de métodos contraceptivos para permitir o espaçamento dos nascimentos (Advocates for Youth, 2007).

Mas, para milhões de adolescentes ao redor do mundo, o acesso aos serviços é limitado por uma série de fatores econômicos, sociais e geográficos, bem como a disponibilidade. A autonomia pessoal, ou falta dela, é um fator determinante do acesso e da utilização. Este obstáculo é particularmente difícil para as meninas que estão casadas e têm pouca influência nas decisões sobre sua própria saúde e pouco ou nenhum acesso ao dinheiro necessário para pagar pelo transporte até uma clínica ou pelo

“Quando eu tinha 17 anos, eu arrumei um namorado na escola. Perguntei às minhas amigas sobre sexo e elas disseram que você não engravida nos primeiros 10 dias após a menstruação. Mas eu engravidei. O menino estava tão assustado que fugiu, e meus pais queriam me matar. Felizmente, uma professora da minha escola veio e me ajudou a dar a notícia aos meus pais. A professora também lhes disse que eu poderia voltar para a escola depois do parto. No início, meus pais não aceitaram, mas depois eles se conformaram. Agora, eu terminei a escola aos 20 anos e quero ser professora. Gostaria que esse tema fosse mais discutido na escola para que as meninas não cometam o mesmo erro que eu cometi”.

Phoebe, 20, Uganda

atendimento (Organização Mundial da Saúde, 2007). As meninas também podem não procurar atendimento se acreditarem que os prestadores de serviços serão críticos ou se recusarão a atendê-las.

Em geral, as adolescentes procuram atendimento tarde demais e recebem menos atenção. As meninas grávidas muitas vezes não têm conhecimento sobre quais serviços estão disponíveis, quando buscar atendimento ou como encontrá-lo na hora certa. As meninas que não recebem cuidados pré-natais são menos propensas a se preparem para uma emergência antes, durante ou após o parto. As meninas em áreas rurais podem estar a vários quilômetros a pé do serviço de saúde mais próximo (Organização Mundial de Saúde e UNFPA, 2006). Elas podem estar ainda mais longe de um centro que possa oferecer cuidados obstétricos de emergência.

O Brasil é um país que tomou medidas para aumentar o acesso das meninas grávidas à atenção pré-natal, no parto e no pós-parto. O Instituto de Perinatologia da Bahia, IPERBA, é um centro de referência para gestações de alto risco na Bahia, um estado pobre no nordeste do país. A equipe multidisciplinar do IPERBA aborda várias dimensões da gravidez: parto humanizado centrado na parturiente, prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis, e assistência às vítimas de violência de gênero. O hospital também é conhecido por oferecer atendimento especializado a adolescentes grávidas. São mais de mil casos por ano, representando 23% de todos os partos realizados no hospital.

O Programa *Better Life Options* (Melhores Opções de Vida) na Índia adota uma abordagem holística em seus serviços para adolescentes grávidas em favelas urbanas de Nova Deli e nas áreas rurais de MadhyaPradesh e Gujarat. O programa integra educação, meios de vida, habilidades para a vida, alfabetização,

formação profissional e saúde reprodutiva, com o objetivo geral de ampliar as opções de vida das meninas (Organização Mundial da Saúde, 2007). O programa também promove a mudança social através da educação dos pais, familiares e tomadores de decisão nas comunidades. Uma avaliação constatou que as meninas que participam do programa são mais propensas do que as meninas fora do programa a seguir regimes alimentares pré-natais (suplementos de ferro e ácido fólico) e a dar à luz em um hospital ou em casa com uma parteira qualificada.

Quanto mais tempo as meninas ficam fora da escola, menos provável é o seu retorno. Para permitir que as adolescentes grávidas ou mães recentes permaneçam ou retornem para a escola, são necessárias políticas escolares nacionais e locais que as apoiem. Mas, mesmo com políticas de apoio, muitas não conseguem retomar sua educação. Por exemplo, apesar da legislação progressiva na África do Sul, que permite às jovens retornar à escola após a gravidez, apenas cerca de um terço realmente reingressam no sistema de ensino (Grant e Hallman, 2006). Para melhorar esse quadro, algumas meninas precisam de creches para os bebês, apoio financeiro e aconselha-

"Tive meu primeiro filho aos 14 anos e o segundo aos 17 anos. Para sobreviver com os meus filhos, trabalho nos jardins das pessoas por 700 francos ruandeses [cerca de US\$ 1] por dia ou lavo roupa para fora.

Emerithe, 18, Ruanda

mento e apoio individualizado para ajudá-las a lidar com suas novas responsabilidades e o sentimento de serem diferentes de suas colegas.

A Fundação Centro de Mulheres da Jamaica presta assistência a meninas com até 17 anos de idade que abandonaram ou foram forçadas a abandonar a escola devido a uma gravidez. Mães adolescentes podem continuar sua educação no Centro local mais próximo por pelo menos um semestre letivo, e voltar para o sistema escolar formal após o nascimento de seus bebês. Há sete centros principais e oito centros de extensão que oferecem, entre outros serviços, educação continuada para mães adolescentes. Em comparação com mães adolescentes que não participam do programa do Centro, a taxa de gestações repetidas tem sido menor entre as meninas no programa, e mais meninas têm continuado sua educação, inclusive prestando exames e reingressando no sistema de educação formal.

Alcançando meninas de 10 a 14 anos de idade

Uma série de iniciativas têm alcançado ou são direcionadas a meninas de 14 anos ou menos, cujas necessidades, circunstâncias e vulnerabilidades são muito diferentes das adolescentes mais velhas. As intervenções de maior sucesso promovem a igualdade de gênero, ajudam a manter as meninas na escola ou reduzem a pobreza e os incentivos econômicos para os casamentos infantis entre os segmentos mais desfavorecidos da sociedade (Blum et al., 2013).

As iniciativas de maior sucesso incluem o Programa de Habilidades para a Vida em Maharashtra, na Índia, o programa *Berhane Hewan* na Etiópia e o programa Oportunidades Abertas na Guatemala, mencionados anteriormente.

Outra iniciativa de sucesso é o Projeto FAM de Ruanda, um programa de treinamento interativo voltado para adolescentes de 10 a 14 anos de idade que lida com questões como puberdade, fecundidade,

normas de gênero, comunicações e relacionamentos. Desenvolvido pelo Instituto de Saúde Reprodutiva e implementado em Ruanda em conjunto com o *Catholic Relief Services*, o projeto aumentou o conhecimento e melhorou a comunicação entre pais e filhos sobre a sexualidade e os papéis de gênero.

Através da iniciativa “*Choices Curriculum*” do Nepal, desenvolvida pela organização *Save the Children*, clubes infantis ensinam jovens adolescentes sobre igualdade de gênero e aumentam a conscientização sobre questões como discriminação e violência de gênero.

No entanto, muitos países têm dado pouca atenção a esta faixa etária, além de adotar medidas para mantê-los na escola. Os formuladores de políticas as vezes presumem que adolescentes entre 10 e 14 estão sob a proteção de um pai ou responsável e, portanto, elaboram programas que dependem do envolvimento dos pais. Mas, no caso de alguns jovens adolescentes, os pais podem não estar presentes em suas vidas.

Envolvendo meninos e homens

As atitudes relacionadas a gênero expressas por homens e meninos afetam diretamente a saúde e o bem-estar das mulheres e meninas.

A promoção da igualdade de gênero por meio do empoderamento das mulheres e envolvimento dos homens é fundamental para alcançar um conjunto de objetivos de desenvolvimento, como a redução da pobreza e melhoria da saúde sexual e reprodutiva. Os relacionamentos dos homens e meninos com as mulheres e meninas podem apoiar ou prejudicar a consecução desses objetivos (UNFPA, 2013b).

Uma revisão das ações para envolver homens e meninos e corrigir as desigualdades de gênero em intervenções de saúde constatou que programas bem elaborados voltados para homens e meninos podem levar a mudanças de atitudes e comportamentos em áreas como saúde sexual e reprodutiva,

saúde materna e neonatal, prevenção do HIV e socialização de gênero (Organização Mundial da Saúde, 2007). Programas integrados, especialmente aqueles que combinam conscientização da comunidade, mobilização e campanhas de mídia de massa com a educação em grupo são mais eficazes para mudar comportamentos (UNFPA, 2013b).

Alcançar os meninos e homens jovens é um bom investimento, especialmente porque eles são mais responsivos a informações de saúde e a oportunidades de ver as relações de gênero de forma diferente. Pesquisas revelam que as percepções não saudáveis do sexo, incluindo ver as mulheres como objeto sexual, o foco no desempenho sexual e o uso

de pressão ou força para obter sexo, começam na adolescência. As formas de discriminação de gênero afetam as meninas e mulheres, mas as percepções dominantes de masculinidade entre homens jovens e meninos adolescentes estimulam o comportamento de risco entre eles, incluindo a violência nas ruas e práticas sexuais inseguras (UNFPA, 2013b). O fortalecimento das oportunidades para meninos e homens jovens participarem no apoio aos esforços de igualdade de gênero terá um impacto não só sobre as mulheres e meninas, mas também em suas próprias vidas. Eles serão mais propensos a se tornarem a futura geração de homens que vivem com base em princípios de igualdade de gênero.

JAMAICA OFERECE MODELO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ ADOLESCENTE E APOIAR JOVENS MÃES

"Engravidar tão cedo foi uma experiência assustadora. Eu não sabia o que fazer quando descobri", disse Joelle, 17 anos, ao relatar o tumulto emocional de engravidar na adolescência.

"Era meu último ano no colégio. Ia me formar e fazer meus pais se orgulharem de mim", ela lembra." Eu estava horrorizada, envergonhada e arrasada ao ver que todas as coisas que eu queria não iam acontecer."

Joelle é uma das duas meninas que abertamente compartilham sua experiência com a Primeira Dama de Burkina Faso, Chantal Compaoré, e sua equipe, que estavam em Kingston, Jamaica, para aprender sobre as estratégias do Governo empregadas para abordar a gravidez na adolescência no país.

O Programa para Mães Adolescentes da Fundação Centro de Mulheres da Jamaica, no qual Joelle está matriculada, é uma parte central destas estratégias, um programa considerado pelo UNFPA como "boa prática" e modelo para outros países que enfrentam a questão da gravidez na adolescência.

Joelle descreveu a organização e os conselheiros que estão cuidando dela durante este período difícil como "bombeiros que me resgataram do prédio em chamas onde eu estava mentalmente."

Obtenção de resultados

Desde 1978, o Programa para Mães Adolescentes da Jamaica tem oferecido educação continuada, aconselhamento e treinamento em

habilidades práticas para as mães menores de 17 anos. Através do programa, elas podem continuar seus estudos no Centro de Mulheres mais próximo por pelo menos um semestre e, em seguida, retornar para o sistema escolar formal depois do nascimento de seus bebês.

A Fundação opera sete centros principais e nove centros de extensão em toda o país, e ofereceu educação continuada para 1.402 mães adolescentes no ano letivo de 2011-2012, mais da metade das quais retornou com êxito ao sistema escolar formal. O Centro também oferece uma gama de outros serviços, como creches e aconselhamento para mulheres e homens de todas as idades. Isto inclui aconselhamento para "meninos pais", seus pais e os pais de mães adolescentes.

Focando no planejamento familiar

O planejamento familiar é um elemento crucial do programa de aconselhamento oferecido nas filiais do Centro de Mulheres da Jamaica, e o UNFPA tem trabalhado em parceria com a organização durante anos para ajudar a reduzir o risco de uma segunda gravidez indesejada entre as mães que recebem aconselhamento no Centro.

Com o conhecimento e consentimento de seus pais, as jovens mães recebem informações sobre saúde sexual e reprodutiva e é oferecido o método contraceptivo de sua escolha, o que as ajuda

Com o apoio do UNFPA, a Nicarágua adotou uma “abordagem transformadora de gênero” para prevenir a violência sexual e a gravidez através de uma iniciativa, *Que Tuani No Ser Machista*. Programas de gênero transformadores questionam e modificam as normas e relações rígidas de gênero, geralmente indo além do nível individual para abordar também os fatores interpessoais, socioculturais, estruturais e comunitários que influenciam as atitudes e comportamentos relacionados ao gênero (Promundo, 2010).

Através da educação em grupo e campanhas de mobilização, a iniciativa da Nicarágua levou os meninos entre as idades de 10 e 15 em 43 comunidades a refletir sobre o que significa ser homem e porquê,

“Eu sempre imagino o que a minha vida seria se eu tivesse encontrado alguém antes de engravidar, alguém que me ensinasse a ser assertiva, alguém que me falasse sobre relacionamentos, as vantagens e desvantagens de ter relações sexuais tão jovem. Talvez eu não estivesse nesta situação.”

Swinton, 20, grávida aos 15 anos, Zimbábue

a retardar uma segunda gravidez e lhes permite concluir seus estudos. Com o apoio do UNFPA, o Centro de Mulheres distribuiu mais de 10 mil preservativos masculinos e 6.000 preservativos femininos somente entre 2008 e 2011.

Ao longo dos anos, o Centro conseguiu manter abaixo de 2% a taxa de segunda gravidez das mães adolescentes inscritas no programa. Também tem sido eficaz em ajudar as alunas a concluir o ensino médio e até mesmo avançar para a universidade.

De volta à escola: o sucesso da mobilização

Na Jamaica, a consequência imediata da gravidez na adolescência é a expulsão da escola, de modo que a reintegração das mães adolescentes no sistema de educação formal tem sido uma prioridade.

Esses esforços recentemente foram recompensados por um resultado marcante, a aprovação da “Política de Reintegração de Mães Adolescentes ao Sistema de Educação Formal” pelo Conselho de Ministros em maio de 2013. Este avanço na política, encabeçado pela Fundação Centro de Mulheres da Jamaica e pelo Ministério da Educação, com apoio do UNFPA, vai permitir que todas as mães em idade escolar continuem seus estudos após o nascimento de seus filhos.

Desde setembro de 2013, quando a nova política entrou em vigor, as mães adolescentes já não correm o risco de serem

impedidas de retornar à escola. As escolas agora são obrigadas a aceitar mães adolescentes de volta no sistema de educação formal após o parto. Além disso, as jovens mães terão a opção de ingressar em uma nova escola ou voltar para a que deixaram.

“A educação das nossas meninas é um ponto forte da cultura e da história da Jamaica”, diz Ronald Thwaites, Ministro da Educação da Jamaica. “Queremos dar a cada menina uma educação, não importam suas circunstâncias, mesmo que ela tenha engravidado e tido um bebê. Queremos reerguê-la, garantir à ela a melhor oportunidade. Nós somos uma nação que dá uma segunda chance”.

