

O PODER DE ESCOLHA

DIREITOS REPRODUTIVOS E A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



Situação da População Mundial 2018

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

ASSESSOR SÊNIOR DE PESQUISA

Peter McDonald

PRINCIPAIS PESQUISADORES E AUTORES DE CAPÍTULO

John Bongaarts
Suzana Cavanagh
Gavin Jones
Gretchen Luchsinger
Peter McDonald
Cheikh Mbacké
Tomas Sobotka

ASSESSORES TÉCNICOS DO UNFPA

Alanna Armitage
Michael Herrmann
Eduard Mihalas
Sandile Simelane

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editores associados: Katie Madonia, Katheline Ruiz

Assessor Executivo de Comunicações: Teresa Buerkle

Gerentes de edição digital: Katie Madonia, Katheline Ruiz

Assessor de edição digital: Hanno Ranck

Publicação, produção e design web: Prographics, Inc.

© UNFPA 2018

Esta edição em português foi elaborada pelo Escritório do UNFPA no Brasil e viabilizada pelo Escritório do UNFPA em Moçambique.

Coordenação editorial: Paola Bello

Revisão: Equipe do UNFPA no Brasil

Tradução: Ana Lucinda T. Laranjinha

Diagramação do relatório em português: Diego Silva

Créditos das fotos da capa: (sentido horário):

© Mark Tuschman

© Chris Stowers/Panos Pictures

© UNFPA/Egor Dubrovsky

© Joshua Cogan/PAHO

Créditos da foto da contracapa:

© UNFPA/Roger Anis

AGRADECIMENTOS

Jeffrey Edmeades, pelo apoio aos autores sobre questões de direitos reprodutivos.

Histórias escritas por Sanne De Wilde (Bolívia), Bruna Tiussu (Brasil), Reza Sayah (Irã), Alice Oldenburg (Quênia), Nathalie Prevost (Níger), Erik Halkjaer (Suécia), Matthew Taylor (Tailândia). Vídeos e fotos que apoiam as histórias foram produzidos por Egor Dubrovsky (Bielorrússia), Sanne De Wilde e Pep Bonet (Bolívia), Deborah Klempous (Brasil), Roger Anis (Egito), Reza Sayah (Irã), Alice Oldenburgh (Quênia), Ollivier Girard (Níger), Melker Dahlstrand (Suécia), e Matthew Taylor e Varin Sachdev (Tailândia). A equipe de edição agradece às equipes regionais de comunicação, que coordenaram a produção das histórias que ilustram este relatório: Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano e Roy Wadia. Outras e outros colegas que orquestraram e supervisionaram a produção dessas histórias na Bielorrússia (Katsiaryna Mikhadziuk, Hanna Leudanskaya), Bolívia (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra, Guadalupe Valdes), Brasil (Paola Bello), Egito (Aleksandar Sasha Bodirosa, Merhan Ghaly), Irã (Nazanin Akhgar), Quênia (Korir Kigen, Douglas Waudu), Níger (Souleymane Saddy Maazou), Sweden (Pernille Fenger, Mette Strandlod, Patricia Grundberg) e Tailândia (Kullwadee Kai Sumalnop, Wassana Im-em). Agradecimentos também a Hans Linde e Julia Schalk, da RFSU, a Associação Sueca para Educação em Sexualidade (Swedish Association for Sexuality Education), pelo apoio na história sobre a Suécia.

A área de População e Desenvolvimento do UNFPA agregou dados regionais na seção de indicadores deste relatório. As fontes de dados para os indicadores do relatório foram fornecidos pela área de População e Desenvolvimento do UNFPA, pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, UNICEF, e pela Organização Mundial da Saúde.

MAPAS E DESIGNAÇÕES

As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam na 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, sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. Uma linha pontilhada representa aproximadamente a linha de controle em Jammu e Caxemira acordado pela Índia e pelo Paquistão. O status final de Jammu e Caxemira não foi acordado pelas partes.

UNFPA

Assegurando direitos e opções para todos

O PODER DE ESCOLHA

DIREITOS REPRODUTIVOS E
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

1

A tendência global de famílias menores

página 12



2

Um legado de famílias numerosas

página 28



3

Desvios da transição de fecundidade típica

página 50



4

Muitos caminhos para um destino

página 68



5

Criando condições para a parentalidade

página 92



6

Todas as pessoas têm o direito de escolher

página 120





Apresentação

A ESCOLHA PODE MUDAR O MUNDO.

Ela pode rapidamente melhorar o bem-estar de mulheres e meninas, transformar famílias e sociedades e acelerar o desenvolvimento global.

A dimensão do poder de escolha que casais e pessoas individualmente têm para decidir se querem ou não ter filhos, quando e quantos querem ter, também impacta diretamente os níveis de fecundidade. Onde as pessoas podem tomar essas decisões, elas tendem a escolher famílias menores. Quando as escolhas são restritas, elas tendem a ter famílias grandes ou a ter muito famílias muito pequenas, às vezes sem nenhum filho.

Ainda não há um país que possa alegar que tornou os direitos reprodutivos para todas as pessoas uma realidade. As escolhas são muito mais limitadas para muitas mulheres. E isso significa que ainda há milhões de pessoas que estão tendo mais – ou menos – filhos do que gostariam, com implicações não apenas para os indivíduos, mas também para as comunidades, instituições, economias, mercados de trabalho e nações inteiras.

Para algumas pessoas, a busca por direitos reprodutivos é frustrada por sistemas de saúde que falham em serviços essenciais, como na oferta de contraceptivos. Para outras, barreiras econômicas, incluindo empregos de baixa qualidade e remuneração e a ausência de creches, tornam quase impossível começar ou expandir uma família. Agravando estes e outros obstáculos está a persistente desigualdade de gênero, que nega às mulheres o poder de tomar decisões fundamentais na vida.

No Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, os governos se comprometeram, como uma questão de direitos humanos fundamentais, a possibilitar que as pessoas fizessem escolhas conscientes sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Hoje, quase 25 anos depois, isso continua a exigir que se assegure que as pessoas tenham acesso aos meios para decidir com liberdade e responsabilidade quantos filhos ter, o intervalo de tempo e o momento de tê-los.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável reforça esses princípios ao tornar os direitos reprodutivos um objetivo específico. De fato, direitos reprodutivos são parte integrante para alcançar todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **ESSE É O PODER DA ESCOLHA.**

O caminho a seguir é a realização plena dos direitos reprodutivos, para cada indivíduo e cada casal, indiferente de onde mora, como vive ou quanto ganha. Isso inclui derrubar todas as barreiras que impedem a escolha livre e informada – sejam elas econômicas, sociais ou institucionais.

No fim, nosso sucesso não virá apenas pelo fato de atingirmos o que imaginamos ser uma fecundidade ideal. A real medida do progresso está nas próprias pessoas: especialmente no bem-estar de mulheres e meninas, o gozo de seus direitos e igualdade plena, e na liberdade que elas têm para fazer escolhas em suas vidas.

Dra. Natalia Kanem

Diretora Executiva

UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas



VISÃO GERAL

A transição global de alta para baixa fecundidade

© Layland Masuda/Getty Images

Não muito tempo atrás, a maioria das pessoas tinha famílias numerosas: cinco filhos, em média. Enquanto antigamente havia uma só taxa de fecundidade global, hoje há várias, com diferenças maiores do que em qualquer época da história da humanidade.

O tamanho da família, seja pequeno ou grande, está intrinsicamente ligado aos direitos reprodutivos, sendo estes vinculados a muitos outros direitos, tais como o direito à saúde e à educação, à renda adequada e à liberdade de fazer escolhas e a não sofrer discriminação.

Quando todos os direitos são efetivados, as pessoas tendem a prosperar. Quando não, as pessoas não são capazes de realizar seu potencial, e as taxas de fecundidade tendem a ser maiores ou menores do que aquilo que a maioria das pessoas realmente quer.

A fecundidade é importante

A fecundidade é importante para as pessoas porque reflete até que ponto elas detêm o poder e os meios para fazer suas próprias escolhas sobre o número, a ocasião e o intervalo entre uma gravidez e outra. A fecundidade é importante para as sociedades porque pode impedir ou acelerar o progresso com vistas a maior prosperidade, desenvolvimento equânime e sustentável, e bem-estar para todas as pessoas.

A transição global para baixas taxas de fecundidade começou com indivíduos, antes da era atual de planejamento nacional e serviços de saúde. Nos países europeus no final do século XIX e em países de língua inglesa em outros continentes, as economias em transformação apresentaram novas possibilidades profissionais e de emprego, motivando os casais a terem menos filhos para que pudessem aproveitar essas oportunidades. À medida que mais meninas se matriculavam na escola, a alfabetização aumentava. As notícias e as informações se espalharam mais amplamente na sociedade e contribuíram para um aumento da percepção de que controlar a própria fecundidade estava no âmbito da escolha consciente.

As pessoas, especialmente as mulheres, começaram a ver que ter menos filhos poderia levar a melhores resultados em várias esferas da vida.

Desde então, sempre que as pessoas tinham informações e opções para controlar a fecundidade, as taxas tendiam a cair. Em algumas partes do mundo na segunda metade do século XX, os governos desempenharam um papel no fornecimento de acesso à contracepção. Alguns investiram no capital

humano das pessoas jovens e na expansão dos empregos e de outras oportunidades para criar uma constelação de circunstâncias econômicas e sociais que levaram a um tamanho menor de família. Alguns poucos governos, com a intenção de desacelerar o crescimento populacional, recorreram à coerção ou a campanhas agressivas para desencorajar ou mesmo proibir os casais e as pessoas de terem um grande número de filhos.

Em 1994, 179 governos endossaram o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Eles se comprometeram a possibilitar que as pessoas façam escolhas conscientes sobre sua saúde sexual e reprodutiva como uma questão de direitos humanos fundamentais, que são a base de sociedades prósperas, justas e sustentáveis. Eles concordaram que o progresso depende do avanço da igualdade de gênero, eliminando a violência contra a mulher e assegurando a capacidade das mulheres de administrarem sua fecundidade. Acima de tudo, os governos concordaram que questões demográficas, econômicas e de desenvolvimento social, bem como direitos reprodutivos, estão intrinsicamente ligados e reforçam-se mutuamente.

Os governos também concordaram que os direitos reprodutivos podem ser efetivados quando todos os casais e pessoas têm as informações e os meios para decidir, com responsabilidade, sobre o número de filhos, o intervalo entre um e outro e o momento de tê-los. As decisões sobre engravidar ou não, quando e quantas vezes, devem ser tomadas sem qualquer forma de discriminação, coerção ou violência.

Um compromisso semelhante está refletido na mais recente Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Saúde reprodutiva e direitos reprodutivos são objetivos específicos segundo um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e essenciais para o alcance de todos os objetivos.

A fecundidade varia — enormemente

Desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, a saúde e os direitos reprodutivos têm progredido firmemente em muitas



© Giacomo Pirozzi

partes do mundo. As pessoas têm mais informações sobre seus direitos reprodutivos e suas escolhas, juntamente com uma maior capacidade de exigir seus direitos.

As grandes divergências sobre fecundidade que ainda restam entre os países e dentro deles demonstram que, embora no geral tenhamos progredido bastante, ainda há um longo caminho a percorrer até a efetivação universal dos direitos reprodutivos.

Atualmente, com base nas taxas de fecundidade, a maioria dos países e territórios se enquadra em quatro amplas categorias. Cada grupo enfrenta problemas de política nacional sobre as tendências da população. Cada um tem pessoas que, devido ao comprometimento dos direitos de alguma maneira e em determinado grau, não estão totalmente empoderadas para decidir livremente e com responsabilidade sobre quantos filhos ter.

A primeira categoria de países tem a fecundidade mais próxima do que costumava ser mundialmente: alta. Uma grande parte da África Subsaariana e algumas outras nações com um histórico de recente conflito ou crise têm taxas de mais de quatro filhos por mulher. Alta fecundidade pode indicar inúmeras deficiências em direitos humanos. Como regra geral, esses países

são mais pobres, com acesso limitado a assistência médica e educação. A enraizada discriminação de gênero desestimula a autonomia das mulheres. Práticas como casamento precoce, correlacionado com o início precoce da maternidade, podem estar generalizadas.

A alta fecundidade tende a tornar mais difícil para os países aprimorar os serviços e se desenvolver de maneira que as pessoas possam encontrar caminhos para sair da pobreza. À medida em que é cada vez maior o número de pessoas jovens que tentam entrar no mercado de trabalho, elas vão percebendo que a economia não tem sido robusta o suficiente para gerar empregos para todos.

Em uma segunda categoria, a fecundidade vinha declinando significativamente e depois estacionou em algum patamar ou, em alguns casos, até começou a subir novamente. As razões incluem interrupções nos programas de planejamento familiar, bem como as consequências de conflitos e crise econômica.

Uma terceira categoria de países tem verificado declínios constantes na fecundidade que começaram nos anos 1960, ou, em alguns casos, mais recentemente na década de 1980, e continuam até hoje. A maioria desses países se enquadra em um nível médio em

termos de renda, embora alguns sejam mais pobres, e um pequeno número seja de ricos.

Muitos países na terceira categoria têm sólidos programas nacionais de planejamento familiar, com persistentes esforços para efetivar os direitos reprodutivos, mesmo quando os recursos eram escassos. Contudo, as diferenças nas taxas de fecundidade podem ser grandes, inclusive entre áreas rurais e urbanas, e entre pessoas mais ricas e mais pobres. A América Latina, que tem vários desses países, enfrenta altas taxas de gravidez na adolescência. Embora a maioria desses países não esteja, neste momento, sob nenhum tipo de pressão das tendências populacionais, eles estão envelhecendo rapidamente, visualizando um futuro em que haverá menos pessoas trabalhando, e os custos previdenciários e de assistência médica podem ser altos.

A quarta categoria de países vem tendo uma baixa fecundidade há bastante tempo; são eles principalmente os Estados mais desenvolvidos na Ásia, Europa e América do Norte. Ele tendem a ter

níveis mais altos de educação e renda, tendo avançado mais na efetivação dos direitos das mulheres. Os direitos reprodutivos básicos e demais direitos estão garantidos em grande parte. Todavia, as deficiências na oferta de creches de qualidade a preços acessíveis podem dificultar o equilíbrio entre vida profissional e familiar, levando as pessoas a terem menos filhos do que gostariam. Com grupos maiores de idosos e uma força de trabalho diminuindo, esses países enfrentam economias potencialmente mais fracas no curto prazo.

Qual é o obstáculo?

Nas quatro categorias de fecundidade, as barreiras para as pessoas efetivarem seus direitos e fazerem suas próprias escolhas sobre planejamento familiar têm raízes comuns, mesmo assumindo formas diferentes e ocorrendo em graus diversos. Em termos gerais, fatores institucionais, econômicos e sociais podem empoderar os casais e as pessoas para efetivar seus próprios objetivos e desejos reprodutivos — ou evitar que o façam. Quando os casais e indivíduos estão totalmente empoderados, a fecundidade tende a ficar em torno de dois filhos por mulher, nível considerado suficiente para manter estável o tamanho da população na ausência de migração.

Entre as barreiras institucionais às decisões livres e responsáveis sobre fecundidade pode-se incluir deficiências em assistência médica que limitam a escolha no uso de contraceptivo, bem como o acesso à tecnologia de reprodução assistida para mulheres que já passaram do pico do período reprodutivo ou que, de outra forma, não sejam capazes de conceber. Serviços de saúde de baixa qualidade em alguns casos levam a uma persistente alta taxa de mortalidade infantil, o que contribui para a tendência de ter mais filhos para compensar a perda durante o parto ou devido a doenças e má nutrição.

As barreiras jurídicas à contracepção permanecem em alguns países, limitando o acesso, por exemplo, para aqueles que não sejam casados ou estejam abaixo de determinada idade. E mesmo quando as leis permitem que mulheres não casadas ou adolescentes tenham acesso a contraceptivos, prestadores de

© Miho Aikawa/Getty Images



serviço que desaprovam a ideia podem recusar-se a fornecê-los.

Nos sistemas educacionais, a educação integral em sexualidade é limitada e pobre em qualidade na maior parte do mundo, privando jovens do conhecimento e das habilidades necessárias para fazer escolhas informadas.

As barreiras econômicas incluem aquelas que tornam os serviços de saúde reprodutiva caros demais ou que exigem que uma mulher trabalhe longas horas por um baixo salário de maneira que ela não consiga encontrar um meio de formar uma família.

Muitas das intratáveis barreiras aos direitos reprodutivos são forjadas por discriminação baseada

em gênero, razão pela qual o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento atribui tanta ênfase à igualdade de gênero. A condição de subordinação de muitas mulheres ainda significa não conhecer ou não compreender totalmente seus direitos, nem como reivindicá-los. Isso pode significar não ter o poder e a independência para dizer sim ou não à ideia de engravidar. A desigualdade de gênero institucionalizada, que pode se manifestar em serviços de assistência médica inadequados, pode levar as mulheres a terem mais ou menos filhos do que realmente gostariam.

A violência baseada em gênero, prevalente em toda sociedade, também corrói a autonomia, podendo resultar em gravidez forçada. Além disso, mulheres no mundo todo realizam mais trabalhos não remunerados de cuidados relativos à criação dos filhos do que os homens. Isso pode significar dependência de chefes de família do sexo masculino, oportunidades abandonadas de trabalho remunerado e esgotamento que prejudica a saúde física e mental.

Alinhamento em apoio ao direito de escolha

Em nenhum lugar no mundo de hoje as pessoas são plenamente capazes de atingir seus próprios objetivos de fecundidade e direitos reprodutivos. As barreiras são maiores em alguns lugares do que em outros, e mais difíceis de resolver em algumas situações. Todavia, o caráter universal dos direitos reprodutivos, os compromissos internacionais assumidos para alcançá-los, e as inter-relações entre a fecundidade e o desenvolvimento significam que as barreiras restantes devem cair, especialmente se pretendemos alcançar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Políticas públicas, serviços e orçamentos precisam estar alinhados de maneira que toda pessoa e todo casal possa efetivar seus direitos reprodutivos, inclusive o direito de planejar suas famílias.

Os caminhos a seguir podem variar de país a país, porém alguns são comuns a todos os países, a começar pelos sistemas de saúde que funcionam alinhados com



© 2012 Meagan Harrison, courtesy of Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, courtesy of Photoshare

os direitos reprodutivos, e prestam serviços de saúde reprodutiva acessíveis, universais e de alta qualidade. Os serviços de saúde precisam oferecer uma gama significativa de contraceptivos e instruir plenamente mulheres e homens sobre essas opções, bem como sobre as implicações do planejamento familiar para a saúde e outros fatores do bem-estar, de forma a garantir uma escolha consciente. Prestadores de serviços devem visar à capacitação de clientes para fazer escolhas, e tratar essas escolhas com respeito, inclusive entre adolescentes, pessoas não casadas, pessoas com deficiência e pessoas para quem as normas sociais continuam a ditar estigma e discriminação.

Os países em todos os níveis de fecundidade têm grupos cujos direitos reprodutivos estão particularmente comprometidos. Eles podem ser pobres e de áreas rurais; ou jovens; ou de uma comunidade que não fala o idioma nacional utilizado nos serviços de saúde. Em muitos casos, esses grupos têm as mais altas taxas de demanda de contracepção não atendida e as mais altas taxas de gravidez não desejada. Efetivar seus direitos como questão de prioridade máxima deveria ser o ponto inicial para a efetivação universal.

Por fim, uma vez que a fecundidade afeta e é afetada por vários fatores sociais, econômicos e institucionais, a maioria dos países precisa ajudar

as pessoas a ter o número de filhos que desejam por meio de políticas que ofereçam aumento de trabalho decente, licença-maternidade e licença-paternidade, moradia a preço acessível e creches de qualidade disponíveis, bem como o alcance da igualdade de gênero, entre outras prioridades.

A atual queda de fecundidade tem sido impulsionada pela capacidade, pelo conhecimento e pela motivação sem precedentes para gerir a vida reprodutiva. As pessoas estão reivindicando seu direito de tomar suas próprias decisões sobre o número e o momento das gestações, resultando em profundas mudanças e desafios demográficos. Contudo, governos e outras estruturas institucionais ainda não estão fazendo o suficiente para apoiar, embasar ou permitir tais decisões, ou para preparar-se para ramificações econômicas ou institucionais.

A maioria poderia fazer mais apresentando uma pergunta básica que deveria ser o principal item na elaboração de políticas públicas: As pessoas — homens e mulheres, em todas as localidades, em todas as categorias de renda, de todas as idades, e em todos os outros grupos — estão tendo o número de filhos que desejam? Se a resposta for não, os direitos reprodutivos estão prejudicados, e os compromissos com a universalidade permanecem não cumpridos.



A tendência global de famílias menores

CAPÍTULO 1

Nos últimos 150 anos, e especialmente desde a década de 1960, as taxas de fecundidade têm caído em quase todos os países. De uma situação no passado, quando todos os países do mundo tinham taxas de fecundidade de cinco ou mais filhos por mulher, hoje, a maioria dos países com populações de 1 milhão ou mais têm taxas de fecundidade de 2,5 ou menos.



© UNFPA/Reza Sayah

A transição global de alta para baixa fecundidade começou na Europa nos anos 1800 e depois se espalhou ao redor do mundo. Até o início da década de 1930, a fecundidade em muitos países havia caído até o nível de reposição. A fecundidade em nível de reposição — taxa de fecundidade total de 2,1 — refere-se à média do número de filhos de cada mulher durante seu período reprodutivo que manteria a população em um tamanho constante.

Em algumas partes do mundo, a transição de fecundidade aconteceu de maneira abrupta. Na Austrália, por exemplo, mulheres casadas nascidas entre 1851 e 1856 tinham oito filhos em média. Mulheres nascidas uma década mais tarde, entre 1861 e 1866, tinham quatro filhos em média.

O que causou esse declínio repentino e marcante na fecundidade depois de milênios de alta fecundidade?

Muitos fatores, inclusive mudanças nos padrões de trabalho, prosperidade, melhor saúde e nutrição,

maiores taxas de sobrevivência de recém-nascidos e crianças, e maior acesso à educação, especialmente para as mulheres, ajudaram a promover a transição na Europa. Em questão de duas décadas, o tamanho das famílias encolheu. Isso ocorreu antes que a maioria das pessoas tivesse acesso a métodos contraceptivos modernos, e muito antes de o termo “direitos reprodutivos” ser usado pelos formuladores de políticas e defensores de direitos em todos os lugares.

Hoje, a noção de direitos reprodutivos, especialmente o direito de a pessoa decidir se quer engravidar, quando e com que frequência, é algo considerado natural por centenas de milhões de pessoas que têm o poder e os meios de postergar ou evitar uma gravidez. Não faz muito tempo, o vocabulário dos direitos estava ausente das políticas e pesquisas sobre mudança demográfica, reprodução humana e saúde da mulher. Uma mudança significativa na forma como os países abordavam esses assuntos teve início

após a Segunda Guerra Mundial, e foi oficialmente marcada 50 anos atrás na Conferência Internacional sobre Direitos Humanos das Nações Unidas, em Teerã. Os representantes naquela conferência proclamaram que “os pais têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e seus intervalos de nascimento”.

O direito ao planejamento familiar e à vida reprodutiva foi reconhecido explicita ou implicitamente em pelo menos 20 outras convenções ou acordos internacionais, desde o Plano de Ação da População Mundial de 1974 até a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, em 1979.

Em 1994, foi alcançado um consenso global sobre direitos reprodutivos individuais na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, na qual 179 governos concordaram que população e desenvolvimento estão intrinsecamente vinculados, e que empoderar as mulheres e atender às necessidades pessoais de educação e saúde, inclusive a saúde





© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

reprodutiva, são atos necessários tanto para o progresso individual como para o desenvolvimento equilibrado (UNFPA, 2012). Promover a igualdade de gênero, eliminar a violência contra mulheres e garantir que as mulheres tenham a capacidade de controlar sua própria fecundidade foram reconhecidos como bases fundamentais das políticas de população e desenvolvimento dos países.

O conceito de direitos reprodutivos geralmente é entendido como a capacidade de controlar diretamente a gravidez e o nascimento por meio da contracepção ou por outros meios (Starrs et al., 2018). Porém, essa definição não contempla a vasta gama de fatores que podem restringir a decisão de uma pessoa de ter um, vários filhos ou nenhum.

Uma definição mais ampla de direitos reprodutivos compreende circunstâncias sociais, econômicas e institucionais e facilitadores que conferem poder

aos casais e às pessoas para que possam efetivar seus próprios objetivos e desejos reprodutivos. Exemplos disso são os sistemas e as estruturas que permitem às mulheres entrar e permanecer no mercado de trabalho remunerado caso decidam ter filhos, e o cumprimento das leis que proíbem o casamento infantil.

Até que ponto as pessoas são capazes de exercer seus direitos reprodutivos tem um impacto sobre a fecundidade em âmbito individual e social. Isso era verdadeiro um século atrás assim como é hoje: embora os direitos reprodutivos, conforme aqui definidos, ainda não existissem com esse nome, mesmo assim, as pessoas aspiravam a tais direitos e lutavam para encontrar maneiras de tomar suas próprias decisões sobre o momento e o intervalo das gestações, bem como o tamanho da família.



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

No campo da escolha consciente

As explicações para a transição de fecundidade na Europa — e transições posteriores em outros lugares — variam desde a teoria clássica da transição demográfica até as teorias orientadas pela economia. De acordo com a teoria da transição demográfica, a fecundidade cai como resposta a mudanças na vida social que são acompanhadas, e causadas, pela industrialização e urbanização. Teorias orientadas pela economia atribuem o declínio na fecundidade em parte aos custos relativos de se ter filhos em comparação a se ter bens (Mason, 1997).

Qualquer que seja a explicação, a mudança de alta para baixa fecundidade representa uma mudança radical no comportamento dos casais ao longo do tempo, com implicações importantes tanto para os próprios casais como para suas sociedades. Quando essa mudança é sustentada e amplamente adotada — e não apenas uma resposta de curto prazo às mudanças nas circunstâncias econômicas ou sociais — ela reflete uma guinada fundamental das normas sociais.

Segundo o demógrafo Ansley Coale, a fecundidade pode começar a cair de maneira sustentada somente quando três condições são atendidas (Coale, 1973). Primeiro, as pessoas devem pensar na fecundidade

como um componente de suas vidas que elas podem controlar ou influenciar por meio de seus atos. Embora isso possa parecer relativamente simples hoje em dia, a noção de fecundidade no “campo da escolha consciente” marcou uma guinada revolucionária da maneira como os indivíduos e os casais viam a si próprios, suas famílias e suas opções na vida. Segundo, as pessoas devem encarar o fato de ter menos filhos como uma vantagem, assim fornecendo a motivação para agirem com o intuito de “controlar a fecundidade”, ou terem menos filhos. E terceiro, métodos confiáveis de prevenir a concepção — e o conhecimento de seu uso — devem estar disponíveis.

Embora cada uma dessas condições deva existir em alguma forma combinada para que ocorra o declínio sustentado da fecundidade, absorver a noção de que é possível ter o número de filhos que se deseja e ter uma clara motivação para tanto são condições fundamentais. Sem elas, a disponibilidade de métodos de prevenção da gravidez pode ter, na melhor das hipóteses, um impacto limitado sobre a fecundidade. Contudo, quando essas duas pré-condições são atendidas, a contracepção pode fornecer às pessoas e aos casais uma visão clara de como agir sobre suas motivações, podendo desempenhar um papel central ao ajudar

os casais e pessoas a efetivar seu direito de decidir livremente e com responsabilidade se querem filhos, quando e quantos filhos ter. Atualmente, estima-se que 885 milhões de mulheres querem evitar uma gravidez. Cerca de três quartos delas usam algum método contraceptivo moderno, ao passo que aproximadamente um quarto — 214 milhões — ainda não têm sua demanda de contracepção atendida (Guttmacher Institute, 2017).

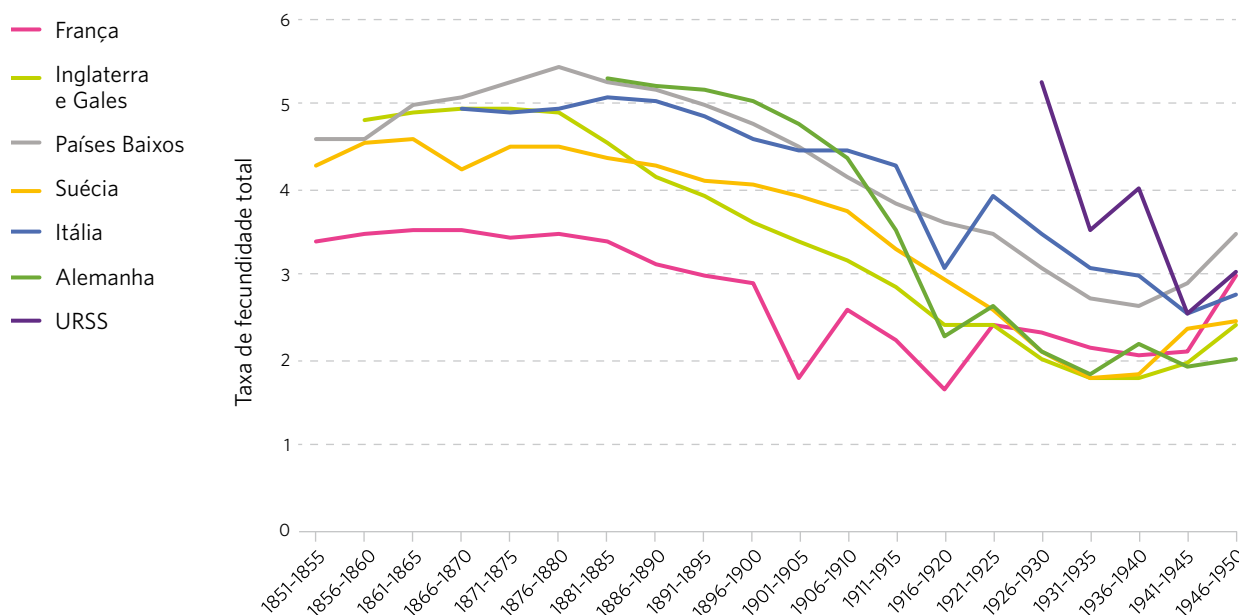
Início da transição de fecundidade: querer é poder

Considera-se em geral que a transição global a partir das altas taxas de fecundidade tenha se iniciado na segunda metade do século XIX, primeiro na França e depois nos países de língua inglesa e países do Norte Europeu (Figura 1). Os casais que fizeram parte dessa transição precoce em direção à baixa fecundidade devem ter sido altamente motivados a ter menos filhos, visto que foram bem sucedidos —

apesar das grandes forças institucionais favoráveis à procriação. Consequentemente, a prevenção à gravidez durante esse período pode ser caracterizada pela expressão “querer é poder”. Uma série de abordagens foram adotadas pelos casais. Muitos casais conseguiram evitar ou adiar o nascimento de filhos recorrendo ao coito interrompido ou à abstinência, embora os preservativos de borracha e o capuz cervical estivessem disponíveis nas lojas dos países em que a fecundidade havia caído na segunda metade do século XIX.

Novas formas de contracepção deram às famílias mais poder de controle sobre o tamanho da família, mas podem ter sido de difícil acesso ao cidadão comum devido ao preço (Coale, 1973). Algumas pessoas, portanto, acabavam confiando em métodos inexpressivos ou caseiros, como esponjas e dispositivos à base de quinino. No âmbito da sociedade, os aumentos na idade do primeiro casamento contribuíram para adiar o início do nascimento de filhos, especialmente

FIGURA 1 Taxas de fecundidade total, 1851-1950



Fonte: Chesnais (1992)

em combinação com a forte desaprovação social do sexo antes do casamento, assim como a abstinência periódica após o parto. Também há evidência de que algumas mulheres que engravidaram tenham recorrido ao aborto (McDonald and Moyle, 2018).

Um fator de motivação importante para se ter menos filhos na Inglaterra, e posteriormente na Austrália, no início do século XX era que as aspirações econômicas das pessoas jovens tinham aumentado mais rapidamente do que suas aspirações poderiam alcançar; nesse contexto, muitas pessoas não tinham condições financeiras de ter famílias numerosas (Seccombe, 1993; Moyle, 2015; McDonald and Moyle, 2018).

Outro fator de motivação para muitas mulheres era o desejo de se ver livre do fardo de ter gravidezes sucessivas e dos riscos que cada gravidez envolvia. Enquanto o risco de morte materna pode ter desestimulado as mulheres a ter muitos filhos, a expectativa de vida relativamente curta dos homens também contribuiu para que as famílias ficassem menores: viúvas com muitos filhos enfrentavam dificuldades econômicas e não tinham perspectivas de se casarem novamente (Moyle, 2015).

O declínio na taxa de mortalidade infantil pode ter sido outro fator de motivação para se ter famílias menores, embora os estudos não tenham documentado essa conexão de forma conclusiva (Van de Walle, 1986; Guinnane, 2011).

A transição de fecundidade na Europa coincidiu com a expansão da educação obrigatória gratuita na segunda metade do século XIX. Com essa expansão, veio um número maior de matrículas de meninas e a prevalência de professoras como modelos a serem seguidos (Caldwell, 1980; McDonald and Moyle, 2018). Níveis educacionais mais altos alcançados por meninas estão associados a baixas taxas de fecundidade mesmo hoje em dia.

A educação de meninas eleva o status das mulheres na sociedade e dentro de casa. Isso também proporcionou às meninas e mulheres maior autonomia e poder de decisão, inclusive o poder sobre os orçamentos domésticos. E porque as mulheres fiscalizavam as despesas, elas

entendiam os custos adicionais associados ao fato de ter um filho a mais. A consciência desses custos pode ter contribuído para um desejo de ter menos filhos (McDonald and Moyle, 2018).

O acesso à educação em toda a sociedade expôs as pessoas a ideias e conhecimentos, inclusive o conhecimento sobre reprodução humana, o que lhes permitia tomar suas próprias decisões, em vez de confiar apenas em instituições religiosas e outras para orientar seu comportamento.

Ao mesmo tempo, as economias mudaram a ponto de terem criado oportunidades e aspirações para o progresso, abrindo caminho para uma classe média maior. Novas profissões de 'colarinho branco' surgiram. O desejo de agarrar essas novas oportunidades motivou muitas pessoas a ter famílias menores; grandes números de filhos tornava difícil adaptar-se e beneficiar-se da nova paisagem econômica (Banks, 1954; Seccombe, 1993; Moyle, 2015).

Enquanto isso, os pais começaram a ver um futuro alternativo para seus filhos, à medida que a educação prometia destravar oportunidades decorrentes da mudança econômica e o trabalho infantil estava em declínio. Os pais viam o mérito de assegurar uma vida melhor para poucos filhos em vez de distribuir seus poucos recursos para um grande número de filhos (Becker and Lewis, 1973; Caldwell, 1976).

As sociedades europeias estavam se tornando mais laicas, o que resultou na diminuição da influência das instituições religiosas nas decisões sobre o uso de contracepção e gestação, e num leque maior de escolhas individuais ao se estabelecer o tamanho da família (Lesthaeghe and Wilson, 1986). Uma mudança semelhante ocorreu na Austrália.

A urbanização também pode ter libertado as pessoas para tomarem suas próprias decisões sobre o momento e o intervalo das gestações: em geral, a fecundidade diminuiu nas cidades mais cedo e mais rapidamente do que nos vilarejos ou áreas rurais (Moyle, 2015). Quando as pessoas partiam das comunidades menores para as áreas urbanas, elas

também deixavam para trás as pressões sociais de parentes para que tivessem famílias grandes. Contudo, há evidências de que, nos países do Oeste e Norte da Europa, a ausência de uma família extensa tinha pouco ou nenhum impacto sobre a fecundidade: famílias nucleares tinham sido comuns mesmo antes da transição de fecundidade (Hajnal, 1965).

O conhecimento era uma pré-condição essencial para as famílias menores (Coale, 1973). Nos anos 1800, novas formas de comunicação, bem como o maior alcance das formas existentes, rapidamente espalharam ideias em todas as camadas da sociedade e despertaram o interesse em ter menos filhos (Lesthaeghe, 1977; Knodel e Van De Walle, 1986; Cleland e Wilson, 1987).

Níveis ascendentes de alfabetização na época incrementaram a leitura de jornais, revistas e panfletos. A influência da mídia sobre a fecundidade foi documentada na Austrália (Moyle, 2015). Panfletos que descreviam métodos de contracepção foram circulados amplamente na Austrália, Inglaterra e nos Estados Unidos. Alguns editores desses panfletos foram processados, mas as matérias dos jornais sobre esses processos na verdade ajudaram a espalhar o conhecimento sobre contracepção para ainda mais pessoas (McDonald and Moyle, 2018).

Comunicações informais também desempenharam um papel importante. Na Austrália, por exemplo, as informações sobre contracepção geralmente eram compartilhadas entre as mulheres individualmente ou por meio de encontros de grupos de mulheres. Palestras somente para mulheres a respeito de métodos contraceptivos também foram realizadas para multidões em grandes auditórios em Melbourne nos anos 1890 (McDonald and Moyle, 2018).

Transição da fecundidade na Ásia

A transição da fecundidade na Ásia começou na década de 1950. Diferentemente da transição na Europa nos anos 1800, que ocorreu contra a vontade dos governos e das instituições, a transição na Ásia foi facilitada pelo estímulo do governo a limitar o tamanho da família.