A inovação promove o sucesso: engajando os homens

Embora a prioridade seja abordar os desafios enfrentados pelas jovens mães, envolver os homens e fornecer-lhes informações e aconselhamento também tem sido um elemento central na estratégia de sucesso do Centro de Mulheres.

Como parte dos serviços de aconselhamento de pares em curso no Centro, o UNFPA tem apoiado a formação de 50 homens jovens nas regiões de Clarendon e Manchester na Jamaica. Através de várias atividades, eles ajudam a sensibilizar seus pares sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, prevenção ao HIV e serviços de saúde sexual e reprodutiva. Os jovens frequentam Centros ou filiais perto de suas casas e reportam suas atividades aos seus respectivos gestores de extensão.

A CIPD E O PAPEL DOS HOMENS

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento conclama os líderes a "...promover a plena participação dos homens na vida familiar e a plena integração das mulheres na vida da comunidade", assegurando que "homens e mulheres sejam parceiros iguais" (parágrafos 4.24, 4.29). Ele observa que "esforços especiais devem ser empreendidos para enfatizar a responsabilidade compartilhada dos homens e promover sua participação ativa na paternidade responsável; no comportamento sexual e reprodutivo responsável, incluindo o planejamento familiar; no pré-natal e saúde materno-infantil; na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV; [e] prevenção de gestações indesejadas e de alto risco" (parágrafo 4.27).

e os encorajou a questionar as normas e estereótipos de gênero. A educação em grupo incluiu exercícios para incentivar os meninos a expressarem seus sentimentos, especialmente sobre o que significa ser um homem jovem. Estima-se que 3.000 adolescentes tenham participado na primeira fase (2009-2010), e até 20.000 na segunda fase (2010-2011).

Envolvendo os meninos através de meios de comunicação e tecnologias inovadoras

Globalmente, as campanhas de mídia de massa demonstraram algum nível de efetividade em áreas como saúde sexual e reprodutiva (incluindo prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV), violência de gênero, paternidade e saúde materna, neonatal e infantil. Campanhas eficazes geralmente vão além de simplesmente fornecer informações para incentivar meninos e homens a falar sobre questões específicas, como a violência contra as mulheres. Algumas campanhas eficazes também usam mensagens relacionadas a estilos de vida com igualdade de gênero, no sentido de promover ou reforçar determinados tipos de identidade masculina. Campanhas de mídia de massa isoladamente

parecem produzir mudanças de comportamento limitadas, mas resultam em mudanças significativas nas *intenções* comportamentais (Bardet al., 2007).

O UNFPA apoiou o desenvolvimento do *Breakaway*, um jogo de futebol eletrônico destinado a sensibilizar os meninos entre 8 e 16 anos sobre a violência contra meninas e mulheres. Em *Breakaway*, o jogador encontra situações da vida real que refletem as experiências de meninos ou jovens, como pressão dos colegas, competição, colaboração, trabalho em equipe, *bullying* e estereótipos de gênero negativos. O jogo dá aos jogadores opções que lhes permitam tomar decisões, enfrentar consequências, refletir e praticar comportamentos no contexto de um jogo e dentro de uma história. Através do jogo de futebol interativo, os jogadores aprendem que as coisas não são como parecem, e que suas escolhas e ações afetarão a vida de todos ao seu redor. Inicialmente lançado e distribuído localmente na África na época da Copa do Mundo da FIFA em junho de 2010, o jogo está atualmente disseminado em todo o mundo através da Internet em Inglês, Francês, Espanhol e Português. Uma série de Escritórios do UNFPA e parceiros estão apoiando o uso da ferramenta, através de oportunidades de divulgação e extensão.

Conclusão

Muitas das ações realizadas por governos, sociedade civil e organizações internacionais que têm ajudado as meninas a prevenir a gravidez não foram projetadas especificamente para esse fim. Intervenções multidimensionais, que visam desenvolver o capital humano das meninas e se concentram em sua capacidade de tomar decisões sobre sua saúde reprodutiva e sexualidade, promovendo a igualdade de gênero e o respeito pelos direitos humanos, tiveram um impacto documentável na prevenção da gravidez.

A maioria dos programas apresentados neste capítulo foi avaliada e considerada efetiva no apoio

a algum aspecto da transição segura e saudável das meninas, da adolescência para a idade adulta. Algumas categorias de intervenção, como a educação em sexualidade abrangente, também foram de modo geral consideradas eficazes para aumentar o conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção, a mudança de comportamentos de meninos e meninas, ou o aumento do uso de contraceptivos.

No entanto, há muitas iniciativas inovadoras, não mencionadas neste capítulo, que visam reduzir a prevalência do casamento precoce, manter as meninas na escola, mudar as atitudes sobre os papéis de gênero e a igualdade de gênero e aumentar o acesso das adolescentes à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a contracepção, que *ainda não foram avaliadas* e que requerem mais estudos para determinar sua eficácia na melhoria da vida das meninas.

Duas lições importantes podem ser tiradas das experiências dos países descritas neste capítulo: investir nas meninas é uma forma de empoderá-las de várias maneiras, inclusive permitindo-lhes evitar a gravidez; quebrar as barreiras que impedem as meninas de usufruir de seus direitos e abordar as causas subjacentes da gravidez na adolescência pode transformar positivamente a vida e o futuro das meninas.

As meninas mais vulneráveis, incluindo as que são extremamente pobres, pertencem a minorias étnicas ou populações indígenas, e adolescentes muito jovens que foram forçadas a se casar, necessitam de apoio adicional, mas muitas vezes não são alcançadas por programas de desenvolvimento ou de saúde sexual e reprodutiva. Na maioria dos casos, os dados e informações contextuais sobre essas meninas são escassos ou inexistentes, e pouco se sabe sobre suas vulnerabilidades e desafios, por isso não é de se estranhar que poucos governos ou organizações da sociedade civil tenham formulado políticas, programas ou leis para protegê-las ou empoderá-las.

RUMO A UM NOVO COMEÇO NAS FILIPINAS

Antes de Geah ficar grávida aos 17 anos, ela se considerava uma adolescente típica que saía com as amigas e o namorado, contra a vontade de seus pais, que achavam que ela deveria ficar em casa, se concentrar em seus estudos e terminar a escola.

Embora a gravidez tenha sido inesperada, segundo ela, Geah estava animada e feliz em saber que em breve teria um bebê, assim como algumas de suas amigas. Seu namorado também estava feliz, mas como não tinha emprego e dependia de seus pais, não poderia oferecer muita ajuda.

Um dia, Geah foi a um centro de saúde em Bago para uma consulta. Um dos funcionários conhecia Geah e informou sua mãe, que ficou furiosa quando descobriu sobre a gravidez; no entanto, prometeu apoiá-la e levou-a para consultas pré-natais regularmente em uma clínica.

Durante a gravidez, Geah permaneceu na escola, mas desistiu após o parto.

Vários meses depois, ela, seus pais e seu irmão mais novo foram convidados a participar de um curso que ensina os pais e familiares sobre a saúde e desenvolvimento dos adolescentes, passa conhecimentos e habilidades para a compreensão dos desafios enfrentados por mães adolescentes e auxilia a lidar com os fatores de estresse. O curso foi organizado pelo Centro Salas Youth ACCESS, instituído pela Prefeitura da Cidade de Bago através do seu Escritório para População, em parceria com a Fundação Rafael Salas e com a ajuda financeira do UNFPA nas Filipinas.

O ACCESS é composto por jovens multiplicadores treinados e atende às necessidades de jovens dentro e fora da escola.

Geah disse que, após o treinamento, os pais dela entenderam melhor a situação e deram mais apoio e incentivo. Os canais de comunicação com seus pais também melhoraram, disse ela.

O apoio de seus pais e do ACCESS permitiu seu retorno à escola. O ACCESS também forneceu contraceptivos para ajudá-la a adiar sua próxima gestação até depois de concluir seus estudos, o que irá ajudá-la a conseguir um bom emprego e ganhar dinheiro suficiente para sustentar sua família.

—Angie Tanong, Comissão sobre População

Um número crescente de governos está investindo nas adolescentes de forma a empoderá-las para evitar a gravidez, mas poucos têm investido em sistemas e serviços que apoiem as meninas que engravidaram ou que tenham tido um filho, que ajudem a proteger a saúde das meninas e seus bebês, e as ajudem a realizar seu potencial na vida.





5

Traçando o caminho

Os adolescentes estão moldando o presente e o futuro da humanidade. Dependendo das oportunidades e escolhas que tiverem neste período da vida, eles chegarão à vida adulta como cidadãos empoderados e ativos, ou ficarão esquecidos, sem voz e presos na pobreza.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

Milhões de meninas engravidam a cada ano nos países em desenvolvimento e, em menor grau, nos países desenvolvidos. O impacto sobre a saúde, as perspectivas econômicas, os direitos e o futuro dessas meninas é indiscutível, bem como o impacto sobre seus filhos, famílias e comunidades.

A maioria dos países já adotou medidas destinadas a prevenir a gravidez na adolescência e, em alguns casos, para dar apoio às meninas que engravidaram. Mas muitas das medidas até o presente têm como foco principal a mudança do comportamento das meninas, deixando de abordar fatores subjacentes determinantes, como a desigualdade de gênero, a pobreza, a violência e coerção sexual, o casamento precoce, a exclusão de oportunidades educacionais e de emprego, atitudes e estereótipos negativos sobre as adolescentes, além de não levarem em conta o papel dos meninos e dos homens.

Em 1994, os 179 governos representados na Conferência Internacional sobre População e

Desenvolvimento (CIPD) reconheceram que a falta de oportunidades educacionais e econômicas e a exploração sexual são fatores altamente relevantes para os altos níveis de gravidez adolescente. “Tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento as adolescentes que se veem com poucas escolhas de vida têm pouco incentivo para evitar a gravidez e a maternidade”. Mas também reconheceram que as necessidades de saúde reprodutiva das adolescentes como grupo têm sido “amplamente ignoradas”, e instaram os governos a disponibilizar informações e serviços para ajudar a proteger as meninas e mulheres jovens de gestações indesejadas e educar os meninos e homens jovens para que “respeitem a autodeterminação das mulheres”. Os governos, no Programa de Ação da CIPD, também ressaltaram a necessidade de tomar medidas para promover a igualdade e a equidade de gênero.

Os desafios que as meninas enfrentavam em 1994 persistem hoje e são agravados por novas pressões decorrentes da proliferação da mídia de massa e mídias sociais que, por vezes, glorificam a gravidez adolescente e reforçam atitudes negativas sobre meninas e mulheres. O Programa de Ação da CIPD aponta o caminho para ajudar as meninas a enfrentar esses desafios atuais e emergentes.

Mas os desafios não são os mesmos para todas as adolescentes. Embora haja um crescente corpo de evidências sobre os determinantes da gravidez e o impacto em meninas de 15 anos ou mais, pouca pesquisa tem sido realizada sobre a gravidez entre meninas de 14 anos ou menos. No entanto, pelo que sabemos, o impacto de uma gravidez em uma adolescente muito jovem é profundo. Hoje, a maioria dos países tem ações em curso para prevenir a gravidez entre adolescentes mais velhas. No entanto, poucos países fizeram um esforço deliberado para atingir adolescentes muito jovens, que são normalmente negligenciadas pelos formuladores de políticas e programas de desenvolvimento em todos os luga-

▼ *Centro de Saúde voltado para jovens na Guatemala.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



res. Uma compreensão mais profunda dos desafios enfrentados por meninas de 10 a 14 anos de idade é necessária e urgente, e a prevenção da gravidez e o apoio a mães adolescentes muito jovens deve ser uma prioridade das agendas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos de governos, instituições de desenvolvimento e sociedade civil. Este é o grupo com maior necessidade, e onde residem os obstáculos que têm sido, até agora, insuperáveis.

1 Alcançar as meninas com idades entre 10 a 14 anos

Intervir desde cedo com medidas preventivas

As necessidades, vulnerabilidades e desafios das adolescentes muito jovens - entre as idades de 10 e 14 anos - são frequentemente ignorados pelos formuladores de políticas. Mas são necessárias intervenções nesta fase crítica do desenvolvimento dessas meninas, caracterizada pelas profundas mudanças físicas, cognitivas e sociais que ocorrem na puberdade, para garantir uma transição segura e saudável ao longo da adolescência até a idade adulta.

Os governos, as comunidades e a sociedade civil devem aproveitar as oportunidades que surgem durante esse período de formação para lançar as bases da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos das meninas no longo prazo - e para o gozo de todos os direitos humanos. O momento estratégico das intervenções preventivas, incluindo a oferta de educação em sexualidade abrangente apropriada para a idade e medidas para permitir que as meninas frequentem e permaneçam na escola, permite resultados positivos antes que as circunstâncias de vida das jovens adolescentes se tornem definitivas.

Dar visibilidade às meninas tradicionalmente invisíveis para os formuladores de políticas

A formulação de políticas eficazes tem sido dificultada em muitos países por uma carência de dados e

"Meu tio dormiu comigo. Eu não vou mais para a escola. Na escola, eles não aceitam meninas que engravidam".

Affoué, 13, Costa do Marfim

informações contextuais sobre adolescentes muito jovens. Pesquisadores e formuladores de políticas devem unir forças para preencher essa lacuna de dados para garantir que adolescentes muito jovens não sejam negligenciadas ou excluídas dos serviços e que seus direitos sejam protegidos.

Censos nacionais e futuras pesquisas domiciliares devem incluir um conjunto básico de perguntas sobre as meninas de 10 a 14 anos de idade. Essas perguntas devem focar em temas tais como se os pais biológicos estão vivos e morando na residência, se as adolescentes são casadas, se já têm filhos, qual seu grau de escolaridade, se ainda estão na escola, se têm empregos ou trabalham fora da casa. Sempre que disponíveis, esses dados devem ser facilmente acessíveis e analisados separadamente dos dados sobre meninas adolescentes mais velhas.

Ao mesmo tempo, os dados sobre meninas adolescentes mais jovens e mais velhas devem ser combinados para identificar e destacar a trajetória desde a infância, passando pela adolescência até a idade adulta. Tal análise revela momentos críticos na vida das meninas que são precedidos por janelas de oportunidade para investimentos cruciais. Tais dados e análises, quando apresentados aos interessados, podem ser usados para informar as prioridades das políticas e programas, garantir uma alocação ponderada de recursos, influenciar na elaboração dos programas e até mesmo servir como

ferramenta de conscientização no nível comunitário, para assegurar que as adolescentes mais jovens e mais velhas recebam o apoio a que têm direito.

Os programas devem garantir uma correspondência entre a necessidade e o alcance real através da coleta de dados de monitoramento simples, mas de alta qualidade, para que as meninas de 10 a 14 anos de idade em maior risco de evasão escolar, casamento infantil, violência e coerção sexual, gravidez precoce ou indesejada sejam alcançadas com ações e intervenções apropriadas.

Pesquisas sobre o que adolescentes mais jovens (e mais velhos) do sexo masculino e feminino precisam (e querem) saber e quando precisam sabê-lo, com relação à sequência de eventos em suas vidas e às culturas nas quais estão inseridos, ajudariam a determinar a “adequação à idade” e o conteúdo de intervenções em diferentes comunidades (Organização Mundial da Saúde, 2011b).

“Nós estávamos apaixonados, pensamos que ia ser para sempre, queríamos um bebê... Depois que percebi que estava grávida, ficamos com medo... você não sabe o que está enfrentando ou o que está por vir... Interrompeu meus estudos... eu estava amamentando e ficava olhando para minhas colegas pela janela e pensando que eu também poderia estar indo para a escola.”

Dunia, 34, grávida aos 17 anos, Costa Rica

2 Investir estrategicamente na educação das adolescentes

Os resultados preliminares de uma nova revisão global do progresso dos países na implementação do Programa de Ação da CIPD mostram que taxas mais altas de alfabetização de meninas com idades entre 15 a 19 estão associadas a taxas de natalidade significativamente inferiores entre adolescentes (UNFPA, 2013e). A educação de todas as crianças é um direito em si e aumenta a capacidade delas participarem socialmente, economicamente e politicamente nos assuntos de suas comunidades. Quando uma menina permanece na escola e recebe uma educação, especialmente durante a adolescência, ela tem mais chances de evitar o casamento precoce e retardar a gravidez. Dos 176 países e sete territórios pesquisados, 82% assumiram o compromisso de garantir igualdade de acesso das meninas à educação em todos os níveis, e 81% assumiram o compromisso de manter mais meninas e adolescentes no ensino médio. Embora o compromisso seja generalizado, muito mais deve ser feito para alcançar todas as meninas. A pesquisa também mostrou que as taxas de gravidez entre adolescentes são menores nos grupos de renda mais alta, mas, em todas as faixas de renda, taxas mais altas de alfabetização entre mulheres jovens estão associadas à taxas de gravidez significativamente inferiores entre adolescentes. O investimento na educação das meninas também está associado ao seu empoderamento, aumentando seu status em suas comunidades, melhorando sua saúde e aumentando seu poder de barganha no casamento.

Há algumas ações específicas que facilitam a matrícula e permanência das meninas na escola, como: isenção de taxas escolares; fornecimento gratuito de uniformes, livros didáticos e suprimentos; refeições gratuitas; concessão de bolsas de estudo para meninas de famílias de baixa renda; utilização de transferências condicionais de renda para trazer as

meninas para a escola, promovendo sua permanência e melhor desempenho na escola; recrutamento e retenção de professoras do sexo feminino; e proporcionar um ambiente seguro para as meninas na sala de aula e no caminho entre a escola e a residência. A qualidade da educação e como as meninas são tratadas por colegas, professores e funcionários também são determinantes importantes para a sua permanência na escola. Sensibilizar os pais e as famílias sobre os benefícios de longo prazo da educação das meninas também pode ajudar a mantê-las na escola.

Em muitos países, as meninas que engravidam são expulsas e não têm permissão para retornar após o parto, comprometendo seu futuro e negando-lhes um dos seus direitos humanos básicos. A pesquisa global dos países sobre a implementação da CIPD descobriu que cerca de 40% dos países se comprometeram a facilitar a conclusão da escola para as meninas grávidas. Permitir que as meninas terminem seus estudos exige o desenvolvimento, a promulgação e a implementação de políticas que as permitam retornar à escola depois de uma gravidez ou parto, com a disponibilização de creche, apoio financeiro e aconselhamento para as jovens mães, ou a oferta de educação alternativa e treinamento profissionalizante para as que não retornam à escola formal. Essas estratégias também reduzem as chances de uma segunda gravidez e melhoram as perspectivas para a jovem mãe e sua prole.

3 Adotar abordagens baseadas em direitos humanos e cumprir as obrigações internacionais de direitos humanos

Intervenções que respeitem os direitos humanos podem derrubar os obstáculos à realização dos direitos das meninas à educação, saúde, segurança, de estar a salvo da violência, da discriminação e da pobreza. Tais abordagens podem ajudar os governos

a abordar muitas das causas da gravidez na adolescência, como a desigualdade de gênero crônica, acesso desigual a serviços e oportunidades, e o casamento precoce. Também podem ajudar a transformar as forças sociais e econômicas que operam contra a adolescente em forças mais poderosas que apoiam o desenvolvimento, a saúde, a autonomia, o bem-estar e o empoderamento das meninas.

A adoção de abordagens baseadas em direitos humanos também implica no cumprimento das obrigações assumidas pelos Estados como portadores de deveres no âmbito dos instrumentos de direitos humanos, como a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Portanto, perante seus cidadãos, que são detentores de direitos, os Estados são responsáveis por garantir que as leis e políticas nacionais possibilitem a todos exercer seus direitos humanos e atendam às normas de direitos humanos, incluindo, mas não apenas, o reconhecimento e a aplicação da norma de “capacidade em evolução da criança” relativa ao acesso a serviços e informações de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Os próprios adolescentes devem participar no desenvolvimento e acompanhamento das leis e políticas que afetam sua saúde sexual e reprodutiva.

Os mecanismos para reportar, investigar e denunciar violações de direitos reprodutivos não serão efetivos se as adolescentes não conseguirem acessá-los ou nem sequer souberem que existem. Portanto, é crucial o desenvolvimento de sistemas de responsabilização eficazes, responsivos e conhecidos por todas as partes interessadas. Além disso, a coleta e análise de dados desagregados por idade e renda relacionados à gravidez na adolescência pode ajudar a garantir que as leis e políticas atendam de forma adequada às necessidades e à demanda por serviços de todos os segmentos da população, especialmente as adolescentes margina-

lizadas. Os dados são escassos, especialmente para meninas com idades entre 10 e 14 anos. No entanto, estes números são particularmente importantes porque podem produzir informações e ideias sobre as necessidades, vulnerabilidades e desafios específicos desse grupo tantas vezes esquecido.

Na CIPD, os governos de todo o mundo reconheceram as necessidades especiais dos adolescentes e jovens e as barreiras que enfrentam no acesso a informações e serviços de saúde reprodutiva de qualidade. Os governos participantes concordaram em eliminar as barreiras regulatórias, legais e sociais que inibem o acesso dos adolescentes aos serviços. Também concordaram que os serviços de saúde devem salvaguardar os direitos dos adolescentes à privacidade e confidencialidade, utilizando a norma das capacidades em evolução para a autonomia na tomada de decisões.

4 Assegurar o acesso das adolescentes à educação em sexualidade abrangente, serviços e atenção à saúde materna

Expandir o acesso à educação em sexualidade abrangente

A educação sexual abrangente e apropriada à idade oferece aos adolescentes informações vitais sobre a prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e pode promover a igualdade de gênero. A pesquisa global da CIPD mostra que cerca de 76% dos países se comprometeram a oferecer educação em sexualidade apropriada à idade, cerca de 70% se comprometeram a revisar os currículos escolares para torná-los mais sensíveis ao gênero e 69% apoiaram o treinamento em habilidades para a vida voltado aos jovens por meio da educação formal. Aumentar o acesso à educação em sexualidade abrangente e apropriada à idade, de modo a alcançar meninos, meninas e adolescentes dentro ou fora da escola,

incluindo povos indígenas e minorias étnicas, contribuiria para a melhoria da saúde de meninas e meninos, promoveria a equidade nas relações de gênero, ajudaria a prevenir a gravidez, e por sua vez, ajudaria as meninas a permanecerem na escola e realizarem seu pleno potencial.

Fortalecer os aspectos de igualdade de gênero e direitos no currículo escolar

Pesquisas mostram que os programas de educação abrangente em sexualidade que tiveram o maior impacto na redução da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis na adolescência foram aqueles que abordaram questões de poder e gênero (Haberland e Rogow, 2013). Estudos mostram que os jovens que acreditam na igualdade de gênero têm melhores resultados em saúde sexual do que seus pares (Grupo de Trabalho Internacional sobre Sexualidade e HIV no Currículo Escolar, 2011).

A educação em sexualidade abrangente deve, portanto, tratar de questões de gênero e direitos de uma forma faça sentido. Os jovens que, em comparação com seus pares, adotam atitudes igualitárias com relação a papéis de gênero são mais propensos a retardar o início da vida sexual, e utilizar preservativos e métodos contraceptivos; eles também têm menores taxas de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (Dupas, 2011).

Além disso, a educação sexual tem mais probabilidade de ser eficaz na proteção da saúde dos adolescentes e na prevenção da gravidez quando é abrangente; apropriada para a idade; baseada em evidências, em valores centrais e em direitos humanos; sensível ao gênero; culturalmente apropriada; quando estimula o crescimento acadêmico e o pensamento crítico; e quando promove a cidadania.



©Mark Tuschman/Packard Foundation

No entanto, o quadro permanece sombrio no que diz respeito a alcançar adolescentes marginalizados, como aquelas que vivem na extrema pobreza e as meninas casadas. Poucos programas alcançam esses grupos, especialmente as adolescentes que não estão na escola. O desenvolvimento de programas fora da escola é, portanto, essencial.

Estabelecer, fortalecer e ampliar o acesso aos serviços de saúde para adolescentes

As meninas precisam de um leque de programas, apoios e serviços, incluindo os de saúde. No entanto, serviços adaptados às necessidades específicas das adolescentes são limitados em muitas áreas, apesar de 78% dos países pesquisados indicarem que estão empenhados em aumentar o acesso a serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva

para adolescentes, casadas ou solteiras (UNFPA, 2013e). Mesmo quando há disponibilidade de serviços voltados para adolescentes, muitas vezes elas não têm acesso a eles por diferentes motivos, como localização ou horários de funcionamento inconvenientes, custo, ou pela discriminação que podem sofrer em suas comunidades. Além disso, as adolescentes não utilizarão os serviços se forem maltratadas pelos funcionários.

Os formuladores de políticas empenhados em aumentar o acesso e uso dos serviços pelas adolescentes devem garantir que os funcionários sejam treinados para atender jovens, respeitar a confidencialidade e oferecer informações completas, precisas e baseadas em evidências. Serviços voltados para adolescentes também devem oferecer contraceptivos de baixo custo ou gratuitos, incluindo

preservativos masculinos e femininos, contracepção de emergência e uma gama completa de métodos modernos, incluindo métodos reversíveis de longa duração, de acordo com as preferências e necessidades das adolescentes.

A melhoria na prestação de serviços deve ser conjugada com uma forte mobilização da comunidade e um trabalho ativo de alcance desses jovens, para que saibam quais serviços estão disponíveis e como podem acessá-los. Iniciativas com vouchers podem ajudar adolescentes desfavorecidos a acessar serviços que, de outra forma, não poderiam usar devido aos custos. A sensibilização da comunidade também é necessária para aumentar a conscientização, melhorar os serviços voltados para adolescentes e reduzir o estigma frequentemente associado à procura de anticoncepcionais ou ser sexualmente ativa antes de certa idade ou fora do casamento.

É extremamente importante levar em conta que não há uma solução única, dada a diversidade das necessidades e contextos de vida dos jovens. Alguns preferem acessar os serviços através de canais como os serviços de saúde, enquanto outros preferem acessá-los através de escolas ou farmácias ou outras fontes na comunidade. A chave é garantir padrões comuns de alta qualidade e confidencialidade, independentemente do canal, e ao mesmo tempo procurar integrar, implementar e monitorar constantemente um pacote essencial de serviços para adolescentes nos serviços de saúde existentes, de modo a promover a sustentabilidade.

Além disso, são necessários esforços especiais para identificar e alcançar as adolescentes mais vulneráveis ao risco de gravidez precoce e outros maus resultados de saúde sexual e reprodutiva. Dado que as meninas casadas têm uma alta demanda não atendida por anticoncepcionais em comparação com outras faixas etárias, alcançá-las por meio de iniciativas de planejamento familiar e contraceptivos

existentes pode ajudar muito em termos de garantir seus direitos e obter equidade, melhores resultados de saúde e aumentar a eficiência dos sistemas.

Quando os serviços de saúde são de boa qualidade, acessíveis e sensíveis às circunstâncias específicas das adolescentes, conjugados com o apoio da comunidade e mecanismos de divulgação e encaminhamento inovadores, os jovens irão utilizá-los.

Ao mesmo tempo, deve-se adotar medidas para mudar as atitudes masculinas em relação à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos das meninas. Em muitos casos, os parceiros masculinos restringem o acesso a serviços ou se recusam a usar preservativos, e outras vezes os homens são impedidos de utilizar os serviços de saúde reprodutiva, o que reforça a ideia de que a saúde reprodutiva diz respeito somente às mulheres.

A Estratégia de Adolescentes e Jovens do UNFPA prioriza ações para melhorar a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo serviços de HIV, para adolescentes e jovens. Isso inclui apoiar os esforços de conscientização para derrubar as barreiras legais e políticas que impedem o acesso aos serviços de saúde; formar parcerias com governos, sociedade civil e jovens para desenvolver e fortalecer programas nacionais de prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade aos adolescentes e fortalecer a liderança e a voz dos jovens no processo.

Aumentar o acesso e a utilização pelas meninas de cuidados pré-natais, parteiras e atendimento pós-aborto

O mesmo estigma e os obstáculos econômicos, geográficos e sociais que impedem as meninas de terem acesso à contracepção também podem impedir as meninas grávidas de acessar serviços que protegem sua saúde e a saúde de seus recém-nascidos.

Garantir atenção de qualidade no período pré-natal, no parto e no pós-parto de forma acessível,

equitativa e de baixo custo reduz os riscos de saúde para as adolescentes e seus filhos. Os prestadores de serviços devem, portanto, aumentar o número e o alcance dos profissionais de saúde qualificados para oferecer atenção pré-natal, no parto e pós-parto para as adolescentes. O acesso a cuidados obstétricos de emergência é especialmente importante, uma vez que ajuda a evitar a morbi-mortalidade materna, incluindo a fistula obstétrica.

Meninas adolescentes entre as idades de 15 e 19 são responsáveis por até 3,2 milhões de abortos inseguros por ano nos países em desenvolvimento (Shah e Ahman, 2012). O aborto inseguro resulta em grande risco de lesões, doenças e morte materna. É preciso disponibilizar serviços pós-aborto para as adolescentes. Onde o aborto é legal, ele deve ser seguro e acessível. Aumentar o acesso das adolescentes à contracepção ajuda a prevenir não só o aborto, mas também mortes e lesões devido a complicações da gravidez e do parto (UNFPA, 2012a).