© Giacomo Pirozzi

Alguns governos promoveram o planejamento familiar e da vida reprodutiva porque acreditavam que as oportunidades de crescimento econômico surgiriam se os casais tivessem menos filhos (McDonald, 2018). O argumento era que menos nascimentos poderia, com o tempo, resultar em uma maior parte da população em idade de trabalhar e uma parte menor estaria na faixa inferior a 18 anos de idade (Coale and Hoover, 1958). Segundo esse argumento, as crianças eram vistas mais como consumidores do capital de uma nação. As pessoas em idade de trabalhar eram vistas mais como produtores do que consumidores. Sem um grande número de filhos para sustentar, as nações poderiam canalizar mais recursos para investimento de capital, e esse investimento estimularia o emprego produtivo para a população ativa. Mais emprego produtivo ajudaria a aliviar as cargas econômicas dos lares, permitindo-lhes gastar mais com a educação de cada filho. Essa conexão de transição de fecundidade para crescimento econômico ficou conhecida mais tarde como “dividendo demográfico” (Lee and Mason, 2006).

As transições de fecundidade na Ásia contribuíram para o “milagre econômico” da região nos anos 1980 e 1990. (Bloom and Williamson, 1998). Porém, esse milagre também dependia das políticas sociais e econômicas dos países, e das instituições políticas, que lhes permitiu alcançar o potencial de crescimento econômico a partir da transição de fecundidade (Figura 2).

Rápidos declínios em fecundidade na República da Coreia e em Cingapura, por exemplo, ocorreram juntamente com pesados investimentos em educação para meninas e em medidas para aumentar a participação das mulheres na força de trabalho. As altas taxas de urbanização nesses países também contribuíram para diminuir a fecundidade.

Campanhas conduzidas como parte dos programas de planejamento familiar promovidos pelo governo enfatizavam os custos para as famílias com grande número de filhos, e os benefícios à saúde das mães e dos bebês proporcionados pelo fato de se ter menos filhos. As campanhas foram dirigidas principalmente às mulheres.

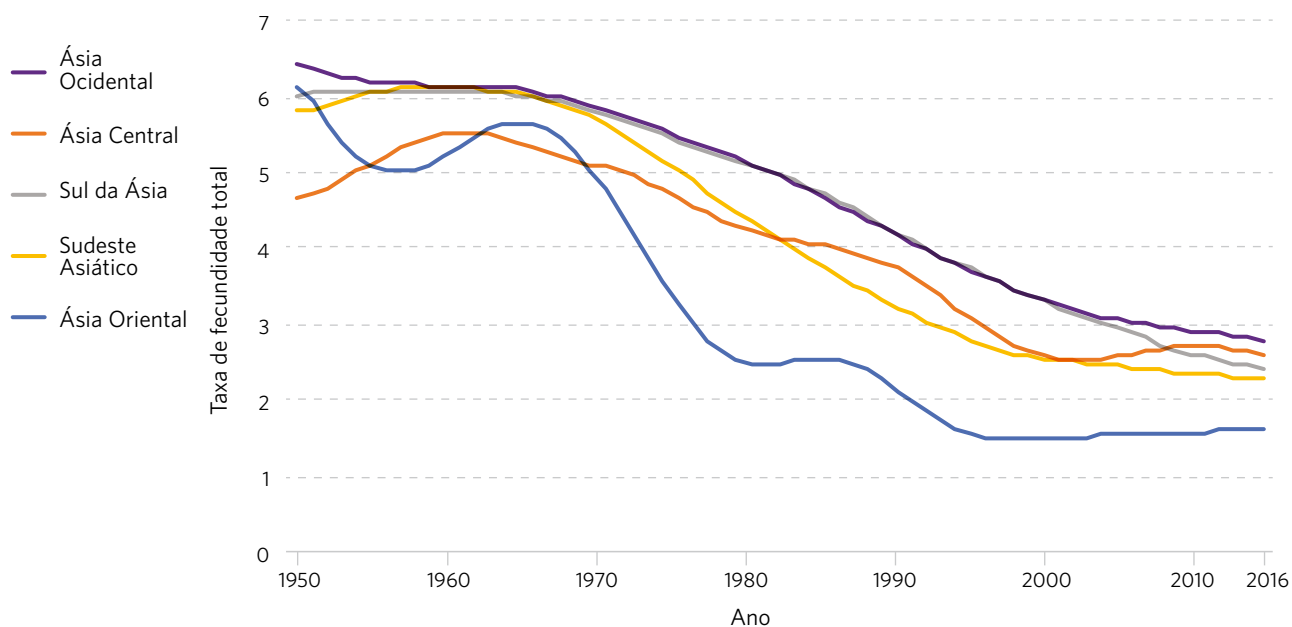
A velocidade com que as pessoas adotaram o planejamento familiar e da vida reprodutiva e o rápido declínio da fecundidade que se seguiu sugerem

a existência de uma forte demanda, ou motivação, latente por famílias menores. Entre as motivações para ter menos filhos estavam uma preocupação sobre os custos de se ter famílias grandes e um interesse em melhorar a saúde materna e infantil.

A demanda latente era visível em países como Myanmar, onde a fecundidade caiu mesmo sem haver iniciativas de planejamento familiar por parte do governo. Lá, as pessoas confiavam em contraceptivos vindos dos vizinhos Tailândia e Bangladesh para limitar o tamanho da família.

Em Bangladesh e na Indonésia, a fecundidade caiu mesmo nas áreas rurais pobres nos anos 1970 e 1980, à medida que mais mulheres tinham acesso a métodos contraceptivos modernos, como resultado de campanhas de informação e serviços de planejamento familiar patrocinados pelo governo. Nessas áreas, o

FIGURA 2 Taxas de fecundidade total, regiões na Ásia, 1950-2016



Fonte: Nações Unidas (2017)

planejamento familiar pode ter contribuído para o empoderamento e a autonomia da mulher. Por exemplo, durante o percurso até os serviços de planejamento familiar, algumas mulheres tinham permissão para sair de suas casas e viajar sem estarem acompanhadas por familiares do sexo masculino (Simmons, 1996).

Nas décadas de 1970 e 1980, alguns países estabeleceram programas intensivos de planejamento familiar que utilizavam bônus e penalidades para o atingimento ou não de metas para o número de usuários de contraceptivos, ou que recorriam à esterilização forçada de mulheres e homens nos domicílios mais pobres. O objetivo primordial era reduzir o rápido crescimento da população e limitar o número de filhos, e não assegurar direitos reprodutivos (Hull, 1991; Harkavy e Roy, 2007; Abbasi-Shavazi et al., 2009; Hayes, 2018). Outros países, como o Irã, tiveram uma abordagem mais moderada, com programas que visavam proteger o direito da pessoa de decidir se queria ter filhos, quantos e quando tê-los, e ao mesmo tempo reduzir o crescimento da população em geral. Campanhas de informação, educação e comunicações geralmente promoviam uma família com dois filhos. Essa era a família pequena, saudável e próspera que os casais eram estimulados a almejar.

Vários outros países na região pressionavam os casais para que tivessem no máximo dois filhos, mesmo embora esses países tivessem apoiado a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, de 1979. O Artigo 16 da convenção recomendava aos Estados que protegessem os direitos das mulheres de “decidir livremente e com responsabilidade sobre o número de filhos e o intervalo entre eles”.

Transição de fecundidade na América Latina

O declínio de fecundidade na América Latina começou no início da década de 1960, embora possa ter começado até antes na Argentina e no Uruguai. Enquanto Brasil, Costa Rica, Chile, Colômbia, República Dominicana e Venezuela

viram rápidos declínios começarem nos anos 1960, outros viram um declínio inicial lento seguido de um mais rápido.

Ao contrário da Ásia, na década de 1960 muitos dos governos latino-americanos não estavam tão preocupados com o crescimento da população, embora ao final dos anos 1960 a maioria dos países na região houvesse estabelecido programas nacionais de planejamento familiar. Contudo, está claro que as preferências de fecundidade já tinham mudado quando a contracepção se tornou amplamente disponível. A contracepção na América Latina era, assim, um facilitador, não o fator determinante do declínio de fecundidade (Mundigo, 1992).

Dados de levantamentos nos anos 1960 e 1970 mostraram que as mulheres relatavam frequentemente o tamanho ideal de família que era de um ou dois filhos a menos do que a taxa de fecundidade então corrente (CELADE and CFSC, 1972; Nações Unidas (1987). Conseqüentemente, as mulheres latino-americanas e os casais adotavam avidamente a contracepção assim que esta se tornava disponível, o que resultou em rápidos declínios da fecundidade em toda a região.

As motivações determinantes do declínio de fecundidade eram geralmente semelhantes àquelas na Europa e na Ásia. Os rápidos declínios da mortalidade infantil e materna na região antes do declínio da fecundidade reduziram o incentivo para ter muitos filhos, já que os pais tinham mais certeza de ver seus filhos crescerem e se tornarem adultos. As rápidas mudanças econômicas tanto motivaram quanto reforçaram as mudanças em andamento das normas sociais sobre ter filhos; fatores como a rápida eletrificação e urbanização foram particularmente importantes (Potter et al., 2002). O surgimento de uma economia manufatureira baseada em consumo na região incentivou a educação formal, trouxe oportunidades para a entrada das mulheres no mercado de trabalho remunerado e acelerou o processo de urbanização. Juntos, esses fatores resultaram nas circunstâncias que levaram os casais a ter menos filhos.

Em geral, a fecundidade em toda a região tem sido responsiva às mudanças econômicas. Por exemplo,

a fecundidade declinou notavelmente durante a crise econômica dos anos 1980 (Guzman, 1998). Ao mesmo tempo, as mulheres latino-americanas viram ganhos significativos em seu status social, proporcionando-lhes maior influência sobre todos os aspectos da vida, inclusive a vida reprodutiva, o que contribuiu para uma maior demanda por planejamento familiar.

Fecundidade global nos dias atuais

As taxas de fecundidade são mais baixas hoje do que eram 50 anos atrás em todos os países, exceto um: República Democrática do Congo. No mundo todo, a fecundidade está cerca de 50% mais baixa agora do que na metade dos anos 1960. A expectativa é que as taxas de fecundidade caiam em todo o mundo, ao ponto de nenhum país ter uma taxa de mais de cinco filhos por mulher até 2050 (Nações Unidas, 2017). No interior de países e regiões, as taxas de fecundidade continuam a variar de acordo com determinados fatores, como níveis de renda, local de residência — área rural ou urbana — e faixa etária (Figura 3).

Antes do início da transição de fecundidade nos anos 1800, os níveis de fecundidade eram quase

universalmente altos, com os correspondentes altos níveis de mortalidade infantil que haviam prevalecido em toda a história da humanidade. Enquanto a fecundidade caía rapidamente nos países do Oeste e Norte da Europa e, posteriormente, nas colônias de língua inglesa, o ritmo do declínio em outras partes do mundo variava por vários motivos, inclusive a velocidade das mudanças socioeconômicas, o ritmo do declínio da mortalidade infantil e a disponibilidade de contracepção.

Hoje, 43 países com populações de pelo menos 1 milhão têm fecundidade de quatro ou três filhos por mulher, 30 têm fecundidade decrescente, mas que ainda se situa entre 2,5 e 3,9 filhos, em 33 a fecundidade caiu para o nível de reposição mais recentemente, e em 53 a fecundidade tem ficado no nível de reposição ou abaixo disso por vários anos.

Nunca antes na história da humanidade houve diferenças tão extremas nas taxas de fecundidade entre grupos de países (Figura 4).

Cada nível de fecundidade tem seu próprio conjunto de fatores determinantes, acompanhado de seu próprio conjunto de desafios, com implicações para as sociedades, economias e instituições desses países.

FIGURA 3 Correlação entre a renda nacional bruta per capita e a taxa de fecundidade total, 2017





© Giacomo Pirozzi

Implicações da alta fecundidade

Alta fecundidade leva a altas taxas de crescimento da população e a uma parcela desproporcional da população na faixa de 15 anos de idade ou menos.

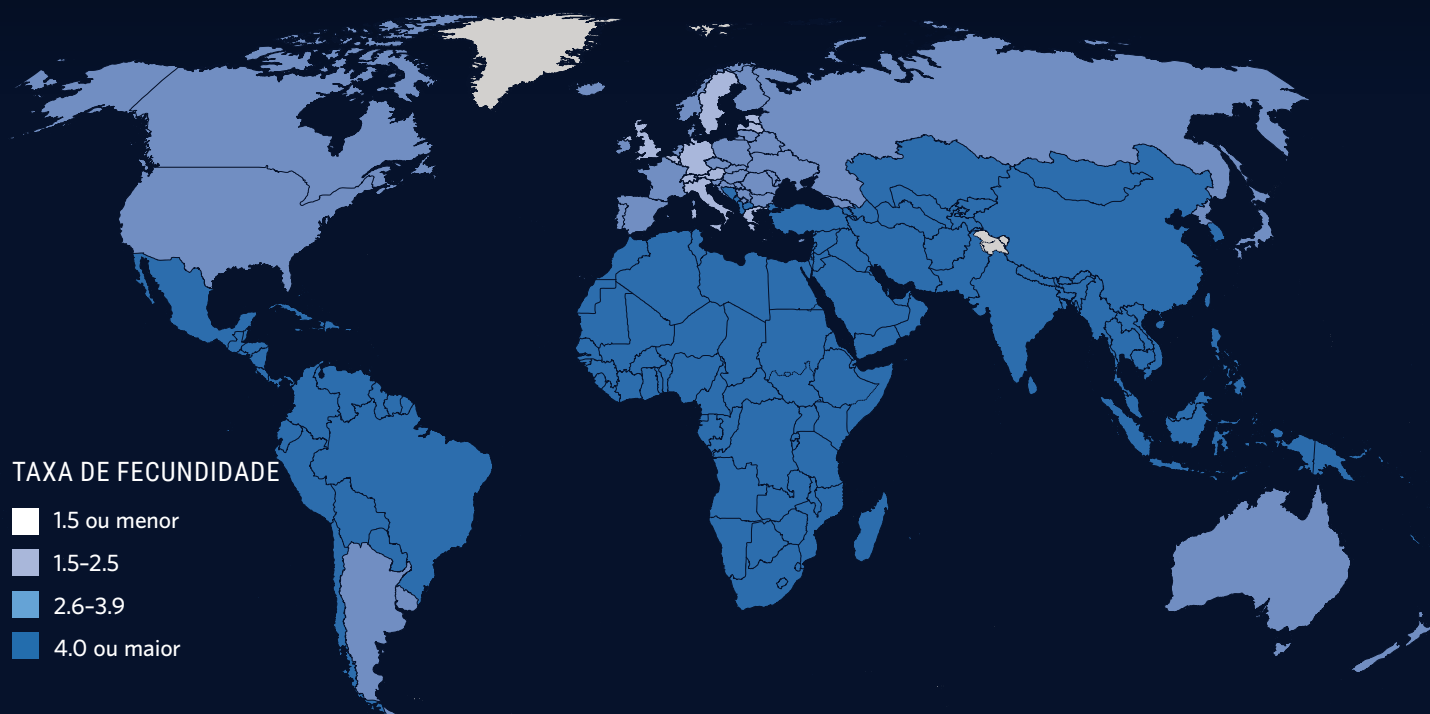
Por exemplo, o Níger, país com a mais alta taxa de fecundidade, tem uma taxa de crescimento populacional de 3,84%. Cerca de uma em cada duas pessoas tem menos de 15 anos de idade. Nas taxas atuais de crescimento, tanto a população total quanto o número de crianças menores de 15 anos de idade dobraria a cada 18 anos. Mesmo se a taxa de fecundidade fosse cair no futuro, a alta fecundidade atual e passada produz um impulso para o futuro crescimento da população à medida que grandes números de pessoas menores de 15 anos de idade vão atingindo a idade fértil (Nações Unidas, 2015).

Os países com alta fecundidade geralmente enfrentam desafios para fornecer educação às crianças, atendimento médico para todas as pessoas e oportunidades de emprego para jovens trabalhadores. A escassez de empregos nas áreas rurais pode fazer com que muitos jovens migrem para as cidades que já enfrentam a falta de possibilidades de emprego.

Estima-se que os países com taxas de fecundidade de quatro ou mais verão suas populações urbanas crescer rapidamente nos próximos anos (Nações Unidas, 2015b).

Implicações da baixa fecundidade

Entre os países com pelo menos 1 milhão de pessoas, 22 têm taxas de fecundidade abaixo de 1,5 filho por mulher. Essa taxa está abaixo do nível necessário para sustentar o atual tamanho de uma população, na ausência de imigração. Nesses países, pessoas mais velhas correspondem a grandes parcelas da população, e os governos devem enfrentar desafios ao custear adequadamente os sistemas de previdência social e serviços de reorientação, tais como saúde, com vistas a essa mudança demográfica. Baixa fecundidade também significa menos crianças que mais tarde entrarão no mercado de trabalho, aumentando a preocupação sobre o futuro do crescimento econômico. A parcela decrescente de jovens nos mercados de trabalho em países como o Japão, a República da Coreia e Cingapura também significa menos desenvolvedores e adaptadores de



nova tecnologia. Países com escassez de trabalhadoras e trabalhadores jovens e com qualificação encontram-se em desvantagem econômica comparativamente.

Respostas do governo

Em países com taxas de fecundidade muito altas ou muito baixas, os governos geralmente encaram as tendências como indesejáveis, tendo implementado políticas para lidar com elas. A maioria dos países com fecundidade de quatro ou mais filhos por mulher manifestaram interesse em reduzir as taxas de crescimento populacional, ao passo que quase todos os países com taxas de fecundidade 1,5 ou menor querem aumentar as taxas (Figura 5). Alguns desses países, especialmente no Leste da Europa, estão desenvolvendo programas de “segurança

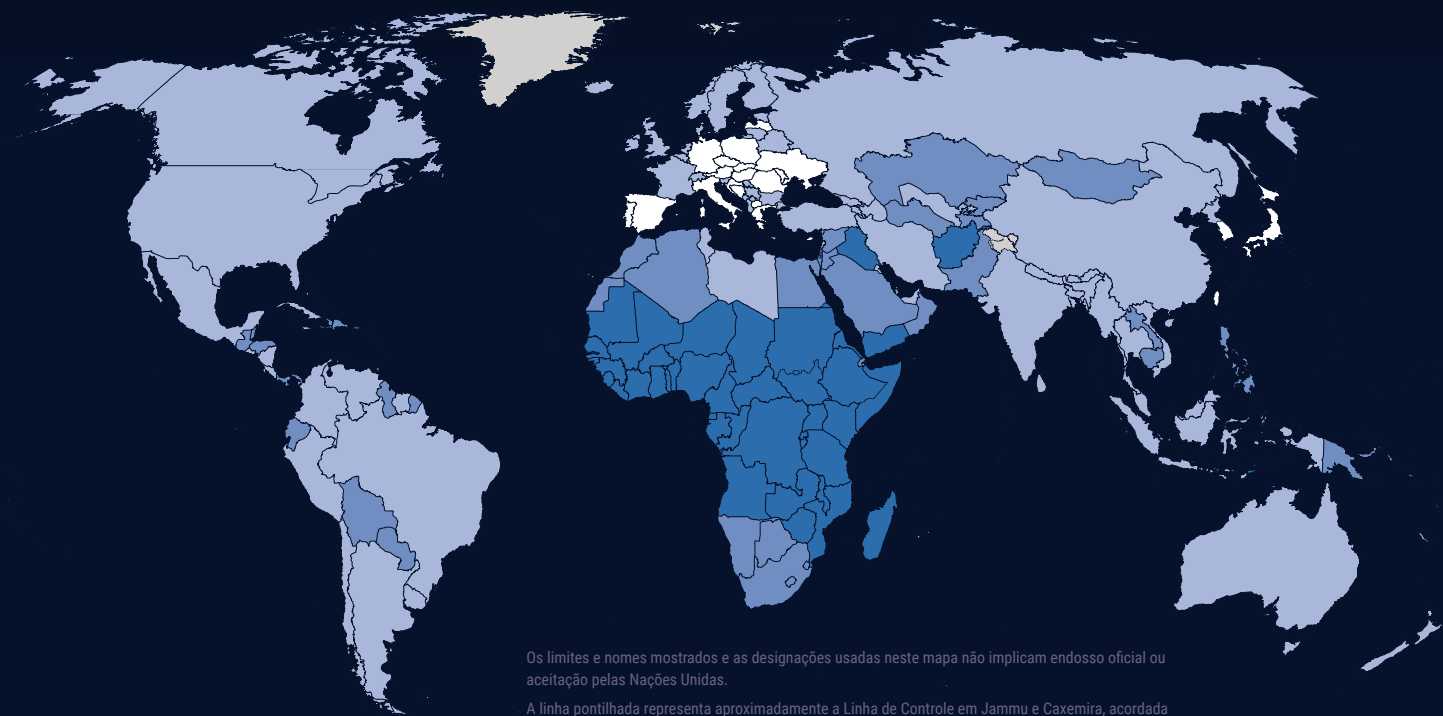
demográfica” para enfrentar a baixa fecundidade. Países com taxas de fecundidade entre 1,5 e 2,5 geralmente estão satisfeitos com suas taxas de crescimento populacional.

O que as pessoas querem

Em todo o mundo, muitos casais e pessoas têm o número de filhos que desejam. Porém, também há muitos que têm mais — ou menos — filhos do que gostariam.

A discrepância entre o tamanho de família desejado e o real existe por diversas razões. Em alguns casos, as diferenças são atribuídas simplesmente ao fato de que as pessoas podem mudar de ideia com o tempo. O número ideal de filhos manifestado por uma mulher na faixa dos 20 e poucos anos pode ser

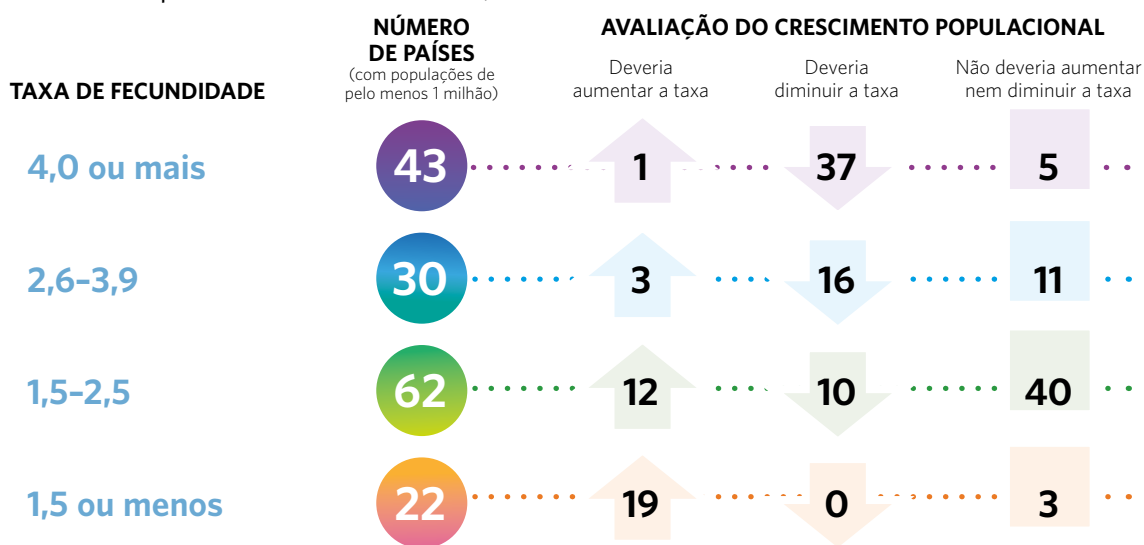
FECUNDIDADE 2015



Os limites e nomes mostrados e as designações usadas neste mapa não implicam endosso oficial ou aceitação pelas Nações Unidas.

A linha pontilhada representa aproximadamente a Linha de Controle em Jammu e Caxemira, acordada pela Índia e pelo Paquistão. O status final de Jammu e Caxemira ainda não foi acordado pelas partes.

FIGURA 5 Pontos de vista do governo sobre as taxas de crescimento populacional, por taxa de fecundidade, 2010-2014



Fontes: Nações Unidas (2015a); Nações Unidas (2017)

muito diferente quando ela estiver próxima do final dos 30 anos. Em outros casos, a discrepância pode ser atribuída a uma incapacidade de engravidar. E ainda em outros casos, as pessoas talvez não tenham os meios de alcançar seus próprios objetivos de fecundidade. Em países em desenvolvimento com alta fecundidade, por exemplo, muitas mulheres estão tendo mais filhos do que gostariam por causa do acesso limitado a seus métodos contraceptivos preferidos, resultando em gestações não planejadas. A cada ano nos países em desenvolvimento, há 89 milhões de gestações não desejadas. Cerca de 43% dessas gestações não foram planejadas.

Em contraste, em países de alta renda e baixa fecundidade, a fecundidade real geralmente fica aquém da média do tamanho ideal de família, muitas vezes devido às dificuldades que as mulheres enfrentam ao combinar uma carreira com a opção de ter filhos, à falta de creches a preços acessíveis, ou a maior parte do tempo é despendido com trabalhos domésticos relativos aos homens. Como nesses países as pessoas geralmente se casam mais tarde, as mulheres podem ter dificuldade em engravidar, e a tecnologia de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*, pode não estar imediatamente

disponível ou não ser acessível financeiramente. As famílias são menores do que o desejado há anos em muitos países europeus e do Leste Asiático, e isso também está acontecendo agora nos Estados Unidos (Harknett e Hartnett, 2014; Gietel-Basten, 2018; Stone, 2018).

Essas diferenças sugerem que em nenhuma parte do mundo os direitos reprodutivos são efetivados plenamente, e que em toda parte há questões econômicas, sociais e institucionais impeditivas e outros obstáculos de magnitude variada entre as pessoas e o tamanho de família que preferem.

O ideal seria que as preferências dos governos por uma fecundidade mais alta ou mais baixa estivessem alinhadas com as preferências individuais de tamanho de família. Por exemplo, em um país onde um casal queira ter menos filhos, o governo pode ter políticas e serviços que ajude esse casal a fazê-lo. Tais políticas poderiam incluir o aumento do acesso a toda a gama de métodos contraceptivos modernos.

Em um país em que um casal queira ter mais filhos, porém não o faz por razões econômicas, o governo poderia promover a oferta de creches acessíveis financeiramente ou gratuitas.



Um governo pode atingir suas metas de diminuição ou elevação da fecundidade por meio de medidas que ampliem os direitos individuais e permitam às pessoas alcançar seus próprios objetivos relativos ao tamanho de família. Décadas de pesquisas demonstraram que, quando mulheres em países com alta fecundidade têm o poder e os meios para fazer suas próprias escolhas, elas escolhem famílias menores. A capacidade de tomar decisões fundamentais sobre gravidez e tamanho da família depende de muitos outros fatores além da contracepção. Também depende de até que ponto existe igualdade de gênero; de economia e geografia; de níveis educacionais; e da efetivação plena dos direitos à educação, à segurança e à liberdade de expressão.

De forma semelhante, em países de baixa fecundidade, os governos podem ajudar as pessoas a ter mais filhos por meios diretos, fornecendo, por exemplo, tratamento para infertilidade gratuito ou de baixo custo, ou através de medidas que poderiam permitir aos casais ou às pessoas superar obstáculos econômicos para formar ou expandir uma família. Dependendo do país, isso pode incluir moradia a preço acessível, serviços de creche de qualidade, licença-maternidade e paternidade com melhor remuneração, ou arranjos para um equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.

Por meio de ações em todo o ciclo de vida que respeitem e reforcem direitos, inclusive direitos reprodutivos, os governos podem enfrentar problemas demográficos e ao mesmo tempo permitir que mais pessoas alcancem seus próprios objetivos.

Reafirmar direitos individuais, alcançar metas nacionais

A medida que um indivíduo dispõe de direitos reprodutivos e os exerce tem um impacto direto na fecundidade. Em países em que os direitos reprodutivos são negados, as taxas de fecundidade são geralmente altas. Em países em que os direitos reprodutivos são mantidos, as taxas de fecundidade são geralmente baixas. E em países onde os direitos são mantidos, porém barreiras econômicas e outras impedem o pleno dispôr dos direitos reprodutivos,

as taxas de fecundidade podem ser baixas demais para sustentar uma população estável.

Cada nível de fecundidade está associado a desafios para as pessoas, as comunidades e os governos. Alta fecundidade pode contribuir para a extrema pobreza, altas taxas de mortalidade materna e infantil, redução de capital humano, e sobrecarga nas instituições que prestam serviços, tais como educação e saúde. Baixa fecundidade está associada a populações que estão envelhecendo, o que traz preocupações com uma base decrescente que pode contribuir com a previdência social e redes de segurança social, e com as perspectivas de crescimento econômico no futuro.

Antes de 1950, demógrafos tinham previsto que, à medida que a taxa de mortalidade infantil diminuísse, a fecundidade cairia em todos os países para próximo ao nível de reposição (Notestein, 1945). Mas 68 anos mais tarde, esse declínio universal ainda não se materializou. A realidade é que muitos países que têm taxas de mortalidade infantil mais baixas ainda têm altas taxas de fecundidade, e um crescente número de países têm taxas de fecundidade bem abaixo do nível de reposição.

Tudo o mais permanecendo como está, as tendências de fecundidade provavelmente seguirão o caminho em que estiveram até agora. Mudar esse caminho exigirá medidas para reforçar direitos e demolir quaisquer obstáculos remanescentes para as pessoas alcançarem seus próprios objetivos de fecundidade.



CAPÍTULO 2

Um legado de famílias numerosas

Das 43 partes do mundo com fecundidade de quatro ou mais filhos por mulher hoje, 38 são países da África. Fora da África, Afeganistão, Iraque, Palestina, Timor-Leste e Iêmen têm uma fecundidade de quatro ou mais e são exceções, visto que eles viveram situações de conflito ou crise nas últimas décadas (Figura 6).



© Mark Tuschman

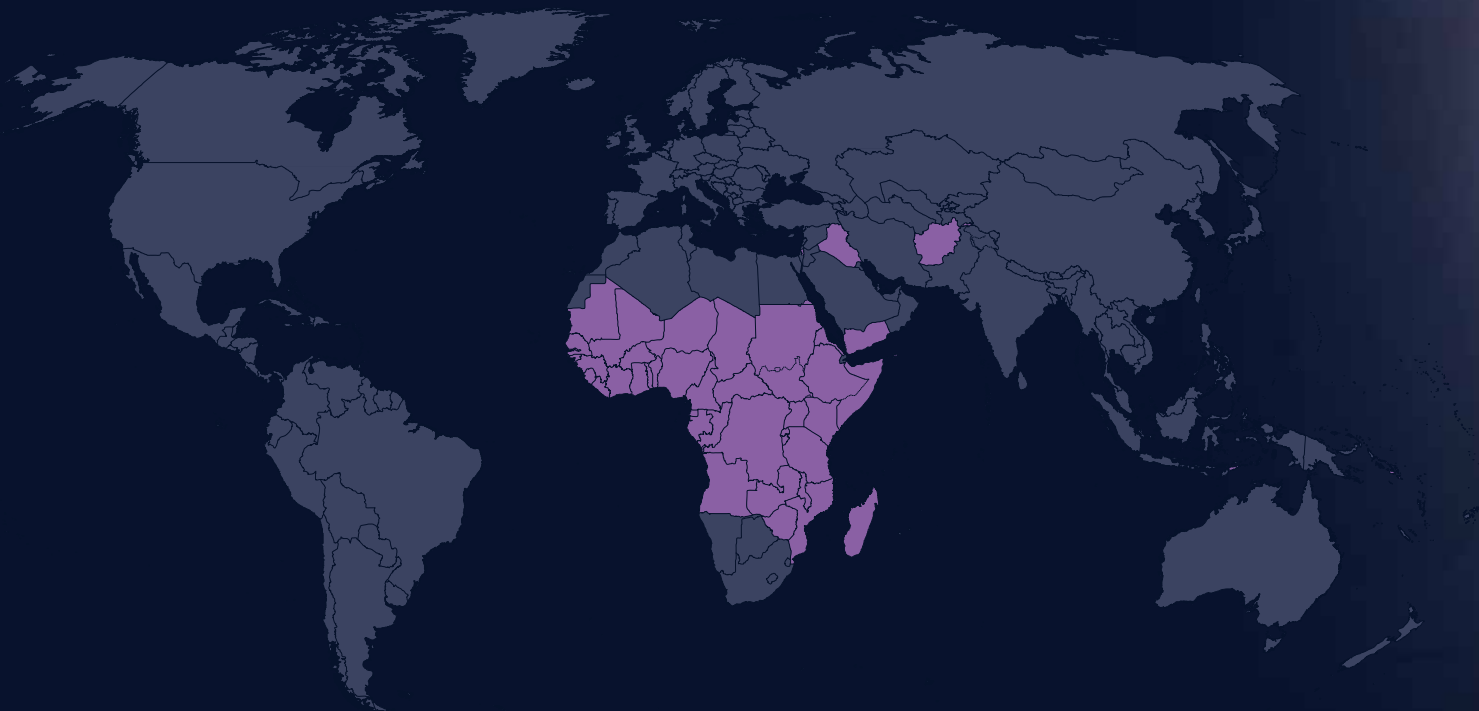
Embora a transição da fecundidade esteja em andamento na África Subsaariana, ela está progredindo mais lentamente do que em outras regiões. A fecundidade diminuiu ligeiramente em toda a região durante os últimos 50 anos, e significativamente em algumas partes do continente, mas desde então tem estagnado em vários países.

A transição é tão lenta e imprevisível que as Nações Unidas, desde 2002, tiveram de revisar para cima suas projeções populacionais para

a maioria dos países da região várias vezes (Casterline, 2017).

Devido à contínua alta fecundidade, espera-se que a África Subsaariana contribua com mais da metade do crescimento previsto da população mundial desde agora até 2050 – ou seja, 1,3 bilhão de pessoas dos 2,2 bilhões que serão adicionados em todo o mundo. Se essas previsões estiverem corretas, a participação da África na população mundial crescerá de 17% em 2017 para 26% em 2050.

TAXA DE FECUNDIDADE ACIMA DE 4 NASCIMENTOS POR MULHER



Fecundidade persistentemente alta significa que o aumento no número de pessoas mais jovens nos próximos anos tornará mais difícil para os países garantir acesso a educação e saúde de qualidade, e para economias gerarem oportunidades suficientes para absorver produtivamente as muitas pessoas jovens que ingressam no mercado de trabalho.

O grau da capacidade das pessoas e dos casais exercerem seus direitos reprodutivos pode determinar se a fecundidade na região permanece

alta ou diminui nos próximos anos. A forma como os governos apoiam esses direitos terá, portanto, implicações para o desenvolvimento social e econômico dos países.

Tendências e impacto

Em 1950, a fecundidade média da África era de seis ou mais filhos por mulher. Na década de 1960, a fecundidade começou a diminuir nas regiões Sul e Norte da África, chegando a 2,6



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

e 3,2 respectivamente por volta de 2015. Enquanto isso, a fecundidade no restante da África Subsaariana começou a aumentar nos anos 1960 e durante a década de 1970. As transições de fecundidade nas regiões Leste e Oeste da África começaram na década de 1980 e na África Central, em meados da década de 1990. A taxa de fecundidade para toda a África Subsaariana hoje é de cerca de 5,1 filhos por mulher.

Em toda a região, as taxas de fecundidade hoje são significativamente mais baixas nas cidades do que nas

áreas rurais (Figura 7). Na Etiópia, por exemplo, a taxa total de fecundidade está se aproximando do nível de reposição nas áreas urbanas, enquanto ainda está acima de cinco filhos por mulher no restante do país.

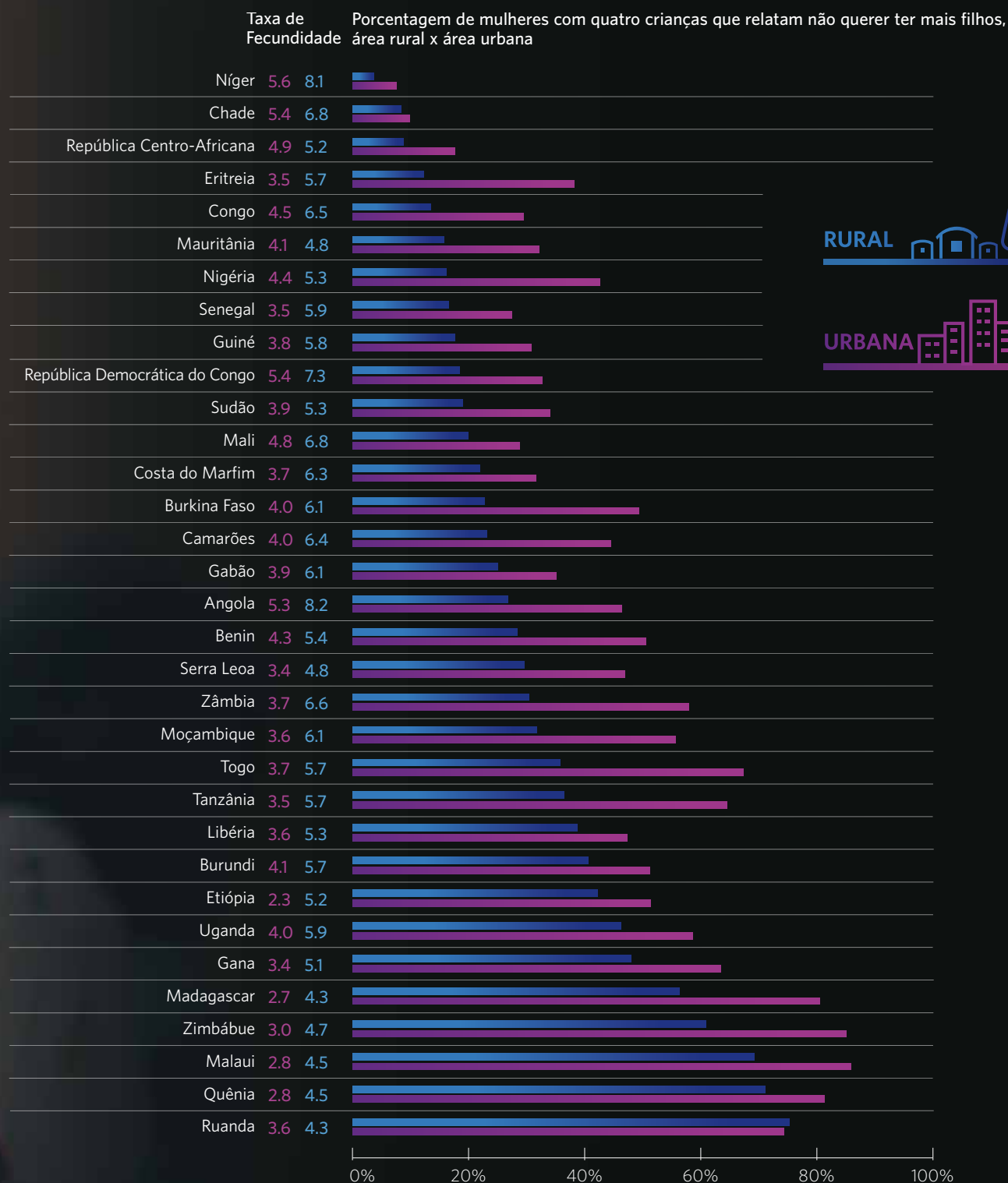
A urbanização é um dos principais impulsionadores da redução da fecundidade, e espera-se que as taxas globais de fecundidade sejam mais baixas à medida que a África Subsaariana se torna mais urbana.