Meninas que dão à luz na adolescência correm alto risco de ter uma segunda gravidez logo após a primeira. Os prestadores de serviços podem ajudar a prevenir ou espaçar a segunda gravidez oferecendo contracepção para mulheres que deram à luz ou que tiveram um aborto. Aumentar o acesso a métodos de contracepção reversíveis e de longa duração ajuda a prevenir uma segunda gravidez indesejada.

5 Prevenir o casamento precoce, a violência sexual e a coerção

Promulgar e aplicar leis para proibir o casamento de crianças e suas causas subjacentes

Desde a CIPD de 1994, 158 países já implementaram leis para aumentar a idade legal do casamento para 18 anos, mas, quando não são cobradas, as leis têm pouco impacto na prática. Hoje, cerca de 67 milhões de meninas em todo o mundo foram

"Fui fazer um aborto, mas eles me pediram 15.000 dirhams [cerca de US\$1.800], que eu não tinha... Eu pedi aos meus pais para ajudar, mas eles não me ajudaram. Quando os sinais de gravidez começaram a aparecer, eles me chutaram para fora de casa e não havia nada que eu pudesse fazer".
Menina de 18 anos de idade, Marrocos

casadas antes de completarem 18 anos (UNFPA, 2013e). Nos países em desenvolvimento, a esmagadora maioria das gestações na adolescência ocorre dentro do casamento. Acabar com o casamento precoce não ajudaria apenas a proteger os direitos das meninas, mas também contribuiria muito para reduzir a prevalência da gravidez na adolescência.

Tolerância zero para o casamento infantil é o objetivo. No entanto, até que isso se torne uma realidade, milhões de meninas serão noivas e mães-crianças. Essas meninas ocupam um espaço muitas vezes negligenciado no seio da sociedade, recebendo pouca ou nenhuma atenção dos programas de proteção social. Embora, em termos de desenvolvimento, ainda sejam crianças – biologicamente, fisicamente, psicologicamente e emocionalmente –, seu estado civil sinaliza o fim de sua condição de criança e as transforma em adultas aos olhos de suas sociedades. É improvável que programas voltados para jovens ou orientados para mulheres adultas abordem as circunstâncias específicas das meninas casadas ou as necessidades de meninas em



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

risco de casamento precoce, a menos que o façam de forma planejada e deliberada.

A promulgação de leis proibindo o casamento infantil é um bom primeiro passo. Mas, a menos que as leis sejam aplicadas e as comunidades apoiem essas leis, elas terão pouco impacto. Dar um fim ao casamento precoce requer a combinação de uma série de intervenções, respostas multissetoriais em múltiplos níveis, especialmente no nível da comunidade, para mudar normas sociais nocivas e empoderar as meninas. O tempo é fundamental; essas intervenções, especialmente a escolarização e o desenvolvimento de habilidades para as meninas, devem ser dirigidas a jovens adolescentes (10 a 14 anos de idade), antes ou por volta da puberdade, a fim de combater as pressões sobre as meninas para que casem e tenham filhos como garantia de segurança social e econômica. Os programas têm rendido resultados demonstráveis no nível da comunidade, mesmo em um curto espaço de tempo.

Governos, sociedade civil, lideranças comunitárias e famílias que desejam seriamente acabar com o casamento infantil devem especificamente considerar:

- Ajudar as meninas a frequentar e permanecer na escola, e disponibilizar habilidades para que possam desenvolver um meio de vida, se comunicar melhor, negociar e tomar decisões que afetam diretamente suas vidas;
- Iniciar programas para líderes comunitários, líderes religiosos e pais para aumentar o seu apoio aos direitos e à educação das meninas, retardar o casamento e alterar as normas e práticas nocivas;
- Apoiar programas que ofereçam às meninas alternativas ao casamento infantil, incluindo espaços seguros onde possam adquirir maior autonomia, superar o isolamento social, interagir com colegas e mentores, ganhar competências essenciais para a vida, e considerar aspirações que não envolvam o casamento infantil e a maternidade precoce;

- Oferecer transferências condicionais de renda para manter as meninas na escola e transferências não-condicionais de renda para impedir o casamento infantil e a gravidez adolescente;
- Fornecer informações sobre as opções de vida, desenvolvimento de planos de vida e redes de apoio;
- Promulgar, fazer cumprir e construir o apoio da comunidade a leis que definem a idade mínima para o casamento;
- Registrar todos os nascimentos e casamentos para que os casos de casamento infantil sejam mais facilmente identificados, e fazer cumprir as leis de registro existentes;
- Treinar os operadores da lei para identificar e lidar com os casos de casamento precoce e responsabilizar os autores perante a lei.

Proteger as meninas da violência e coerção

Um número desconhecido de meninas em todo o mundo engravida como resultado de violência sexual, ou como resultado de coerção sexual. Além disso, as meninas que engravidam correm o risco de violência de gênero, geralmente cometida por parceiros ou conhecidos do sexo masculino. Em alguns lugares, o perpetrador consegue evitar a punição e a vergonha da família se casando com sua vítima.

No entanto, acabar com a violência sexual e a coerção sexual exige mais do que apenas adotar e aplicar leis e incriminar os perpetradores, não importa quem sejam. Também são necessárias medidas preventivas. Tal como acontece com muitos dos determinantes da gravidez na adolescência, as soluções de longo prazo devem ser multidimensionais e devem tratar os problemas subjacentes, como a desigualdade de gênero, atitudes negativas dos meninos e homens para com as meninas, normas que perpetuam a violência e a impunidade, a pobreza que leva as meninas ao sexo como estraté-

gia de sobrevivência, e a proteção inadequada dos direitos humanos.

Mas, no curto prazo, os governos e outras instituições devem considerar o seguinte:

- Conscientizar meninos e meninas sobre a violência sexual, a violência de gênero e a coerção sexual por meio de iniciativas voltadas para os jovens, incluindo esportes, programas de habilidades para a vida e apoio de pares, organizações de mentores, prevenção de HIV e educação em saúde reprodutiva, redes sociais e grupos de discussão para meninos e homens;
- Modificar currículos escolares de educação sexual ou competências para a vida, de modo a incluir discussões mais amplas sobre violência, coerção, direitos humanos e relações saudáveis e respeitadas;
- Implementar intervenções escolares para mudar conceitos errôneos e aumentar a conscientização sobre direitos dos adolescentes e questões de igualdade de gênero;
- Melhorar a resposta do setor de saúde e a aplicação das leis, melhorando o conhecimento, as atitudes e as práticas dos provedores, incluindo a capacidade de detectar e responder à violência;
- Adotar medidas legais e de políticas para prevenir a violência sexual, proporcionar reabilitação e alívio às vítimas e investigar, processar e punir os infratores;
- Adicionar um componente de sensibilização a respeito da coerção e violência sexual em pro-

"Quando olho para trás... lembro de muitos objetivos que eu queria alcançar, mas que não pude."

Jessica, 39 (grávida na adolescência), EUA.

gramas voltados para a capacitação econômica de adolescentes ou em programas que envolvem homens e meninos;

- Apoiar programas que desenvolvem a capacidade econômica, social e de saúde das meninas desfavorecidas para reduzir sua vulnerabilidade à violência sexual ou a necessidade do comércio de sexo para garantir sua subsistência;
- Investigar, processar e punir os perpetradores de violência em toda a extensão permitida por lei.

6 Apoio para programas com múltiplos níveis

Abordar todas as fontes de vulnerabilidade das meninas

Medidas para prevenir a gravidez devem ser tomadas em vários níveis. Intervenções estreitamente focadas não são suficientes, e esforços voltados para mudar o comportamento das meninas não conseguem refletir a natureza multidimensional do desafio. Manter as meninas em trajetórias de vida saudáveis, seguras e positivas exige investimentos abrangentes, estratégicos e voltados para

adolescentes, abordando as múltiplas fontes de suas vulnerabilidades, que variam de acordo com a faixa etária, renda, local de residência e muitos outros fatores. Também requer esforços deliberados para reconhecer as diferentes circunstâncias das adolescentes e identificar as meninas em maior risco de gravidez na adolescência e maus resultados de saúde reprodutiva. Programas multissetoriais são necessários para desenvolver os recursos das meninas em todos os níveis, em termos de saúde, educação e meios de subsistência, mas também para empoderá-las através de redes de apoio social e do aumento de seu status em casa, na família, na comunidade e nos relacionamentos. Esses programas devem não apenas envolver vários setores, mas também funcionar em múltiplos níveis de influência, desde o individual e comunitário até o nível de governo nacional. Tais investimentos exigirão uma quantidade significativa de tempo e recursos. Mas, se alcançarem as meninas cedo, podem melhorar significativamente suas vidas e aumentar sua contribuição para as famílias e comunidades.

Formuladores de políticas e gestores de programas devem aproveitar as novas oportunidades oferecidas pelos esforços de larga escala em outros setores, especialmente da educação, da saúde e da redução da pobreza. Isso exigirá uma coordenação forte com todos esses diferentes setores, a fim de promover uma maior sinergia e maximizar o impacto desses esforços. Medidas são necessárias para prevenir a gravidez na adolescência e reduzir o impacto sobre as meninas.

7 Envolver homens e meninos

Abordagens para transformar as relações de gênero

Muitos países adotaram abordagens sensíveis a gênero para alcançar um conjunto de objetivos de desenvolvimento, como a melhoria da saúde sexual e reprodu-



©UNFPA/Matthew Cassel

tiva. Estas abordagens consideram as necessidades e realidades específicas de homens, mulheres, meninos e meninas, mas não necessariamente buscam influenciar ou transformar as relações de gênero. Programas que *transformam* as relações de gênero, que procuram desafiar as normas sociais subjacentes que moldam como são percebidos os papéis e responsabilidades de gênero, têm tido um impacto demonstrado maior sobre os programas de saúde sexual e reprodutiva. Ao abordar as causas da desigualdade de gênero, as abordagens que transformam as relações de gênero são mais propensas a realizar mudanças de longo prazo em áreas como saúde sexual e reprodutiva, incluindo a de meninas adolescentes. As iniciativas que não abordam as normas sociais correm o risco de tratar os sintomas em vez de abordar as causas subjacentes da desigualdade (UNFPA, 2013B). Sem o trabalho com homens e meninos, a discriminação, a violência e a desigualdade continuarão.

Envolver os meninos antes que suas atitudes sobre gênero e sexualidade sejam consolidadas

Trabalhar com meninos adolescentes é essencial para equipá-los com as ferramentas de que necessitam para viver com igualdade de gênero. É necessário proporcionar oportunidades e conhecimento suficientes sobre a forma como os jovens, em especial os meninos e homens jovens, podem desafiar as normas, estereótipos e práticas prejudiciais relacionadas ao gênero. Além disso, alcançar meninos adolescentes através da educação em sexualidade abrangente e apropriada à idade, que lhes permita refletir e questionar as normas vigentes relacionadas com a masculinidade e a feminilidade, é fundamental para garantir futuras gerações de homens com atitudes de igualdade de gênero.

Os meninos devem ser envolvidos no desenvolvimento de ferramentas e abordagens apropriadas à idade para a promoção da igualdade de gênero, da

saúde sexual e reprodutiva e dos direitos reprodutivos dos adolescentes. Transmitir mensagens positivas, de que a mudança é possível e que os meninos podem afetar positivamente suas vidas e as vidas das meninas, pode aumentar a participação e a receptividade deles.

Como parte de um currículo abrangente de educação sexual apropriada à idade, devem ser oferecidos aos jovens, em especial aos meninos e homens jovens, oportunidades e orientações para que reflitam sobre as versões dominantes de “masculinidade” e as expectativas que elas trazem, e desenvolvam empatia e promovam os princípios de respeito e igualdade. Pesquisas mostram que os meninos começam a consolidar suas percepções sobre sexualidade e relações íntimas na adolescência e muitas vezes levam estes conceitos para a idade adulta.

Envolver os pais também

Os pais desempenham um papel fundamental em ajudar seus filhos a fazer com sucesso a transição da adolescência para a idade adulta, e estão em posição de servirem de modelos positivos, e assim incentivar os meninos a se tornarem adultos sensíveis ao gênero.

8 O caminho para apoiar a saúde e os direitos dos adolescentes após 2015

Apoiar metas, objetivos e indicadores para o empoderamento das mulheres, pondo um fim ao casamento infantil e garantindo a saúde sexual e reprodutiva na agenda de desenvolvimento pós-2015.

Faltam pouco mais de dois anos para o ano de realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas.

Governos, organizações da sociedade civil, as Nações Unidas e outros atores importantes já estão formulando uma agenda de desenvolvimen-

to sustentável que irá complementar e se seguir aos ODM após 2015. O que a Força-Tarefa do Sistema das Nações Unidas para a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 já definiu é que o marco sucessor deve se basear em princípios de direitos humanos, igualdade e sustentabilidade.

Em dezembro de 2012, o UNFPA recomendou que a agenda de desenvolvimento pós-2015 reconheça e inclua a igualdade de gênero em todos os seus objetivos, pois é essencial para a eliminação das desigualdades e é necessário para melhorar a sustentabilidade dos esforços de desenvolvimento (UNFPA, 2013f).

Em uma abordagem baseada nos direitos humanos para o desenvolvimento, as pessoas, incluindo mulheres e jovens, não são consideradas receptoras passivos de bens, serviços ou *commodities*, mas sim portadoras de direitos e, portanto, devem ser empoderadas. Como agentes ativos de seu próprio desenvolvimento, os detentores de direitos promovem a sustentabilidade do desenvolvimento. Eles são capazes de tomar decisões, de influenciar o processo de formulação de políticas e de responsabilizar os seus governos.

O Estado, como o maior *portador de obrigações*, tem obrigações correspondentes de respeitar, proteger e fazer cumprir os direitos humanos, incluindo os direitos reprodutivos. As abordagens baseadas em direitos humanos também exigem a criação e o fortalecimento de sistemas nacionais e independentes de prestação de contas dos direitos humanos.

O UNFPA também recomendou que a agenda de desenvolvimento pós-2015 promova os direitos dos jovens e busque investimentos em educação de qualidade, oportunidades de emprego decente, habilidades de sobrevivência eficazes, acesso à saúde sexual e reprodutiva e educação em sexualidade abrangente, para fortalecer a resiliência individual dos jovens e criar as circunstâncias nas quais tenham maior probabilidade de alcançar seu pleno potencial. Adolescentes e jovens, especialmente

meninas pobres, rurais e indígenas não têm acesso adequado a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva necessários para evitar gestações indesejadas, abortos em condições inseguras e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. A necessidade não atendida de contracepção permanece alta, e a demanda é crescente. Muitas adolescentes estão expostas ao casamento precoce, o sexo forçado e outras práticas nocivas como a mutilação genital feminina e o tráfico de pessoas. Essas práticas são violações dos direitos humanos e têm efeitos psicológicos nocivos, reduzindo as oportunidades das meninas de concluir seus estudos, desenvolver competências de trabalho e participar plenamente no desenvolvimento comunitário e nacional.

Em maio de 2013, o Grupo de Alto Nível de Pessoas Eminentes sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015, composto por 27 membros, emitiu um relatório com recomendações sobre o caminho a ser seguido (Nações Unidas, 2013). O grupo, nomeado pelo Secretário-Geral, produziu um relatório centrado nas dimensões de crescimento econômico, equidade social e sustentabilidade ambiental. O relatório afirma que “novas metas e objetivos devem se basear no respeito aos direitos humanos”, e que a agenda de desenvolvimento pós-2015 deve apresentar “um número limitado de objetivos e metas de alta prioridade... apoiados por indicadores mensuráveis”.

Os objetivos universais propostos pelo grupo incluem o empoderamento de meninas e mulheres e a consecução da igualdade de gênero, com o fim do casamento infantil como um indicador de sucesso.

Outro objetivo proposto é o de proporcionar uma educação de qualidade e a aprendizagem ao longo da vida, garantindo que todas as crianças, “independentemente de suas circunstâncias”, tenham acesso ao ensino médio. O objetivo proposto de garantir uma vida saudável inclui um

indicador para garantir os direitos e a saúde sexual e reprodutiva.

Além disso, consultas nacionais e regionais, e outras consultas que têm sido realizadas desde o final de 2012 também resultaram em recomendações para incluir na agenda do desenvolvimento pós-2015 o empoderamento das mulheres, a igualdade, a saúde sexual e reprodutiva e os direitos de adolescentes, especialmente das meninas.

Os governos empenhados em empoderar adolescentes, promovendo seus direitos à educação e à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (o que pode ter um tremendo impacto sobre a gravidez na adolescência) devem expressar seu apoio aos objetivos e indicadores propostos pelo Painel de Alto Nível de Pessoas Eminentes sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015.

Rumo ao empoderamento das meninas adolescentes e desenvolvimento do seu potencial

Os adolescentes estão moldando o presente e o futuro da humanidade. Dependendo das oportunidades e escolhas que tiverem neste período da vida, chegarão à vida adulta como cidadãos empoderados e ativos, ou ficarão esquecidos, sem voz e presos na pobreza.

Uma gravidez adolescente pode atrapalhar o desenvolvimento saudável da menina e impedir o seu pleno potencial e gozo de seus direitos humanos básicos. O impacto pode afetar sua vida e a da geração seguinte.

A experiência com programas eficazes mostra que é necessária uma mudança transformacional para além de intervenções com foco estreito nas meninas ou na prevenção da gravidez, passando a abordagens de base mais ampla para desenvolver o capital humano das meninas, com foco na sua capacidade de tomar decisões sobre suas próprias vidas (incluindo questões de saúde sexual e repro-



ductiva), e proporcionando oportunidades reais, de modo que a gravidez não seja vista como seu único destino. Em vez disso, este novo paradigma deve abordar as circunstâncias, condições, regras, valores e forças estruturais que por um lado perpetuam a gravidez na adolescência e que por outro lado isolam e marginalizam as meninas grávidas.

As intervenções que têm o poder de reduzir a vulnerabilidade à gravidez precoce, especialmente entre as meninas mais pobres, marginalizadas e com menos escolaridade, são aquelas baseadas em princípios de equidade, igualdade e direitos. Investimentos em meninas, para desenvolver o seu capital humano e participação, podem produzir

▲ *Multiplicadora jovem trabalha com centros de saúde locais fornecendo informações sobre métodos contraceptivos e insumos para jovens e adolescentes na Etiópia.*

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

grandes retornos econômicos e sociais para indivíduos, famílias, comunidades e nações.

As meninas precisam ter acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva. Precisam também se livrar das pressões econômicas e sociais, que muitas vezes se traduzem em gravidez, pobreza, saúde precária e potencial humano não realizado. As meninas que engravidam precisam de apoio, não de discriminação.

O envolvimento de todos os interessados - famílias, comunidades, escolas e prestadores de serviços de saúde, entre outros - é essencial para efetuar mudanças que reformulem as normas sociais, tradições e práticas que perpetuam a gravidez na adolescência e comprometem o futuro das meninas. A cooperação entre todas as partes interessadas pode mobilizar a vontade política para o investimento que irá empoderar as meninas adolescentes e aumentar sua autonomia e participação.

Todos têm um papel a desempenhar. As indústrias de mídia e entretenimento podem ajudar através de imagens positivas de meninas adolescentes e mulheres. Os governos podem dedicar-se à eliminação do casamento precoce e da violência de gênero. Os pais devem estar cientes das mensagens de discriminação de gênero que transmitem aos seus filhos. Líderes de opinião, líderes comunitários, professores e profissionais de saúde devem reforçar a mensagem de que *todas* as crianças têm o mesmo valor e têm direito à saúde, educação, participação e igualdade de oportunidades.

Os formuladores de políticas devem envolver meninas - e meninos - na elaboração, implementação e avaliação de medidas destinadas a ajudar as meninas a evitar a gravidez ou a administrar suas vidas se ficarem grávidas. É imperativo falar com as meninas, ouvi-las, e compreender plenamente as suas necessidades,

desafios e vulnerabilidades. De acordo com os 179 governos que endossaram o Programa de Ação da CIPD em 1994, ações destinadas a beneficiar os adolescentes “são mais eficazes quando garantem a plena participação dos adolescentes na identificação das suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva e na elaboração de programas que atendam a essas necessidades”.

É essencial construir uma sociedade baseada na igualdade de gênero, onde as meninas sejam empoderadas, escolarizadas, saudáveis e protegidas do casamento precoce, onde possam viver com dignidade e tomar decisões sobre o seu futuro e exercer seus direitos.

O UNFPA luta para promover o direito de cada criança de crescer livre da desigualdade de gênero e da discriminação, violência, casamento precoce e gravidez, para que possam fazer uma transição saudável e bem-sucedida da adolescência para a idade adulta. A infância jamais deve ser prejudicada pela maternidade.

“Gravidez não é como ir a uma festa, que uma hora termina... afeta nossos estudos e gera conflitos familiares... Antes de pensar em sexo, você deve sempre pensar nas consequências... no futuro. É importante estar preparada... e saber o que queremos, e então podemos tomar decisões.”

Valeria, 15, Nicarágua

Indicadores

Monitoramento de metas da CIPD: indicadores selecionados	página 100
Indicadores demográficos	página 106
Notas	página 109

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Afganistão	460	36	90	92	22	16				34	13
Albânia	27	99	11	16	69	10	13	98	95	71	68
Argélia	97	95	4	32	61	52		98	97	72	74
Angola	450	49	165	156	18			93	78	15	12
Antígua e Barbuda		100	67	11				87	85	85	85
Argentina	77	99	68	13	79	70		100	99	80	88
Armênia	30	100	28	21	55	27	14	95	98	85	88
Aruba			36	17				93	96	70	74
Austrália¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Áustria	4	99	10	4	70	68					
Azerbaijão	43	89	41	47	51	13	15	88	86	87	85
Bahamas	47	99	41	13				94	96	82	88
Barein	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	31	133	42	61	52	14			43	51
Barbados	51	100	50	12				90	97	83	95
Bielorrússia	4	100	21	7	73	56					
Bélgica	8	99	11	4	70	69	3	99	99	90	87
Belize	53	94	90	15	55	52	16	100	91	64	65
Benin	350	84	114	108	13	8	27			27	13
Butão	180	58	59	48	66	65	12	89	92	54	62
Bolívia (Estado Plurinacional da)	190	71	89	52	61	34	20	91	91	70	70
Bósnia-Herzegovina	8	100	17	9	46	12	9	89	91		
Botsuana	160	99	51	41	53	51		87	88	57	66
Brasil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	10	18	5						98	100
Bulgária	11	99	48	11	69	40	30	99	100	84	82
Burquina Fasso	300	67	130	137	16	15	25	66	63	21	17
Burundi	800	60	65	139	22	18	32	91	89	20	17
Camboja	250	71	48	51	51	35	17	96	95	39	36
Camarões, República de	690	64	127	115	23	14	24	100	87	44	39
Canadá	12	99	14	5	74	72		100	100		
Cabo Verde	79	76	92	20	61	57	17	95	92	60	69
República Centro-Africana	890	41	133	150	19	9	19	78	60	18	10
Chade	1100	17	193	155	5	2	28	74	51	16	5
Chile	25	100	54	7	64			93	93	83	87
China²	37	96	6	16	85	84	2				
China, R.A.E. de Hong Kong³			3	3	80	75		95	100	72	74
China, R.A.E. de Macau⁴			3	5				87	88	80	77
Colômbia	92	99	85	23	79	73	8	90	90	73	79

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Comores	280		95	92	26	19	36	81	75		
Congo, República Democrática do	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Congo, República do	560	94	132	97	45	20	20	95	90		
Costa Rica	40	95	67	10	82	80	5				
Costa do Marfim	400	59	111	107	18	13	29	67	56		
Croácia	17	100	13	6				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	74	73	9	98	98	87	87
Curaçau				13							
Chipre	10	98	4	4				99	99	88	90
República Tcheca	5	100	11	3	86	78	4				
Dinamarca	12	99	6	4				95	97	88	91
Djibuti	200	78	27	83	18	17		57	51	28	20
Dominica		100	48					96	97	80	89
República Dominicana	150	95	98	28	73	70	11	93	91	58	67
Equador	110	89	100	21	73	59	7	99	100	73	75
Egito	66	79	50	24	60	58	12	99	96		
El Salvador	81	85	65	21	72	66	9	96	96	59	61
Guiné Equatorial	240		128	143	10	6		59	59		
Eritreia	240		85	56	8	5	29	40	34	32	25
Estônia	2	99	21	5	63	58		98	97	91	93
Etiópia	350	10	79	74	29	27	26	90	84	17	11
Fiji	26	100	31	20				99	99	81	88
Finlândia	5	99	8	3				98	98	93	94
França	8	98	12	4	76	74	2	99	99	98	100
Guiana Francesa			84	14							
Polinésia Francesa			41	8							
Gabão	230		144	65	31	19	28				
Gâmbia	360	56	104	100	13	9	22	68	71		
Geórgia	67	97	44	22	53	35	12	96	94	84	80
Alemanha	7	99	9	4	66	62		100	100		
Gana	350	55	70	78	24	17	36	83	82	48	44
Grécia	3		12	4	76	46		99	99	98	98
Granada	24	100	53	12	54	52		96	99	84	84
Guadalupe			21	6							
Guam			52	11	67	58					
Guatemala	120	51	92	31	43	34	28	99	97	48	44
Guiné	610	46	153	127	6	5	22	90	76	42	27
Guiné-Bissau	790	44	137	156	14	10	6	77	73	11	6
Guiana	280	87	97	34	43	40	29	81	85	71	81
Haiti	350	26	69	67	35	31	37				
Honduras	100	66	108	32	65	56	17	97	98		
Hungria	21	99	19	6	81	71	7	97	98	92	92

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Islândia	5		15	3				99	99	88	89
Índia	200	58	76	56	55	48	21	99	99		
Indonésia	220	80	66	31	62	58	11	98	100	74	74
Irã (República Islâmica do)	21	97	31	22	73	59		99	100	82	80
Iraque	63	89	68	32	53	34	8	94	84	49	39
Irlanda	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Israel	7		14	4				97	98	97	100
Itália	4	100	7	3	63	41	12	100	99	94	94
Jamaica	110	98	72	25	69	66	12	83	81	80	87
Japão	5	100	5	3	54	44		100	100	99	100
Jordânia	63	99	32	20	59	41	13	91	91	83	88
Cazaquistão	51	99	31	30	51	50	12	100	100	90	90
Quênia	360	44	106	77	46	39	26	84	85	52	48
Kiribati		98	39	42	22	18	28			65	72
Coreia, República Democrática Popular da	81	100	1	28							
Coreia, República da	16	100	2	4	80	70		99	98	96	95
Kuwait	14	99	14	11	52	39		97	100	86	93
Quirguistão	71	98	31	42	48	46	12	96	96	81	80
Laos, República Democrática Popular do	470	37	110	45	38	35	27	98	96	43	39
Letônia	34	99	15	9	68	56	17	95	96	83	83
Líbano	25		18	10	58	34		97	97	72	80
Lesoto	620	62	92	82	47	46	23	74	76	23	37
Libéria	770	46	177	85	11	10	36	42	40		
Líbia	58	98	4	16	45	26					
Lituânia	8		17	7	63	50	18	94	93	91	91
Luxemburgo	20		7	3				94	96	85	88
Madagáscar	240	44	147	55	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	30	29
Malásia	29	99	14	5	49	32		96	96	66	71
Maldivas	60	95	19	13	35	27	29	94	95	46	52
Mali	540	49	190	165	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Martinica			20	7							
Mauritânia	510	57	88	107	9	8	32	73	77	17	15
Maurício ^a	60	100	31	13	76	39	4			74	74
México	50	95	87	17	71	67	12	99	100	71	74
Micronésia, Estados Federados da	100	100	52	40							
Moldávia, República da	41	100	26	17	68	43	11	91	90	77	78
Mongólia	63	99	20	31	55		22	99	98	74	79
Montenegro	8	100	24	10	39	17		93	94		
Marrocos	100	74	18	32	67	57	12	97	96	38	32
Moçambique	490	54	193	116	12	11	19	93	88	18	17