Na ausência de altas taxas de mortalidade ou de emigração, a existência de altas taxas de

Com exceção de cinco países do Leste da África, em todos os países do mundo, menos da metade das mulheres relatam não querer ter mais filhos e filhas.



Figura 7



Fonte: ICF



© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

fecundidade significa crescimento populacional mais rápido, o que cria desafios para os governos que já lutam para atender à demanda por serviços de educação e saúde, e para sustentar os ganhos de desenvolvimento. O rápido crescimento populacional também pode dificultar o progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Alguns países podem, por exemplo, ficar aquém do Objetivo 1 (eliminar a pobreza até 2030), Objetivo 3 (alcançar boa saúde e bem-estar) e outros objetivos relacionados a cidades sustentáveis e trabalho decente para todas as pessoas. (Herrmann, 2015).

O declínio das taxas de fecundidade está levando a uma mudança na estrutura etária da população da África Subsaariana, com um número desproporcionalmente grande de jovens. Embora isso crie o potencial para

um “dividendo demográfico”, o expressivo número de jovens entrando na idade economicamente ativa significa que a necessidade de novas oportunidades de emprego continuará aumentando. A atual taxa de desemprego na África Subsaariana é de cerca de 11%, mas o desemprego entre pessoas jovens tende a ser muito maior (OIT, 2016). Na África do Sul, por exemplo, metade de todas as pessoas jovens ativa está desempregada. Além disso, nos países pobres que não oferecem ou oferecem pouco auxílio-desemprego, o subemprego é muito mais generalizado. Isso significa que todo mundo está fazendo algum trabalho para tentar sobreviver, mas poucas pessoas têm emprego produtivo e remunerado e, apesar de trabalharem, a maioria vive na pobreza.

Altas taxas de desemprego, juntamente com um alto risco de pobreza, mesmo quando empregados,



© Giacomo Pirozzi

e a falta de oportunidades de empregos de alta qualidade, podem influenciar nas decisões dos jovens de migrar para o exterior permanentemente. Estima-se que 38% das pessoas jovens na África Subsaariana atualmente estejam pensando em se mudar para outros países (OIT, 2016).

O que baliza a fecundidade?

A trajetória demográfica da África Subsaariana é em parte o resultado de processos que se desenrolaram durante um século de domínio colonial, que trouxe doenças, conflitos e outras forças que exacerbaram as já altas taxas de mortalidade na região (Caldwell, 1985; Dawson, 1987; Turshen, 1987; Coquery-Vidrovitch, 1988). A fecundidade precisava ser alta o suficiente tanto para compensar as altas taxas de mortalidade quanto para atender à enorme demanda

A atual taxa de desemprego na África Subsaariana é de cerca de 11%, mas o desemprego entre pessoas jovens tende a ser muito maior.

por mão de obra de um sistema de produção que precisava atender às necessidades dos países europeus, continuando a produzir alimentos básicos (Cordell et al. 1987).

Em resposta a esse duplo fator determinante da alta fecundidade, as comunidades desenvolveram normas, práticas e estruturas sociais que priorizavam a maternidade e a sobrevivência infantil (Meillassoux, 1977; Page e Lesthaeghe, 1981; Caldwell, 1982, 1985; Caldwell e Caldwell, 1987).

Alcançar o “sucesso reprodutivo” durante o período colonial muitas vezes significava negar às pessoas e aos casais qualquer autonomia na tomada de decisões sobre ter ou não ter filhos, quando ou com que frequência tê-los. O casamento era principalmente um contrato não entre indivíduos, mas entre famílias, que toleravam casamento infantil, poligamia e herança de viúvas para maximizar o potencial reprodutivo da vida de uma mulher.

Uma grande diferença de idade entre cônjuges reforçava as injustas normas de gênero, tornando as vozes masculinas muito mais dominantes do que as das mulheres nas decisões sobre gravidez e quase todos os outros assuntos. Neste contexto, o status de uma mulher era em grande parte determinado pela sua fecundidade, pelo número e pela idade dos filhos. Essas normas provaram ser notavelmente resilientes, apesar das recentes mudanças econômicas e sociais.

A alta fecundidade na África Subsaariana é sustentada hoje por uma alta demanda contínua por crianças e por meios inadequados de que as pessoas dispõem para limitar o tamanho da família (Casterline e Agyei-Mensah, 2017); especificamente, há uma grande demanda não atendida de contracepção.



FOCO NO NÍGER

“Eu quero planejar meu futuro.”

Hassia, 19



O programa de habilidades para a vida no Níger permite que meninas tomem suas próprias decisões

© UNFPA/Ollivier Girard

Hassia, 19 anos, carrega seu bebê Abdoulaziz de 10 meses em uma bolsa nas costas. Ela se concentra na lousa à sua frente. Ela está aprendendo a escrever em Zarma, a língua do Oeste do Níger.

Ao seu redor há duas dezenas de outras meninas e mulheres jovens, várias delas casadas ou noivas. A maioria usa 'hijabs' azul celeste, a cor popular do momento.

Hassia é uma das 64 mil adolescentes inscritas no programa 'Illimin' (a palavra em Hausa para conhecimento) do Níger este ano. O programa, que ajuda as adolescentes a adquirir habilidades para a vida e conhecimentos, e a se tornar mais independentes, faz parte de um esforço mais amplo para proteger as meninas do casamento infantil e da gravidez precoce. Mais de duas em cada três meninas no Níger se casam antes dos 18 anos de idade. Uma vez

casadas, normalmente espera-se das meninas que comecem a ter filhos. O Níger tem a segunda maior taxa de natalidade adolescente do mundo.

“O Illimin é destinado a meninas adolescentes entre 10 e 19 anos porque elas respondem por cerca de um em cada sete nascimentos e cerca de uma em cada três mortes maternas neste país”, explica o Representante Assistente do UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas), Hassan Ali. “A maioria das meninas dessa idade no Níger não sabe ler nem escrever”, acrescenta Ali. “Elas são especialmente vulneráveis ao casamento infantil e à gravidez precoce, e quem mais pode se beneficiar com o Illimin.”

Além de aprender a ler e escrever, Hassia também aprende sobre assuntos práticos, como

administrar dinheiro, e adquire outras habilidades, como costura e bordado, que podem um dia ajudá-la a ganhar a vida. Mas ela também aprende sobre nutrição, higiene, seu próprio corpo, relacionamentos, direitos e contracepção.

Através do programa, as “madrinhas” mais velhas da comunidade acompanham as meninas às clínicas locais, onde elas podem aprender mais sobre contracepção e podem recebê-la gratuitamente.

Hassia não pretendia engravidar de Abdoulaziz. O homem de 30 anos com quem ela estava saindo na época garantiu-lhe que estava usando proteção. Quando ela engravidou, ele a deixou.

Quando Hassia era criança, seu pai morreu e, logo depois, sua mãe abandonou a ela e a sua



“Eu quero que meus filhos tenham uma boa educação e tenham uma vida diferente da minha.”

irmã mais nova, deixando-as sem lugar para ficar, a não ser um orfanato. Quando chegou aos 12 anos, Hassia foi morar com a avó. “Ela era a única pessoa da minha família que eu conhecia”, diz Hassia. “Ela queria que eu fizesse companhia para ela, então concordei.”

Alguns anos depois, Hassia começou a trabalhar como empregada doméstica e ajudava com seus ganhos a manter a casa de sua avó. Porém, um dia, sua avó viu que sua barriga estava ficando redonda. Percebendo que Hassia estava grávida, sua avó a expulsou de casa. Alguns meses depois, Hassia deu à luz seu primeiro filho, Oumou, agora com 3 anos.

“Eu era completamente ignorante sobre sexo”, diz Hassia. “No orfanato, meninas e meninos ficavam separados, então nunca aprendi sobre os riscos.”

“Desde que fui para a Illimin, me sinto muito mais positiva”, diz Hassia. “Estou aprendendo a me proteger. Eu fiz amigas. Podemos falar sobre qualquer coisa entre nós, sem medo. Eu quero que meus filhos tenham uma boa educação e tenham uma vida diferente da minha.”

Hassia agora usa um implante contraceptivo que ela recebe de uma clínica local. “Eu quero planejar meu futuro”, diz Hassia. Fatouma Boubacar, 35 anos, diz que as meninas que ela orienta através do Illimin emergem mais fortes, mais conscientes e mais autoconfiantes: “No final do programa, meninas como Hassia aprendem que têm o poder de dizer não.” Uma garota que ela orientou estava prestes a ser forçada a se casar por seus pais. “Ela recusou, e ela tinha apenas 14 anos.”

Demanda por filhos

A demanda por filhos é maior, em média, na África Subsaariana do que em qualquer outra região.

O número ideal médio de filhos para as mulheres entre 15 e 49 anos de idade varia muito entre países e entre os estratos sociais nos países. Varia de 3,6 em Ruanda a 9,5 no Níger.

O número médio de filhos desejado pelas mulheres é inferior a quatro apenas no Quênia (3,9), no Malaui (3,9) e em Ruanda (3,6). Os homens casados geralmente preferem mais filhos do que as mulheres casadas. A exceção é Ruanda, onde as mulheres preferem uma média de 3,6 filhos em comparação com os homens, que preferem 3,1. No Burundi, homens e mulheres preferem o mesmo número: 4,3. O número de filhos que os homens casados preferem é mais alto no Chade: 13,2.

O desejo por famílias maiores na região também é evidente entre as mulheres que já têm quatro filhos. Em todos os países da África Oriental, com exceção de cinco, menos da metade dessas mulheres relatam não querer mais filhos. A proporção de mulheres que preferem não ter mais de quatro filhos é maior nas áreas urbanas, exceto em Ruanda.

As normas e práticas que impulsionaram a alta fecundidade no século passado ainda são comuns na maioria das áreas rurais. A demanda por filhos hoje é afetada pelo nível de dependência da economia doméstica e pelas normas reprodutivas que acompanham essa dependência. Entre os fatores que reduzem essa dependência incluem-se o aumento da educação formal, o sucesso na criação de riqueza na economia moderna e a migração e exposição a outras normas, particularmente aquelas relacionadas a direitos individuais e papéis de gênero.

Em todos os lugares da região, aqueles que têm pelo menos uma educação secundária querem — e têm — menos filhos do que aqueles com educação primária ou ou menos anos de estudo. Da mesma forma, pessoas com maior patrimônio preferem menos filhos do que aquelas que são mais pobres (Figura 8). A demanda por filhos hoje também

Homens ruandeses lideram a tendência de famílias menores

As normas socioculturais e as práticas tradicionais atuam como barreiras para a efetivação dos direitos reprodutivos e a aceleração da transição demográfica, condição prévia para um muito almejado dividendo demográfico. A mudança de normas e práticas tradicionais relacionadas à reprodução não é uma proposição menor. Mas a experiência de Ruanda demonstra que, com vontade política, os governos nacionais podem promover mudanças em um período de tempo relativamente curto, de modo a ampliar os direitos reprodutivos.

Após os conflitos que culminaram no genocídio de 1994, os líderes de Ruanda — o país mais densamente povoado da África continental — alteraram sua abordagem ao rápido crescimento populacional e uma taxa de fecundidade que antes havia atingido 8,7 filhos por mulher (Cohen, 1993).

A nova abordagem consistia em tornar o planejamento familiar voluntário mais disponível e acessível a todas as pessoas, mesmo nas comunidades mais remotas. A mudança levou a um aumento sem precedentes da prevalência de contraceptivos entre mulheres casadas ou em algum tipo de união, de 10% em 2005 para 45% cinco anos depois.

O rápido aumento resultou, em parte, de campanhas governamentais que ajudaram a mudar a postura sobre a contracepção, que passou de tabu a prioridade de desenvolvimento nacional (Solo, 2008). Ao mesmo tempo, as campanhas também ajudaram a mudar as opiniões dos homens sobre vida reprodutiva, tamanho da família e planejamento familiar.

Um dos objetivos da política de saúde reprodutiva de Ruanda de 2003 era fortalecer a participação dos homens no programa nacional de planejamento

familiar. Uma campanha massiva de comunicação e mobilização social, juntamente com esforços voltados ao aumento da conscientização dos homens, foram as principais estratégias (República de Ruanda, 2003). Enquanto isso, os políticos de todos os níveis rotineiramente citavam a importância do planejamento familiar para ajudar os casais a alcançar seus próprios objetivos de ter famílias menores (May e Kamurase, 2009). Juntas, essas ações serviram de apoio à adoção rápida e ampla do planejamento familiar.

Descobertas obtidas de pesquisas demográficas e de saúde sugerem que as campanhas de planejamento familiar do país desde 2005 transformaram Ruanda no único país da África Subsaariana onde a proporção de homens que dizem que não querem mais filhos é maior do que a das mulheres, independentemente do número de filhos que as mulheres já têm em todos os níveis de paridade.

é influenciada pela idade: a geração mais jovem geralmente prefere ter menos filhos do que seus pais.

Mortalidade infantil

Altas taxas de mortalidade infantil — ou um risco elevado de perder um filho — levam muitas pessoas na África Subsaariana a ter famílias maiores.

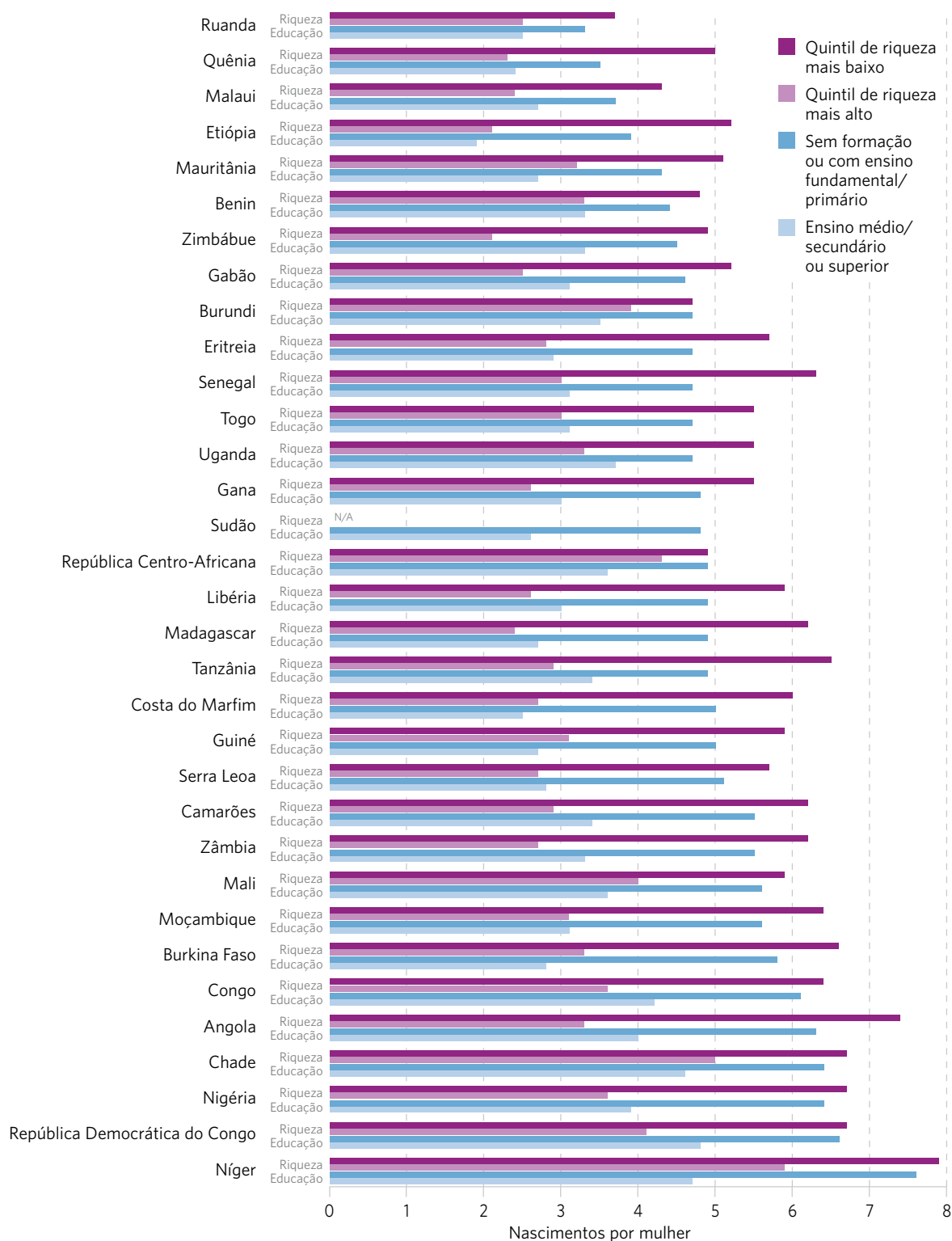
Apesar dos grandes ganhos em taxas de sobrevivência infantil nas últimas duas décadas, a mortalidade infantil persiste. Em muitas partes da região, a mortalidade

infantil está em níveis que prevaleciam na Europa há mais de um século.

A região continua a ter as taxas mais altas de mortalidade infantil no mundo, com o risco de uma criança morrer antes de completar 5 anos de idade cerca de 15 vezes maior que a taxa em países de alta renda (UNICEF, 2017). Pneumonia, a maior causa isolada de morte de crianças menores de 5 anos de idade, é responsável por 22% das mortes. Em seguida vem a malária, que é responsável por 15,3% das mortes de crianças na África Subsaariana.

FIGURA 8

Taxa de fecundidade total desejada, por nível de escolaridade e quintil de riqueza



N/A, não disponível

Fonte: ICF

Mais de 1 milhão de bebês morrem a cada ano em suas primeiras quatro semanas de vida, refletindo em parte a fraqueza dos programas de saúde materna e infantil existentes na região.

Em 2015, 90% dos estimados 212 milhões casos de malária em todo o mundo e 92% das 429.000 mortes por malária ocorreram na África Subsaariana. O mais perigoso e mortal parasita da malária, o *Plasmodium falciparum*, é endêmico em grande parte da região (OMS, 2016).

Mais de 1 milhão de bebês morrem a cada ano em suas primeiras quatro semanas de vida, refletindo em parte a fraqueza dos programas de saúde materna e infantil existentes na região.

Demanda não atendida de planejamento familiar

Mulheres e casais na região continuam a ter dificuldades para controlar suas vidas reprodutivas. O acesso a métodos contraceptivos modernos, e seu uso, é baixo em relação a outras regiões.

Estima-se que 21% das mulheres na região queiram evitar uma gravidez, mas não estão usando um método contraceptivo moderno e, portanto, têm uma “demanda não atendida” de planejamento familiar (Gutmacher Institute, 2017). Enquanto isso, 19,7 milhões (ou 38%) das gravidezes da região a cada ano não são intencionais. O uso de contraceptivos modernos entre mulheres casadas ou em algum tipo de união

na região é mais prevalente em áreas urbanas do que em áreas rurais (Figura 9).

Entre as razões da demanda não atendida de contracepção na África Subsaariana — e em outras regiões em desenvolvimento — estão a ausência de um método contraceptivo preferido ou um fornecimento inconstante dele, preocupações com segurança e efeitos colaterais, custo, resistência por parte de familiares, leis que limitam o acesso para pessoas jovens ou solteiras, e prestadores de serviços preconceituosos ou não qualificados (Sedgh et al., 2016b).

Casamento infantil

O casamento infantil afeta desproporcionalmente as meninas. Na África Subsaariana, estima-se que 38% das mulheres de até 18 anos e 12% das meninas com até 15 anos de idade estejam casadas (UNICEF, 2018). Dentro da região, a taxa mais elevada é no Níger, onde 76% das mulheres casam-se até os 18 anos de idade.

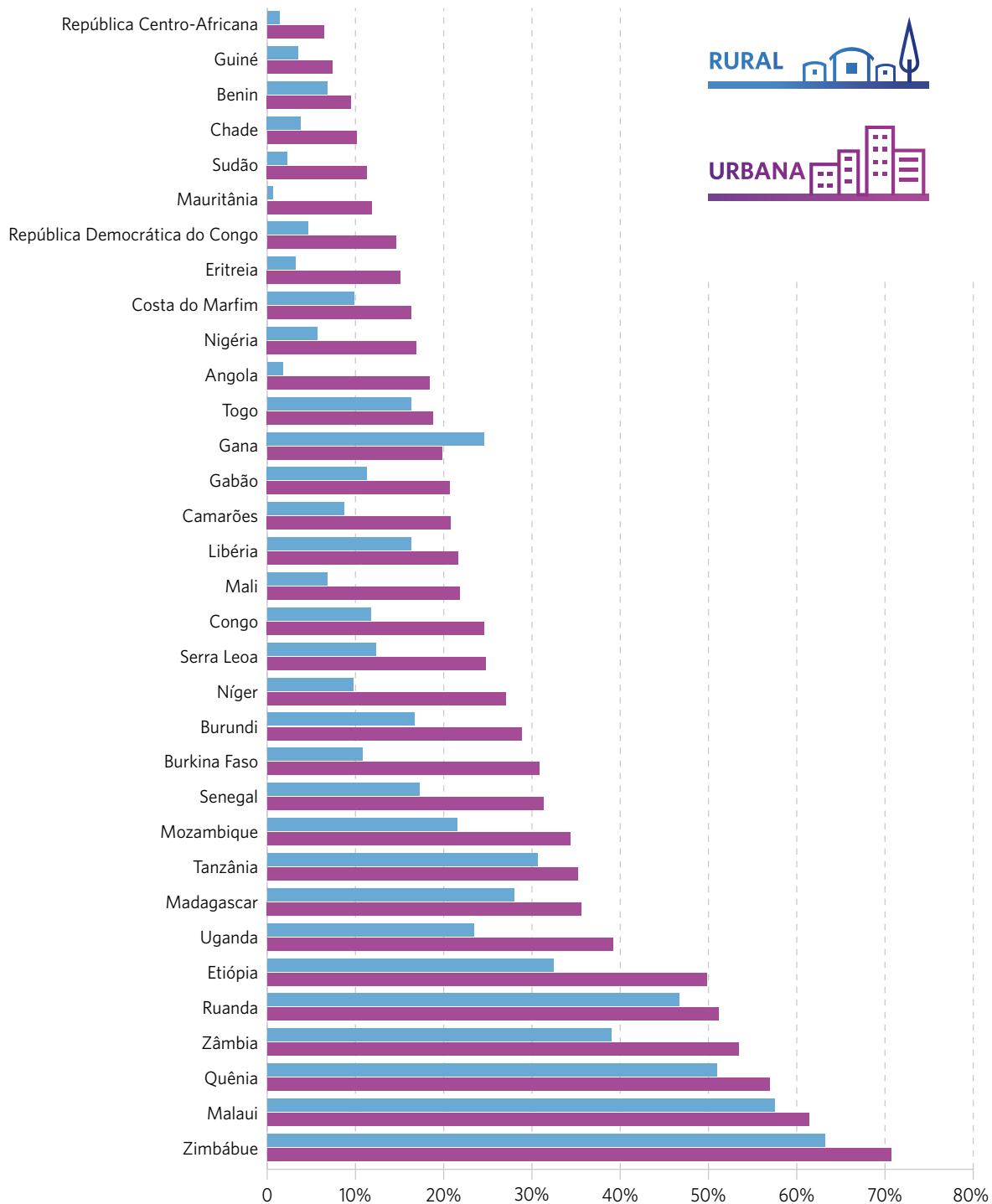
A maior parte dos partos de mães adolescentes no mundo (95%) ocorrem em países em desenvolvimento, e 9 em cada 10 desses nascimentos ocorrem dentro do casamento ou de algum tipo de união. Segundo a Organização Mundial de Saúde, complicações na gravidez — como hemorragia, sépsis e parto obstruído — e complicações de abortos inseguros são as principais causas de morte entre meninas com idades entre 15 e 19 anos.

O casamento infantil e a consequente maternidade precoce também têm efeitos socioeconômicos negativos ao interromper a educação das meninas e, assim, fechar futuras oportunidades de trabalho remunerado fora de casa. Entre as consequências relacionadas destacam-se o subemprego e a renda reduzida na idade adulta (Lee, 2010; Herrera e Sahn, 2015; Wodon et al., 2017).

Em um sentido amplo, o casamento infantil nega voz às meninas em decisões que afetam suas vidas, afeta negativamente o empoderamento das mulheres e contribui para a transmissão das desigualdades de gênero entre gerações (Hindin, 2012). Além disso, as meninas noivas são mais vulneráveis ao abuso, um problema que é acentuado pelas grandes diferenças de

FIGURA 9

Porcentagem de mulheres casadas que utilizam um método contraceptivo moderno, por tipo de residência



Fonte: ICF



© Mark Tuschman

idade entre elas e seus parceiros. As meninas casadas também têm pouco ou nenhum poder para acessar informações e serviços de planejamento familiar.

Moldando o futuro da África com um dividendo demográfico

Estima-se que cerca de 60% da população da região esteja abaixo dos 25 anos de idade. As grandes e crescentes populações de jovens da África Subsaariana apresentam uma oportunidade limitada pelo tempo para o crescimento econômico acelerado por meio de um dividendo demográfico, para o qual a União Africana desenvolveu um roteiro (Comissão da União Africana, 2017).

Dividendo demográfico é o potencial de crescimento econômico que resulta de mudanças na estrutura etária da população quando a proporção da população em idade ativa é relativamente maior do que a população inativa. Essa mudança ocorre quando as taxas de mortalidade começam a cair, mas as taxas de fecundidade permanecem altas, resultando em uma população muito grande de jovens, tanto absoluta quanto relativamente à população de idosos. À medida essa população jovem atinge a idade em que começa a trabalhar, o grande número de trabalhadores na

população em relação àqueles que são dependentes pode proporcionar às economias um estímulo temporário, porém significativo, ao crescimento (Lee e Mason, 2006).

No entanto, o tamanho e o impacto do dividendo demográfico depende de quanto investimento for feito no capital humano desses e dessas jovens. Se forem capacitados, instruídos e empregados, eles e elas poderão ajudar os países a realizar o dividendo; do contrário, elas e eles próprios serão dependentes de apoio.

Considerando que grande parte da África Subsaariana está começando transições demográficas, esta é a hora certa para aumentar os investimentos voltados para educação e saúde, inclusive saúde reprodutiva, a fim de capacitar as grandes e crescentes populações de jovens da região para que possam aproveitar as oportunidades econômicas que surgirem nos próximos anos.

A realização de um dividendo demográfico também depende da operação eficaz dos mercados de trabalho e de capital, e da governança que cria um ambiente atraente para investimentos privados internos e externos. Esforços para fortalecer a oferta de trabalho por meio de investimentos em capital humano devem ser complementados por um forte

crescimento econômico, que aumenta a demanda por trabalho. Ambas as condições são essenciais para absorver as pessoas em empregos remunerados e produtivos, ou criar oportunidades significativas para o empreendedorismo.

Se maximizado, o dividendo demográfico aceleraria o crescimento econômico e a redução da pobreza. Alguns desses resultados já estão acontecendo. Após as “décadas perdidas” de 1980 e 1990, as condições econômicas melhoraram significativamente na África Subsaariana, e o continente como um todo conseguiu quase dobrar seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita entre 2000 e 2016 (Figura 10).

O único país que vivenciou declínio econômico nesse período de 16 anos foi o Zimbábue. Dois países, Etiópia e Ruanda, triplicaram seu PIB per capita. Um desafio para todos os países da região é sustentar ou acelerar o crescimento econômico a fim de acompanhar a demanda por serviços, tais como educação e saúde, e empregos que aumentarão à medida que as populações crescem. Apesar do progresso em muitos dos países mais pobres, eles estão ficando cada vez mais aquém dos países mais desenvolvidos.

A magnitude do dividendo demográfico depende em parte do ritmo do declínio da fecundidade, que por sua vez depende da medida em que a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres e meninas estejam protegidos, e até que ponto as mulheres têm o poder, a informação e os meios para tomar suas próprias decisões sobre engravidar ou não, quando e com que frequência.

O maior acesso à educação formal é um dos fatores determinantes do declínio da fecundidade; quanto mais tempo as meninas permanecerem na escola, menor a probabilidade de se casarem — e engravidarem — na infância. As mulheres instruídas também estão em melhor posição para quebrar as barreiras ao emprego decente e remunerado mais tarde na vida.

O dividendo demográfico previsto pela União Africana em 2017 não conseguiu ser plenamente realizado no contexto da persistente discriminação e desigualdade de gênero, o que faz com que

FIGURA 10

Produto Interno Bruto per capita
(paridade do poder de compra;
em dólar atual internacional)

PAÍS/ÁREA	2000	2016	PIB PER CAPITA 2016/2000
Angola	2.781	6.499	2,34
Benin	1.321	2.168	1,64
Burkina Faso	829	1.720	2,07
Burundi	598	778	1,30
Camarões	1.987	3.286	1,65
República Centro-Africana	649	699	1,08
Chade	787	1.991	2,53
Congo	3.551	5.719	1,61
Costa do Marfim	2.336	3.720	1,59
República Democrática do Congo	419	801	1,91
Gabão	14.095	18.108	1,28
Gana	1.791	4.294	2,40
Guiné	896	1.311	1,46
Etiópia	490	1.735	3,54
Quênia	1.690	3.156	1,87
Libéria	665	813	1,22
Madagascar	1.145	1.506	1,32
Malawi	686	1.169	1,70
Mali	1.160	2.117	1,83
Mauritânia	2.181	3.854	1,77
Níger	597	978	1,64
Nigéria	2.258	5.867	2,60
Ruanda	623	1.913	3,07
Senegal	1.512	2.568	1,70
Serra Leoa	723	1.473	2,04
Sudão	1.812	4.730	2,61
Tanzânia	1.174	2.787	2,37
Togo	1.012	1.491	1,47
Uganda	846	1.849	2,19
Zâmbia	1.667	3.922	2,35
Zimbábue	2.038	2.006	0,98
África Subsaariana	1.900	3.711	1,95

Fonte: Banco Mundial (2017)

muitas mulheres e meninas sejam privadas de empoderamento e direitos.

O futuro

O declínio da fecundidade na África Subsaariana não se acelerará a menos que as normas que sustentam a alta fecundidade mudem mais rapidamente. Isso inclui mudanças nos sistemas sociais e econômicos que evoluíram em resposta à alta mortalidade, especialmente aquelas relacionadas aos papéis de gênero na sociedade.

A urbanização e a modernização das economias africanas resultaram em oportunidades alternativas para o sucesso econômico das mulheres fora da economia doméstica. Ao mesmo tempo, a urbanização, os níveis mais elevados de educação para meninas e mulheres, e o declínio da mortalidade infantil têm ajudado a reduzir gradualmente a demanda por famílias numerosas.

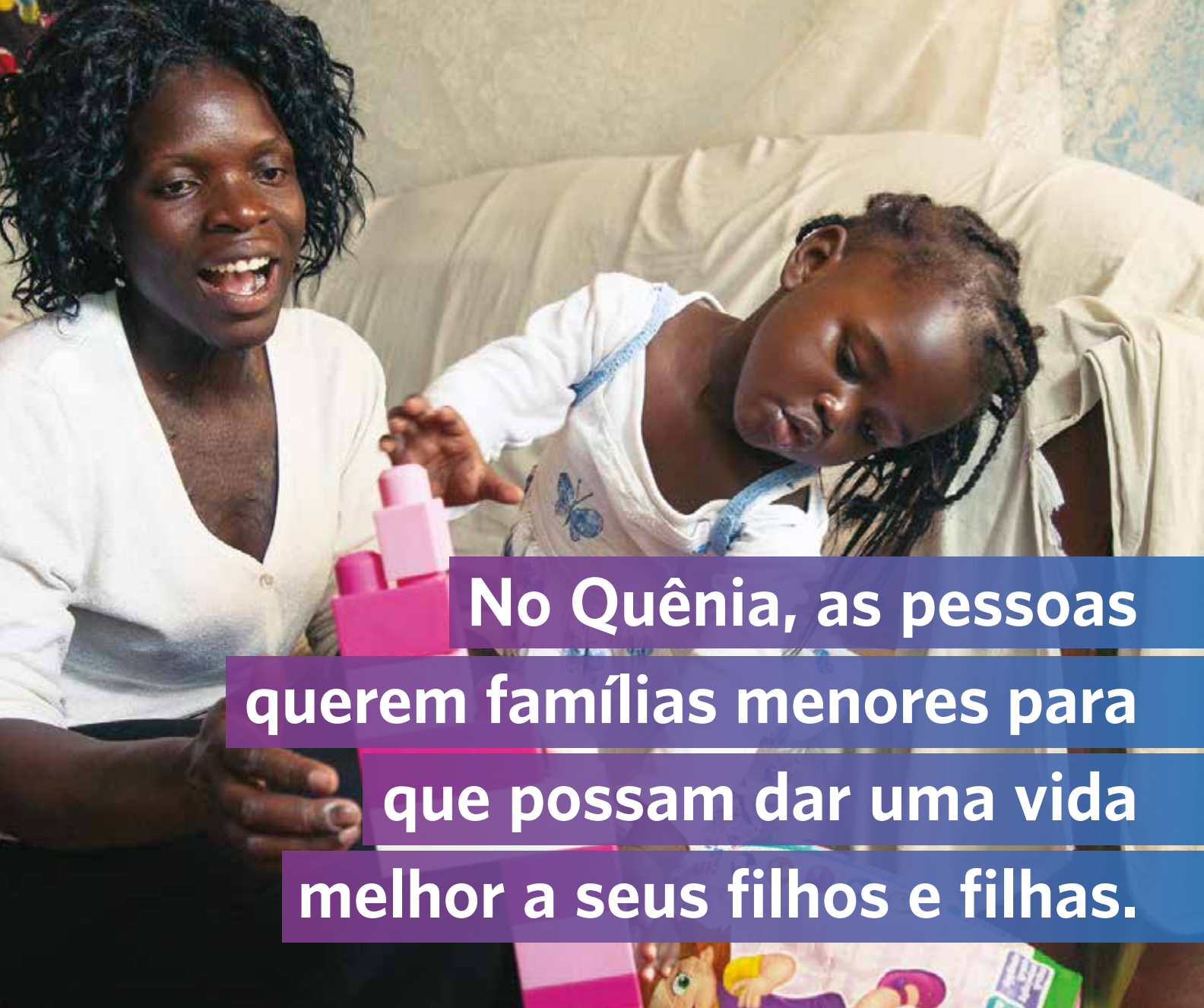
Maiores e mais rápidas reduções da fecundidade dependerão de como as pessoas e os casais empoderados devem tomar suas próprias decisões sobre o tamanho da família. Na maioria dos países africanos, os programas de planejamento familiar e da vida reprodutiva não são suficientemente desenvolvidos para fornecer serviços de qualidade àqueles que mais precisam deles, particularmente as populações urbanas e rurais pobres. Tornar os serviços de planejamento familiar de qualidade, amplamente acessíveis e consistentes, pode resultar em uma crescente demanda por esses serviços e, por sua vez, menor fecundidade.



FOCO NO QUÊNIA

*“Queremos que
nossos filhos tenham
uma vida melhor do
que a que tivemos.”*

Sharrow, 32



**No Quênia, as pessoas
querem famílias menores para
que possam dar uma vida
melhor a seus filhos e filhas.**

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA

Sharrow engravidou logo depois de se casar com Stanley, embora o casal tivesse planejado esperar alguns anos antes de começar uma família.

Depois que seu filho Christiano nasceu, eles concordaram em concentrar sua atenção em dar a ele a melhor vida possível. E isso significava usar o planejamento familiar para evitar outra gravidez.

As pessoas no Quênia preferem ter menos filhos e cuidar melhor dos que têm, segundo Dan Okoro, especialista em saúde sexual e reprodutiva do escritório do UNFPA em Nairóbi. Cada vez mais casais optam pelo planejamento familiar para prevenir, adiar ou espaçar gestações.

Desde a década de 1970, quando uma mulher queniana tinha, em média, mais de oito filhos,

o tamanho da família tem diminuído. Hoje, uma mulher tem, em média, pouco menos de quatro filhos em toda a sua vida. O crédito pela redução da fecundidade deve-se, em parte, a um maior acesso a contraceção gratuita ou de baixo custo e informações sobre seu uso.

O planejamento familiar é cada vez mais usado por mulheres jovens sexualmente ativas. “Os tabus que cercam o planejamento familiar geralmente são coisa do passado”, diz Rachel Muthui, voluntária do centro de saúde de jovens apoiado pelo UNFPA, Family Health Option Kenya. “Jovens mulheres agora se sentem fortalecidas e são capazes de tomar suas próprias decisões.”