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Mianmar	200	71	17	63	46	46	19			49	52
Namíbia	200	81	74	42	55	54	21	84	88	44	57
Nepal	170	36	81	44	50	43	28	78	64		
Holanda	6		5	4	69	67		100	99	87	88
Nova Caledônia			21	15	75	72					
Nova Zelândia	15	96	29	5				99	100	94	95
Nicarágua	95	74	109	20	72	69	11	93	95	43	49
Niger	590	18	199	127	14	12	16	71	60	14	9
Nigéria	630	34	123	122	14	9	19	60	55		
Noruega	7	99	10	3	88	82		99	99	94	94
Omã	32	99	12	9	32	25		98	97	94	94
Paquistão	260	45	16	71	27	19	25	79	65	40	29
Palestina ⁷	64		60	23	50	39		90	90	77	85
Panamá	92	89	88	18	52	49		98	97	65	71
Papua-Nova Guiné	230	43	70	62	32	24	27				
Paraguai	99	85	63	37	79	70	5	84	84	59	63
Peru	67	85	72	26	69	50	6	97	97	77	78
Filipinas	99	62	53	27	49	36	22	88	90	56	67
Polônia	5	100	16	6	73	28		97	97	90	92
Portugal	8		16	3	87	83		99	100	78	86
Porto Rico			55	8	84	72	4	81	86		
Catar	7	100	15	8	43	32		95	95	87	96
Reunião			43	5	67	64					
Romênia	27	99	41	12	70	51	12	88	87	82	83
Federação Russa	34	100	30	12	80	65		95	96		
Ruanda	340	69	41	74	52	44	21	89	92		
São Cristóvão e Neves		100	67					86	89	84	88
Santa Lúcia	35	99	49	14				88	88	85	85
São Vicente e Granadinas	48	99	70	21				100	97	84	86
Samoa	100	81	29	23	29	27	48	91	96	71	82
São Marino			1					91	93		
São Tomé e Príncipe	70	81	110	63	38	33	38	97	98	30	34
Arábia Saudita	24	100	7	12	24			97	97		
Senegal	370	65	93	75	13	12	29	77	81	24	19
Sérvia ⁶	12	100	22	13	61	22	7	95	94	90	91
Seychelles		99	62	10				96	94	92	100
Serra Leoa	890	61	98	187	11	10	27				
Cingapura	3	100	6	2	62	55					
Eslováquia	6	100	21	7	80	66					
Eslovênia	12	100	5	3	79	63	9	98	98	92	93
Ilhas Salomão	93	70	70	47	35	27	11	88	87	44	42
Somália	1000	9	123	131	15	1					

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
África do Sul	300		54	51	60	60	14	90	91	59	65
Sudão do Sul				123	4	1					
Espanha	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	11	68	53	7	93	93	86	91
Sudão	730		70	86	9		29	50	42		
Suriname	130	87	66	23	46	45		92	93	52	63
Suazilândia	320	82	111	92	65	63	13	84	86	32	38
Suécia	4		6	3	75	65		100	99	93	93
Suíça	8		4	4	82	78		99	100	83	81
República Árabe da Síria	70	96	75	21	58	43		99	100	68	68
Tadjiquistão	65	88	27	73	28	26		100	96	91	81
Tanzânia, República Unida da	460	49	128	72	34	26	25	98	98		
Tailândia	48	99	47	12	80	78	3	90	89	69	74
Antiga República Iugoslava da Macedônia	10	100	20	11				97	99	82	81
Timor Leste, República Democrática do	300	30	54	49	22	21	32	91	91	37	41
Togo	300	44	89	103	15	13	37			33	16
Tonga	110	99	16	24				94	89	67	80
Trinidad e Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	65	70
Tunísia	56	95	6	17	63		7	100	99		
Turquia	20	91	38	18	73	46	6	100	98	81	76
Turcomenistão	67	100	21	60	62	53	13				
Ilhas Turcos e Caicos			26					77	84	72	69
Tuvalu		93	28		31	22	24				
Uganda	310	58	159	86	30	26	34	93	95	17	15
Ucrânia	32	99	30	14	67	48	10	92	93	85	85
Emirados Árabes Unidos	12	100	34	7	28	24		94	98	80	82
Reino Unido	12		25	5	84	84		100	100	97	100
Estados Unidos da América	21	99	39	7	76	70	8	95	96	89	90
Ilhas Virgens Americanas			52	11	78	73					
Uruguai	29	100	60	14	77	75		100	99	68	76
Uzbequistão	28	100	26	53	65	59	14	94	91		
Vanuatu	110	74	92	28	38	37		98	97	46	49
Venezuela (República Bolivariana da)	92	98	101	19	70	62	19	95	95	69	77
Vietnã	59	92	35	20	78	60	4				
Saara Ocidental				46							
Iêmen	200	36	80	76	28	19	40	83	70	48	31
Zâmbia	440	47	151	102	41	27	27	96	98		
Zimbábue	570	66	115	53	59	57	15				

Dados mundiais e regionais¹⁶

	Saúde Materna e de Recém-Nascidos				Saúde Sexual e Reprodutiva			Educação			
	Razão de mortalidade materna (mortes a cada 100.000 nascidos vivos), 2010	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%), 2005/2012	Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010	Taxa de mortalidade até cinco anos para cada 1.000 nascidos vivos, 2010 - 2015	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 1990/2012	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 1990/2012	Necessidade não atendida de planejamento familiar (%), 1988/2011	Matrícula no ensino fundamental, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012		Matrícula no ensino médio, % líquida de crianças em idade escolar, 1999/2012	
								Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Total Mundial	210	70	49	52	64	57	12	92	90	64	61
Regiões mais desenvolvidas⁸	16		24	7	71	62	9	97	97	90	91
Regiões menos desenvolvidas⁹	240		53	57	63	57	13	91	89	61	57
Países minimamente desenvolvidos¹⁰	430		106	99	38	31	23	83	79	36	30
Estados Árabes¹¹	140	76	48	44	53	44	17	89	83	64	58
Ásia e o Pacífico¹²	160	69	35	40	68	63	10	95	94	63	60
Leste Europeu e Ásia Central¹³	32	98	32	26	67	53	11	94	94	86	85
América Latina e Caribe¹⁴	81	91	73	23	73	67	10	95	96	74	78
África Subsaariana¹⁵	500	48	117	110	28	21	25	80	77	27	21

Indicadores demográficos, sociais e econômicos

■ Masculino ■ Feminino

País, território ou outra área

	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Afganistão	30,6	2,4	59	62	5,0	23
Albânia	3,2	0,3	75	81	1,8	19
Argélia	39,2	1,8	69	73	2,8	17
Angola	21,5	3,1	50	53	5,9	21
Antígua e Barbuda	0,1	1,0	73	78	2,1	18
Argentina	41,4	0,9	73	80	2,2	16
Armênia	3,0	0,2	71	78	1,7	15
Aruba	0,1	0,4	73	78	1,7	15
Austrália¹	23,3	1,3	80	85	1,9	13
Áustria	8,5	0,4	78	84	1,5	11
Azerbaijão	9,4	1,1	68	74	1,9	17
Bahamas	0,4	1,4	72	78	1,9	16
Barein	1,3	1,7	76	77	2,1	11
Bangladesh	156,6	1,2	70	71	2,2	21
Barbados	0,3	0,5	73	78	1,8	14
Bielorrússia	9,4	-0,5	64	76	1,5	11
Bélgica	11,1	0,4	78	83	1,8	11
Belize	0,3	2,4	71	77	2,7	20
Benin	10,3	2,7	58	61	4,9	21
Butão	0,8	1,6	68	68	2,3	20
Bolívia (Estado Plurinacional da)	10,7	1,6	65	69	3,3	21
Bósnia-Herzegovina	3,8	-0,1	74	79	1,3	14
Botsuana	2,0	0,9	48	47	2,6	22
Brasil	200,4	0,8	70	77	1,8	17
Brunei Darussalam	0,4	1,4	77	80	2,0	17
Bulgária	7,2	-0,8	70	77	1,5	10
Burquina Fasso	16,9	2,8	55	57	5,6	22
Burundi	10,2	3,2	52	56	6,1	21
Camboja	15,1	1,7	69	74	2,9	21
Camarões, República de	22,3	2,5	54	56	4,8	22
Canadá	35,2	1,0	79	84	1,7	12
Cabo Verde	0,5	0,8	71	79	2,3	23
República Centro-Africana	4,6	2,0	48	52	4,4	22
Chad	12,8	3,0	50	52	6,3	22
Chile	17,6	0,9	77	83	1,8	16
China²	1385,6	0,6	74	77	1,7	14
China, R.A.E. de Hong Kong³	7,2	0,7	80	86	1,1	11
China, R.A.E. de Macau⁴	0,6	1,8	78	83	1,1	11
Colômbia	48,3	1,3	70	78	2,3	18
Comores	0,7	2,4	59	62	4,7	20
Congo, República Democrática do	67,5	2,7	48	52	6,0	22
Congo, República do	4,4	2,6	57	60	5,0	20

País, território ou outra área

	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer, 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Costa Rica	4,9	1,4	78	82	1,8	17
Costa do Marfim	20,3	2,3	50	51	4,9	22
Croácia	4,3	-0,4	74	80	1,5	11
Cuba	11,3	-0,1	77	81	1,5	13
Curaçau	0,2	2,2	74	80	1,9	14
Chipre	1,1	1,1	78	82	1,5	13
República Tcheca	10,7	0,4	75	81	1,6	10
Dinamarca	5,6	0,4	77	81	1,9	12
Djibuti	0,9	1,5	60	63	3,4	21
Dominica	0,1	0,4				
República Dominicana	10,4	1,2	70	77	2,5	19
Equador	15,7	1,6	74	79	2,6	19
Egito	82,1	1,6	69	73	2,8	19
El Salvador	6,3	0,7	68	77	2,2	23
Guiné Equatorial	0,8	2,8	51	54	4,9	20
Eritreia	6,3	3,2	60	65	4,7	20
Estônia	1,3	-0,3	69	80	1,6	11
Etiópia	94,1	2,6	62	65	4,6	23
Fiji	0,9	0,7	67	73	2,6	18
Finlândia	5,4	0,3	77	84	1,9	12
França	64,3	0,5	78	85	2,0	12
Guiana Francesa	0,2	2,5	74	81	3,1	18
Polinésia Francesa	0,3	1,1	74	79	2,1	18
Gabão	1,7	2,4	62	64	4,1	20
Gâmbia	1,8	3,2	57	60	5,8	21
Geórgia	4,3	-0,4	70	78	1,8	13
Alemanha	82,7	-0,1	78	83	1,4	10
Gana	25,9	2,1	60	62	3,9	21
Grécia	11,1	0,0	78	83	1,5	10
Granada	0,1	0,4	70	75	2,2	20
Guadalupe	0,5	0,5	77	84	2,1	15
Guam	0,2	1,3	76	81	2,4	18
Guatemala	15,5	2,5	68	75	3,8	22
Guiné	11,7	2,5	55	57	5,0	21
Guiné-Bissau	1,7	2,4	53	56	5,0	21
Guiana	0,8	0,5	64	69	2,6	20
Haiti	10,3	1,4	61	65	3,2	22
Honduras	8,1	2,0	71	76	3,0	22
Hungria	10,0	-0,2	70	79	1,4	11
Islândia	0,3	1,1	80	84	2,1	14
Índia	1252,1	1,2	65	68	2,5	19
Indonésia	249,9	1,2	69	73	2,3	17
Irã (República Islâmica do)	77,4	1,3	72	76	1,9	17

País, território
ou outra área

País, território ou outra área	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher , 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Iraque	33,8	2,9	66	73	4,1	21
Irlanda	4,6	1,1	78	83	2,0	12
Israel	7,7	1,3	80	83	2,9	15
Itália	61,0	0,2	80	85	1,5	9
Jamaica	2,8	0,5	71	76	2,3	20
Japão	127,1	-0,1	80	87	1,4	9
Jordânia	7,3	3,5	72	76	3,3	18
Cazaquistão	16,4	1,0	61	72	2,4	15
Quênia	44,4	2,7	60	63	4,4	21
Kiribati	0,1	1,5	66	72	3,0	21
Coreia, República Democrática Popular da	24,9	0,5	66	73	2,0	16
Coreia, República da	49,3	0,5	78	85	1,3	13
Kuwait	3,4	3,6	73	75	2,6	13
Quirguistão	5,5	1,4	63	72	3,1	20
Laos, República Democrática Popular do	6,8	1,9	67	69	3,0	23
Letônia	2,1	-0,6	67	77	1,6	11
Líbano	4,8	3,0	78	82	1,5	18
Lesoto	2,1	1,1	49	50	3,1	24
Libéria	4,3	2,6	59	61	4,8	21
Líbia	6,2	0,9	73	77	2,4	18
Lituânia	3,0	-0,5	66	78	1,5	13
Luxemburgo	0,5	1,3	78	83	1,7	12
Madagáscar	22,9	2,8	63	66	4,5	22
Malauí	16,4	2,8	55	55	5,4	22
Malásia	29,7	1,6	73	77	2,0	19
Maldivas	0,3	1,9	77	79	2,3	21
Mali	15,3	3,0	55	55	6,9	21
Malta	0,4	0,3	77	82	1,4	12
Martinica	0,4	0,2	78	84	1,8	14
Mauritânia	3,9	2,5	60	63	4,7	21
Maurício ⁵	1,2	0,4	70	77	1,5	16
México	122,3	1,2	75	80	2,2	19
Micronésia, Estados Federados da	0,1	0,2	68	70	3,3	26
Moldávia, República da	3,5	-0,8	65	73	1,5	14
Mongólia	2,8	1,5	64	71	2,4	18
Montenegro	0,6	0,0	72	77	1,7	14
Marrocos	33,0	1,4	69	73	2,8	19
Moçambique	25,8	2,5	49	51	5,2	21
Mianmar	53,3	0,8	63	67	2,0	18
Namíbia	2,3	1,9	62	67	3,1	23
Nepal	27,8	1,2	67	69	2,3	22

País, território
ou outra área

País, território ou outra área	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher , 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Holanda	16,8	0,3	79	83	1,8	12
Nova Caledônia	0,3	1,3	74	79	2,1	16
Nova Zelândia	4,5	1,0	79	83	2,1	14
Nicarágua	6,1	1,4	72	78	2,5	22
Niger	17,8	3,9	58	58	7,6	20
Nigéria	173,6	2,8	52	53	6,0	21
Noruega	5,0	1,0	79	84	1,9	13
Omã	3,6	7,9	75	79	2,9	14
Paquistão	182,1	1,7	66	67	3,2	22
Palestina ⁷	4,3	2,5	71	75	4,1	24
Panamá	3,9	1,6	75	80	2,5	17
Papua-Nova Guiné	7,3	2,1	60	64	3,8	21
Paraguai	6,8	1,7	70	75	2,9	20
Peru	30,4	1,3	72	77	2,4	19
Filipinas	98,4	1,7	65	72	3,1	21
Polônia	38,2	0,0	72	80	1,4	12
Portugal	10,6	0,0	77	83	1,3	10
Porto Rico	3,7	-0,2	75	82	1,6	16
Catar	2,2	5,9	78	79	2,1	6
Reunião	0,9	1,2	76	83	2,2	16
Romênia	21,7	-0,3	70	77	1,4	11
Federação Russa	142,8	-0,2	62	74	1,5	11
Ruanda	11,8	2,7	62	65	4,6	22
São Cristóvão e Neves	0,1	1,1				
Santa Lúcia	0,2	0,8	72	77	1,9	18
São Vicente e Granadinas	0,1	0,0	70	75	2,0	19
Samoa	0,2	0,8	70	76	4,2	22
São Tomé e Príncipe	0,2	2,6	64	68	4,1	20
Arábia Saudita	28,8	1,8	74	77	2,7	16
Senegal	14,1	2,9	62	65	5,0	21
Sérvia ⁶	9,5	-0,5	71	77	1,4	13
Seychelles	0,1	0,6	69	78	2,2	15
Serra Leoa	6,1	1,9	45	46	4,7	21
Cingapura	5,4	2,0	80	85	1,3	13
Eslováquia	5,5	0,1	71	79	1,4	12
Eslovênia	2,1	0,2	76	83	1,5	10
Ilhas Salomão	0,6	2,1	66	69	4,1	21
Somália	10,5	2,9	53	57	6,6	22
África do Sul	52,8	0,8	55	59	2,4	18
Sudão do Sul	11,3	4,0	54	56	5,0	21
Espanha	46,9	0,4	79	85	1,5	9
Sri Lanka	21,3	0,8	71	77	2,4	15