“Os serviços de planejamento familiar também estão ajudando as adolescentes a evitar a gravidez e concluir seus estudos, preparando-as para conseguir bons empregos”, acrescenta Muthui. “As adolescentes que engravidam geralmente saem cedo da escola e isso prejudica suas chances de emprego e boa renda no futuro. É por isso que as meninas precisam conhecer as opções de planejamento familiar antes de se tornarem sexualmente ativas”, explica.

Nacionalmente, 6 em cada 10 mulheres casadas usam um método contraceptivo moderno. Contudo, em algumas áreas rurais, apenas cerca de 1 em cada 20 usa algum



método moderno. Parte do problema é a falta de serviços em áreas remotas. Porém, a outra parte em algumas comunidades é a falta de poder das mulheres para tomar suas próprias decisões sobre a prevenção da gravidez, juntamente com pouca informação sobre opções contraceptivas, de acordo com Josephine Kibaru-Mbae, Diretora Geral do Conselho Nacional de População e Desenvolvimento.


Sharrow e Stanley usaram o planejamento familiar por sete anos — até que seu filho terminou o ensino primário — antes de ter seu segundo filho, Tina, no ano passado. Antes de Tina nascer, o casal conseguiu

economizar dinheiro suficiente para mandar seu filho, agora com 8 anos, para uma boa escola secundária. Sharrow está novamente usando o planejamento familiar, e planeja voltar para a escola e começar seu próprio negócio de fornecimento de refeições.

“Queremos que nossos filhos tenham uma vida melhor do que a que tivemos”, diz Sharrow. “Eu farei o que puder para ajudá-los a alcançar seus sonhos.”



Sharrow e Stanley usaram o planejamento familiar por sete anos — até que seu filho terminou o ensino primário — antes de terem uma segunda criança.



Desvios da transição de fecundidade típica

CAPÍTULO 3

A fecundidade normalmente começa a cair à medida que o desenvolvimento socioeconômico progride, de acordo com a teoria da transição demográfica convencional (Notestein, 1953; Easterlin, 1975). À medida que os países se tornam mais industrializados, escolarizados e urbanos, os custos associados a ter filhos aumentam e os benefícios de ter famílias numerosas diminuem.



© Chris Stowers/Panos Pictures

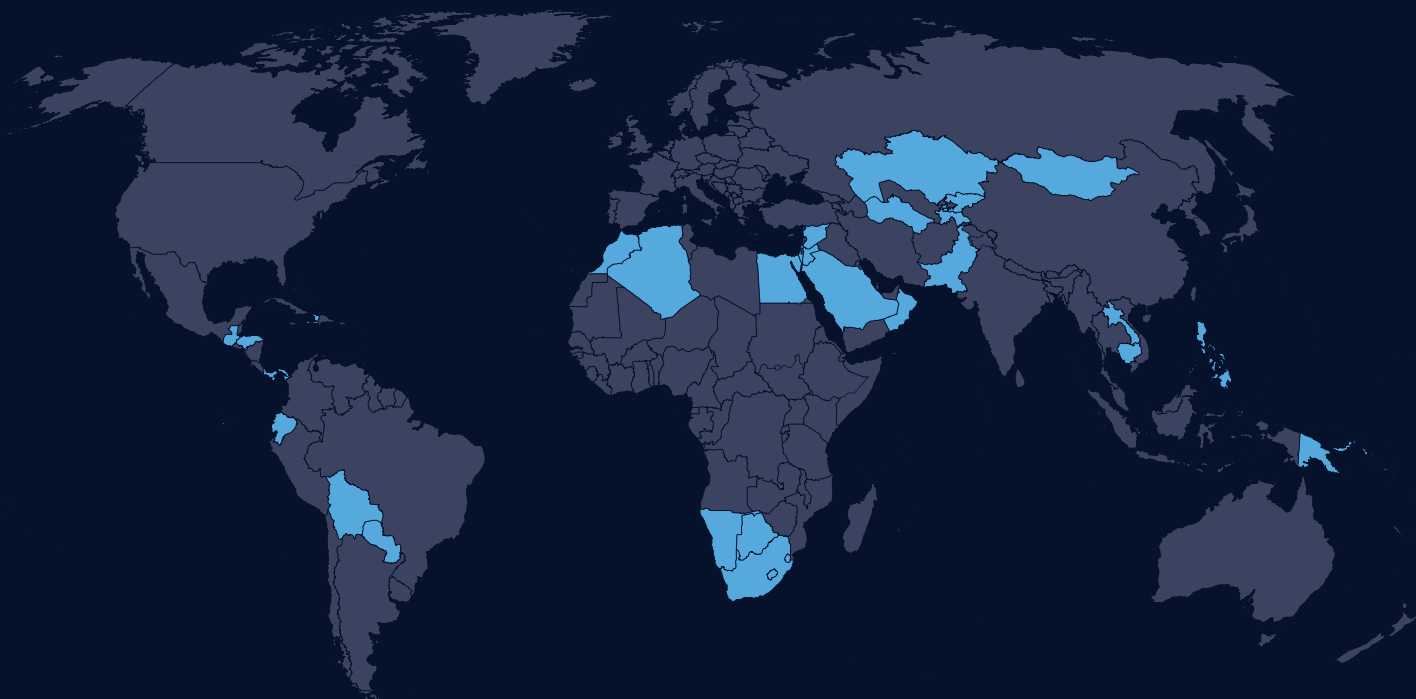
A combinação desses fatores geralmente leva ao desejo de ter menos filhos. Uma vez que o país tenha iniciado uma transição de fecundidade, ela geralmente continua, com a taxa de fecundidade caindo até próximo ao nível de reposição: 2,1 filhos por mulher.

Embora esse caminho típico para a fecundidade mais baixa tenha sido observado na maioria dos países, diferentes padrões surgiram em países que hoje têm fecundidade entre 2,5 e 3,9 filhos por mulher (Figura 11). Em alguns desses países, o ritmo

de um longo declínio da fecundidade diminuiu; em outros, a fecundidade aumentou novamente após anos de declínio. No primeiro grupo de países, lentos declínios às vezes são atribuíveis aos cortes do governo em programas de planejamento familiar. No último grupo, as retomadas do nível anterior de fecundidade geralmente ocorreram quando alguma crise econômica ou outra crise chega ao fim.

Todos esses países viram declínios significativos na fecundidade na década de 1990, mas as taxas

TAXA DE FECUNDIDADE

ENTRE **2,5 e 3,9** NASCIMENTOS POR MULHER

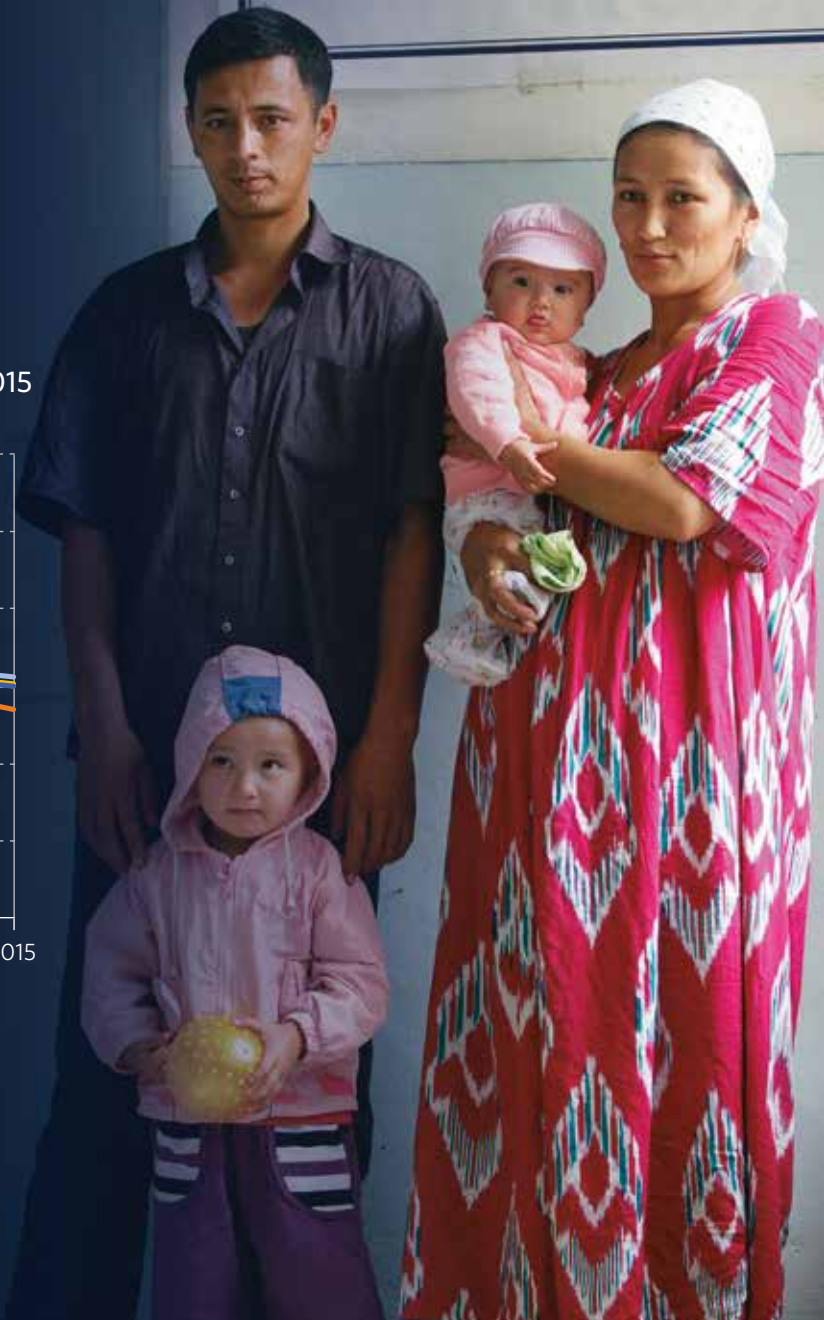
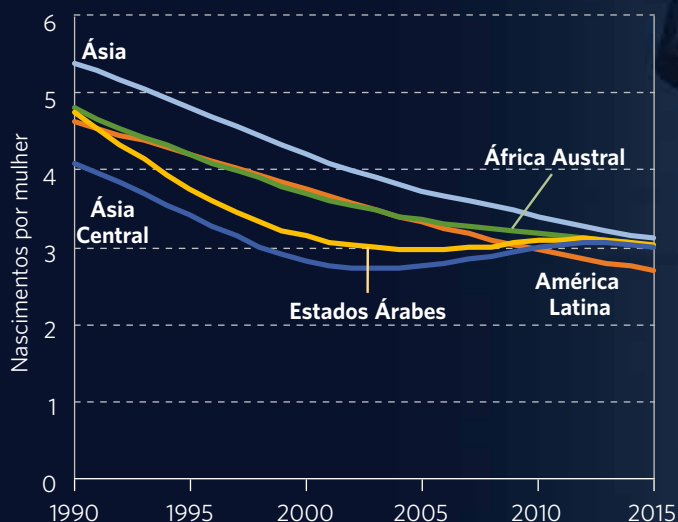
começaram a se mover em direções diferentes depois de 2000, com claras diferenças por região e sub-região (Figura 12). Em cinco países do Sul e Sudeste da Ásia, por exemplo, as taxas médias de fecundidade caíram de 5,3 para 3,1 entre 1990 e 2015. Nesse mesmo período, a taxa média de fecundidade em sete países da América Latina e do Caribe também caiu continuamente de 4,6 a 2,7. Na África Austral, as taxas de fecundidade diminuíram durante a década de 1990, mas o ritmo desacelerou substancialmente

após 2000, caindo de uma média de 3,7 para 3,0 filhos por mulher entre 2000 e 2015. Em países árabes e países da Ásia Central, houve um declínio da fecundidade no início dos anos 2000, que depois foi revertido.

Embora 30 países tenham taxas de fecundidade entre 2,5 e 3,9, este capítulo abrange apenas os 15 para os quais as Pesquisas Demográficas e de Saúde realizadas em 2000 ou mais tarde produziram dados sobre fecundidade não desejada e inoportuna, demanda

FIGURA 12

Tendências na média das taxas de fecundidade total, 15 países, agrupados por região, 1990–2015



© Giacomo Pirozzi

não atendida de contracepção e níveis de fecundidade por grau de escolaridade: Bolívia, Camboja, Egito, Guatemala, Honduras, Jordânia, Quirguistão, Lesoto, Marrocos, Namíbia, Paquistão, Filipinas, Suazilândia, Tadjiquistão e Turcomenistão. O capítulo não aborda as tendências de fecundidade em países com dados incompletos ou apenas recentes, ou países com circunstâncias econômicas, demográficas ou outras que são significativamente diferentes daquelas dos 15 países analisados.

Todos esses países viram declínios significativos na fecundidade na década de 1990, mas as taxas começaram a se mover em direções diferentes depois de 2000.

Nascimentos inoportunos, gravidezes não planejadas

Conforme acordado por 179 governos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, indivíduos e casais têm o direito de decidir se querem filhos ou não, quando ou com que frequência. Muitas mulheres nos países onde declínios de fecundidade estagnaram ou foram revertidos — e praticamente todos os outros países do mundo — enfrentam desafios no exercício desse direito. Esses desafios se refletem em gestações não planejadas, fecundidade não desejada, nascimentos inoportunos e abortos.

Fecundidade não desejada

Fecundidade — ou um nascimento — é considerada não desejada se ocorrer após uma mulher ter atingido o tamanho desejado de sua família (Rutstein e Rojas, 2006). Os dados recolhidos por meio do programa internacional de Pesquisas Demográficas e de Saúde mostram que o nível médio de nascimentos não

desejados varia, entre os 15 países abrangidos por este capítulo, de um máximo de 1,7 na Suazilândia para um mínimo de 0,2 no Quirguistão e no Turcomenistão (Figura 13).

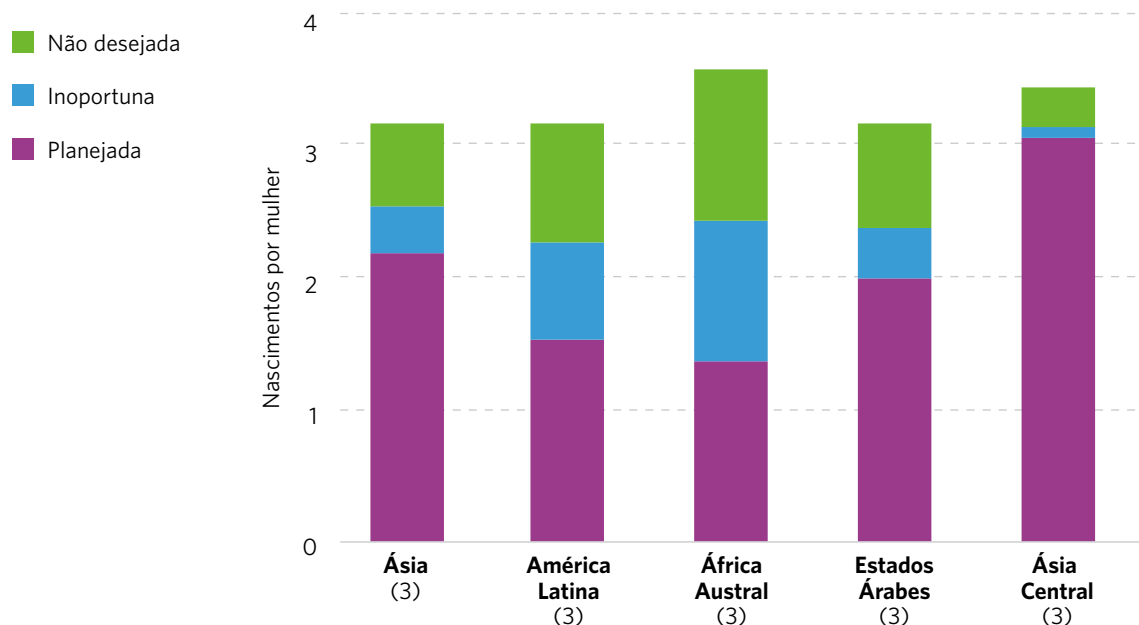
Nascimentos inoportunos

Um nascimento inoportuno é um nascimento desejado que ocorre antes do pretendido. Entre os 15 países, o nível médio de nascimentos inoportunos varia de um máximo de 1,4 na Namíbia para um mínimo de 0,06 no Turcomenistão.

Aborto

Estatísticas confiáveis e completas sobre o aborto — sejam eles seguros ou inseguros, legais ou ilegais — não estão disponíveis para os 15 países abrangidos por este capítulo. Ainda assim, o Instituto Guttmacher estima que a proporção de gestações que terminam em aborto na África Austral, na América do Sul e na Ásia Central é de 24%, 34% e 26%, respectivamente.

FIGURA 13 Fecundidade não desejada, inoportuna e planejada, 15 países em 5 regiões



Demanda de contracepção não atendida

A principal causa direta de gravidez não planejada nos 15 países abrangidos neste capítulo — e globalmente — é que algumas mulheres que não querem engravidar não estão usando contraceptivos. Considera-se que essas mulheres têm uma demanda de contracepção que não é atendida (Westoff e Bankole, 1995).

O nível de demanda não atendida varia muito entre as sociedades. Os dados recolhidos através do programa de Pesquisas Demográficas e de Saúde mostram que a demanda não atendida nos 15 países analisados varia de um máximo de 25% na Suazilândia a um mínimo de 11% em Honduras (Figura 14).

Algumas mulheres com uma demanda de contracepção não atendida querem intervalos maiores entre suas gestações, enquanto outras têm o seu número preferido de filhos e querem prevenir futuras gestações.

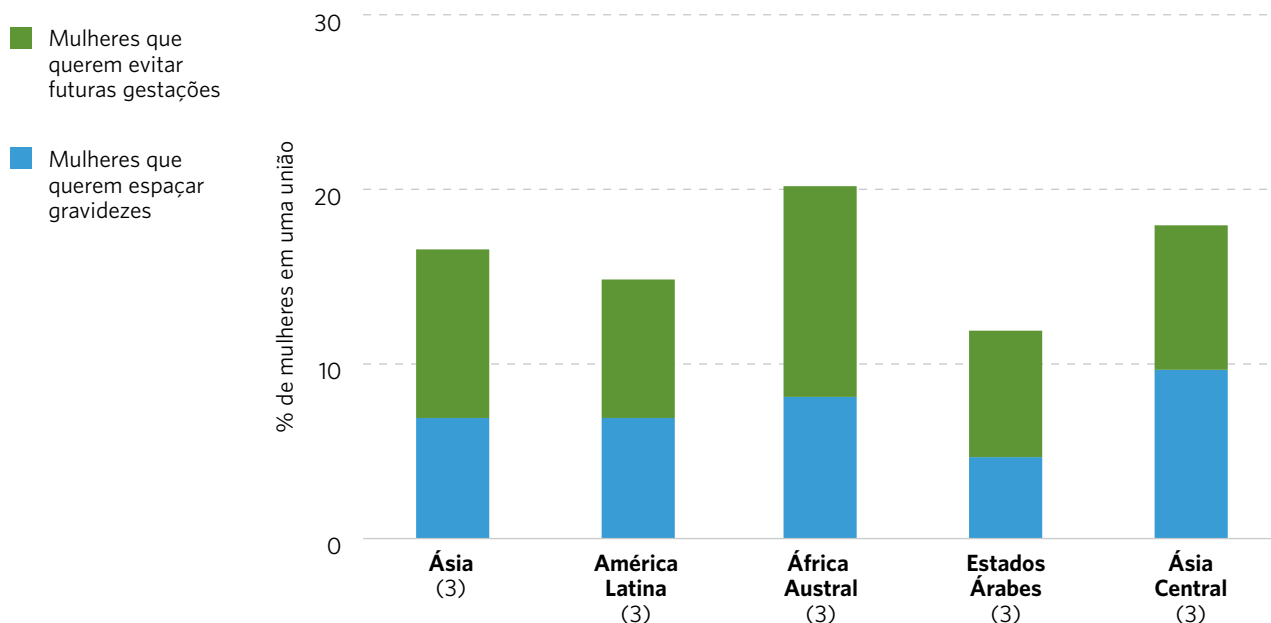
Como em muitos países, uma série de fatores sociais, de saúde e económicos representam barreiras para mulheres e homens que desejam usar métodos contraceptivos (Bongaarts et al., 2012; Sedgh e



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

FIGURA 14

Porcentagem de mulheres que têm uma demanda de contracepção não atendida, 15 países em 5 regiões



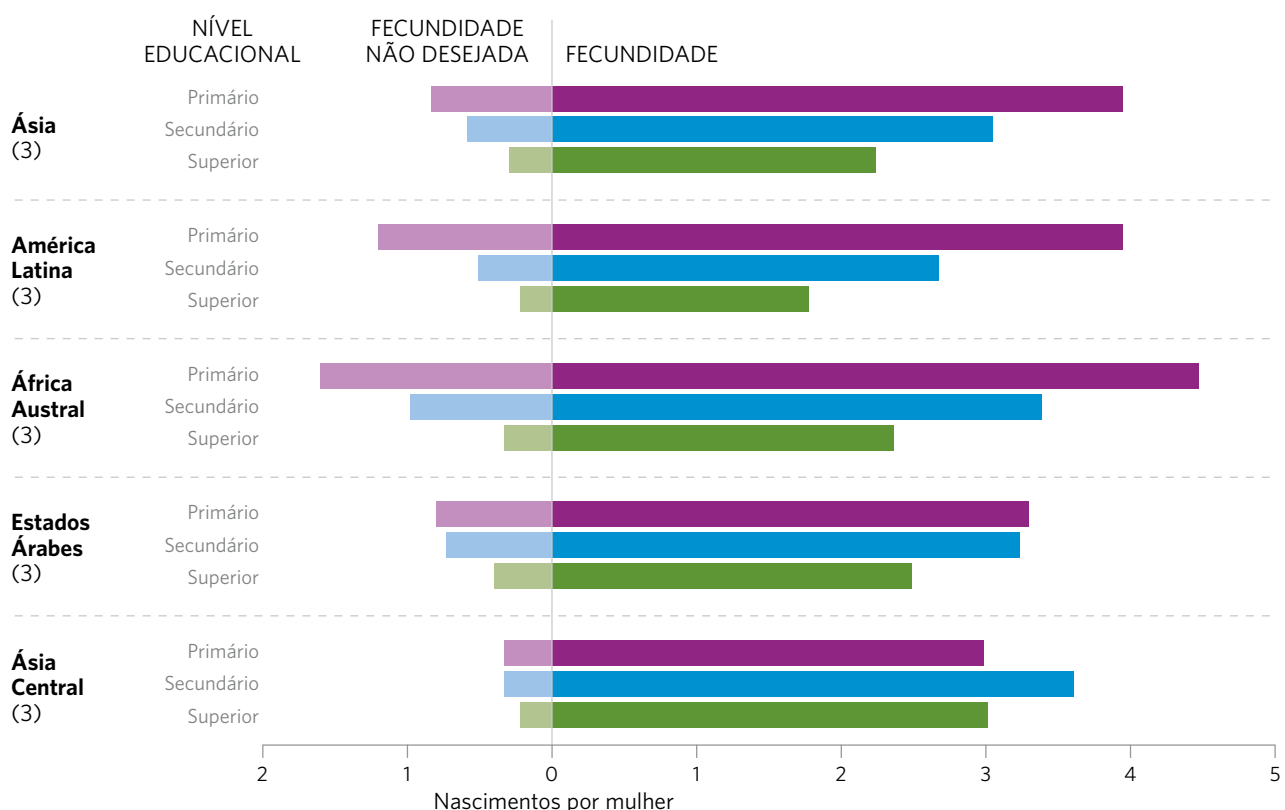
Hussain, 2014). Entre os obstáculos, destacam-se a falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos ou seus provedores, custos de métodos e serviços, preocupações com saúde e efeitos colaterais, e questões sobre aceitabilidade social. Preocupações com a saúde estão entre os motivos mais frequentemente relatados para não querer usar contraceptivos. Nos 15 países com recentes Pesquisas Demográficas e de Saúde, a maior proporção de mulheres que citaram saúde e efeitos colaterais era das Filipinas (26%). A desigualdade de gênero, manifestada nos maridos que são contrários às decisões das esposas de usar contraceptivos, é mais um grande obstáculo.

Fatores socioeconômicos

Como é o caso na maioria dos outros países, a fecundidade nos 15 países examinados neste capítulo é geralmente menor entre as mulheres com níveis mais altos de escolaridade (Figuras 15). Entre esses 15, os três da América Latina e do Caribe apresentam as maiores diferenças de fecundidade entre as mulheres com os níveis mais altos e mais baixos de escolaridade. Essa descoberta reflete, em parte, os níveis mais elevados de desigualdade socioeconômica.

Mulheres mais escolarizadas têm melhores taxas de sobrevivência de recém-nascidos e filhos, tendem a se casar mais tarde e têm maior autonomia na

FIGURA 15 Fecundidade e fecundidade não desejada por nível de escolaridade, 15 países em 5 regiões



Fonte: ICF; DHS and USAID (2018)



Ajudando adolescentes da Bolívia a prevenir a gravidez

FOCO NA BOLÍVIA

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

“Você pode ver que as mulheres jovens aqui em Punata estão se tornando mais fortes e mais empoderadas.”

Duveiza, 23

Duveiza Alcozer Villaroel, de 23 anos, senta-se à cabeceira de uma mesa onde o conselho de jovens de Punata está reunido.

Uma faixa brilhante no fundo diz “Jovens de Punata unidos por nossos direitos”. Ela descreve exatamente o que está acontecendo aqui: os adolescentes de Punata estão falando em defesa de seus direitos.

Punata, situada perto do Lago Allalay (“muito frio”, na língua quéchua), é a capital de Cochabamba, no centro comercial dessa região na Bolívia. Tem 35.000 habitantes, dos quais quase um terço são jovens.

Em 2012, a Bolívia aprovou uma lei que estabeleceu conselhos de jovens para lhes dar voz nas políticas e na governança do país. O primeiro desses conselhos foi em Punata.

“Há muito trabalho a ser feito aqui em Punata, especialmente na área de gravidez na adolescência”, diz Villaroel, diretora do conselho de jovens. “É melhor começarmos.”


Villaroel diz que as adolescentes de sua comunidade engravidam porque não sabem

nada sobre sexo ou como evitar uma gravidez, e têm medo de perguntar. “Eu me identifico com elas”, diz ela. “Fiquei grávida aos 19 anos.”

“O dia em que você descobre que está grávida é um dia que você nunca esquece”, diz ela. “É como uma ducha fria.”

Levar as jovens a falar sobre sexo é fundamental para ajudar adolescentes a evitar engravidar antes de estarem prontas. Muitas se sentem constrangidas ou envergonhadas de fazer perguntas, e muitas outras se sentem muito desconfortáveis para ir a uma clínica para obter contraceptivos.

Conselhos de juventude, como o de Punata, estão ajudando a promover as conversas sobre sexo,



Levar as jovens a falar sobre sexo é fundamental para ajudar adolescentes a evitar a gravidez antes de estarem prontas.

gravidez e contracepção, e isso está dando às meninas mais poder sobre suas vidas.

Luigi Burgoa, do UNFPA, diz que quatro ou cinco anos atrás as jovens não falavam sobre contracepção. Mas desde o estabelecimento dos conselhos de juventude, tudo isso mudou. “Você pode ver que as mulheres jovens aqui em Punata estão se tornando mais fortes e mais empoderadas”, diz ele.

Villaroel diz que ama seu filho, que agora tem 4 anos, mas mesmo assim quer fazer tudo o que estiver ao seu alcance para ajudar as adolescentes a terem filhos apenas quando estiverem prontas, e evitar o estresse e o estigma que muitas vezes vêm com a gravidez nessa idade. Ela e demais membros do conselho da juventude vão a mercados e lugares onde jovens se reúnem para distribuir panfletos sobre sexo e contracepção, para ajudar a entender como evitar a gravidez.

“Às vezes, as pessoas jovens se sentem envergonhadas e fogem quando veem nossos panfletos”, diz ela. Outras vezes, “dão de ombros, meio sem graça, quando veem palavras como preservativo ou implante”.

Quando Villaroel ficou grávida, ela estava em seu último ano de escola. “Foi extremamente difícil, mas consegui terminar e me formar. Meu filho ia comigo onde quer que eu fosse.”

“Eu tinha muitas aspirações”, acrescenta Villaroel. “Às vezes, como mãe, você é forçada a escolher entre você e o seu trabalho. Eu estava determinada a encontrar um equilíbrio, queria trabalhar e alcançar todo o meu potencial para que meu filho tivesse orgulho de mim.”

tomada de decisões sobre a vida reprodutiva, o que está relacionado à menor fecundidade. As mulheres com mais escolaridade também têm rendimentos mais elevados e, portanto, podem ter que abrir mão de sua renda para ter filhos. Mulheres mais instruídas normalmente também têm melhor conhecimento e acesso à contracepção e uma melhor compreensão de seus benefícios e, portanto, estão mais inclinadas a usá-la.

Programas de planejamento familiar patrocinados pelo governo têm um impacto maior sobre a fecundidade das pessoas pobres e menos instruídas, aumentando as suas opções sobre o número e a ocasião das gestações. Enquanto as mulheres mais ricas e mais instruídas têm os recursos para realizar suas próprias metas de fecundidade, as pobres enfrentam enormes obstáculos econômicos ao acesso à contracepção e precisam, portanto, contar com os serviços gratuitos oferecidos pelos programas nacionais. Onde existem programas nacionais de planejamento familiar mais fortes, geralmente há menor fecundidade não desejada. Entre os 15 países estudados neste capítulo, os Estados Árabes e os países da Ásia têm programas mais sólidos. Nestes países, as diferenças na fecundidade não desejada por nível de educação são menores.

Estabilizações e reversões

Uma vez que a transição da fecundidade começa, a fecundidade normalmente cai até se aproximar do nível de reposição. Os países onde esse declínio constante da fecundidade estagnou ou inverteu seu curso incluem Argélia, Egito, Cazaquistão, Quirguistão, Marrocos, Namíbia, Panamá, Tadjiquistão e Turcomenistão.

Choques econômicos, guerras e fome podem levar casais a evitar temporariamente a gravidez. A fecundidade na Argélia, por exemplo, caiu para o nível de reposição nos anos 90, coincidindo com o conflito no país. Em 2010, após o término do conflito, a fecundidade reverteu a quase três filhos por mulher.

Como outro exemplo, a crise econômica que atingiu os países da Ásia Central no início

dos anos 90 foi acompanhada por reduções na fecundidade (Figura 16). Com o abrandamento da crise econômica no início dos anos 2000, a fecundidade se recuperou. À medida que as condições econômicas continuaram a melhorar, a fecundidade retomou seu declínio.

Nestes quatro países da Ásia Central, a demanda não atendida de contracepção moderna também pode estimular a fecundidade. Quase uma em cada cinco mulheres tem uma demanda não atendida de contracepção no Tajiquistão e no Quirguistão, decorrente em parte de serviços limitados de planejamento familiar (particularmente em áreas rurais), uma gama restrita de opções contraceptivas, alto custo e poder limitado para tomar decisões sobre o uso de contraceptivos.

A demanda não atendida é maior entre as mulheres casadas entre 15 e 24 anos de idade do que entre aquelas entre 25 e 49. No Quirguistão, por exemplo, entre 1997 e 2012, a demanda

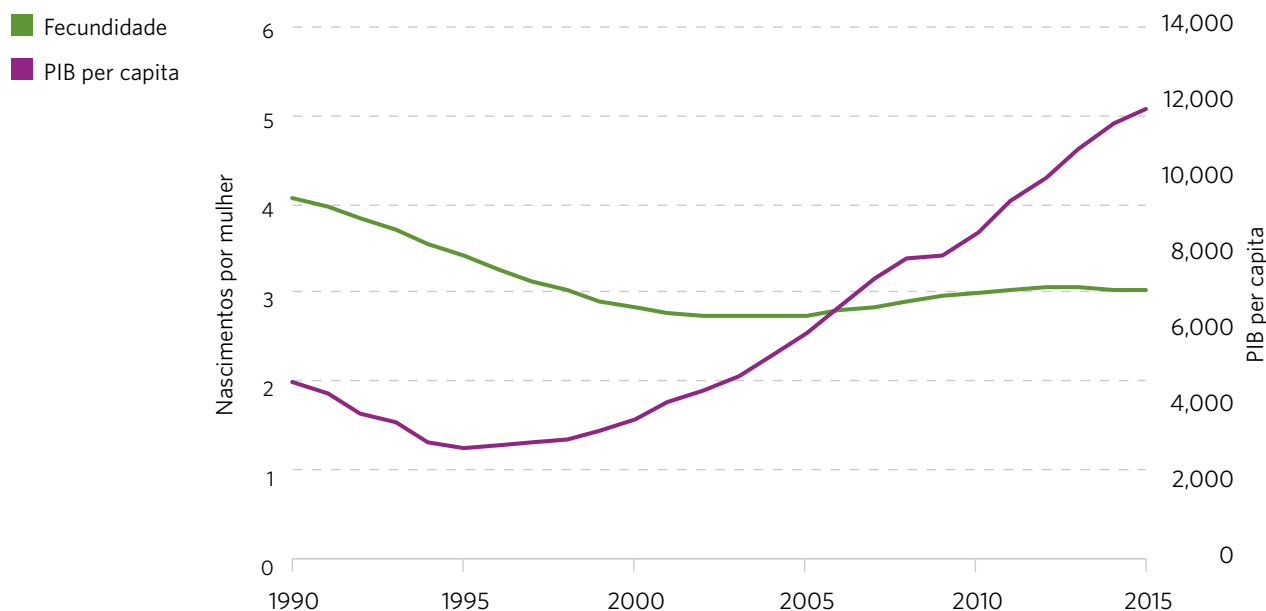
não atendida entre as jovens mulheres casadas aumentou 8,6 pontos percentuais, enquanto o uso de contracepção caiu drasticamente de 45,5% para 19,3%.

Apesar da disponibilidade de serviços de saúde adequados a pessoas jovens em alguns países, as escolas geralmente não oferecem educação integral em sexualidade que esteja alinhada com as diretrizes do UNFPA e da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura). Além disso, o casamento infantil persiste e as meninas noivas têm acesso limitado ou nenhum acesso a serviços de saúde reprodutiva, inclusive planejamento familiar. Um grande obstáculo enfrentado pelas meninas que se casam é a oposição dos maridos e das famílias deles à contracepção.

Uma diminuição na fecundidade pode ocorrer por outras razões além da crise. Por exemplo, a fecundidade pode diminuir temporariamente quando um grande número de mulheres decide

FIGURA 16

Tendências do PIB per capita (paridade do poder de compra) e da fecundidade, média de quatro países da Ásia Central



Fonte: Nações Unidas (2017) and Banco Mundial (2017)

adiar a gravidez para que elas possam completar o ensino secundário ou universitário, ou iniciar uma carreira. Uma vez que essa coorte de mulheres conclua o ensino superior e tenha iniciado uma carreira profissional, elas podem decidir constituir famílias, resultando em maior fecundidade.

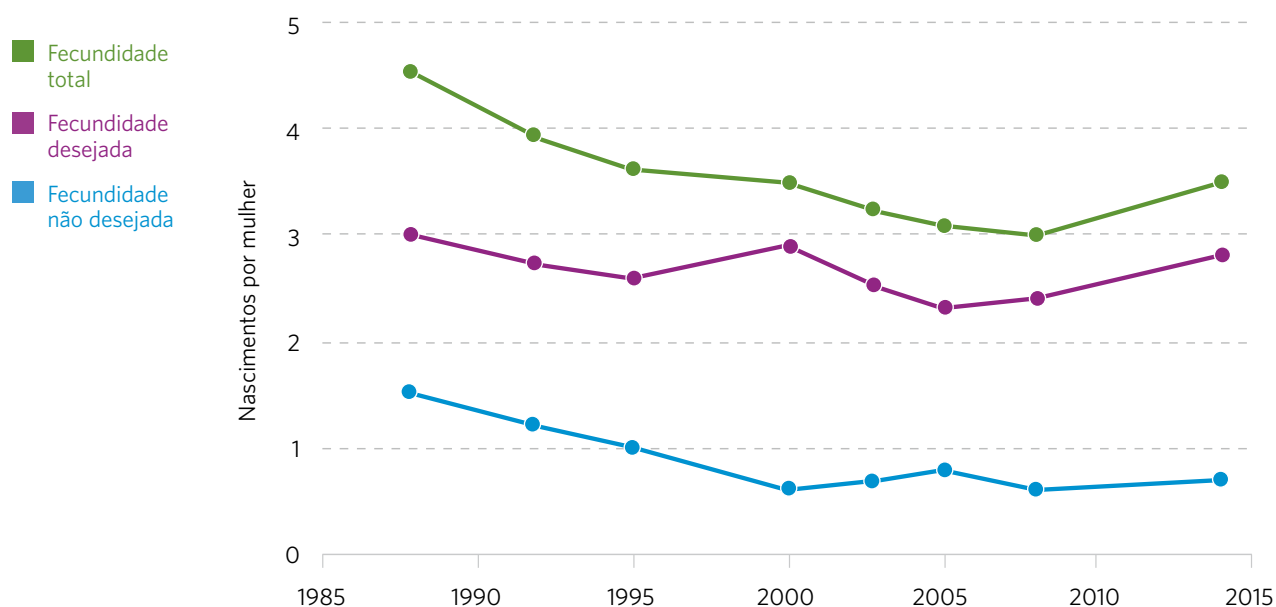
Cortes nos programas de planejamento familiar também podem diminuir o declínio da fecundidade ou aumentar a fecundidade (Blanc e Tsui, 2005). A fecundidade no Egito, por exemplo, declinou de forma constante de 4,5 filhos por mulher em 1988 para 3,0 em 2008, antes de reverter para 3,5 em 2014 (Figura 17). Antes de 2008, o Governo havia investido pesadamente no planejamento familiar, com o apoio de doadores estrangeiros. Esses investimentos, que tornaram os serviços disponíveis em todo o país, resultaram em conhecimento generalizado sobre contracepção, e uma consciência quase universal de que os métodos contraceptivos modernos permitiram às pessoas e aos casais ter menos filhos.

Entre 2000 e 2007, a assistência internacional para o planejamento familiar no Egito era, em média, de US\$ 33 milhões ao ano. A partir de 2008, no entanto, a assistência despencou para US\$ 3 milhões por ano em 2011 e 2012, enfraquecendo o programa.

O Governo aumentou o seu próprio financiamento para preencher a lacuna, mas a quantidade não foi suficiente para restaurar programas e serviços para níveis anteriores a 2007. O financiamento reduzido afetou a prestação de serviços e as campanhas de informação. Além disso, antes de 2007, os dois principais canais de televisão do país haviam veiculado campanhas de informação gratuitamente. Nos últimos anos, a audiência transferiu-se para novos canais de propriedade privada, que não fornecem tempo de TV a essas campanhas gratuitamente. Como resultado, menos pessoas estão recebendo informações sobre os benefícios do planejamento familiar, assim contribuindo para uma reversão da fecundidade.

FIGURA 17

Tendências de fecundidade no Egito, 1988–2014



Fonte: ICF; DHS and USAID (2018)

Quando a transição da fecundidade termina

As tendências de fecundidade em vários países não seguiram os caminhos tradicionais de transição da fecundidade. Depois de declinar por décadas, a fecundidade em alguns países se estabilizou ou aumentou.

Em alguns casos, pode-se atribuir a saída do curso 'normal' aos efeitos de conflitos ou choques econômicos. Em outros, o acesso limitado a toda a gama de métodos e serviços de planejamento familiar, particularmente em comunidades pobres e rurais, pode ser responsável pela fecundidade que permanece constante ou aumenta.

Porém, o fato de países desse grupo não seguirem o curso normal da transição da fecundidade por si só não significa que eles não tenham concluído suas transições de fecundidade. Em alguns países, é possível que a transição da fecundidade não termine no nível de reposição – 2,1 filhos por mulher — mas a uma taxa maior, entre 2,5 e 3,0 filhos por mulher. A fecundidade no Marrocos, por exemplo, de cerca de 2,5 atualmente, mudou muito pouco desde 2000.

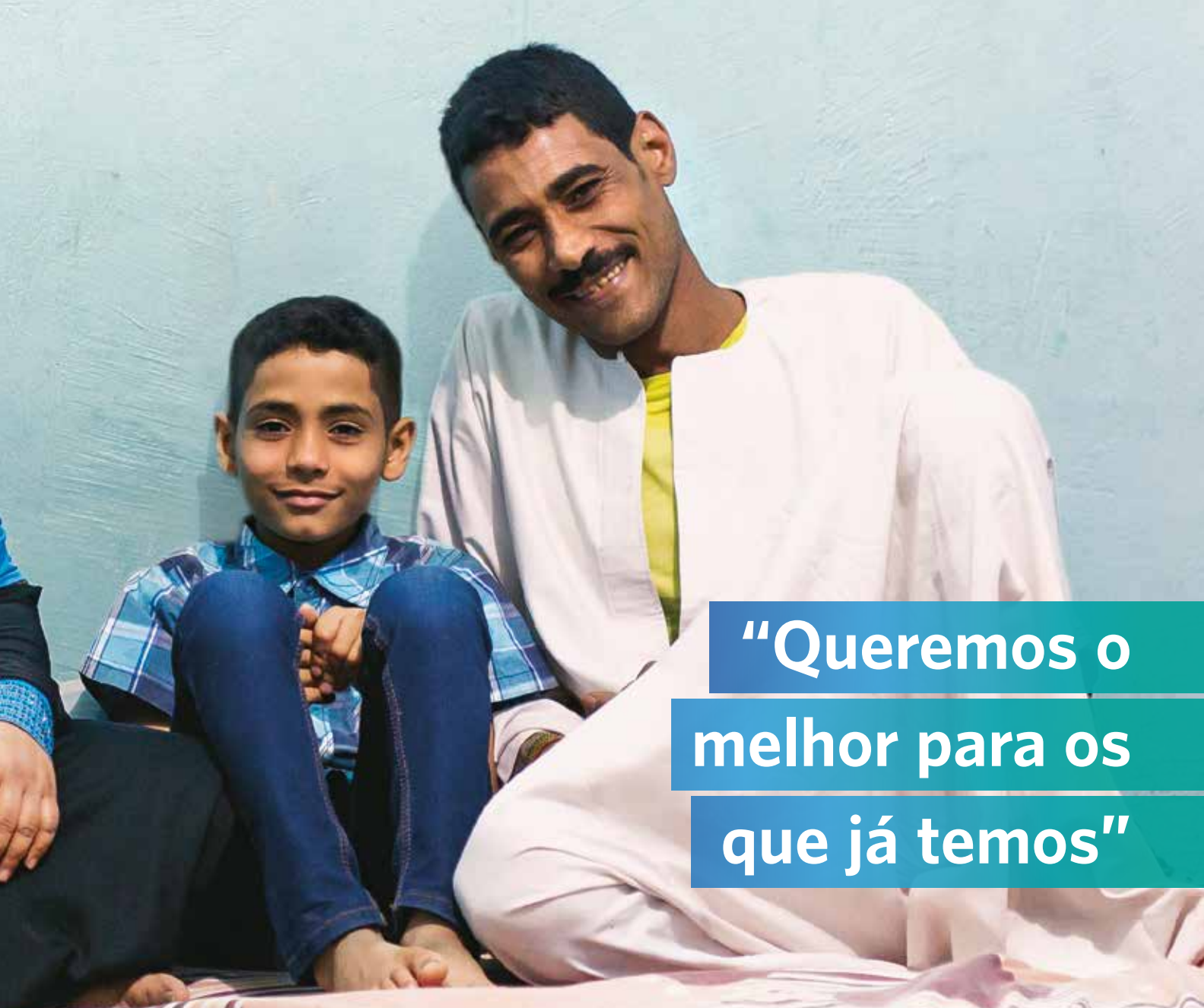
O fato de países não seguirem o curso normal da transição da fecundidade não significa que eles não tenham concluído suas transições de fecundidade.



FOCO NO EGITO

“Depois que Mahmoud nasceu, eu retomei o planejamento familiar”

Um Ahmed, 32



**“Queremos o
melhor para os
que já temos”**

© UNFPA/Roger Anis

“Temos três filhos”, diz Mohamed. “E queremos dar a todos eles um bom futuro”.

Mohamed, 37, e Um Ahmed, 32 anos, casaram-se há 16 anos em Luxor, no Egito, onde ambos nasceram e cresceram. Cerca de um ano depois do casamento, Um Ahmed deu à luz sua filha Mariam e, dois anos depois, a seu filho Ahmed.

“Depois disso, decidimos que não queríamos mais filhos e começamos a usar o planejamento familiar”, explica Mohamed. “Queríamos ter certeza de que as duas crianças tivessem uma boa educação e fossem saudáveis”.

Mas nos cinco anos seguintes, o pai de Mohamed pressionou o casal a ter mais

filhos e, finalmente, eles cederam, dando à luz seu terceiro filho, Mahmoud. “Depois que Mahmoud nasceu, eu retomei o planejamento familiar”, diz Ahmed.

O trabalho na construção permitiu que Mohamed sustentasse sua família até cerca de cinco anos atrás, quando o fluxo de turistas estrangeiros aos locais históricos de Luxor diminuiu, enfraquecendo a economia da cidade e deixando Mohamed sem meios de ganhar a vida. O casal e seu filho mais novo se mudaram para o Cairo, enquanto os dois filhos mais velhos ficaram para trás com a família para que pudessem continuar os estudos.

Hoje, Mohamed trabalha como porteiro em um prédio de apartamentos em Nasr City, o bairro mais densamente povoado do Cairo, e vive em um modesto alojamento no porão. Ele dedica parte de seu salário para pagar a escola de seu filho, que tem turmas pequenas e professores bem treinados. Seu filho diz que sua matéria

favorita é matemática e pensa em se tornar um médico quando crescer.

“Três crianças são mais que suficientes”, diz Mohamed. Sua esposa concorda: “Queremos o melhor para os que já temos”.

A maioria quer três filhos

Três é o número de filhos que um egípcio médio deseja, de acordo com Magued Osman, diretor executivo do Centro Egípcio Baseera de Pesquisa de Opinião Pública. Mas essa média esconde diferenças regionais, rurais e urbanas no tamanho ideal de família, que vai desde um pouco mais de dois filhos em Alexandria a quase cinco em Matruh Governorate na ponta do lado Noroeste do país.

E há discrepâncias entre o número de filhos que as pessoas querem e o número que elas realmente têm. Enquanto a média do número desejado de filhos em todo o país é de 3,0, o número que se tem é 3,5.

**O empoderamento das mulheres,
o desenvolvimento econômico
inclusivo e o acesso ao
planejamento familiar podem,
juntos, podem permitir que
pessoas e casais tomem
suas próprias decisões sobre
o tamanho da família.**



“Quantos filhos você quer depende de onde você mora, como você mora e se você foi mentalmente condicionado pelo seu grupo social a ter pelo menos um menino”, diz Germaine Haddad, representante assistente do UNFPA no Cairo. Quantos você realmente tem pode depender das pressões da família, do viés de gênero nas leis sobre herança, e da renda. E isso geralmente depende do acesso à contracepção moderna e de informações precisas sobre seu uso seguro.

Escolhas conscientes

Informações imprecisas sobre os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos modernos fazem com que uma em cada três mulheres egípcias pare de usá-los no primeiro ano, o que leva a gestações não desejadas.

“As mulheres precisam de informações”, diz a Dra. Wafaa Benjamin Basta, obstetra e ginecologista que tem consultório particular, mas também presta serviços a pacientes por meio de um hospital universitário municipal.

“Algumas mulheres não sabem que têm escolhas”, diz Basta. “Eu ajudo as mulheres a tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde com base em informações sólidas e precisas.”

“A maioria das mulheres que vejo está preocupada com os efeitos colaterais. Mas muitas dessas preocupações não são baseadas em fatos. É por isso que a pílula não é popular no Egito: as mulheres supõem erroneamente que ela causará ganho de peso ou câncer de mama.”

Embora todos os métodos contraceptivos modernos estejam disponíveis em sua clínica particular, a maioria das suas pacientes escolhe dispositivos intrauterinos, explica Basta. Um número crescente de pacientes são mulheres jovens casadas que querem adiar a gravidez enquanto terminam seus estudos ou iniciam uma carreira.



© UNFPA/Roger Anis

“Eu ajudo as mulheres a tomar suas próprias decisões sobre cuidados de saúde com base em informações sólidas e precisas.”

Dr. Wafaa Benjamin Basta

As mulheres que chegam ao seu consultório geralmente pretendem ter um filho, ou no máximo dois. Mas as mulheres que ela vê no hospital universitário costumam dizer que querem cinco ou seis filhos. Essas mulheres, diz ela, veem os filhos como possíveis cuidadores à medida que os pais envelhecem. Elas também consideram os filhos como uma fonte de estabilidade e patrimônio familiar.

Taxas de natalidade crescentes

Estatísticas de Governo e das Nações Unidas mostram que famílias maiores são mais comuns em comunidades mais pobres e rurais. Mas as famílias numerosas também estão relacionadas a taxas mais altas de casamento infantil. No

Cairo, onde é comum haver cerca de dois filhos por família, os casamentos infantis respondem por menos de 3% de todos os casamentos. Na província rural de Matruh Governorate, onde ter quatro ou mais filhos é comum, os casamentos infantis respondem por cerca de 21% de todos os casamentos.

A atual taxa de fecundidade de 3,5 no Egito está acima da taxa de 3,1 registrada em 2009. Algumas autoridades a atribuem ao enfraquecimento dos programas de planejamento, que foram financiados por um grande país estrangeiro doador até cerca de 2006. Naquela época, a economia do Egito passou a crescer rapidamente, com PIB per capita quase dobrando de cerca de US\$ 1.400 em 2000 para cerca de US\$ 2.600 em 2010. A “graduação” econômica do país resultou na retirada gradual do financiamento de doadores.

Hoje, 12,5% das mulheres no Egito têm uma demanda não atendida de métodos contraceptivos modernos. A taxa é ainda maior nas partes rurais do país.

As campanhas de informação sobre planejamento familiar também foram reduzidas após 2006. Em 2005, 80% dos que responderam a uma Pesquisa Demográfica e de Saúde disseram ter ouvido ou visto mensagens sobre planejamento familiar no ano anterior. Um levantamento semelhante em 2014 mostrou que apenas 20% haviam recebido tais mensagens.

Educação integral em sexualidade não é oferecida nas escolas. Mensagens sobre planejamento familiar — e informações básicas sobre reprodução — devem, portanto, vir de outras fontes. Através de um programa de educação de pares apoiado pelo UNFPA, o Y-Peer, jovens informam outros jovens sobre infecções sexualmente transmissíveis, violência doméstica, direitos humanos, relacionamentos e gravidez.

Mohamad Hassan, 22 anos, estudante de medicina da Universidade Al Azhar, no Cairo, é voluntário do programa Y-Peer. Ele diz que 80% das pessoas que comparecem a suas oficinas pedem informações básicas sobre anatomia.

A população deverá dobrar

Nas taxas de crescimento atuais, a população do Egito, de 95 milhões, deve aumentar para 119 milhões até 2030 e pode mais do que duplicar para 200 milhões até 2100. Cerca de 6 em cada 10 pessoas que participaram de uma Pesquisa Demográfica e de Saúde em 2014 responderam “sim” quando questionadas se o país tem um “problema populacional”.

Em 2014, o governo lançou uma estratégia nacional para a população e o desenvolvimento que visa reduzir o crescimento populacional, apoiando o direito dos casais de decidir se querem filhos, quando ou com que frequência.

Segundo Hussein Sayed, da Faculdade de Economia e Ciência Política da Universidade do Cairo, a estratégia nacional, que ele ajudou a

*“Queremos garantir
uma vida melhor para
os dois que temos.
O mais importante é
que eles tenham uma
boa educação.”*

Rasha

desenvolver, é toda sobre direitos, inclusive direitos reprodutivos. Uma característica fundamental da estratégia é reduzir a demanda não atendida de planejamento familiar pela metade até 2030, particularmente nas áreas rurais e nas favelas urbanas, onde os serviços são escassos e a escolha de métodos contraceptivos é limitada.

A estratégia também ataca o analfabetismo entre as meninas a fim de ampliar suas oportunidades de ingressar na força de trabalho remunerada. As medidas incluem ajuda em dinheiro às famílias pobres com a condição de que mantenham suas meninas na escola. Ao mesmo tempo, o Governo tornou o ensino obrigatório até a idade de 18 anos.

Outras medidas se destinam a promover o crescimento econômico e a criar empregos e meios de subsistência para a população pobre do país.

O empoderamento das mulheres, o desenvolvimento econômico inclusivo e o acesso ao planejamento familiar, juntos, podem permitir que pessoas e casais tomem suas próprias decisões sobre o tamanho da família.

Uma vida melhor para seus filhos

Ahmed e Rasha se conheceram há 10 anos no escritório onde ele trabalhava em compras e logística e ela trabalhava no registro de dados. Os dois namoraram e logo decidiram que combinavam bem. Eles se casaram no ano seguinte e tiveram seu primeiro filho, Mohamed.

Ahmed continuou trabalhando enquanto Rasha ficava em casa para cuidar do filho. Quatro anos depois, nasceu o segundo filho, Raghad. Ainda quando estavam noivos, os dois decidiram em conjunto que só teriam dois filhos. “Não precisamos de mais filhos”, diz Rasha. “Queremos garantir uma vida melhor para os dois que temos. O mais importante é que eles tenham uma boa educação”.

Ahmed diz que quer criar seus filhos para terem boas maneiras e bons princípios, e terem boa escolaridade. “Eu quero que eles tenham o que precisam na vida para poderem fazer boas escolhas sobre seu futuro”.





CAPÍTULO 4

Muitos caminhos para um destino

Em 33 países, as taxas de fecundidade caíram apenas recentemente para cerca de 1,7 a 2,5 filhos por mulher. Este grupo é composto por Estados Árabes, países da América Latina e do Caribe e também da Ásia. Inclui a Índia, com uma população de mais de 1,3 bilhão, e o Qatar, com apenas 2,6 milhões de pessoas.



© Paul Smith/Panos Pictures

E inclui países de alta renda, como o Bahrein, países de baixa renda, como o Nepal, e países com renda em algum ponto na média entre esses extremos (Figura 18).

Esse grupo não só é geograficamente e economicamente diverso, como também é diverso nos caminhos seguidos em direção às atuais taxas de fecundidade e nos desafios que pessoas e casais enfrentam ao exercer seu direito de decidir se querem ter filhos, quando e com que frequência tê-los.

Tendências de fecundidade

Em cerca de um terço dos 33 países estudados neste capítulo, a fecundidade era alta na década de 1980, mas depois caiu rapidamente para as taxas atuais, em torno do nível de reposição. Esses países são Bangladesh, El Salvador, Irã, México, Nepal, Nicarágua, Peru e vários Estados Árabes.

Nos outros, a transição da fecundidade geralmente começou mais cedo, na década de 1960, e daí em diante a fecundidade continuou caindo gradualmente

TAXA DE FECUNDIDADE ENTRE 1,7 E 2,5 NASCIMENTOS POR MULHER



para as taxas atuais. Esse grupo inclui países latino-americanos como o Brasil e o Chile, países asiáticos como o Sri Lanka e a Malásia, e países mediterrâneos como a Turquia e o Líbano.

Índia e Myanmar são diferentes do resto do grupo, pois tiveram declínios lentos, porém constantes, na fecundidade, que começaram depois dos anos 1960. E a Argentina e o Uruguai são diferentes porque tinham menor fecundidade do que qualquer um dos outros países antes dos anos 1960.

Bangladesh, El Salvador, Nepal, Índia, Mianmar e Nicarágua também são incomuns porque hoje têm taxas de fecundidade próximas ao nível de reposição, apesar de terem renda per capita menor do que a de outros países com fecundidade no nível de reposição. Na maioria das outras partes do mundo, essa baixa fecundidade é alcançada apenas em níveis mais altos de renda. Esses países e outros, no entanto, obtiveram ganhos no desenvolvimento humano, refletidos na melhoria



© Joshua Cogan/PAHO

da saúde, na maior escolaridade e na redução da mortalidade infantil.

Transições nos Estados Árabes, na Ásia e em outros locais

A fecundidade declinou rapidamente na década de 1990 no Irã, na Líbia, no Nepal e nos Emirados Árabes Unidos. A fecundidade diminuiu ainda mais cedo em Bangladesh, na Indonésia, no Kuwait, no Líbano, no Sri Lanka e na Tunísia.

A fecundidade varia de acordo com o local de residência (cidade ou área rural), renda e nível de educação, particularmente de mulheres.

Bangladesh, Índia, Indonésia, Irã e Turquia registraram declínios substanciais na mortalidade de bebês e crianças, em parte devido ao alcance mais amplo dos sistemas de saúde, desenvolvimento econômico, redução da pobreza e maior número de matrículas de meninas no ensino primário e secundário (Khuda et al. , 2001; Abbasi-Shavazi et al., 2009; James, 2011; Hull, 2012, 2016; Jones, 2015; Guilmoto, 2016; Yücesahin et al., 2016). A menor mortalidade infantil eliminou um dos fatores determinantes do maior tamanho das famílias nesses países. Esses países também tinham fortes programas nacionais de planejamento familiar, o que contribuiu para reduzir a fecundidade (Hull e Hull, 1997; Akin, 2007; Abbasi-Shavazi

et al., 2009; Hayes, 2012; Jones, 2015; Khuda e Barkat, 2015).

A Índia merece menção especial: embora a fecundidade total média para todo o país seja de 2,3 filhos por mulher, ela está acima de 3,0 nos Estados de Uttar Pradesh, Bihar e Madhya Pradesh, e abaixo do nível de reposição em Maharashtra e Bengala Ocidental, e nos quatro estados do extremo Sul. Estados com fecundidade abaixo do nível de reposição representam 50% da população do país (James, 2011). Muitos distritos na Índia têm fecundidade abaixo do nível de reposição, enquanto cerca de metade tem fecundidade de 3,0 ou mais filhos por mulher (Mohanty et al., 2016). A fecundidade



na Índia urbana caiu para abaixo do nível de reposição em 2007.

As variadas taxas de fecundidade da Índia não estão claramente vinculadas aos níveis de renda e são provavelmente influenciadas por uma infinidade de fatores. Os estados de Kerala e Tamil Nadu, por exemplo, tiveram grandes declínios de fecundidade, apesar do crescimento econômico limitado. Esses estados têm, comparativamente, menos desigualdade de gênero e econômica e também passaram por um rápido desenvolvimento social (Visaria, 2009; Pande et al., 2012). O vizinho Sri Lanka também registrou quedas de fecundidade, apesar do crescimento econômico mais lento (Jayasuriya, 2014).

A fecundidade nos países considerados neste capítulo varia de acordo com o local de residência (cidade ou área rural), renda e nível de educação, particularmente de mulheres. A fecundidade é geralmente mais elevada entre as mulheres com menos escolaridade do que entre as mulheres com pelo menos o ensino médio/secundário (Figura 19). Nos países onde há menos correlação entre menor fecundidade e mais educação, os programas voluntários de planejamento familiar estão em vigor há muitos anos e atingiram um corte transversal da população. E em alguns desses países, a fecundidade é menor devido ao recurso do aborto.

Em Bangladesh, Índia, Indonésia e Irã, a transição para famílias menores também é atribuída a um

FIGURA 19 Fecundidade, por nível educacional, entre mulheres de 30 a 34 anos, países selecionados com fecundidade em torno do nível de reposição, mais recentes dados disponíveis (Secundário superior = 1,00)

PAÍS	SEM INSTRUÇÃO	PRIMÁRIO INCOMPLETO	PRIMÁRIO CONCLUÍDO	SECUNDÁRIO INFERIOR	SECUNDÁRIO SUPERIOR	PÓS SECUNDÁRIO
Bahrein	3,08	1,70	1,53	0,86	1,00	1,09
Bangladesh	1,41	1,39	1,26	1,15	1,00	1,05
Índia	2,18	1,50	1,54	1,37	1,00	1,25
Indonésia	1,06	1,15	1,18	1,12	1,00	1,14
Irã	1,80	1,80	1,80	1,24	1,00	0,83
Kuwait	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Líbano	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Líbia	2,12	1,69	1,45	1,26	1,00	1,03
Malásia	1,26	1,24	1,20	1,03	1,00	0,82
Mianmar	2,06	1,94	1,61	1,28	1,00	0,72
Nepal	2,06	1,74	1,39	0,99	1,00	0,96
Catar	1,43	1,43	1,43	1,18	1,00	0,90
Sri Lanka	1,66	1,39	1,28	1,11	1,00	0,95
Tunísia	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Turquia	2,55	1,70	1,50	1,02	1,00	0,76
Emirados Árabes Unidos	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,81
Uzbequistão	1,11	1,11	1,11	1,09	1,00	0,81

Fonte: Lutz et al. (2014)

A fecundidade é geralmente mais elevada entre as mulheres com menos escolaridade do que entre as mulheres com pelo menos o ensino secundário.

maior apoio aos direitos reprodutivos. No Irã, por exemplo, a ampliação dos serviços de saúde reprodutiva para as áreas rurais, juntamente com o aumento das opções de métodos contraceptivos, permitiu que mais pessoas tomassem suas próprias decisões sobre o número e o momento das gestações. Em Bangladesh, as organizações não-governamentais desempenharam um papel importante na melhoria da saúde reprodutiva e garantiram às mulheres o poder e os meios para decidir se querem filhos, quando e com que frequência. Na Indonésia, no final da década de 1990, os serviços de planejamento familiar baseados na comunidade ampliaram o alcance do programa nacional de planejamento familiar (Hull e Hull, 1997).

Embora muitos desses países tenham sólidos programas nacionais de planejamento familiar, muitas pessoas e casais enfrentam obstáculos no acesso aos serviços. Um desses obstáculos é uma gama limitada de opções de métodos contraceptivos modernos.

A fecundidade e o papel do casamento

Nos países do Sul da Ásia, alguns Estados Árabes e alguns outros países populosos como Indonésia, Irã e Turquia, o casamento e seu momento têm um impacto considerável no tamanho da família, já que a gravidez fora do casamento nesses países é rara. A



FOCO NO IRÃ

*“Em nossos corações,
sabíamos que
queríamos um filho.”*

Sara, 35



Superando obstáculos econômicos para começar uma família

© UNFPA/Reza Sayah

Sara Ghorbani diz que a maior alegria em sua vida é seu filho. Mas ela se lembra da época em que a maternidade ainda era um sonho distante.

Dois anos depois do casamento, o marido de Sara, Fouad, perdeu o emprego numa época em que a economia iraniana sofria de grave estagnação, inflação e desemprego.

“No começo, eu era contra ter um filho”, disse a esteticista de 35 anos, que mora com o marido em um apartamento de dois quartos nos

arredores da capital Teerã. “Eu ficava dizendo: é difícil. Não tínhamos certeza se poderíamos cuidar de uma criança ou dar uma educação adequada”.

Mas o casal nunca desistiu do sonho de ter um filho e decidiu que não iria mais esperar que as coisas melhorassem.

“Em nossos corações, sabíamos que queríamos um filho. Esse pensamento nunca deixou nossas mentes”, diz Sara.

“Nós decidimos: se queremos isso, nós podemos fazer isso acontecer.”

Cinco anos atrás, Sara e Fouad se tornaram pais orgulhosos de um menino chamado Caren. O casal diz que criar um filho tem sido o maior desafio de suas vidas, mas nunca foram mais felizes do que agora.

“Claro, é difícil, mas se torna hábito”, diz Sara. “É como se Deus nos desse energia e vigor.”

“Quando eu olho para Caren e vejo como ele está crescendo, eu gosto muito disso”, disse Fouad.

“Eu queria um filho antes de ficar velho demais. É

por isso que nunca me arrependi disso.

Sara e Fouad estão felizes com a decisão de ter um filho. O governo ficaria feliz se Sara e Fouad tivessem mais. Isso porque, nas últimas três décadas, os casais do Irã estão tendo menos filhos, e os analistas dizem que a tendência está ameaçando a economia do país.

“Isso nos deixa muito preocupados”, diz o Dr. Ali Reza Marandi, professor de pediatria e ex-ministro da Saúde do Irã. “Baixas taxas de fecundidade podem causar sérios danos ao futuro de um país”.

Durante a década de 1980, o Irã enfrentou um problema muito diferente. Especialistas em



população dizem que os casais casados estavam tendo muitos filhos.

Marandi liderou uma campanha bem-sucedida para reduzir a crescente taxa de fecundidade do Irã, que ficou em quase sete filhos por mulher — o nível mais alto registrado no país. Com uma campanha de planejamento familiar financiada pelo governo, o tamanho médio da família caiu de quase sete filhos para menos de dois em 2003.

Hoje, a taxa total de fecundidade do Irã é de 2,01 filhos por mulher, ligeiramente abaixo de 2,1, o nível considerado necessário para manter o tamanho populacional estável.

Marandi diz que o crescimento econômico futuro depende de casais com mais filhos — caso contrário, pode não haver jovens trabalhadores entrando no mercado de trabalho ou contribuindo para programas e serviços para pessoas idosas.

“Aqueles que produzem em uma economia são as pessoas jovens. Se os jovens continuarem a diminuir e os idosos continuarem a aumentar, podemos chegar a um ponto, em apenas alguns anos, quando não conseguiremos alimentar e cuidar dos idosos”, diz Marandi.

Em 2014, o governo lançou uma campanha publicitária pedindo aos casais jovens que tenham mais bebês. Cartazes ao ar livre em toda a cidade de Teerã diziam: “Mais filhos, vida mais feliz”. O líder supremo do Irã pediu aos iranianos que tivessem “quatro ou cinco filhos” para contribuir para o desenvolvimento do país.

Desde a campanha, a taxa total de fecundidade do Irã aumentou ligeiramente, mas analistas e autoridades do governo dizem que ainda enfrentam desafios.

**Os casais do Irã estão
tendo menos filhos,
e analistas dizem
que a tendência
está ameaçando a
economia do país.**

Muitas jovens iranianas estão adiando os planos de se casar para, em vez disso, avançar na educação. Um número crescente de homens diz não ter condições financeiras de se casar e está esperando a economia melhorar.

Muitas iranianas que se casam optam por seguir uma carreira profissional em vez de ter filhos.

Sara e Fouad têm empregos de tempo integral para sustentar o filho, e eles ainda se preocupam com o futuro da economia iraniana, mas dizem que são a prova de que, mesmo quando as circunstâncias não são ideais, você pode se casar, ter filhos e viver uma vida feliz.

“Eu acho que sempre que você quer algo, você pode fazer acontecer. O importante é que você tem que querer”, disse Sara.

“O fato de termos um filho que vem de mim é maravilhoso. Isso me faz esquecer dos problemas do dia inteiro.”

maternidade nesses países geralmente começa logo após o casamento. Embora a idade média das meninas na época do casamento tenha aumentado nesses países, o casamento infantil continua sendo comum, especialmente em Bangladesh, na Índia, na Indonésia e no Nepal (Figura 20). O casamento infantil é uma violação dos direitos previstos na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, que esses quatro países ratificaram.

Em todos esses países, as gravidezes não desejadas contribuem para taxas mais altas de fecundidade. Se a fecundidade não desejada fosse eliminada através de meios como o aumento do acesso à contracepção, as taxas médias de fecundidade cairiam em mais da metade de um filho por mulher (Figura 21).

Em Bangladesh, tanto a fecundidade desejada quanto a não desejada diminuíram constantemente

desde meados da década de 1990. Isso é um reflexo de um desejo geral de ter menos filhos e o impacto de políticas e serviços que capacitam pessoas e casais a tomar suas próprias decisões sobre o tamanho da família. A fecundidade desejada e a não desejada também caíram no Nepal.

Na Índia, entre 2005 e 2015, a fecundidade não desejada caiu acentuadamente, de 0,8 para 0,4 filhos, refletindo uma tendência de os casais terem meios para prevenir a gravidez e ter o seu número preferido de filhos. Na Indonésia, entre 1987 e 2015, a fecundidade desejada e a não desejada diminuíram marginalmente, sugerindo que o tamanho de família desejado naquele país mudou pouco e que os programas de planejamento familiar estão permitindo que os casais tenham o número de filhos que desejam.

FIGURA 20

Idade média ao casamento, e proporção de mulheres já casadas entre 15 e 19 anos e 30 a 34 anos, países selecionados

PAÍS	IDADE MÉDIA AO CASAR PARA MULHERES	ANO	PORCENTAGEM DE MULHERES QUE SÃO OU FORAM CASADAS	
			IDADES 15-19	IDADES 30-34
Bangladesh	19,2	2012	35,5	99,2
Índia	20,7	2011	21,5	97,3
Indonésia	21,8	2012	13,3	95,5
Irã	23,5	2011	21,4	84,5
Kuwait	27,5	2005	5,0	67,3
Malásia	25,7	2010	4,1	82,1
Mianmar	23,6	2014	13,0	79,2
Nepal	20,7	2014	24,5	97,1
Sri Lanka	23,6	2006	9,2	89,2
Tunísia	28,5	2012	1,3	66,3
Turquia	24,2	2013	6,7	88,0
Emirados Árabes Unidos	25,3	2005	6,8	85,3
Uzbequistão	22,4	2002	5,1	98,2

Fonte: Nações Unidas (2017a)

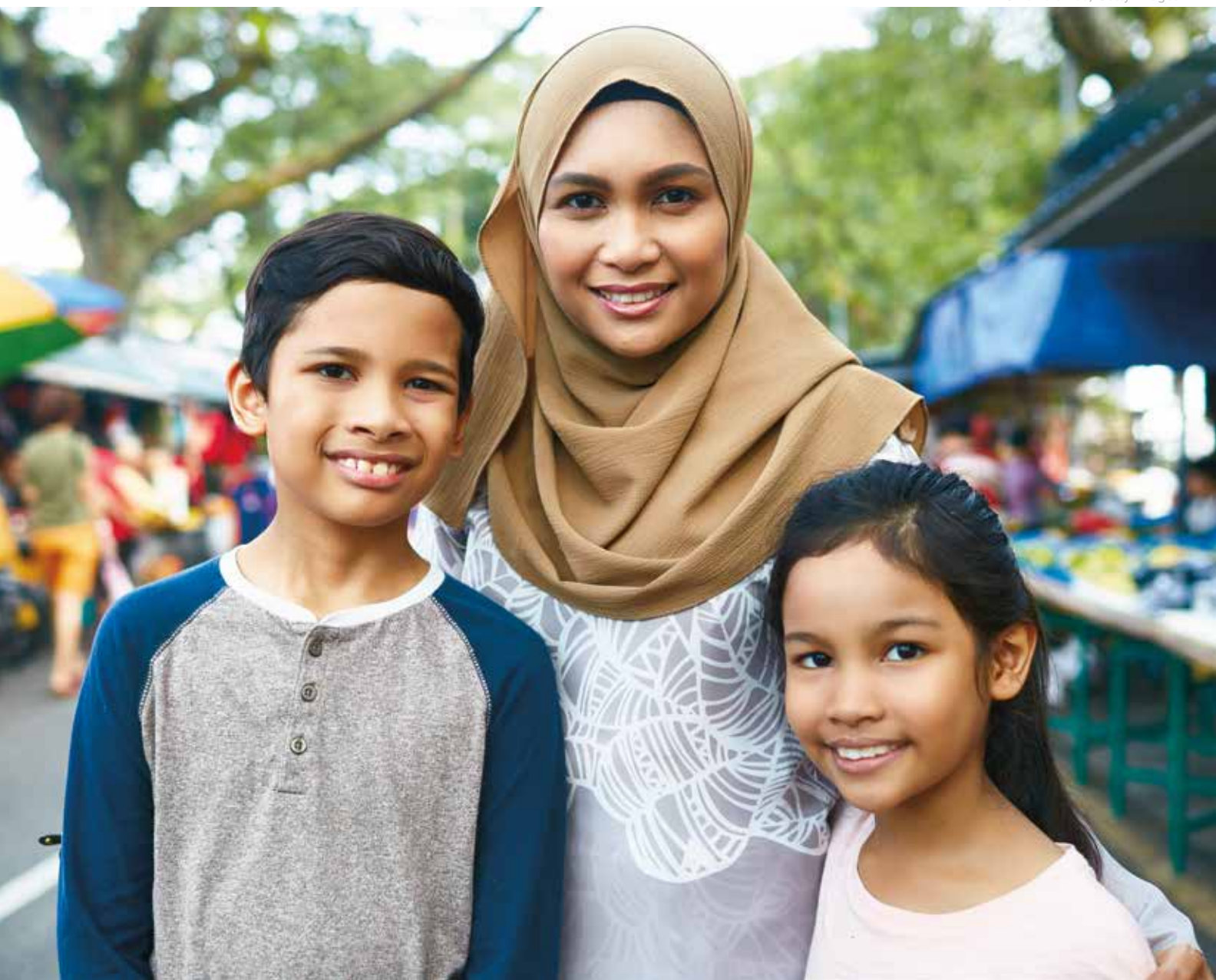
FIGURA 21

Fecundidade desejada e não desejada em países selecionados com taxas de fecundidade total próximas ao nível de reposição

PAÍS	FECUNDIDADE TOTAL	FECUNDIDADE DESEJADA	FECUNDIDADE NÃO DESEJADA	ANO*
Azerbaijão	2,0	1,8	0,2	2006
Bangladesh	2,3	1,7	0,6	2014
Índia	2,2	1,8	0,4	2015/16
Indonésia	2,6	2,2	0,4	2012
Mianmar	2,3	2,0	0,3	2016
Nepal	2,3	1,7	0,6	2016
Turquia	2,2	1,6	0,6	2003

*Mais recente Pesquisa Demográfica e de Saúde

© xavierarnau/Getty Images



A transição na América Latina e no Caribe

As mudanças demográficas têm sido dramáticas na América Latina e no Caribe desde os anos 1950. A transição demográfica na maioria dos países da região está avançada, com baixa mortalidade infantil e taxas de fecundidade de nível de reposição, que foram alcançadas ao longo de 40 anos ou menos. Antes disso, alguns países tinham fecundidade de seis filhos por mulher. Assim, muitas mulheres mais velhas têm hoje histórias reprodutivas que são muito diferentes daquelas de suas filhas que estão entrando em seus anos reprodutivos.

Doze países da América Latina, representando 85% da população da região, têm taxas de fecundidade entre 1,8 e 2,5 filhos por mulher.

Esses países compartilham histórias de colonização, idiomas, religião e sistemas políticos. Suas economias são em grande parte impulsionadas

pelas exportações de produtos agrícolas, minerais e combustíveis fósseis. A maioria ainda luta para fornecer educação de qualidade e serviços de saúde, incluindo serviços de saúde reprodutiva, a todos os segmentos de suas populações.

Eles também são altamente urbanizados, com mais de quatro em cada cinco pessoas vivendo nas cidades. A expectativa de vida ao nascer é de 75,2 anos, e a taxa geral de mortalidade infantil é de 16,6 por 1.000 nascidos vivos. Uma parcela crescente da população tem mais de 60 anos.