País, território ou outra área

	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Sudão	38,0	2,1	60	64	4,5	22
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3	18
Suazilândia	1,2	1,5	50	49	3,4	24
Suécia	9,6	0,7	80	84	1,9	12
Suíça	8,1	1,0	80	85	1,5	11
República Árabe da Síria	21,9	0,7	72	78	3,0	21
Tadjiquistão	8,2	2,4	64	71	3,9	21
Tanzânia, República Unida d	49,3	3,0	60	63	5,2	21
Tailândia	67,0	0,3	71	78	1,4	14
Antiga República Iugoslava da Macedônia	2,1	0,1	73	77	1,4	14
Timor Leste, República Democrática do	1,1	1,7	66	69	5,9	27
Togo	6,8	2,6	56	57	4,7	21
Tonga	0,1	0,4	70	76	3,8	22
Trinidad e Tobago	1,3	0,3	66	74	1,8	14
Tunísia	11,0	1,1	74	78	2,0	16
Turquia	74,9	1,2	72	79	2,1	17
Turcomenistão	5,2	1,3	61	70	2,3	20
Ilhas Turcos e Caicos	0,0	2,1				
Tuvalu	0,0	0,2				
Uganda	37,6	3,3	58	60	5,9	22
Ucrânia	45,2	-0,6	63	74	1,5	11
Emirados Árabes Unidos	9,3	2,5	76	78	1,8	10
Reino Unido	63,1	0,6	78	82	1,9	12
Estados Unidos da América	320,1	0,8	76	81	2,0	13
Ilhas Virgens Americanas	0,1	0,1	77	83	2,5	14
Uruguai	3,4	0,3	74	80	2,1	15
Uzbequistão	28,9	1,4	65	72	2,3	21
Vanuatu	0,3	2,2	70	74	3,4	20
Venezuela (República Bolivariana da)	30,4	1,5	72	78	2,4	18
Vietnã	91,7	1,0	71	80	1,8	17
Saara Ocidental	0,6	3,2	66	70	2,4	16
Iêmen	24,4	2,3	62	64	4,1	24
Zâmbia	14,5	3,2	56	59	5,7	22
Zimbábue	14,1	2,8	59	61	3,5	23

Dados mundiais e regionais¹⁶

	População total em milhões, 2013	Taxa média anual de mudança populacional (%), 2010-2015	Expectativa de vida ao nascer 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010-2015	População de 10 a 19 anos (%), 2010
Total Mundial	7.162	1,1	68	72	2,5	16,7
Regiões mais desenvolvidas ^a	1.253	0,3	74	81	1,7	11,5
Regiões menos desenvolvidas ^b	5.909	1,3	67	70	2,6	17,9
Países minimamente desenvolvidos ¹⁰	898	2,3	59	62	4,2	21,4
Estados Árabes ¹¹	350	1,0	67	71	3,3	20,6
Ásia e o Pacífico ¹²	3.785	1,9	69	72	2,2	17,6
Leste Europeu e Ásia Central ¹³	330	0,1	63	74	1,8	12,9
América Latina e Caribe ¹⁴	612	1,1	71	78	2,2	18,7
África Subsaariana ¹⁵	888	2,6	55	57	5,1	23,0

Notas para os indicadores

- 1 Inclui Ilha Christmas ou Ilha do Natal, Ilhas Cocos (Keeling) e Ilha Norfolk.
- 2 Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem Hong Kong e Macau, Regiões Administrativas Especiais (SAR), e Taiwan, Província da China.
- 3 Em 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 4 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 5 Incluindo Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- 6 Incluindo Kosovo.
- 7 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19. Em conformidade com o parágrafo 2 da referida Resolução, a Assembleia Geral decidiu "... conferir à Palestina o status de Estado observador não-membro das Nações Unidas....". Inclui Jerusalém Oriental.
- 8 Regiões mais desenvolvidas compreendem Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.
- 9 As regiões menos desenvolvidas compreendem todas as regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe, Melanésia, Micronésia e Polinésia.
- 10 Países de menor desenvolvimento, de acordo com a designação-padrão das Nações Unidas.
- 11 Abrange Argélia, Barein, Djibuti, Egito, Iraque, Jordânia, Kuwait, Líbano, Jamahira Árabe da Líbia, Marrocos, Omã, Palestina, Catar, Arábia Saudita, Somália, Sudão, República Árabe da Síria, Tunísia, Emirados Árabes Unidos e Iêmen.
- 12 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Afeganistão, Bangladesh, Butão, Camboja, China, Ilhas Cook, República Democrática Popular da Coreia, Fiji, Índia, Indonésia, República Islâmica do Irã, Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Malásia, Ilhas Maldivas, Ilhas Marshall, Micronésia, Mongólia, Mianmar, Nauru, Nepal, Niue, Paquistão, Palau, Papua-Nova Guiné, Filipinas, Samoa, Ilhas Salomão, Sri Lanka, Tailândia, Timor Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnã.
- 13 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Albânia, Armênia, Azerbaijão, Bielorrússia, Bósnia-Herzegovina, Bulgária, Geórgia, Cazaquistão, Quirguistão, República da Moldávia, Romênia, Federação Russa, Sérvia, Tadjiquistão, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Turcomenistão, Ucrânia, Uzbequistão.
- 14 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Anguilla, Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Estado Plurinacional da Bolívia, Brasil, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Antilhas Holandesas, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, São Cristóvão e Neves, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Ilhas Turcos e Caicos, Uruguai, República Bolivariana da Venezuela.
- 15 Inclui somente países, territórios ou outras áreas atendidas pelos programas do UNFPA: Angola, Benin, Botsuana, Burkina Fasso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República da África Central, Chade, Comores, Congo, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Maurício, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, África do Sul, Sudão do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue.
- 16 Os agregados regionais são médias ponderadas baseadas nos países com dados disponíveis.

Notas técnicas

Fontes dos dados e definições

As tabelas de estatísticas mostradas no relatório "A Situação da População Mundial 2013" incluem indicadores que monitoram o progresso na consecução dos objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) nas áreas de saúde materna, acesso ao ensino, saúde sexual e reprodutiva. Além disso, essas tabelas incluem vários indicadores demográficos.

É possível que diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais venham a empregar metodologias diversas na coleta, extrapolação ou na análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos mesmos, o UNFPA se baseia nas metodologias-padrão empregadas pelas principais fontes de dados, especialmente a Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Em alguns casos, portanto, os dados dessas tabelas diferem daqueles geralmente produzidos pelas autoridades nacionais.

As médias regionais são baseadas nos dados referentes a países e territórios onde o UNFPA trabalha, ao invés de definições geográficas estritas empregadas pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Para uma lista de países incluídos em cada categoria regional neste relatório, consulte as "Notas para os indicadores".

MONITORAMENTO DAS METAS DA CIPD

Saúde Materna e de Recém-Nascidos

Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos. Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF, UNFPA e Banco Mundial. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010: WHO* (Tendências na mortalidade materna: 1990 a 2010: OMS, em tradução livre). Este indicador apresenta o número de óbitos de mulheres por 100.000 nascidos vivos, óbitos resultantes de condições relacionadas à gravidez, ao parto e pós-parto e a complicações relacionadas. As estimativas entre 100 e 999 são arredondadas para o 10 mais próximo, e acima de 1.000, para o 100 mais próximo. Várias das estimativas diferem dos números oficiais. Sempre que

possível, elas se baseiam nos números reportados, com o emprego de abordagens que melhoram a comparabilidade das informações procedentes de diferentes fontes. Consulte a fonte para verificar detalhes sobre a origem de estimativas nacionais específicas. As estimativas e as metodologias são revistas regularmente pela OMS, pelo UNICEF, pelo UNFPA, por instituições acadêmicas e outras agências e, quando necessário, são revisadas como parte do processo contínuo de melhoria dos dados sobre mortalidade materna. Em razão de mudanças metodológicas, as estimativas anteriores, referentes a 1995 e 2000, podem não ser estritamente comparáveis com estas últimas. As estimativas de mortalidade materna reportadas aqui estão baseadas no banco de dados global sobre mortalidade materna, que é atualizado a cada 5 anos.

Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde, percentual, 2005/2012.

Fonte: Banco de dados global da OMS sobre indicadores de saúde materna, atualização em 2013. Genebra, Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/gho>). Porcentagem de partos atendidos por profissionais capacitados da área de saúde (médicos/as, enfermeiros/as especializados/as em obstetrícia ou parteiros/as profissionais) é o percentual de partos atendidos por profissionais da área da saúde treinados para oferecer atendimento obstétrico vital de emergência, inclusive oferecendo a necessária supervisão, atendimento e aconselhamento às gestantes durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto; por pessoal apto a conduzir partos sem supervisão; e capaz de prover atendimento ao recém-nascido. Parteiras tradicionais, mesmo com curso rápido de treinamento, não estão incluídas.

Taxa de partos entre adolescentes por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1991/2010.

Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2012). Atualização para o Banco de Dados dos ODMs em 2012: *Adolescent Birth Rate* (Índice de Partos entre Adolescentes, em tradução livre) (POP/DB/Fert/A/MDG2012). O índice de partos entre adolescentes mede o número anual de partos entre jovens de 15 a 19 anos de idade para cada 1.000 jovens nessa faixa etária. Ele representa o risco de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos. Para fins de registro civil, os índices estão sujeitos a limitações que dependem da suficiência dos dados inscritos no registro

de nascimento, do tratamento das informações referentes às crianças nascidas vivas mas que falecem antes de serem registradas ou dentro das primeiras 24 horas de vida, da qualidade da informação relativa à idade da mãe e da inclusão de partos de períodos anteriores. As estimativas de população podem sofrer limitações ligadas à inadequação das informações sobre a idade e cobertura. Para dados de pesquisa e censitários, tanto o numerador quanto o denominador se referem à mesma população. As principais limitações dizem respeito a imprecisões referentes à idade, a omissões de parto, a imprecisões quanto à data de nascimento da criança e à variabilidade da amostragem, no caso de pesquisas.

Mortalidade até 5 anos, por 1.000 nascidos vivos. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2010) Edição em DVD - Dataset disponível nos formatos Excel e ASCII (publicação das Nações Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Mortalidade até 5 anos é a probabilidade (expressa como taxa para cada 1.000 nascidos vivos) de uma criança nascida em um determinado ano morrer antes de chegar aos 5 anos de idade, quando sujeita às taxas de mortalidade correntes e específicas para a idade.

Saúde sexual e reprodutiva

Prevalência contraceptiva. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). Atualização em 2013 para o Banco de Dados dos ODMs: *Contraceptive Prevalence* (Prevalência Contraceptiva, em tradução livre) (POP/DB/CP/A/MDG2012). Esses dados derivam de relatórios de pesquisa por amostragem e estimam a proporção de mulheres casadas (inclusive aquelas que vivem em uniões conjugais consensuais) que atualmente utilizam, respectivamente, qualquer método ou métodos modernos de contracepção. Métodos modernos ou métodos clínicos/de insumos incluem esterilização masculina e feminina, DIU, pílulas anticoncepcionais, injeções, implantes hormonais, preservativos e métodos femininos de barreira. Esses números se aproximam, mas não são completamente comparáveis para todos os países, devido a variações quanto ao momento em que foram realizados as pesquisas e o detalhamento das questões. Todos os dados referentes a países e regiões se aplicam a mulheres entre 15 e 49 anos. São citados os mais recentes dados de pesquisa disponíveis, que vão de 1990 a 2011. Dados mundiais e regionais baseados em análises especiais realizadas pela Divisão de População/DESA sobre dados da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Uso Mundial de Contraceptivos, atualizações para o Banco de Dados dos ODMs em 2012 e 2013 (ver <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Necessidade não atendida de planejamento familiar. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). Atualização em 2013 para o Banco de Dados dos ODMs: *Unmet Need for Family Planning* (Necessidade não Atendida de Planejamento Familiar, em tradução livre) (POP/DB/CP/B/MDG2012). As mulheres com necessidades não atendidas para espaçamento da gravidez são aquelas que são fecundas e sexualmente ativas, mas não estão utilizando qualquer método de contracepção e relatam desejar retardar a próxima gravidez. Esta é uma subcategoria da necessidade não atendida total de planejamento familiar, que também inclui necessidades não atendidas de limitação das gravidezes. O conceito de necessidade não atendida aponta para a lacuna entre as intenções reprodutivas das mulheres e seu comportamento contraceptivo. Para o monitoramento dos ODMs, a necessidade não atendida é expressa como um percentual baseado nas mulheres casadas ou em união conjugal consensual. O conceito de necessidade não atendida de métodos modernos considera usuárias de métodos tradicionais como tendo necessidade de contracepção moderna. Para análise adicional, consultar também: *Adding it Up - Cost and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. (Acréscimo - Custos e Benefícios dos Serviços de Contracepção: Estimativas para 2012, em tradução livre) *Guttmacher Institute* e UNFPA, 2012 e Alkema L., V. Kantorova, C. Menozzi, e A. Biddlecom, *National, regional, and global rates and trends in contraceptive*

prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive review (Taxas e tendências nacionais, regionais e globais da prevalência contraceptiva e necessidades não atendidas de planejamento familiar entre 1990 e 2015: uma revisão sistemática e abrangente, em tradução livre). *The Lancet*, 12 de março de 2013. Dados mundiais e regionais baseados em análises especiais realizadas pela Divisão de População/DESA sobre dados da Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Uso Mundial de Contraceptivos, atualizações para o Banco de Dados dos ODMs em 2012 e 2013 (ver <http://www.un.org/en/development/desa/population/>).