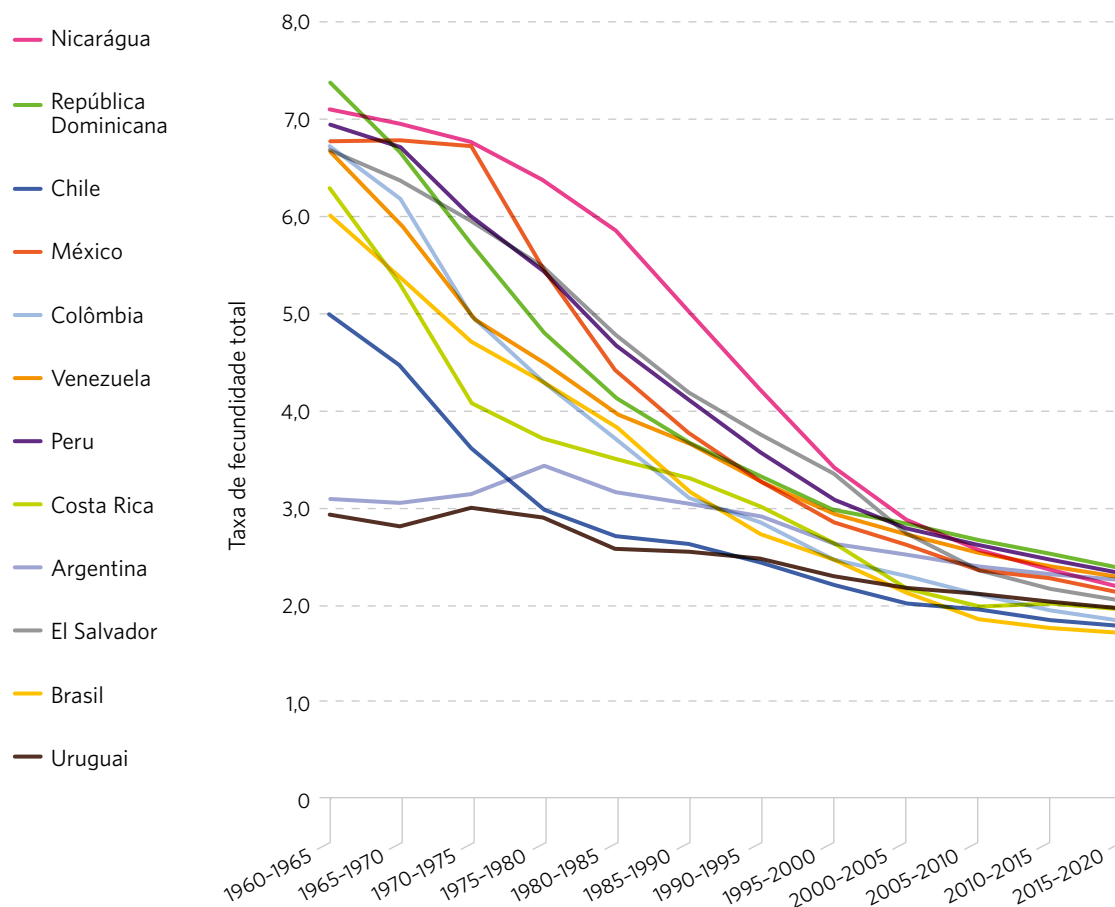
Esses países são etnicamente diversos: alguns possuem grandes populações de povos indígenas e outros possuem afrodescendentes.

Embora os caminhos para a transição da fecundidade nesses países fossem semelhantes, o nível inicial, o tempo e o ritmo variaram (Figura 22). A Argentina e o Uruguai, por exemplo, tiveram uma fecundidade relativamente baixa na década de 1960 e, em sua



FIGURA 22

Taxas totais e projetadas de fecundidade, 12 países da América Latina e do Caribe, 1960-2020



Fonte: Nações Unidas (2017)

maioria, sustentaram essa taxa nos anos 1980. Outros países — Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana e Venezuela — passaram rapidamente pela transição na década de 1960, mas desde então têm visto uma redução mais lenta na fecundidade. Em outros países — El Salvador, México, Nicarágua e Peru — houve um pequeno declínio de fecundidade na década de 1960, seguido por um rápido declínio duas décadas mais tarde.

As taxas de fecundidade diferem por local de residência e por nível de escolaridade (Figura 23).

No Brasil, por exemplo, a fecundidade gira em torno de um filho entre as mulheres que concluíram pelo menos o ensino médio/secundário e três para as menos instruídas. Uma correlação semelhante entre o nível de escolaridade e o fato de ter menos filhos existe em outros lugares da América Latina, e muitas das mais instruídas escolhem não ter filhos (Rosero-Bixby et al., 2009).

Nos 12 países latino-americanos e caribenhos abordados neste capítulo, as taxas de fecundidade entre adolescentes de 15 a 19 anos e jovens entre

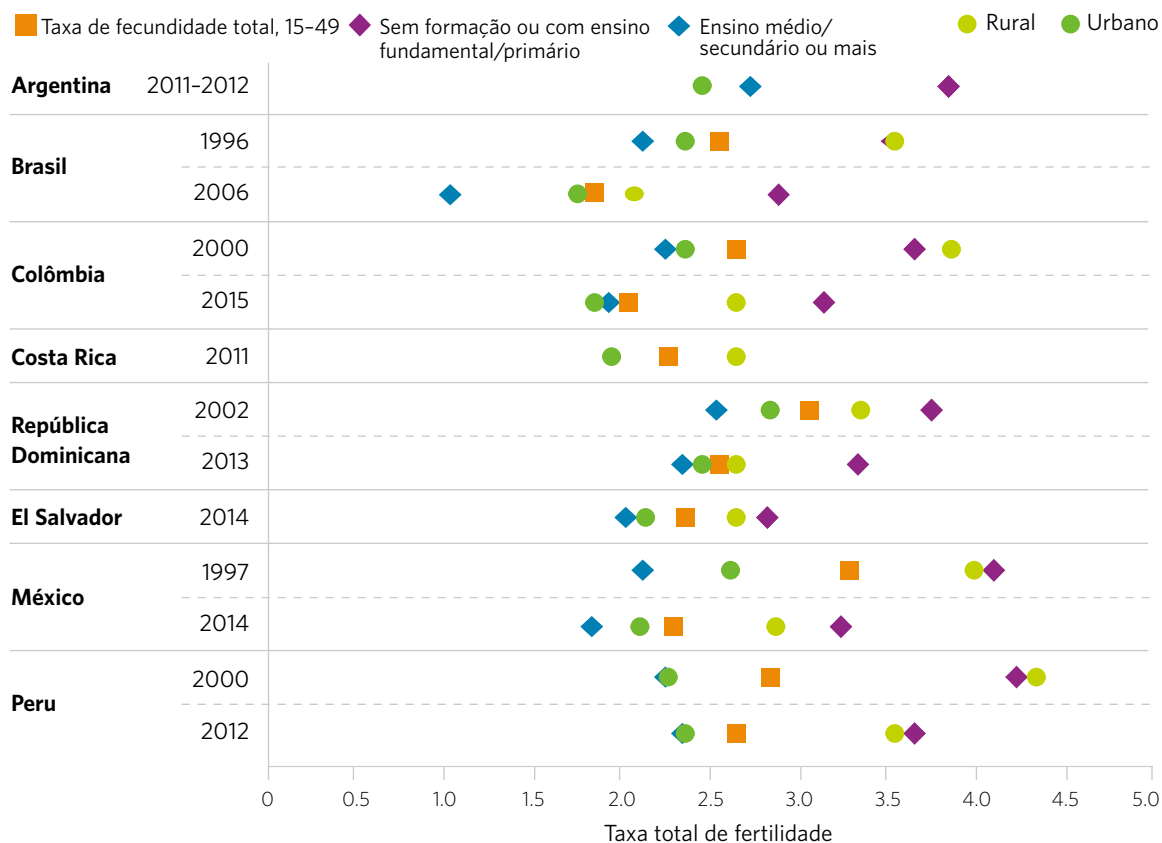


© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

20 e 24 anos são mais altas do que as taxas desses grupos etários em outras partes do mundo com taxas de fecundidade total semelhantes. (Figura 24). Além disso, a fecundidade de adolescentes em comparação com a fecundidade total é maior nos países da América Latina do que em outros países (Rodríguez e Cavenaghi, 2014).

A maternidade nesses 12 países começa logo após a primeira relação sexual, e as primeiras uniões geralmente ocorrem perto ou depois de uma gravidez — geralmente não intencional. Como muitas mulheres têm seu primeiro filho mais cedo na vida e a maioria das mulheres prefere famílias menores, um padrão comum de reprodução é parar de engravidar mais cedo

FIGURA 23 Taxas de fecundidade total, urbana e rural, por nível de escolaridade, países latino-americanos selecionados



Fontes: DHS, USAID (2018), exceto Brasil 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde)

na vida. Mas para fazer isso de forma eficaz, é preciso que não haja falhas de contraceptivos por um longo período. A gravidez precoce leva muitas mulheres pobres a renunciar ao ensino superior e pode excluí-las de empregos com melhores salários, perpetuando ou exacerbando a pobreza.

Desejo por famílias menores

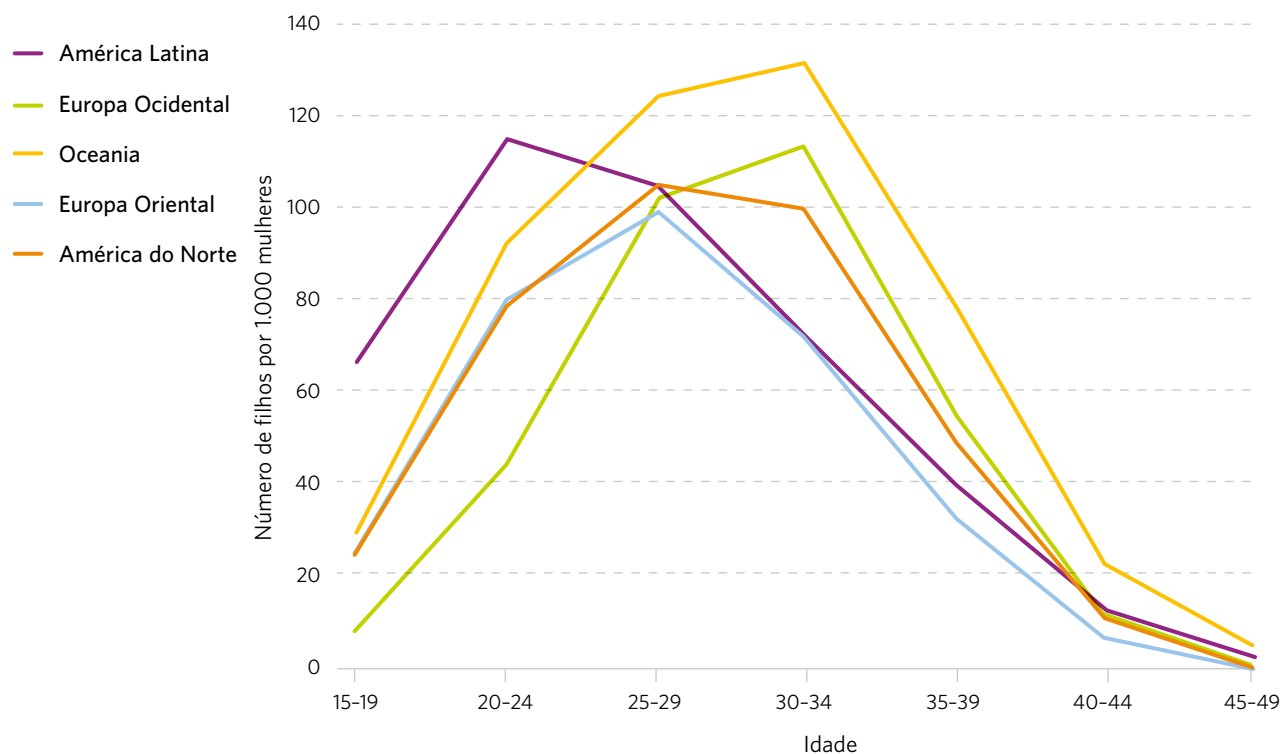
Nos anos de 1960, os governos geralmente não viam desvantagens em relação à alta fecundidade e ao crescimento populacional que resultaria dela. Alguns viam o crescimento populacional como forma de ocupar território e nele promover o desenvolvimento. Essa abordagem se refletiu em

lemas como “levar homens sem-terra a uma terra sem homens” (Alves e Martine, 2017).

Embora alguns governos desejassem que os casais tivessem mais filhos, as pessoas geralmente queriam menos. Já na década de 1960, quando a fecundidade na América Latina e no Caribe como um todo era de cerca de seis filhos por mulher, havia o desejo de ter famílias menores (CELADE e CFSC, 1972; Simmons et al., 1979; Rodriguez et al. 2017).

Na década de 1970, estudos de alguns países latino-americanos mostraram que a fecundidade observada era de cerca de cinco filhos por mulher, mas a fecundidade desejada era de cerca de quatro (Nações Unidas, 1987). Em outros países, muitas mulheres queriam parar de ter filhos após o nascimento de

FIGURA 24 Taxas de fecundidade específica por idade, regiões selecionadas 2010-2015



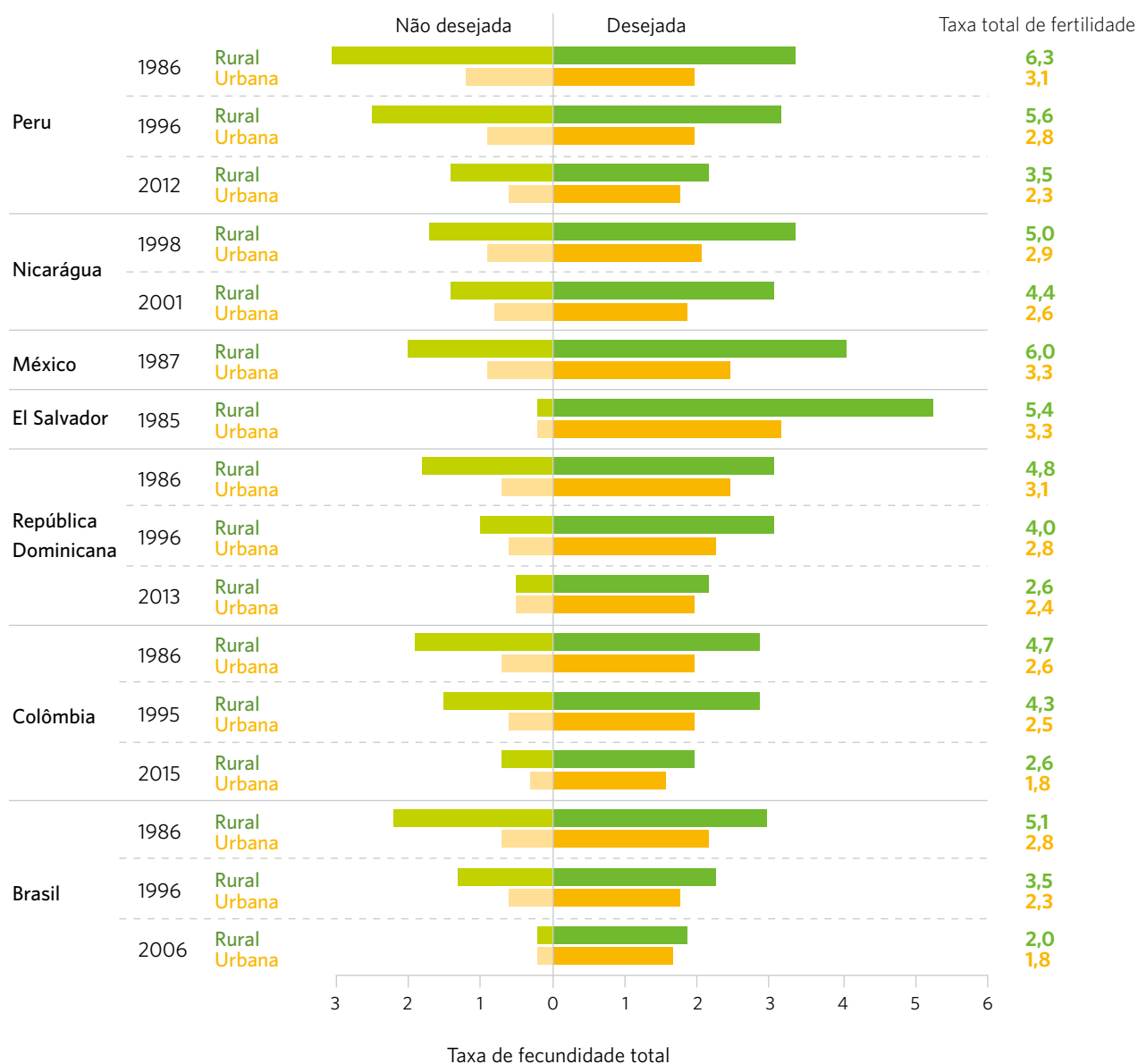
Fonte: Nações Unidas (2017)

seu segundo ou terceiro filho (CEPAL, 1992). Pesquisas mostram que, em muitos casos, as mulheres, principalmente nas áreas rurais, tinham mais filhos do que desejavam (Figura 25). Mulheres pobres e mulheres em áreas rurais ou de comunidades indígenas também preferiam famílias menores, mas não dispunham de informações, poder e meios para prevenir ou adiar a gravidez (Miró e Potter,

1980; Welti Chanes, 2006; Rodriguez-Vignoli e Cavenaghi, 2017).

Dados mais recentes mostram que, embora cerca de 50% dos nascimentos na América Latina e no Caribe sejam desejados no momento em que ocorrem, outros são desejados para mais tarde e alguns simplesmente não são desejados. Isto mostra que uma parte significativa das gestações não é intencional nem planejada (Figura

FIGURA 25 Taxas de fecundidade desejadas e não desejadas, urbanas e rurais, países selecionados da América Latina e do Caribe



Fontes: DHS, USAID (2018), exceto Brasil 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde)

26), e que muitos indivíduos e casais são incapazes de exercer o seu direito de decidir livremente sobre o número e o momento das gestações.

Enquanto isso, as mulheres na região geralmente assumem uma responsabilidade desproporcional pela criação dos filhos. Esta norma desigual em termos de gênero, juntamente com opções limitadas de creches, significa que as mulheres que querem tanto ter emprego como ter filhos acabam recorrendo a opções de baixa remuneração, meio-período, em vez de seguirem carreira em tempo integral em áreas com salários mais elevados. Para algumas, os custos de oportunidade são muito altos, resultando na decisão de desistir completamente de ter filhos. A falta de tecnologia para reprodução assistida a preços acessíveis, como a fertilização in vitro, é outro obstáculo que algumas mulheres enfrentam para alcançar suas metas de fecundidade.

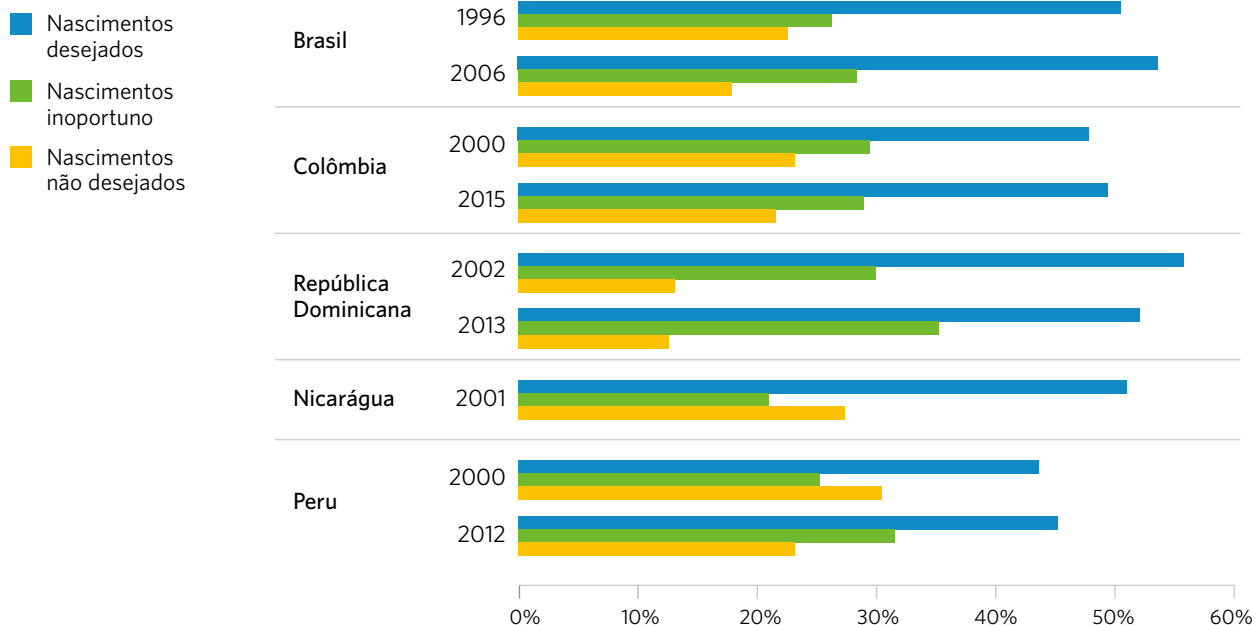
O poder e os meios

Alguns governos inicialmente se opuseram aos programas de planejamento familiar e uniram forças com instituições religiosas para desencorajar sua implementação (Taucher, 1979). Além disso, principalmente antes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, alguns grupos feministas foram contra os programas de planejamento familiar na região porque viram a disseminação de anticoncepcionais como um meio de controlar os corpos de mulheres contra sua vontade (Alves e Correa, 2003).

Em 1959, o México tornou-se o primeiro dos 12 países desse grupo a iniciar um programa nacional de planejamento familiar. Nos três anos seguintes, Chile, Honduras, Uruguai e Venezuela também implantaram programas. A Nicarágua e o Peru seguiram o exemplo em 1968.

FIGURA 26
países

Porcentagem de nascimentos que são desejados, não desejados ou inoportunos, em cinco



Fontes: DHS, USAID (2018), exceto Brasil 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde)

Apesar da oposição aos programas de planejamento familiar liderados pelo governo em alguns países ao longo dos anos, o uso de contraceptivos tornou-se generalizado e está disponível por meio de provedores privados (Figura 27). Em países como Chile, México e Peru, a contracepção também está disponível por meio de programas nacionais de planejamento familiar.

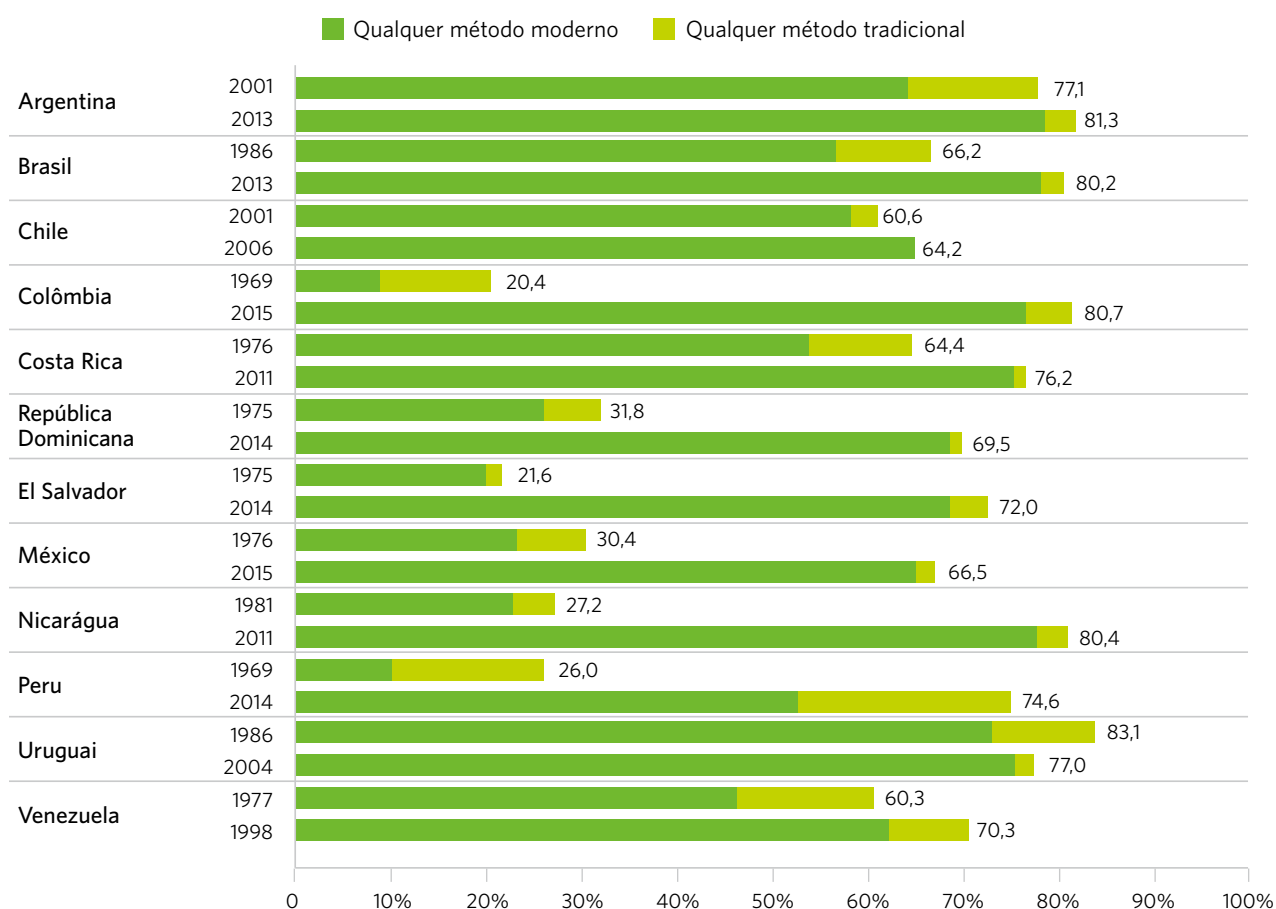
O uso disseminado da contracepção na Argentina e no Uruguai mesmo antes dos anos 1960 explica as taxas de fecundidade comparativamente baixas nesses países nos últimos 50 anos (Martinez-Alier e Masjuan, 2004). No início, as mulheres na Argentina

e no Uruguai dependiam de métodos de barreira, como preservativos, mas muitas delas também passaram por abortos muitas vezes inseguros, o que representou 37% e 25%, respectivamente, de mortes maternas nesses países. As gestações não desejadas que terminam em aborto foram muitas vezes o resultado do uso inconsistente ou nenhum uso de contraceptivos (CEPAL, 1992).

Os programas de planejamento familiar não promoveram o declínio da fecundidade na região, mas aceleraram um declínio que já estava em curso entre os mais privilegiados. Se as mulheres já não tivessem

FIGURA 27

Prevalência de métodos contraceptivos modernos e tradicionais entre mulheres casadas ou que estão em algum tipo de união, em 12 países, duas estimativas recentes



Fonte: DHS, USAID (2018)

um forte desejo de ter menos filhos, a fecundidade teria permanecido mais alta por mais tempo, e o declínio teria sido muito mais lento (Martine et al., 2013).

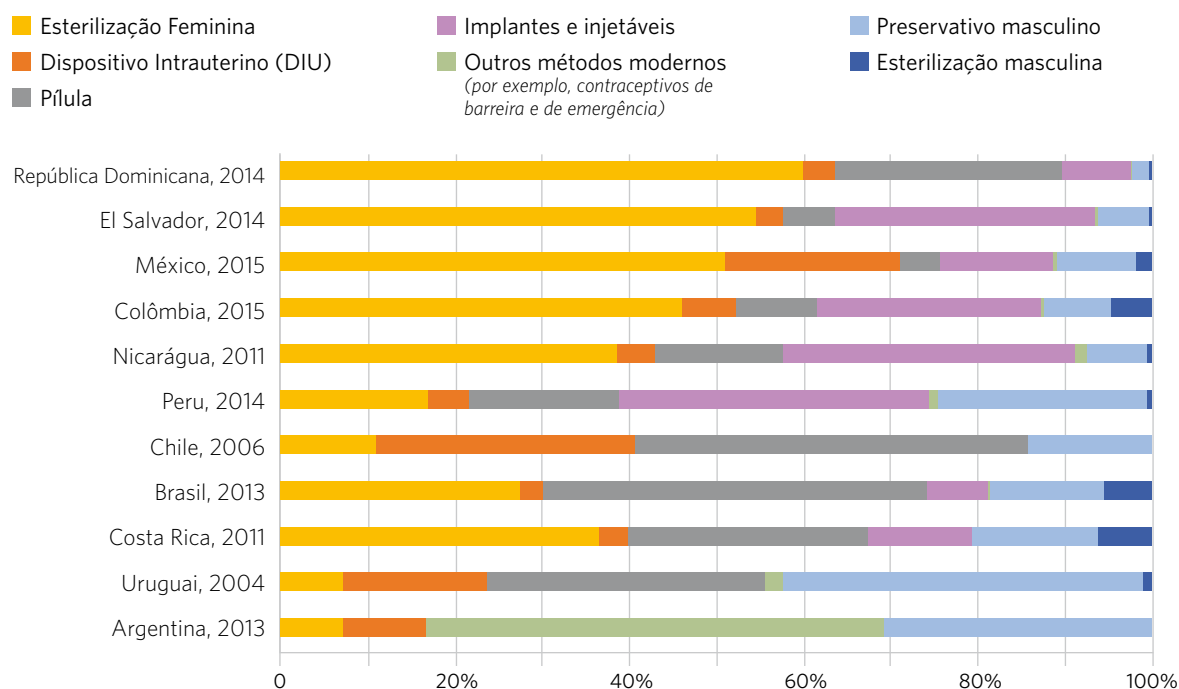
Obstáculos ao tamanho preferido de família

A alta prevalência atual de contracepção moderna na região, exceto no Peru, onde uma em cada três mulheres usa um método tradicional, conta apenas parte da história sobre o acesso a contraceptivos. Embora algumas formas de contracepção sejam amplamente utilizadas, a completa gama de opções contraceptivas não é utilizada nem está disponível em todos os países (Figura 28). Em geral, as escolhas são limitadas principalmente a duas ou três em cada país. Mulheres e homens que não têm acesso a seu método preferido, ou que não têm informações sobre a variedade de métodos, podem escolher uma alternativa que seja inadequada para suas circunstâncias, ou nenhum

método, e ficarem expostos a um risco maior de gravidez não desejada.

À medida que a renda per capita aumentava na região, a assistência internacional ao desenvolvimento para alguns países diminuía, resultando na redução do financiamento para programas nacionais de planejamento familiar. Apesar dos cortes nesses países, as mulheres de famílias de renda mais alta ainda tinham acesso a métodos contraceptivos por meio de provedores privados. As mulheres mais pobres, no entanto, tiveram que se contentar com quaisquer métodos disponíveis ou abandonar completamente a contracepção. Países como o Brasil costumavam oferecer certos métodos de contracepção, como a esterilização, para mulheres que tinham acabado de dar à luz por cesariana em unidades de saúde pública. Os dispositivos intrauterinos são menos prevalentes na maior

FIGURA 28 Métodos contraceptivos entre mulheres casadas ou em alguma união, em idade fértil, em 11 países, mais recentes dados disponíveis



Fonte: Nações Unidas (2017)

parte da América Latina, porque não costumam ser fornecidos ou administrados por meio de clínicas públicas e geralmente não são recomendados por médicos em clínicas particulares.

As adolescentes geralmente encontram obstáculos ao acesso à contracepção, contribuindo para taxas mais altas de gravidez na adolescência. Para complicar esse problema, o acesso a uma educação integral em sexualidade, que forneceria informações sobre reprodução adequadas à idade e abordaria questões mais amplas de gênero e direitos, é limitado. Início precoce da vida sexual, sexo desprotegido, altos índices de falha de contraceptivos e uniões precoces também contribuem para os altos índices de fecundidade na adolescência na região (Rodríguez-Vignoli, 2017).

A gravidez na adolescência é mais comum entre as famílias mais pobres, mas essa tendência pode ser atribuída mais à demanda não atendida de contracepção do que ao desejo de começar a ter filhos mais cedo na vida. As meninas de famílias mais ricas têm melhor informação sobre saúde sexual e reprodutiva e maior acesso a serviços contraceptivos; elas podem até ter acesso a serviços de aborto mais seguros, embora ilegais (Rodríguez-Vignoli e Cavenaghi, 2017). Em alguns países, as adolescentes, pobres ou ricas, têm acesso limitado à contracepção de emergência e às vezes precisam da permissão de pais ou responsáveis para acessar métodos contraceptivos modernos, como a pílula.

Baixa fecundidade e o futuro

O rápido declínio da fecundidade para níveis de reposição ou abaixo disso nos países estudados neste capítulo apresenta novos desafios. O envelhecimento da população, por exemplo, é um desafio comum a todos. Os governos já estão explorando ou implementando políticas que ajudarão as economias, os sistemas de saúde e as forças de trabalho a se adaptarem a proporções maiores de pessoas mais velhas.


O declínio da fecundidade ao longo do tempo em alguns países é outro desafio porque significa que menos jovens estão ingressando no mercado de trabalho. Mas essa tendência também pode ser uma oportunidade para investimentos em educação em áreas como ciência, tecnologia, engenharia e matemática para melhor preparar as pessoas jovens em idade de trabalhar para deslanchar a nova economia global.

Permitir que as pessoas efetivem seus direitos reprodutivos continua sendo um grande desafio para esses países. O número de gravidezes não desejadas é alto. Embora a contracepção esteja disponível na maioria dos lugares, a escolha dos métodos é limitada. As e os jovens solteiros são frequentemente excluídos dos serviços de planejamento familiar, seja por lei ou na prática. Milhões de gestações continuam a terminar em aborto, muitos dos quais são inseguros, comprometendo a saúde e a vida das mulheres.

Ter a informação, o poder e os meios para decidir livremente o número, o momento e o intervalo das gestações é um direito. A medida que esse direito é respeitado afeta as decisões sobre o tamanho da família e, portanto, as taxas de fecundidade. A defesa dos direitos reprodutivos é um objetivo digno em si. Mas também pode desbloquear outros direitos e permitir que os países promovam o desenvolvimento social e econômico.

Por exemplo, capacitar pessoas e casais em países com grandes e emergentes populações jovens, como em alguns países árabes e países asiáticos, a realizar seus desejos de ter menos filhos ou tê-los mais tarde pode levar a uma mudança demográfica que pode resultar em um dividendo demográfico, e assim fomentar as economias e reduzir a pobreza.

Assegurar que todos os grupos tenham acesso igual aos serviços de saúde sexual e reprodutiva também pode ajudar a reduzir as desigualdades econômicas na América Latina e em muitas outras partes do mundo (UNFPA, 2017).



Ao longo de três gerações, o tamanho da família passa de muitos para dois filhos

FOCO NO BRASIL

© UNFPA/Debora Klempous

“Quando a parteira chegava, meu bebê já tinha nascido”

Tereza, 87

Nascida e criada na área rural da cidade de Santa Maria do Suaçuí, em Minas Gerais, Tereza Correia de Melo se casou em 1949, aos 18 anos, e logo ficou grávida. Ela notava as mudanças em seu corpo, mas não entendia o que estava realmente acontecendo. “Eu nem sabia que se dormisse com um homem eu teria um bebê”, lembra Tereza, agora com 87 anos.

Naquela época, a cidade de Tereza carecia de serviços que a teriam ajudado a tomar decisões informadas sobre contracepção e gravidez. Ao longo de sua vida, ela ficou grávida 22 vezes, deu à luz 15 filhos e teve sete abortos. Quatorze de seus partos foram em casa.

“Às vezes eu ficava sozinha e, quando a parteira chegava, meu bebê já tinha nascido”, diz Tereza.

Apenas seu décimo quinto parto foi em um hospital, em uma área rural perto de São Paulo, para onde ela havia se mudado. Lá, ela viu um médico pela primeira vez e ficou sabendo sobre contracepção, que ela achava que não precisaria porque já tinha 46 anos. Mas ela não quis arriscar e fez uma cirurgia de esterilização no ano seguinte.

A filha de Tereza, Margarete Rodrigues de Barros Oliveira, 45 anos, contou que a experiência de sua mãe com tantas gestações a levou a cuidar de sua vida reprodutiva. A irmã de Margarete também tinha mais filhos do que havia planejado: “Ela era uma mãe solteira muito triste com seis filhos. Eu simplesmente não queria isso para mim.”

Para evitar uma gravidez não desejada, Margarete e seu parceiro usavam preservativos, que estavam disponíveis no posto de saúde local, onde ela trabalha como auxiliar de enfermagem. No posto, Margarete aprendeu não apenas sobre contracepção, mas também sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Margarete tinha 32 anos quando terminou a escola de enfermagem. Naquele ano, ela e seu parceiro decidiram que estavam prontos para constituir sua família. “Eu calculei meus dias férteis e fizemos sexo. Depois de 10 dias, soube que estava grávida.” Decidiram ter o segundo filho sete anos mais tarde e depois não ter mais. Em vez disso, o casal queria

proporcionar a melhor vida possível para os filhos que tinham. Margarete começou a usar a pílula, mas depois trocou para um anticoncepcional injetável e depois para um dispositivo intrauterino. “Mas ainda usamos camisinha, só para ter certeza”, diz ela.

Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, de 38 anos, também decidiu que queria dois filhos. Nascida em São Paulo, ela planejou suas duas gestações, e a primeira aconteceu cinco anos depois de ter se casado. Ela parou de tomar a pílula, calculou seus dias de ovulação e ficou grávida no prazo de um mês.

“Nós sempre levamos em conta os aspectos financeiros de ter filhos”

**Aretha Inês Aparecida
Ferreira Bento, 38, Brasil**

Durante a gravidez, ela continuou trabalhando em seu emprego em políticas públicas na prefeitura de sua comunidade. E logo depois de dar à luz uma menina, ela e o marido decidiram ter um segundo filho. “Nós sempre levamos em conta os aspectos financeiros de ter filhos”, diz Aretha. “Nós só podíamos sustentar dois, então meu marido Reginaldo fez uma vasectomia.”

Aretha diz que aprendeu sobre gravidez e contracepção lendo livros e conversando com amigas e profissionais de saúde. “Não me lembro de minha mãe ter conversado comigo sobre sexo.”

A mãe de Aretha, Angela Maria Dario Ferreira, 64, confirma que nunca falou com a filha sobre sexo. E ela diz que sua mãe também nunca falou com ela sobre isso. Sem conhecimento sobre sexo e gravidez, engravidou pela primeira vez em 1972, aos 18 anos, solteira e ainda na escola. Ela engravidou mais três vezes depois de terminar o ensino médio, dois anos após a primeira gravidez. No hospital onde ela trabalha agora, ela aprendeu sobre contracepção e começou a usar. Ela nunca mais engravidou.

© UNFPA/Debora Klempous





CAPÍTULO 5

Criando condições para a parentalidade

A fecundidade tem estado abaixo do nível de reposição — menos de 2,1 filhos por mulher — há anos, talvez décadas, em 53 países e territórios (Figuras 29 e 30). Destes, Taiwan, Província da China, hoje tem a menor taxa de fecundidade do mundo: 1,1 filho por mulher.



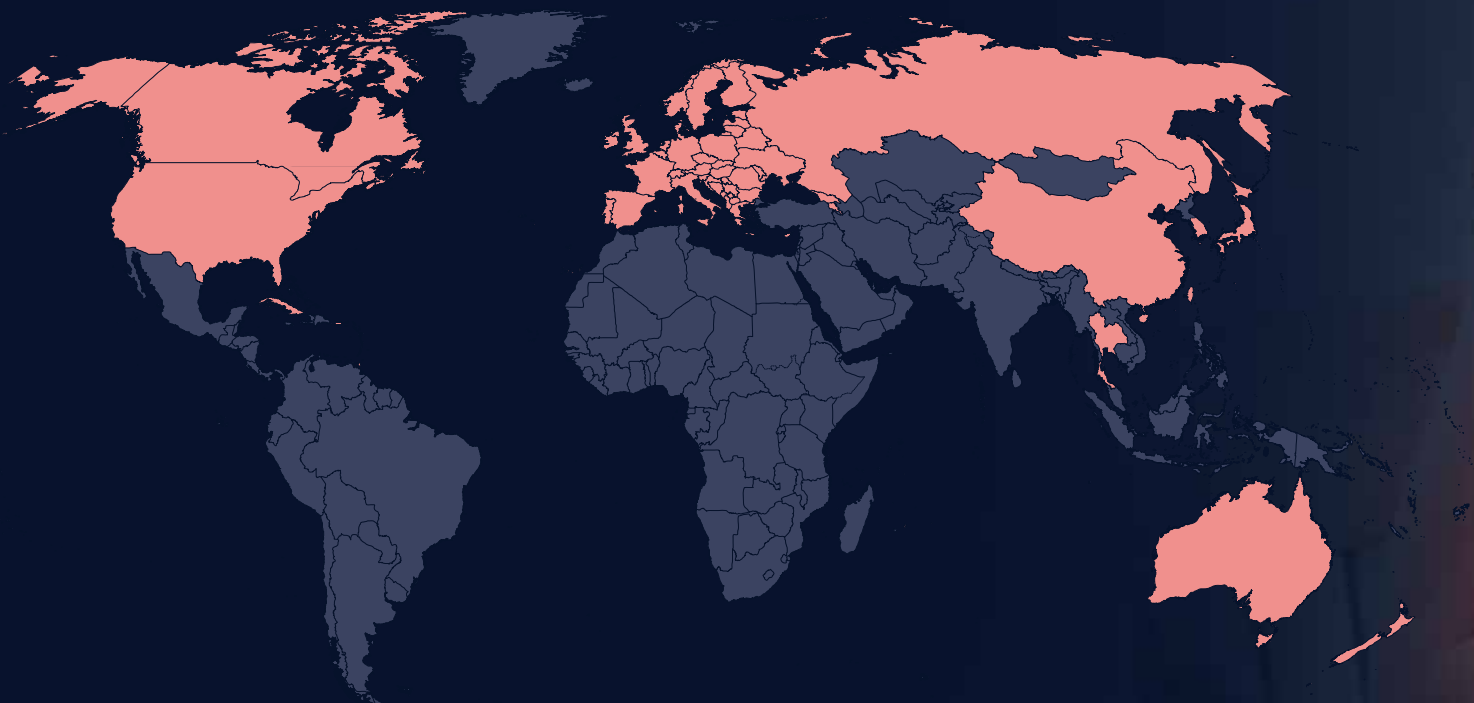
© Eriko Koga/Getty Images

O fenômeno da baixa fecundidade nesse grupo de países e territórios geralmente coincidiu com o aumento da escolaridade e maior atenção à igualdade de direitos para as mulheres. Em alguns países de renda mais alta e baixa fecundidade, por exemplo, mais da metade das pessoas jovens se matriculam na universidade. Mulheres com idade entre 25 e 34 anos agora superam o número de homens no ensino superior em todos os países desenvolvidos que são membros da Organização

para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017).

A mudança de tamanho das famílias, de numerosas para pequenas, em todos esses países e territórios permitiu que os pais investissem mais tempo e recursos na saúde, nas habilidades e no bem-estar de seus filhos. Isso permitiu que as mulheres concluíssem sua educação, entrassem no mercado de trabalho e construíssem carreiras antes de pensar em constituir família. Dessa forma, permitiu

TAXA DE FERTILIDADE

ABAIXO DE **2,1** NASCIMENTOS POR MULHER

que as mulheres se tornassem economicamente independentes (Goldin, 2006).

A baixa fecundidade é uma clara manifestação do fato de que mulheres, homens e casais se tornaram efetivos na prevenção da gravidez e no intervalo entre gestações, mas também é uma manifestação das dificuldades persistentes que mulheres e homens enfrentam ao constituir uma família ou planejar o próximo filho. Como resultado, as mulheres em países de baixa fecundidade dizem que não estão tendo

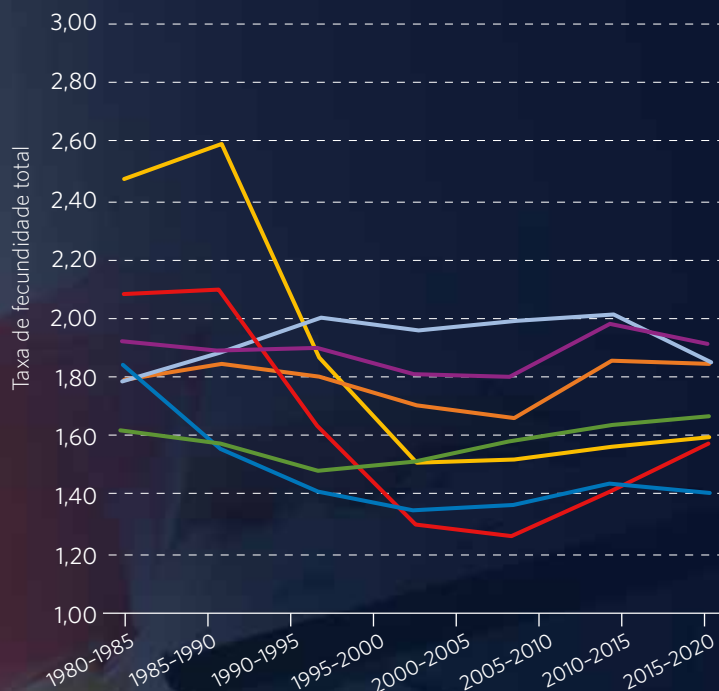
tantos filhos quanto gostariam. Entre os obstáculos para formar ou expandir as famílias estão entraves financeiros, de moradia e do mercado de trabalho, bem como opções inadequadas para conciliar a carreira com a vida familiar.

Os desafios enfrentados pelos países com baixa fecundidade incluem uma parcela crescente de idosos em suas populações e maiores custos associados à saúde, uma força de trabalho cada vez menor e economias potencialmente mais fracas. Alguns



FIGURA 30 Taxas de fecundidade total em 53 países e territórios de baixa fecundidade, 1980-2020

- Ásia Oriental (Incluindo a China)
- Europa Ocidental
- Austrália e Nova Zelândia
- Europa Oriental
- Norte da Europa
- Sul da Europa
- América do Norte



Fonte: Nações Unidas (2017)

© Emma Innocenti/Getty Images

países europeus e do Leste Asiático encaram a baixa fecundidade como uma ameaça à sua segurança econômica e estão tentando reverter a tendência por meio de políticas destinadas a apoiar famílias que optam por ter mais filhos. Alguns países da Europa Oriental e região Sudeste da Europa consideram a baixa fecundidade — e o menor tamanho da população — como uma ameaça à segurança nacional.

Dois em cada três governos de países mais desenvolvidos acreditam que a fecundidade esteja

muito baixa e estão buscando políticas para aumentá-la (Nações Unidas, 2015). Alguns países responderam à redução das populações com políticas para atrair migrantes, especialmente mais jovens, que podem preencher as lacunas nas forças de trabalho.

Embora o respeito pelos direitos reprodutivos tenha contribuído para o declínio da fecundidade na maioria desses países e territórios, remover os obstáculos remanescentes aos direitos reprodutivos

pode permitir que mais pessoas tenham o número de filhos que desejam.

Tendências

O declínio da fecundidade em muitos países europeus começou no final do século XIX. Na década de 1970, a transição da fecundidade ocorreu na Austrália, no Japão, e em todos os países altamente desenvolvidos da Europa e América do Norte. A fecundidade na China caiu drasticamente na década de 1970 em resposta a políticas para promover a gravidez tardia e menos frequente, e a introdução da política de planejamento familiar do país em 1979, que geralmente limitava os casais a um filho. Países como Cuba, República da Coreia e Tailândia se juntaram ao crescente grupo de países com fecundidade abaixo do nível de reposição nos anos 1980 e 1990. Por volta da mesma época, os países da Europa Meridional, Oriental e Central com baixa fecundidade viram suas taxas de fecundidade cair ainda mais, às vezes chegando a 1,3 filhos por mulher e permanecer nesse nível por décadas (Kohler et al., 2002; Goldstein et al., 2009). Os cinco países ou territórios com as taxas de fecundidade total mais baixas do mundo estão no Leste e no Sudeste Asiático. Nas maiores cidades da China, a fecundidade baixou até 0,8 nos anos 1990 e 2000 (Guo e Gu, 2014).

Os países de baixa fecundidade abordados neste capítulo têm uma ampla variação na fecundidade. Alguns estudos sugerem que tenha ocorrido uma “grande divergência na fecundidade” no longo prazo em países mais desenvolvidos (McDonald, 2006; Rindfuss et al, 2016; Billari, 2018). O contraste entre os países e regiões com fecundidade moderadamente baixa (1,7–2,2) e aqueles com fecundidade muito baixa (1,6 ou menor) fica evidente na Figura 31, que usa tanto a taxa de fecundidade total como a fecundidade da coorte completa (ver quadro mais adiante no capítulo) como medidas sumárias de fecundidade.



FOCO NA BIELORRÚSSIA

“Nós gostaríamos de ter dois ou três filhos, mas não agora.”

Olga, 30



As políticas favoráveis à família buscam eliminar os obstáculos para ter filhos

© UNFPA/Egor Dubrovsky

“Nós gostaríamos de ter dois ou três filhos, mas não agora”, diz Olga, em um passeio pelo parque de Minsk com o marido Andrey e a filha Yulia de 3 anos em um dia no final de abril. O apartamento que os três dividem com os pais de Andrey é pequeno demais para ter uma família maior, explica Olga. “Eu acho que seria bom se cada criança tivesse seu próprio quarto”, diz ela. “É uma pena que não possamos bancar isso.” Olga, 30, e Andrey, 35 anos, não são diferentes de outros casais na capital da Bielorrússia que querem

dois ou mais filhos, mas acabam tendo apenas um ou às vezes dois por questões financeiras. O salário médio é de cerca de US\$ 430 por mês. Enquanto isso, o custo de vida para uma família de quatro pessoas é de cerca de US\$ 1.600 por mês, e isso não inclui aluguel nem creche.

Olga trabalha no setor de compras de uma empresa estatal de suprimentos médicos e Andrey lidera um grupo de dança. Apesar de duas rendas, o casal tem dificuldade para se sustentar.

Aliviando os encargos financeiros

Em 2002, o Governo lançou um Programa de Segurança Demográfica para aliviar o fardo financeiro ao constituir ou expandir famílias e reverter um declínio geral no tamanho da população do país. A tendência para famílias menores na Bielorrússia começou há décadas. No início dos anos 80, as mulheres tinham em média 2,1 filhos, o suficiente para manter o tamanho da população. Porém, hoje a média é de 1,7. Autoridades do governo veem a diminuição da população como um risco para a saúde financeira da rede de segurança social, e para a força da economia e do mercado de trabalho.

Segundo o programa de 2002, o governo oferece apoio financeiro aos casais quando eles têm filhos. Quando uma mulher como Olga engravida e entra em uma clínica de saúde pública para um check-up pré-natal gratuito, ela recebe cerca de US\$ 100. Quando ela dá à luz, ela recebe um pagamento adicional de cerca de US\$ 1.000. A licença-maternidade total começa dois meses antes do parto e dura outros dois meses após o parto. A partir de então, o

governo paga um subsídio familiar mensal de cerca de US\$ 150 para até três anos de licença parental, que a mãe ou o pai podem tirar.

Um auxílio-moradia também é oferecido. Contudo, a preferência é dada para as famílias que já têm pelo menos três crianças. O programa tem ajudado casais como Olga e Andrey a formarem uma família, mas não removeu todos os obstáculos ao longo do caminho para uma família maior em uma casa própria.

Embora dois em cada três jovens de hoje digam que querem ter dois filhos, a realidade é que o número de famílias com um filho está aumentando rapidamente. Uma razão importante para a discrepância é a dificuldade econômica.

Em 2016, o governo embarcou em uma pesquisa nacional para explorar como a desigualdade de gênero pode impedir que mulheres e homens tenham o número de filhos que desejam. Os resultados mostram que medidas para aliviar a responsabilidade desproporcional das mulheres pelo trabalho doméstico, permitir



que as mulheres equilibrem a vida familiar e profissional e expandir a oferta de creches gratuitas ou acessíveis permitiriam que mais mulheres ingressassem ou permanecessem na força de trabalho remunerada, ganhassem melhores salários e aumentassem a renda familiar — isso derrubaria barreiras adicionais a famílias maiores.

A desigualdade de gênero se manifesta de outras maneiras. A maioria das mulheres que têm filhos aproveita os três anos completos de licença parental. Mas quando elas retornam ao trabalho, geralmente descobrem que perderam terreno em salários e oportunidades de carreira, em comparação com seus colegas do sexo masculino. Embora os homens possam requerer licença parental, quase nunca o fazem. Apenas cerca de 1 em cada 100 homens fica em casa para criar as crianças.

Acesso à contracepção

Nem todas as mulheres e homens estão ansiosos para ter filhos. Para aqueles

que querem evitar ou adiar a gravidez, a contracepção está disponível a baixo custo. A maioria dos casais usa um método moderno, principalmente preservativos, mas também a pílula e os dispositivos intrauterinos.

Os adolescentes também têm acesso aos preservativos e à pílula, com receita médica e aprovação dos pais. Mas para muitos adolescentes, contracepção de qualquer tipo, mesmo a um baixo custo, é inacessível. E quando os e as adolescentes têm dinheiro, seu acesso pode ser bloqueado devido ao preconceito de provedores de serviços e farmácias.

Mesmo assim, a gravidez na adolescência está diminuindo, de acordo com Aliaksandr Davidzenka, do UNFPA na Bielorrússia.

"As pessoas jovens estão iniciando a vida sexual mais tarde, e aqueles que estão fazendo sexo estão fazendo sexo seguro, e isso também significa menos abortos."

Mas informar-se sobre contracepção e sexo seguro nem sempre é fácil para os adolescentes na Bielorrússia porque a educação integral em sexualidade não é oferecida nas escolas. Educadores voluntários que fazem parte da rede Y-Peer estabelecida pelo UNFPA visitam escolas e centros comunitários em todo o país para preencher o vazio de informação.

A coordenadora do Y-Peer, Anastasiya Kamysh, de 22 anos, diz que pessoas jovens precisam de informações precisas sobre sexualidade. "Quando conversamos com jovens sobre o HIV, também falamos sobre preservativos e sobre como os preservativos podem ajudar a evitar a gravidez", diz ela.

Outro coordenador, Dzmitry Karol, de 24 anos, diz que as sessões do Y-Peer também abordam tópicos como a violência de gênero. "Nosso papel é fazer com que seja OK falar sobre essas coisas", diz Karol. "Esperamos que as pessoas que vêm às nossas oficinas compartilhem seus conhecimentos com seus amigos"

"Pessoas jovens precisam de informações precisas sobre sexualidade."

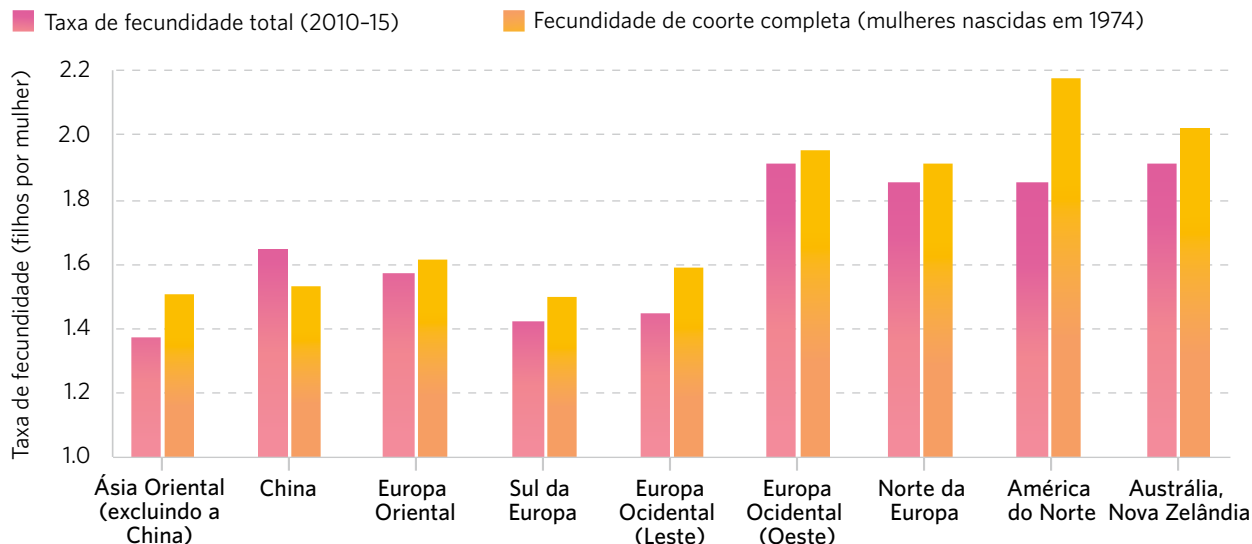
Anastasiya, 22

"Nosso papel é fazer com que seja OK falar sobre essas coisas."

Dzmitry, 24

FIGURA 31

Taxa de fecundidade total em 2010-15 e fecundidade de coorte completa entre mulheres nascidas em 1974, 53 países



Fontes: Centro Witgenstein (2016); Nações Unidas (2017); Banco de Dados de Fecundidade Humana (2018); Yoo e Sobotka (2018)

Esta figura mostra que existe uma diferença nítida entre as regiões com fecundidade muito baixa (Ásia Oriental e Europa Oriental, Sul da Europa e parte Leste da Europa Ocidental) e aquelas com fecundidade moderadamente baixa (Norte da Europa, a parte Oeste da Europa Ocidental e os países de língua inglesa). Países com fecundidade muito baixa representam 2,2 bilhões de pessoas — ou seja, quase 30% da população mundial, dos quais 1,4 bilhão de pessoas estão na China.

Os níveis médios de fecundidade são importantes para os países, mas, para mulheres e homens individualmente, o que é importante é o número real de filhos que eles têm. Muitos dos países com fecundidade moderadamente baixa têm altas proporções de mulheres que não têm filhos, mas também altas proporções com três ou mais filhos. Alguns também têm baixas proporções de mulheres com um filho. Estes incluem Austrália, Finlândia, Países Baixos e Reino Unido. Os Estados Unidos também têm proporções relativamente altas de mulheres com três ou mais filhos.

Em contraste, os países da Europa Oriental têm altas proporções de mulheres com um filho, mas baixas proporções sem filhos, refletindo uma baixa aceitação da ausência de filhos. A fecundidade média muito baixa no Sul da Europa e na Alemanha é um resultado tanto da ausência de filhos como da alta proporção de mulheres com um filho. Finalmente, o Japão tem a taxa mais alta de ausência de filhos do que qualquer outro país, com 3 em cada 10 mulheres sem filhos até os 40 anos de idade.

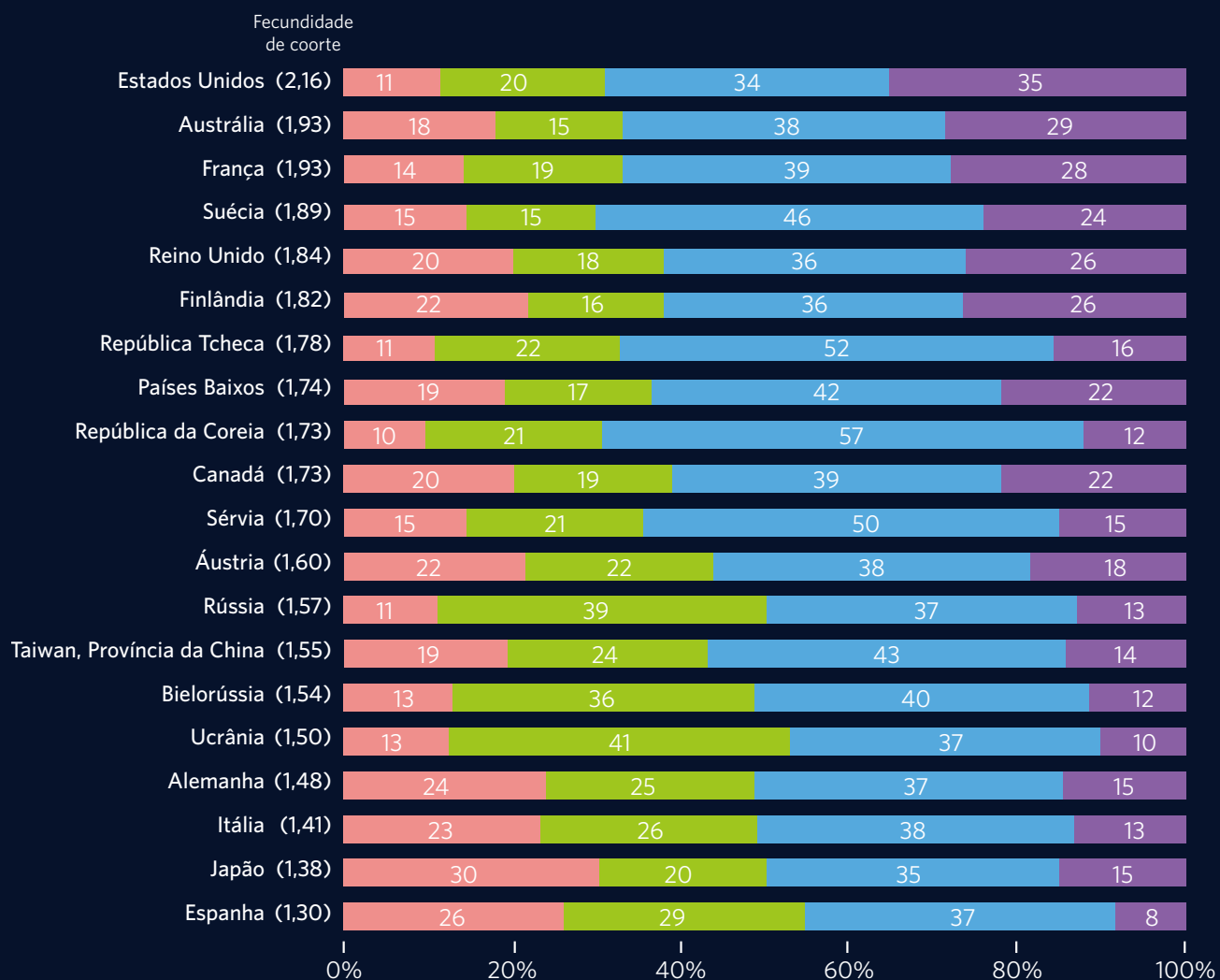
Em geral, a fecundidade média não está relacionada à proporção de mulheres que têm dois filhos, mas é altamente ligada à proporção das que têm três ou mais filhos (Figura 32).

Nos países e territórios estudados neste capítulo, cada vez mais mulheres dão à luz mais tarde na vida e fora do casamento (Billari e Kohler, 2004; Sobotka, 2017).

Em países como Itália, Japão, República da Coreia e Espanha, a idade média das mulheres no primeiro parto ultrapassou os 30 anos, em vez dos 24-26

FIGURA 32

Fecundidade de coorte completa e o número de filhos nascidos de mulheres nascidas em 1974 em países e territórios de baixa fecundidade selecionados



Fontes: Banco de Dados de Fecundidade Humana (2018); escritórios nacionais de estatística, 2018

Nota: Os dados são calculados até aos 40 anos

Fotos, esquerda para direita: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

anos na década de 1970 (Figura 33). Essa tendência corre em paralelo à tendência de um menor número de gravidez na adolescência, particularmente nos Estados Unidos e no Leste Europeu (Figura 34). Em grande parte da Europa e da Ásia Oriental, as adolescentes respondem por apenas 3% de todos os nascimentos.

A maternidade em idades mais avançadas aumentou mais rapidamente entre as mulheres com alta escolaridade que procuram evitar os contratempos econômicos ou profissionais que são frequentemente associados com a “carreira da mamãe” em idades mais jovens (Miller, 2011). A disponibilidade de tecnologia de reprodução assistida, como a fertilização in vitro, contribuiu para esse aumento. As mulheres que optam por adiar a gravidez até perto do final dos 30 ou 40 anos correm maior risco de infertilidade e complicações durante a gravidez (Schmidt

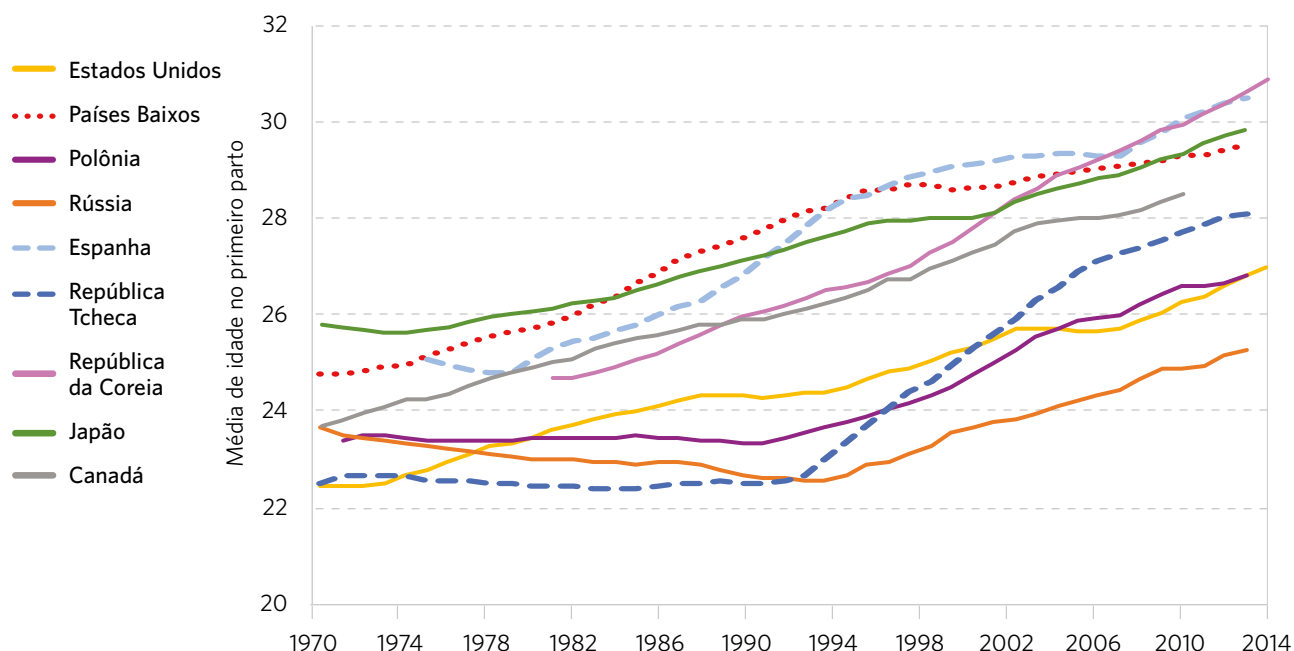
et al., 2012; te Velde et al., 2012; Sobotka e Beaujouan, 2018).

O declínio da fecundidade entre 1970 e 2000 coincidiu com tendências de adiar o casamento para mais tarde e mais casos de coabitação, divórcio e maternidade fora do casamento (Lesthaeghe, 2010; Perelli-Harris et al, 2012; Hayford et al, 2014; Lappegård et al, 2018). Estas tendências, no entanto, atingiram o pico em alguns países, como a Suécia, os Estados Unidos e a Rússia, e depois foram revertidas após 2004 (Figura 35).

Na União Europeia, a parcela de nascimentos fora do casamento alcançou 42% em 2014 – o dobro do nível em 1994. Em contraste, a fecundidade permanece intimamente ligada ao casamento na Ásia Oriental. Nessa região, onde o casamento e a maternidade estão ligados, a falta de filhos durante toda a vida é cada vez mais comum (Jones e Gubhaju, 2009; Wei et al. 2013; Guo e Gu, 2014).

FIGURA 33

Média de idade no primeiro parto, países selecionados, 1970–2016

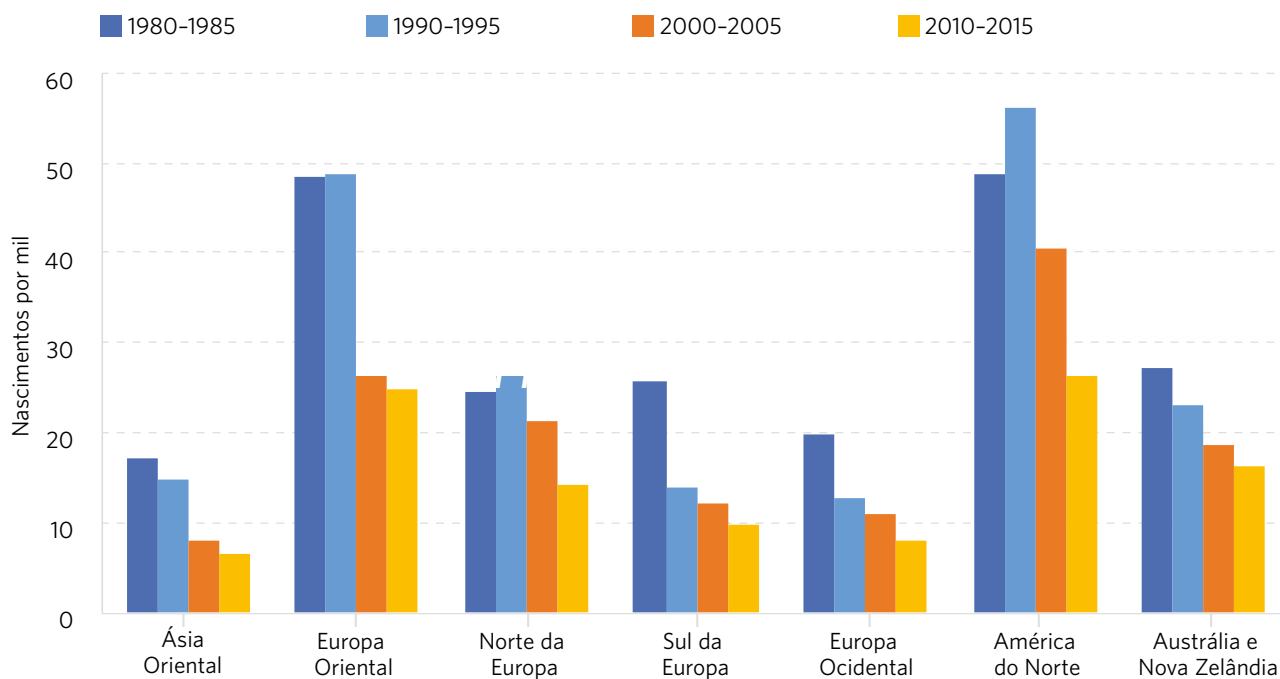


Fontes: Base de Dados de Fecundidade Humana (2018); Yoo e Sobotka (2018)



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

FIGURA 34 Taxas de fecundidade por 1.000 mulheres com idades entre 15-19 anos, 1980-2015



Fonte: Nações Unidas (2017)

A maioria dos nascimentos ocorridos fora do casamento é de casais não casados que vivem juntos, em vez de mães solteiras. Por volta de 2010, 1 em cada 10 crianças europeias de até 2 anos de idade vivia com uma mãe solteira, em comparação com 4 de cada 10 crianças que viviam com um casal que não era casado (Wittgenstein Center, 2015).

A taxa de fecundidade anual (ou total) pode ser alterada como reação a mudanças nas condições econômicas, políticas familiares, mudanças políticas e conflitos. A crise financeira nos Estados Unidos e na Europa em 2008 e nos anos seguintes, por exemplo, foi associada a uma queda nas taxas de fecundidade em países onde a fecundidade estava em ascensão no início dos anos 2000 (Goldstein et al., 2013; Schneider,

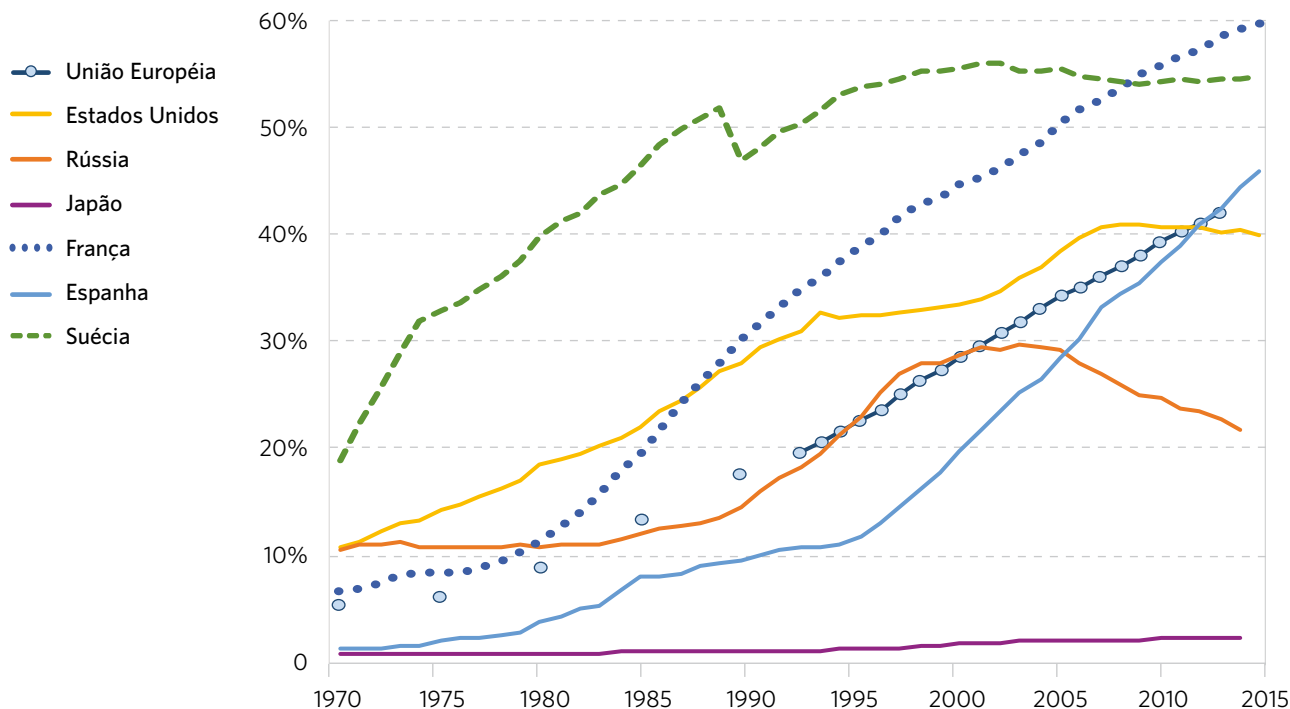
2015; Wittgenstein Centre, 2015; Comolli, 2017). Da mesma forma, a crise financeira de 1997 no Leste Asiático contribuiu para um declínio na fecundidade para níveis muito baixos (Kim e Yoo, 2016). Após a dissolução da antiga União Soviética e o fim do socialismo de estado por volta de 1990 verificou-se um declínio acentuado da fecundidade na Europa Central e Oriental (Sobotka, 2011).

Pressão para reduzir a fecundidade

A baixíssima fecundidade no Leste Asiático e em muitas partes da Europa não é, na maior parte, um reflexo direto de um desejo por um tamanho menor de família. O tamanho ideal médio de família é de cerca de dois filhos por mulher (Sobotka e Beaujouan, 2014), mas a fecundidade real é

FIGURA 35

Porcentagem de nascimentos fora do casamento na União Europeia e em países selecionados, 1970–2016



Fontes: Conselho da Europa (2006); NIPSSR (2017); Eurostat (2018); Martin et al. (2018)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

menor. A diferença entre o tamanho desejado e real de família sugere que mulheres e homens não são plenamente capazes de efetivar seus direitos reprodutivos.