Educação

Taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino fundamental (ajustada), taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino médio, 2010 ou último ano disponível. Taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino fundamental (ajustada), taxa líquida de matrícula masculina e feminina no ensino médio, 1999-2011. Fonte: Instituto de Estatísticas da UNESCO, dados divulgados em maio de 2012. Disponível em: stats.uis.unesco.org. A taxa líquida de matrícula indica a matrícula do grupo na faixa etária oficial para um dado grau do ensino expressa como percentual da população correspondente. A taxa líquida de matrícula ajustada no ensino fundamental também inclui crianças em idade escolar adequada para essa etapa e que estão matriculadas no ensino médio. Os dados apresentados são as mais recentes estimativas anuais disponíveis para o período de 1999 a 2011.

Indicadores demográficos

População total, 2013. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012, Edição em CD-ROM). Esses indicadores apresentam o tamanho estimado da população por país em meados do ano.

Taxa média anual de mudança populacional, percentual. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*. (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012, Edição em CD-ROM). Taxa média anual de mudança populacional é a taxa média exponencial de crescimento da população em um dado período. Baseia-se em projeção de variante média.

Expectativa de vida ao nascer, masculina e feminina. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition* (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012, Edição em CD-ROM). Esses indicadores são medidas dos índices de mortalidade, respectivamente, e representam o número médio esperado de anos de vida de uma coorte hipotética de indivíduos que estariam sujeitos, durante toda a sua vida, aos índices de mortalidade de um dado período. Os dados são projeções para o período de 2010 a 2015 e estão expressos em anos.

Taxa de fecundidade total. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition* (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012, Edição em CD-ROM). A medida indica o número de filhos que uma mulher terá durante seus anos reprodutivos, se der à luz à taxa estimada para diferentes grupos etários, no período de tempo especificado. Os países podem alcançar o nível projetado em diferentes pontos no mesmo período. As estimativas são projeções para o período de 2010 a 2015.

População com idade de 10-19 anos, percentual. Fonte: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition* (Perspectivas da População Mundial: Revisão de 2012, Edição em CD-ROM). A medida indica a proporção da população com idade entre 10 e 19 anos.

Bibliografia

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Edição 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [acessado em 24 de julho de 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [acessado em julho de 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [acessado em 24 de julho de 2013].
- Ajuwon, A.J. e W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saúde Pública*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege e C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairóbi: Conselho de População.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." *Policy Research Working Paper* 5089. Washington, DC: Banco Mundial.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R Garfein, C. McIntosh e B. Ozler. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf> [acessado em 23 de julho de 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistence of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. e S. Malarcher, 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. Londres: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): páginas 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. Nova York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas e M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. Nova York: Conselho de População.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., e Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Webcast do Office of Adolescent Health, 2 de maio de 2013. Washington, D.C.: Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Revisão da literatura não publicada e proposta de pesquisa.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttmacher Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Brady, M. e A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. Nova York: Conselho de População.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. Nova York: Conselho de População.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID e PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Instrução N. 5. Nova York: Conselho de População.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos) e UNFPA. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos) e UNFPA. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos) e UNFPA. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos). 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos). 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos). 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. Nova York: CRR.
- Centre for Reproductive Rights (Centro para Direitos Reprodutivos). 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. Nova York: CRR.
- Chaaban, J. e W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: Banco Mundial.

- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Comentário). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. Nova York: UNFPA e Conselho de População.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine e UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Genebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [acessado em 15 de julho de 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Boletim da Organização Mundial da Saúde* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: Banco Mundial.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law*. Legislative Reform Initiative Paper Series (Documento de Trabalho). Nova York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf) [acessado em 15 de julho de 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): Dezembro de 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention. Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Documento de Apoio ao Relatório de Desenvolvimento Mundial de 2007. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: Banco Mundial.
- Duflo E., P. Dupas, e M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (Janeiro 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. e M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. e E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman e N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Grupo de Pesquisa em Desenvolvimento. Washington, DC: Banco Mundial.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [acessado em 1 de julho de 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertação, Universidade Umea.
- Grant, M. e K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Divisão de Pesquisa sobre Políticas, Conselho de População, 2006, N. 212.
- Gupta, iii., S. Mukherjee, S. Singh, IP. Pande e S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Disponível em: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. e C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" em *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Editado por J. D. Brown. Washington DC: Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez Adolescente Não Planejada.
- The Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. Nova York: Guttmacher Institute e IPPF.
- The Guttmacher Institute e International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. Nova York: Guttmacher Institute e IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." Nova York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. e D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Documento de apoio para a reunião do grupo de especialistas sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência, 4 a 6 de fevereiro de 2013. Manhasset, Nova York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Pathfinder International.
- Hallman, K. e E. Roca. 2011. "Siyakha Nentsha: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Instrução N. 4. Nova York: Conselho de População.
- Heise, L., K. Moore e N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. Nova York: Conselho de População.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. Paper Mundial (Versão 2.0). Londres: Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional.
- Hilton, P. e A. Ward. 1998. *Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria*. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.
- Human Rights Council. (Conselho de Direitos Humanos) 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Documento A/HRC/21/22, 2 de julho de 2012. Nova York: Nações Unidas.

- Ibrahim, T., A. U. Sadiq e S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. (Consórcio Internacional para a Contracepção de Emergência) 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [acessado em 24 de julho de 2013].
- International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional para a Paternidade e Maternidade Planejada). 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. Londres: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional para a Paternidade e Maternidade Planejada). *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. Londres: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional para a Paternidade e Maternidade Planejada). *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. Londres: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition (Coalizão Internacional pelos Direitos Sexuais e Reprodutivos). 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." Em: preparação para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, em 2002; Nova York: Coalizão Internacional pela Saúde das Mulheres.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group (Grupo de Trabalho Internacional sobre Currículo para Sexualidade e HIV)*. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland e D. Rogolo, eds. Nova York: Conselho de População.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah e S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. Londres: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. e S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." Em S. Jejeebhoy, I. Shah e S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. Londres: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: Centro Internacional para Pesquisa sobre Mulheres.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. e B. E. Kwast. 1993. *Obstetric vesico-vaginal fistulas: evaluation of failed repairs*. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. e A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, N.3, páginas 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Nova York: Nações Unidas.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. e S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. Nova York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, e N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors*. DHS Comparative Reports N. 29. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." Documento para Discussão IZA N. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. Nova York: Conselho de População.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," páginas 113-132, em Organização Mundial da Saúde, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, editado por Shawn Malarcher. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Lloyd, C. e B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. e J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. Nova York: Conselho de População.
- Maddux, J. E., e R. W. Rogers. 1983. *Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change*. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. e E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Projeto de publicação.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, e A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Documento de Trabalho do Centro para o Desenvolvimento Global 295. Washington, DC: Centro para o Desenvolvimento Global.
- Mekbib, T. e M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink e J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.
- Mmari, K. N. e R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.
- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (Campanha Nacional para a Prevenção da Gravidez Adolescente e Não Planejada). 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.

- Office of the High Commissioner for Human Rights (Alto Comissariado para os Direitos Humanos). 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/ HRC/21/22. Nova York: Nações Unidas. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [acessado em 12 de julho de 2013].
- Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OCDE.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Edição 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council (Conselho de Pesquisa sobre a Infância, Juventude, Família e Desenvolvimento Social e Ciências Humanas). Pretoria: Departamento de Educação Básica.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: Centro Internacional de Pesquisa sobre as Mulheres.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WP05-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. Nova Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. e F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." Africa: Young Voices Series, No. 1. Nairóbi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. e A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centro de Controle e Prevenção de Doenças.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council (Conselho de População) e UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. Nova York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. e N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. Londres: Overseas Development Institute e Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. Nova York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. Nova York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. e G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Chagalucha, A.LN. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. e S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Estocolmo: Save the Children.
- Save the Children e UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. Nova York: Save the Children e UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008" *The Lancet*. Vol. 379, Edição 9816, fevereiro de 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de lost objetivos de desarrollo del milenio*. Cidade de Guatemala: Segeplan.
- Shah, I. H. e E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. e J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services — Estimates for 2012*. Nova York: Guttmacher Institute e UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia (Escritório de Estatísticas da República Sérvia) e UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [acessado em 16 de julho de 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Apenas em versão eletrônica.
- <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5ECD3A69B9F.jahia01> [acessado em 12 de julho de 2013].
- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [acessado em 30 de junho de 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol.73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.

- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Banco de Dados do Instituto de Estatísticas N. 25.
- UNFPA e Conselho de População. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [acessado em 9 de setembro de 2013].
- UNFPA. 2005. Situação da População Mundial 2005: A Promessa da Igualdade. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience*, Bogotá, Colombia. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerien Men to Improve the Health of their Families." Nova York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [acessado em 13 de julho de 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. Situação da População Mundial 2012: Por escolha, Não Por Acaso: Planejamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA.
- <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [acessado em 16 de julho de 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Subdivisão de População e Desenvolvimento. Divisão Técnica, Outubro de 2013. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 de junho de 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." Nova York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. Nova York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. Nova York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. Nova York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. Nova York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [acessado em 25 de julho de 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. Nova York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [acessado em 25 de julho de 2013].
- United Nations (Nações Unidas). 1948. Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada em 10 de dezembro de 1948. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 1969. Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD). Entrou em vigor em 4 de janeiro de 1969. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 1981. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW). Entrou em vigor em 3 de setembro de 1981. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 1990. Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC). Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 1994. Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 1999. Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres. Recomendação geral n. 24: Mulheres e saúde (Artigo 12). Nova York: Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 2006. Direitos da Criança, Nota do Secretário Geral, 61a sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas – Promoção e proteção dos direitos das crianças. Nações Unidas.
- United Nations (Nações Unidas). 2008. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD). Entrou em vigor em 3 de maio de 2008.
- United Nations (Nações Unidas). 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. Nova York: Nações Unidas. Nova York: Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População.
- United Nations (Nações Unidas). 2011a. *World Fertility Report 2009*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.
- United Nations (Nações Unidas). 2012. *World Marriage Data 2012*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/Mainframe.html>. [acessado em 15 de julho de 2013].
- United Nations (Nações Unidas). 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. Nova York: Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [acessado em 16 de julho de 2013].
- United Nations (Nações Unidas). 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations Commission on Population and Development (Comissão das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento). 2012. 45ª Sessão, Resolução 2012/1 *Adolescentes e Jovens*, 23-17 de abril de 2012. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations Commission on the Status of Women (Comissão das Nações Unidas sobre a Situação das Mulheres). 2013. 57ª Sessão, Conclusões Acordadas, 4-15 de março de 2013. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights (Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais). 2000. Comentário geral n. 14: O direito ao mais alto padrão de saúde possível (Artigo 12). Nova York: Nações Unidas.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights (Comitê das Nações Unidas sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais). 2009. Comentário geral n. 20: *Não-discriminação nos direitos econômicos, sociais e culturais* (Artigo 2, para. 2), para. 20. Nova York: Nações Unidas.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comitê das Nações Unidas sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres). 1994. Recomendação Geral nº. 21: Equidade no casamento e nas relações familiares, para 21. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (Comitê das Nações Unidas sobre a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres). 2011. L.C. v. Peru. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination (Comitê das Nações Unidas sobre a Eliminação da Discriminação Racial). 2000. Recomendação Geral nº.25: Dimensões de gênero da discriminação racial. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Committee on the Rights of the Child (Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança). 2003. Comentário geral n. 4: Saúde e desenvolvimento dos adolescentes no contexto da Convenção sobre os Direitos da Criança. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Committee on the Rights of the Child (Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança). 2003a. CRC Comm. General Comentário 3: HIV/AIDS e os Direitos da Criança. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Development Programme (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). 2010 *Interim Report. The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [acessado em 16 de julho de 2013].

United Nations General Assembly (Assembleia Geral das Nações Unidas). 1976. Convenção Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ICCPR). Entrou em vigor em 23 de março de 1976. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Human Rights Committee (Comitê das Nações Unidas para os Direitos Humanos). 2000. Comentário Geral Nº. 28: Igualdade de direitos entre homens e mulheres (Artigo 3). Nova York: Nações Unidas.

United Nations Human Rights Committee (Comitê das Nações Unidas para os Direitos Humanos). 2005. K.L. v. Peru. Nova York: Nações Unidas

United Nations Human Rights Committee (Comitê das Nações Unidas para os Direitos Humanos). 2011. L.M.R. v Argentina. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 de setembro de 2012. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos) (OHCHR). 2010. Orientação técnica sobre a aplicação de uma abordagem baseada em direitos na implementação de políticas e programas para redução da morbidade e mortalidade materna. Nova York: Nações Unidas.

United Nations Radio. 12 de novembro de 2010. "36.000 mulheres africanas morrem por ano de abortos não-seguros".

United Nations Special Rapporteur on the Right to Health (Relator Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde). 2011. Relatório do Conselho de Direitos Humanos sobre a Criminalização dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, outubro de 2011.

Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. *Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India*. Em: *Horizons Final Report*. Nova York: Conselho de População.

Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.

World Bank (Banco Mundial). 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, por Jad Chaaban e Wendy Cunningham.

World Bank (Banco Mundial). 2013. Indicadores Mundiais de Desenvolvimento <http://data.worldbank.org/indicador>. [acessado em maio de 2013].

World Day of Prayer and Action for Children. n.d. (Dia Mundial de Prece e Ação pelas Crianças) <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [acessado em 1 de julho de 2013].

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. Documentos de Discussão da OMS sobre a Adolescência. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Factsheet*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2008a. "Adolescent Pregnancy." Making Pregnancy Safer (MPS) Notes. 1(1). Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2009. Constituição da Organização Mundial da Saúde, 47ª ed. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Genebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [acessado em 1 de abril de 2013].

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2011b. *The sexual and reproductive health of young adolescents: Research issues in developing countries*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2012. *Adolescent Pregnancy. Fact Sheet 364*. Genebra: OMS. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [acessado em 25 de junho de 2013].

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. 2ª edição. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. 65ª Assembleia da Saúde. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Ficha de Informação. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2013. *Adolescent development*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde). 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Genebra: OMS. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrjThcdGw.email [acessado em 7 de julho de 2013].

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde) e London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Genebra: OMS.

World Health Organisation (Organização Mundial da Saúde) e UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Genebra: OMS.

Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-8



Criando um mundo onde todas
as gestações sejam desejadas,
todos os partos sejam seguros
e cada jovem alcance seu potencial.

Fundo de População das Nações Unidas
605 Third Avenue
Nova York, NY 10158
Tel. +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©UNFPA 2013

ISBN 978-0-89714-014-0