Obstáculos econômicos

Nos países de renda mais alta, mulheres e homens jovens enfrentam desafios ao entrarem no mercado de trabalho. Isso porque, em geral, eles passam mais anos no ensino superior do que pessoas jovens em países mais pobres, e acabam se tornando economicamente ativos mais tarde na vida. E quando concluem seus estudos, muitas vezes acham difícil conseguir um emprego, particularmente na sua área escolhida.

A mudança na estrutura da economia global eliminou muitos postos de trabalho que, no passado, teriam sido posições iniciais típicas para pessoas jovens

que acabam de sair da faculdade (Adsera, 2018). Enquanto isso, muitos empregos que anteriormente tinham perspectivas de longo prazo foram substituídos por arranjos contratuais ou de curto prazo.

O resultado é o agravamento da desigualdade no mercado de trabalho, e a diminuição dos rendimentos reais entre homens e mulheres na faixa dos 20 anos e início dos 30 (Sanderson et al., 2013 Rahman e Tomlinson, 2018). Muitos jovens adultos estão “fracassando em prosperar” em países de renda mais alta (Sanderson et al., 2013). A posição das pessoas jovens é mais frágil no Sul da Europa, onde o desemprego é alto, empregos temporários são cada vez mais comuns e a proteção social é limitada (Rahman e Tomlinson, 2018). Essa incerteza econômica e do mercado de trabalho contribui para adiar a formação da família,

postergar o casamento e aumentar a ausência de filhos (Blossfeld et al., 2005).

Na década de 1990, muitos países desenvolvidos passaram por retrações econômicas que afetaram o emprego, a renda e os padrões de vida. A crise financeira asiática de 1997, por exemplo, levou a mudanças nas práticas de emprego que afastaram os novos contratos de trabalho dos empregos para a vida toda e os transformaram em contratos com prazo determinado, tornando os empregos consideravelmente menos estáveis para as pessoas jovens (Ma, 2014).

Também na década de 1990, a maioria dos países do Leste Europeu viu longos períodos de declínio econômico e aumento da desigualdade de renda e pobreza, resultantes da transição turbulenta para uma economia de mercado. Em termos gerais, essas condições são frequentemente associadas a grandes declínios na fecundidade. Na região do Leste Europeu, a principal reação de fecundidade foi uma queda nas taxas de segundo filho, levando a um aumento acentuado na proporção de mulheres com um filho (Perelli-Harris, 2005; Sobotka, 2011; Zeman et al., 2018). A crise financeira de 2008 teve um impacto semelhante nas oportunidades econômicas para os jovens.

Tentando conciliar carreira profissional e família

À medida que mais mulheres nos países mais desenvolvidos alcançaram níveis mais altos de escolaridade, mais entraram e permaneceram na força de trabalho remunerada. Porém, equilibrar a vida familiar e a profissional tem sido um desafio para as mulheres que têm acesso limitado ou inexistente a creches, e cujos empregadores ou governos não oferecem licença-maternidade remunerada nem horários e acordos de trabalho flexíveis (Goldin, 2006). E em muitos países, a responsabilidade pela criação de filhos cai, em grande parte, sobre os ombros das mulheres. Esses desafios podem levar as mulheres a buscar empregos no setor público que oferecem benefícios e estabilidade, mas pagam menos do que os empregos no setor privado.



FOCO NA TAILÂNDIA

Cerca de 1,6 milhão
de bebês nasceram
de mães adolescentes
nos últimos 15 anos.



Na Tailândia, uma história de duas fecundidades

© UNFPA/Matthew Taylor

“Comecei a dançar aos 15 anos”, diz Kate. Enquanto se apresentava em uma feira em Nonthaburi, ela conheceu um homem. “Ele era mais velho do que eu. Ele era engraçado e bonito. Eu não gostei dele no começo, mas ele me cativou.”

Naquela época, Kate não sabia nada sobre contracepção ou os riscos de ter relações sexuais sem ela e acabou ficando grávida. Agora com 17 anos, ela vive em um abrigo em Bangcoc para mães adolescentes.

Cerca de 1,6 milhão de bebês nasceram de mães adolescentes na Tailândia nos últimos 15 anos, com 54% de aumento de 2000 a 2014. Somente em 2016, mais de 14% de todas as gravidezes no país foram de adolescentes.

Para ajudar meninas como Kate a prevenir a gravidez até que elas estejam mais velhas e decidam constituir uma família, o governo sancionou uma lei que torna a contracepção e a

informação disponíveis para todas as pessoas com idade entre 10 e 19 anos.

Na Tailândia, educação integral em sexualidade, fundamental para garantir que pessoas jovens possam tomar decisões conscientes sobre seus corpos e relacionamentos, é ensinada em quase todos os colégios em todo o país, mas a qualidade varia. Uma nova lei exige que todas as escolas de ensino médio da Tailândia adotem o currículo.

“Não podemos impedir que os e as adolescentes façam sexo, mas podemos ajudar a torná-lo mais seguro”, diz o Dr. Jetn Sirathranont, presidente da Comissão de Saúde Pública da Assembleia Legislativa Nacional da Tailândia.

“Meus pais eram agricultores. Eles não tinham dinheiro para me mandar para a escola, então eu vim para Bangkok para trabalhar quando eu tinha 12 anos”, diz Sanit, agora com 40 anos, ao abrir a oficina de costura, onde ela trabalha há anos.

“Eu vivia de maneira disciplinada”, diz Sanit.

“Eu trabalhava duro e terminei o ensino médio fora do horário de trabalho. Não tinha tempo de encontrar um marido, muito menos de ter filhos.”

“Então, quando casei no ano passado, sabia que precisava ter filhos logo. Mas o médico encontrou um tumor no meu útero, que,

combinado com a minha idade, tornava a concepção difícil para nós.”

Sanit faz parte de um número crescente de mulheres na Tailândia que buscaram a vida profissional no lugar do casamento e da maternidade. No momento em que elas estão prontas para constituir uma família, muitas vezes já é tarde demais para engravidar ou dar à luz sem complicações. Tratamentos de fertilidade estão disponíveis na Tailândia, mas são muito caros para a maioria das pessoas.

“Um número crescente de pessoas está colocando a segurança e a estabilidade econômica à frente da ideia de constituir família”, diz Sorapop Kiatpongsan, médico especialista em fertilidade na Universidade Chulalongkorn, em Bangcoc. “As mulheres que passaram de seus anos de pico de fertilidade precisam de informações corretas e opções de tratamento acessíveis”, diz ele.

As histórias de Kate e Sanit representam os dois extremos do desafio da fecundidade na Tailândia.

De um lado, as adolescentes não têm acesso à informação, nem a serviços de saúde sexual e reprodutiva, e estão vendo seus futuros diminuírem devido à gravidez não desejada. No outro lado, as mulheres estão pretendendo formar famílias mais tarde na vida e descobrindo que seus anos de fertilidade já passaram.



Sanit faz parte de um número crescente de mulheres na Tailândia que buscaram a vida profissional em lugar do casamento e da maternidade

Países com fecundidade muito baixa, muitas vezes, têm políticas limitadas para o equilíbrio entre trabalho e família. Na maioria dos países da Europa Oriental e Central, por exemplo, o número de creches sustentadas pelo governo é limitado, com menos de 15% das crianças em idade de 0 a 2 anos matriculadas na Bulgária, República Tcheca, Hungria, Polônia, Romênia e Eslováquia, em comparação com 34% em todos os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2018). A oferta limitada de creches impede que muitas mães retornem mais cedo ao mercado de trabalho e aumenta seus custos de oportunidade para ter filhos.

No Leste Asiático, a cultura do local de trabalho exige altos níveis de comprometimento das e dos trabalhadores com seus empregadores. Longas e inflexíveis jornadas de trabalho dificultam a conciliação entre carreira e família. Na República da Coreia, por exemplo, cerca de 18% das mulheres empregadas trabalhavam mais de 54 horas por semana em 2014 (OCDE, 2017). Para resolver esse problema, em 2018, a República da Coreia promulgou nova legislação para restringir a jornada semanal a 40 horas, com um máximo de 12 horas extras.

Além disso, as mulheres com filhos muitas vezes enfrentam discriminação no mercado de trabalho. No Japão e na República da Coreia, a maioria das mães ocupam cargos com baixos salários e têm opções de carreira limitadas, resultando em enormes diferenças salariais entre homens e mulheres (OCDE, 2017).

Mesmo quando as mulheres conquistaram a igualdade no acesso à educação e ao trabalho, suas decisões familiares e profissionais continuam a ser limitadas pelo “segundo turno” ao ter de cuidar das crianças e administrar seus lares. As mulheres ainda são tolhidas em razão da desigualdade de gênero no lar (McDonald, 2013), o que pode contribuir para a baixa fecundidade.

Mulheres no Leste Asiático enfrentam alguns dos maiores obstáculos nas suas escolhas familiares por causa das exigentes condições de trabalho,

e sua desproporcionalmente grande parcela de responsabilidade pelas tarefas domésticas e pelos cuidados com filhos e outros parentes (Raymo et al., 2015). Quando as mulheres no Japão ou da República da Coreia se casam, espera-se que elas se retirem do mercado de trabalho e assumam responsabilidades pela manutenção do lar e por cuidar dos maridos, familiares idosos do marido e filhos (Rindfuss et al., 2004). Entre os casais no Japão, os homens contribuem em média com 3,4 horas por semana nas tarefas domésticas, enquanto as mulheres contribuem com uma média de 27,4 horas (Tsuya, 2015).

Diante da perspectiva de sacrificar a carreira pela vida familiar, algumas mulheres do Leste Asiático optam por adiar ou evitar o casamento. E como a maioria dos filhos na região nascem dentro do casamento, cada vez mais mulheres não estão tendo filhos.

O Leste Asiático não é, no entanto, a única região onde as mulheres enfrentam esses desafios. As desigualdades entre homens e mulheres no trabalho doméstico não remunerado também persistem na maioria dos países da Europa Central e Oriental, e no Sul da Europa, especialmente na Itália e em Portugal (OCDE, 2017).

Fecundidade estimulada por economias estáveis e políticas de apoio

Os países com fecundidade moderadamente baixa são marcados por economias fortes e estáveis e políticas que tornam mais fácil constituir ou ampliar famílias. Políticas de apoio podem fomentar a confiança entre os casais para formar famílias (McDonald, 2008).

Por exemplo, alguns países europeus com taxas de fecundidade em nível de reposição apoiam as famílias com filhos fornecendo licença parental remunerada, auxílio financeiro para famílias, creches públicas e outros serviços para crianças, desonerações fiscais para as famílias e horários escolares alinhados com as horas de trabalho.

Oportunidades de trabalho em meio período, arranjos que permitem aos funcionários e funcionárias

tempo livre para cuidar de crianças doentes, eliminação de turnos noturnos e horários de trabalho irregulares, e uma generosa licença parental e de paternidade podem fazer a diferença para um casal ou indivíduo que esteja pensando em começar uma família.

O Canadá e vários países europeus reduziram as barreiras ao emprego para as mães a tal ponto que, hoje, a maioria das mulheres com filhos estão empregadas (OCDE, 2007, 2011). Um modelo de provedor um-e-meio, em que um dos pais trabalha em período integral e o outro, em meio-período, hoje é comum entre os casais com crianças na Austrália, Áustria, Países Baixos e Reino Unido. O modelo tornou-se popular nos Países Baixos após o governo estabelecer um direito legal de trabalhar meio-período, e conceder a trabalhadores e trabalhadoras de meio-período a mesma assistência médica, previdenciária e aposentadoria dos e das que trabalham em período integral (Mills, 2015).

Preferências reprodutivas centradas em uma família de dois filhos

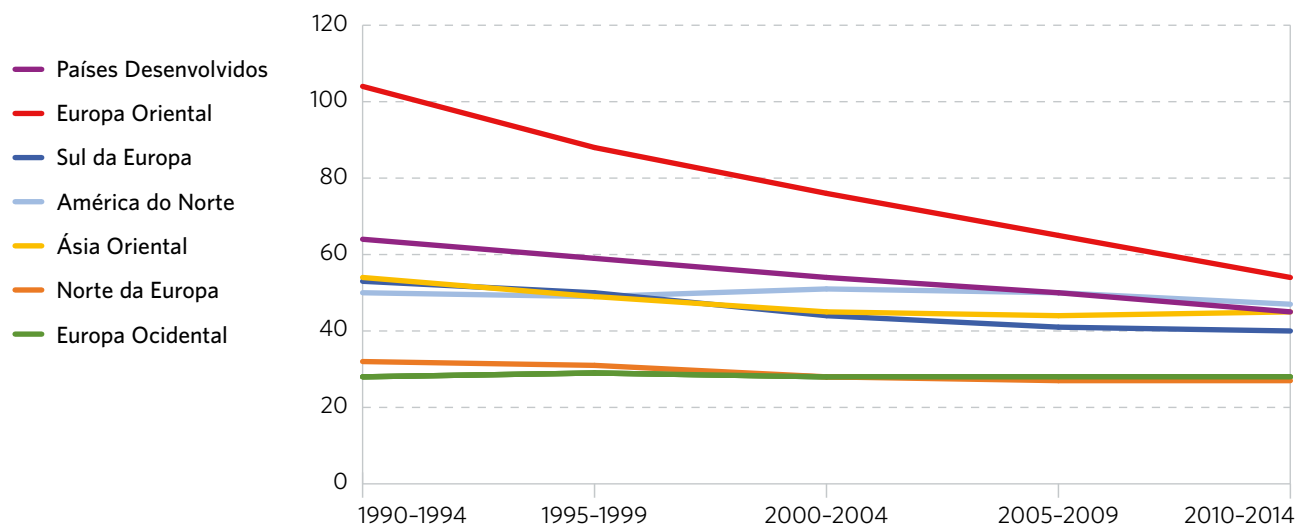
A maioria das mulheres nos países abrangidos neste capítulo geralmente expressa uma preferência por uma família com dois filhos, embora uma parcela significativa prefira três filhos (Hagewen e Morgan, 2005; Sobotka e Beaujouan, 2014; NIPSSR, 2016). A China é uma exceção, com muitas mulheres expressando o desejo de apenas um filho (Basten e Gu, 2013).

Em muitos países de baixa fecundidade, há uma diferença considerável entre o número de filhos que as pessoas querem e o número que elas têm (Bongaarts, 2002; Wittgenstein Center, 2015). Alguns casais não têm o número de filhos que desejam por causa de outras prioridades na vida ou por causa de circunstâncias como dificuldades econômicas. Outros não têm tantos filhos quanto



FIGURA 36

Gravidez não planejada por 1.000 mulheres com idades entre 15-44 anos, 1990-2014



Fonte: Bearak et al. (2018)

gostariam por causa de eventos como doença ou divórcio. As decisões sobre o tamanho da família normalmente mudam com o tempo em resposta a experiências de vida. Entre as mulheres nascidas no final da década de 1960 em sete países europeus, a diferença entre a fecundidade desejada e real era de pelo menos 0,5 filho, em média. A diferença é maior entre as mulheres com formação universitária (Wittgenstein Center, 2015; Beaujouan e Berghammer, 2017).

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, endossado por 179 governos em 1994, afirmou o objetivo de que "todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer". Este princípio se aplica a todos os casais e pessoas, não importando se eles desejam ter muitos filhos ou nenhum. Portanto, quando casais e indivíduos decidem ter filhos, mas são impedidos por circunstâncias econômicas ou por circunstâncias que impedem uma relação equilibrada da vida com o trabalho,

eles são incapazes de desfrutar plenamente de seus direitos reprodutivos.

Gravidez não planejada em países de baixa fecundidade

Muitas gestações em países desenvolvidos não são intencionais. Alguns casos de gravidez não intencional estão relacionados a uma demanda não atendida de contracepção. As mulheres com demandas não atendidas são sexualmente ativas, não querem engravidar e não estão usando nenhum método de contracepção (Nações Unidas, 2016). Estima-se que 1 em cada 10 mulheres casadas ou em coabitação nesses países tenha uma demanda não atendida de contracepção. Além disso, todos os anos, entre 2010 e 2014, estima-se que 45 de cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva em países desenvolvidos engravidaram de forma não intencional (Figura 36; Bearak et al., 2018).

O Leste Europeu tem uma taxa comparativamente alta de gravidez não intencional em parte devido ao acesso limitado a métodos modernos de contracepção (especialmente a pílula), ausência de educação sexual, e



© Frank Schoepgens/Getty Images

conhecimento limitado sobre a prevenção da gravidez (Figura 37; Kon, 1995; David, 1999; Stloukal, 1999; Sobotka, 2016). No entanto, o acesso à contracepção em toda a região melhorou consideravelmente desde o início da década de 1990, levando a um maior uso de contraceptivos e à diminuição das taxas de aborto (Figuras 37 e 38). O aborto também é comum no Leste da Ásia. Mais de três em cada quatro gravidezes não intencionais no Leste Europeu e no Leste Asiático terminaram em aborto em 2014.

Não só muitas gravidezes são involuntárias em países desenvolvidos, como também um em cada quatro nascimentos (Figura 39; Bearak et al., 2018). A maioria desses nascimentos involuntários, no entanto, são mais inoportunos do que indesejados. Países da Europa Oriental e Central têm uma taxa comparativamente baixa de nascimentos não intencionais, em grande parte por causa do acesso ao aborto.

Em muitas partes do Leste e do Sudeste Europeu, os jovens tendem a não usar contraceptivos ou a recorrer ao coito interrompido durante as relações sexuais (CDC e ORC Macro, 2003). A educação integral em sexualidade nesses países é limitada.

Saúde reprodutiva deficiente, fracos sistemas de assistência médica e o uso limitado de preservativos contribuíram para um surto de doenças sexualmente transmissíveis no Leste Europeu na década de 1990 (Uusküla et al., 2010). Hoje, infecções por HIV estão aumentando na região, ainda em grande parte resultante do uso de drogas injetáveis (Avert, 2017), mas com o contato sexual se tornando um dos principais modos de transmissão nos últimos anos. A Europa Oriental e a Ásia Central são as únicas regiões que verificaram um aumento sustentado das infecções por HIV (Avert, 2017; UNAIDS, 2017).

A infertilidade pode desempenhar algum papel na baixa fecundidade em alguns países desenvolvidos. A pouca comprovação de que haja um problema de infertilidade sugere que o problema é mais atribuível aos homens do que às mulheres. Algumas pesquisas apontam para um declínio constante na qualidade e quantidade de espermatozoides entre homens em países de alta renda e baixa fecundidade (Levine et al., 2017), embora a questão permaneça controversa (te Velde et al., 2017).

FIGURA 37

Uso de contraceptivos tradicionais e modernos entre mulheres casadas ou em coabitação com idades entre 15-44 anos, 53 países, 1990-1994 e 2010-2014

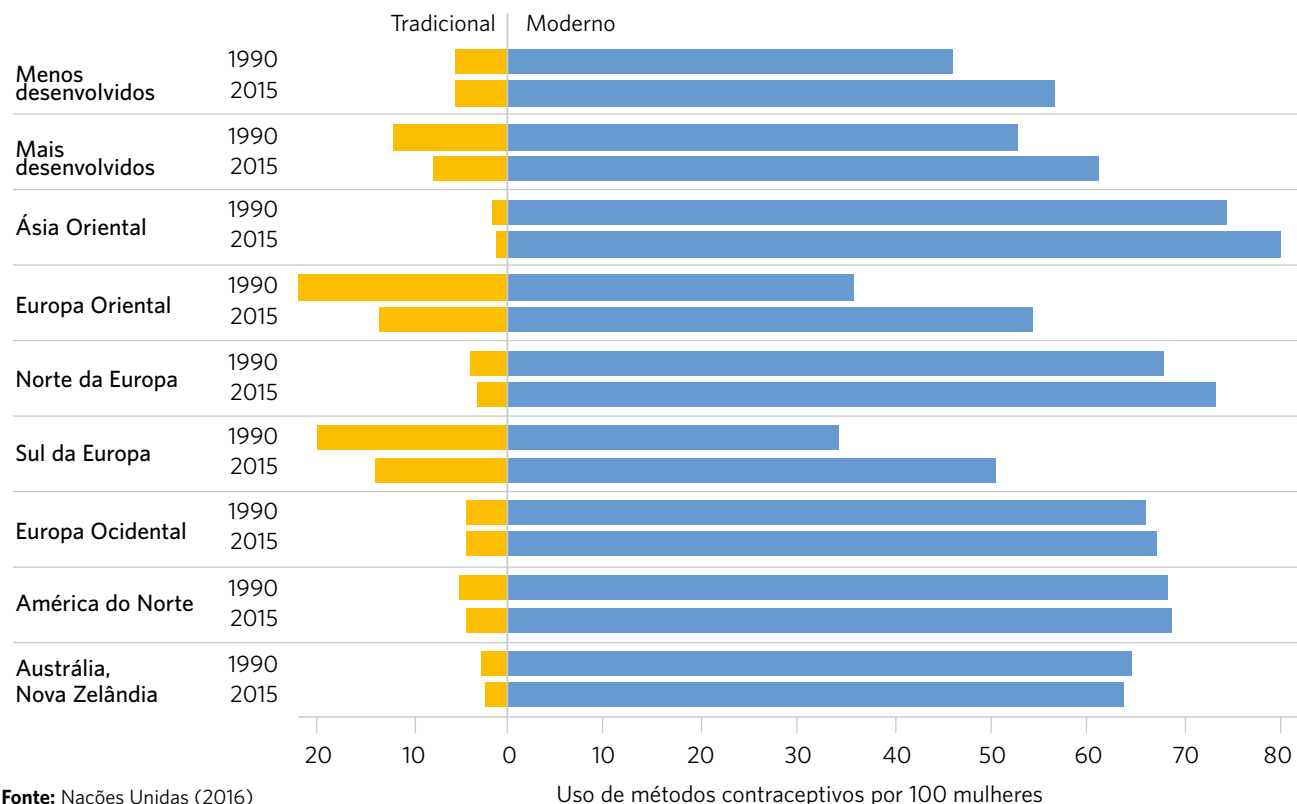


FIGURA 38

Taxas de aborto por 1.000 mulheres com idades entre 15-44 anos, 1990-2014

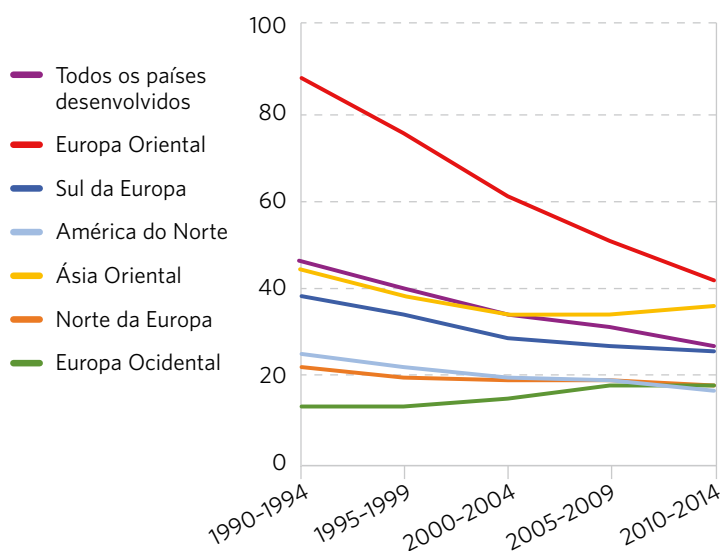
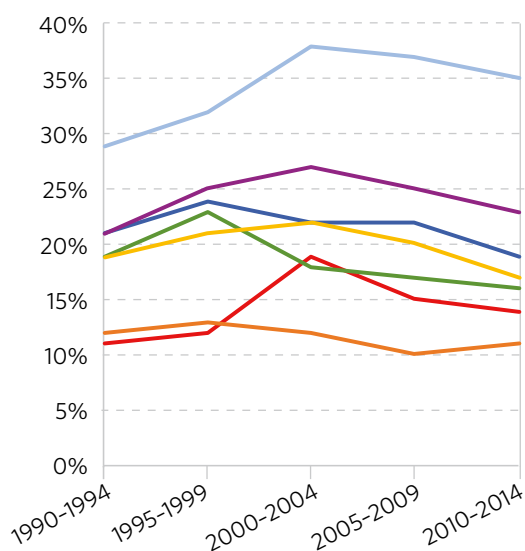


FIGURA 39

Porcentagem de nascimentos não intencionais, 1990-2014



Um fator contribuinte mais provável para a baixa fecundidade em alguns países desenvolvidos é a infertilidade secundária: a incapacidade das mulheres que já tiveram um filho de engravidar novamente ou de levar outra gravidez até o fim (Mascarenhas et al., 2012). Estima-se que em 2010, a infertilidade secundária tenha afetado 7% dos casais em países de alta renda, e até 18% na Europa Oriental e Central e na Ásia Central. As explicações para as relativamente altas taxas de infertilidade secundária nestas regiões incluem uma combinação de maiores taxas de aborto, maior incidência de aborto inseguro e métodos invasivos de aborto, e infecções pós-aborto (Hodorogea e Comendant, 2010).

Inúmeras pesquisas nos Estados Unidos mostram um ligeiro mas contínuo declínio de infertilidade entre mulheres casadas em idade reprodutiva (Chandra et al., 2013). Como os casais continuam adiando a maternidade/paternidade para idades reprodutivas posteriores, a incidência de infertilidade provavelmente aumentará. Na Europa, a gravidez tardia contribuiu para um aumento da falta involuntária permanente de filhos, que praticamente dobrou entre 1970 e 2007 em seis países analisados por te Velde et al. (2012).

Direitos reprodutivos

Exercer o direito de decidir livremente e com responsabilidade quantas crianças ter e quando tê-las depende de algo mais além de acesso à contracepção



© Giacomo Pirozzi

ou tratamento adequado para a infertilidade. As decisões sobre o tamanho da família também dependem da disponibilidade de moradia, das condições econômicas das famílias e do custo de criar filhos.

As decisões reprodutivas também podem ser influenciadas ou limitadas por obstáculos sociais, institucionais e legais, como o estigma sobre famílias monoparentais, a discriminação contra crianças nascidas de casais não casados ou do mesmo sexo, a legalidade do aborto e a disponibilidade de tecnologia de reprodução assistida.

A legalidade do aborto varia entre os países. Cerca de 8 em 10 países desenvolvidos permitem o aborto mediante solicitação ou por razões econômicas e sociais amplamente definidas durante os primeiros três meses de gravidez (Nações Unidas, 2013).

A demanda por tecnologia de reprodução assistida, como a fertilização *in vitro*, tem crescido nos países desenvolvidos, onde as mulheres optam por ter filhos mais tarde em seus anos reprodutivos. O acesso à reprodução assistida amplia as escolhas reprodutivas dos casais e permite a efetivação de seus direitos reprodutivos. Traz, assim, uma pequena porém crescente contribuição para a fecundidade. Em 2013, a tecnologia de reprodução assistida na Europa representou 2,2% de todos os nascimentos, com porcentagens especialmente elevadas de até 6,2% verificadas na República Tcheca, Dinamarca, Finlândia e Eslovênia.

Fecundidade e altos níveis de desenvolvimento humano e econômico

Quando os países mais pobres atingem níveis mais altos de desenvolvimento humano, a fecundidade geralmente cai. À medida que o desenvolvimento humano progride, a fecundidade pode cair drasticamente — para bem abaixo do nível de reposição.

Alguns países, no entanto, viram sua fecundidade baixíssima subir novamente para níveis moderadamente baixos, enquanto outros países com fecundidade em declínio viram sua fecundidade se estabilizar antes de atingir níveis muito baixos. Esses países têm várias coisas em comum: alcançaram os mais altos níveis de desenvolvimento humano e os mais altos níveis de PIB per capita. Além disso, fizeram mais progressos em direção à igualdade de gênero. Eles também são países onde menos pessoas se casam, e as pessoas se casam mais tarde. A maioria desses países tem bom funcionamento dos mercados de trabalho, e oferecem oportunidades de emprego e moradia aos jovens adultos (Myrskylä et al, 2009; Luci-Greulich e Thévenon, 2014; Arpino et al, 2015; Goldscheider et al., 2015; Billari, 2018).

Muitos países com fecundidade próxima do nível de reposição têm políticas e serviços extensos e favoráveis às famílias, como creches de alta qualidade com financiamento público. Essas políticas não são coercivas nem projetadas especificamente para estimular o crescimento da população. Em vez disso, elas respondem às necessidades reais das famílias e crianças, e respeitam ou ampliam direitos, inclusive os direitos reprodutivos.

As experiências dos países com fecundidade moderadamente baixa demonstram que as políticas são mais eficazes e úteis quando oferecem uma gama de apoios para os pais, e aumentam as opções de conciliação entre trabalho, lazer e a criação de filhos.

Em nenhum país do mundo, pessoas e casais têm o total poder de decidir livremente e com responsabilidade sobre o número de filhos, o momento de tê-los e o intervalo entre uma gravidez e outra. Isso inclui países com níveis de fecundidade abaixo do nível de reposição. Em geral, nesses países, muitos casais e indivíduos não conseguem ter o número de filhos que desejam devido a obstáculos sociais, econômicos, institucionais e estruturais.

Taxa de fecundidade total e fecundidade de coorte completa

A taxa de fecundidade total é baseada em nascimentos que ocorrem em diferentes idades em um ano civil. A taxa de fecundidade total para um ano civil é calculada como a soma das taxas de fecundidade específicas por idade em cada faixa etária para as idades entre 15 - 49 anos.

Como é a soma das taxas de fecundidade em todas as idades em um ano, a taxa total de fecundidade mede o número médio de filhos que as mulheres em uma população teriam em sua vida se vissem, ao longo de toda a vida, as taxas de fecundidade em cada idade nesse ano civil.

A taxa de fecundidade total tem a vantagem de poder ser calculada assim que os números de nascimentos em cada idade em um ano civil são publicados por agências estatísticas. É uma medida do momento. Sua desvantagem é que não se refere à experiência real de qualquer grupo de mulheres ao longo da vida. Por exemplo, as mulheres com 18 anos em 2005 terão 19 em 2006, 20 em 2007 e assim por diante. A experiência de qualquer grupo real de mulheres está espalhada por muitos anos.

Se as taxas de fecundidade específicas por idade estiverem disponíveis ao longo de muitos anos, elas podem ser somadas ao longo da vida real de um grupo de mulheres. Por exemplo, a taxa de fecundidade das mulheres de 18 anos em 2005 seria adicionada à das mulheres de 19 anos em 2006, 20 em 2007 e assim por diante, até o grupo atingir os 50 anos. A medida obtida pela adição ao longo da

vida real dessa maneira é chamada de fecundidade de coorte completa. Assim como a taxa de fecundidade total, a fecundidade de coorte completa mede o número médio de filhos que as mulheres teriam ao longo de suas vidas — mas as vidas, neste caso, são vidas reais.

A fecundidade de coorte completa tem a desvantagem de não poder ser calculada até que o grupo de mulheres analisadas chegue ao final de seus anos férteis. Embora seja uma medida mais precisa da experiência de fecundidade real do que a taxa de fecundidade total, não é uma medida oportuna. Não nos diz nada sobre o comportamento de fecundidade das mulheres mais jovens nos últimos anos.

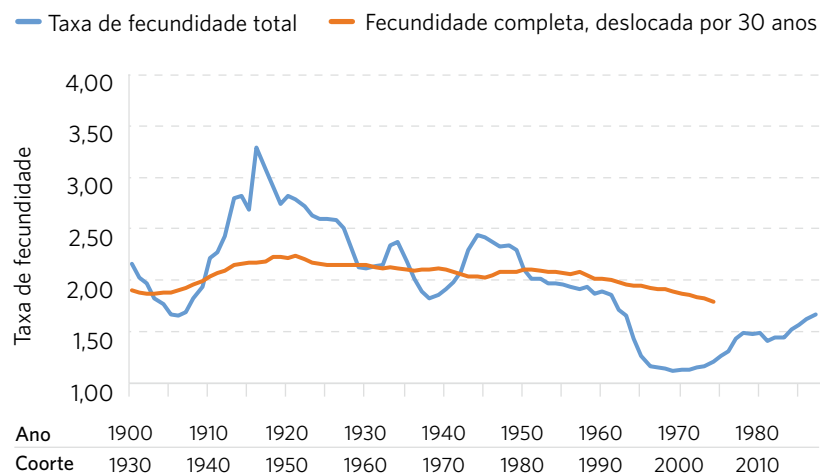
Quando a fecundidade é alta, os movimentos na taxa de fecundidade total (quase sempre movimentos descendentes) fornecem uma imagem relativamente confiável e atualizada

da tendência da fecundidade.

Esta é a razão pela qual a taxa de fecundidade total foi empregada nos capítulos anteriores deste relatório. Quando a fecundidade é baixa, no entanto, mudanças no calendário dos nascimentos ou um choque como uma recessão econômica podem ter um grande efeito no número anual de nascimentos e, portanto, na taxa de fecundidade total. Isso é ilustrado no gráfico abaixo, que mostra flutuações muito amplas na taxa de fecundidade total da República Tcheca, mas apenas movimentos moderados da fecundidade da coorte completa.

Assim, em cenários de baixa fecundidade, é importante estar ciente do quadro potencialmente enganoso que é fornecido pela evolução da taxa de fecundidade total e, quando possível, examinar também a tendência da fecundidade de coorte completa.

Mudanças de longo termo na taxa de fecundidade total (1930-2015) e fecundidade de coorte completa (mulheres nascidas entre 1900-1974) na República Tcheca





As políticas de licença parental facilitam que pessoas tenham o número de filhos que desejam

FOCO NA SUÉCIA

© UNFPA/Melker Dahlstrand

“Os pais na Suécia não precisam escolher entre uma carreira e ser pai ou mãe.”

Hans Linde, RFSU

Andreas Åsander beija sua esposa Elin quando ela sai para o trabalho. Assim que ela sai pela porta, ele pega sua filha de 11 meses, Edda, no colo, dá a mão à sua filha Lo, de 4 anos, e sai de casa também.

A primeira parada é a pré-escola de Lo e depois uma caminhada com Edda por um parque perto de sua casa em um subúrbio de Estocolmo. Eles passam por um trecho de exercício ao ar livre

“A política de licença parental da Suécia é boa para os direitos reprodutivos e para a economia.”

Hans Linde, RFSU

onde Andreas se exercita enquanto Edda dorme profundamente em seu carrinho de bebê. Às nove da manhã, Andreas e Edda voltam para casa. Se Andreas tiver sorte, ele terá tempo para uma xícara de café antes de Edda acordar e insistir em brincar antes de seu lanche matinal.

“Em um dia normal, fazemos o que se costuma fazer com uma criança”, diz Andreas. “Nós brincamos, lemos um livro, comemos. Quando Edda dorme, tento fazer algumas tarefas, como lavar roupa e limpar a casa. E às vezes há tempo para encontrar amigos que também estão de licença parental.” Quando Andreas conheceu Elin, ela já tinha um filho, John, que está na quarta série em uma escola do outro lado da rua. O casal decidiu cedo que eles queriam ter filhos juntos.



O sistema de seguridade social da Suécia apoia e encoraja a responsabilidade parental compartilhada. A licença parental compreende um total de 480 dias, sendo que 90 dias são dedicados a cada um dos pais, os restantes 300 podendo ser compartilhados, e até 30 dias podendo ser tirados ao mesmo tempo — com pai e mãe em casa. O pai ou a mãe recebe até US\$ 110 por dia pelos primeiros 390 dias, e menos nos demais dias.

Elin ficou em casa nos primeiros quatro meses com Edda. Desde então, Andreas cuida de Edda às terças, sextas e metade do dia às quartas-feiras. Elin fica em casa nos outros dois dias e meio por semana.

“Os pais na Suécia não precisam escolher entre uma carreira e ser pai ou mãe”, diz Hans Linde, presidente da Associação Sueca para Educação Sexual (RFSU). “O sistema de licença parental é uma boa base para a igualdade”, acrescenta.

“A forma como nos organizamos nos dá mais energia tanto para o trabalho como para a Edda”, diz Andreas.

“A política de licença parental da Suécia é boa para os direitos reprodutivos e para a economia”, diz Linde, da RFSU. O respeito da Suécia pelos direitos reprodutivos tornou possível ter “uma das economias de bem-estar social mais fortes do mundo”, ele acrescenta.

**Um total de
480 dias
de licença parental
são fornecidos.**

Todas as pessoas têm o direito de escolher

A fecundidade é importante. Ela espelha onde as pessoas estão e de onde vieram, refletindo suas oportunidades e restrições. Define aspirações futuras, com implicações profundas que começam com os indivíduos e refletem nas sociedades.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

Em meio às grandes diferenças atuais entre altas e baixas taxas de fecundidade, tanto dentro dos países como entre eles, os problemas relacionados à fecundidade e os fatores determinantes variam enormemente. Mas o que é comum a todos os países é que o nível da capacidade dos casais e indivíduos de exercer seus direitos reprodutivos é o fator que determina quantos filhos eles têm e o grau de sintonia entre sua fecundidade e o que eles desejam de sua vida reprodutiva.

Por 50 anos, desde a Conferência Internacional de Direitos Humanos de 1968 em Teerã, os governos concordaram sobre o direito de tomar decisões de forma livre e responsável sobre o tamanho da família. Eles reafirmaram fortemente este direito em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. O Programa de Ação da conferência afirma que todos os casais e indivíduos têm direito à informação e aos meios para decidir sobre o número de filhos, o momento de tê-los e

o intervalo entre eles, sem nenhuma discriminação, coerção e violência. Em 2015, na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, os direitos reprodutivos se tornaram uma meta específica de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, fundamental para alcançar todos os outros.

Tem havido muito progresso na defesa dos direitos reprodutivos. Todavia, atualmente nenhum país pode afirmar que todos os grupos da população desfrutam desses direitos em todos os momentos. Em quase toda parte, as circunstâncias sociais, institucionais e econômicas ainda negam a algumas pessoas os meios de, de forma livre e responsável, ter o número de filhos que desejam ou tê-los quando querem. Essa situação é evidente tanto em países de alta como de baixa fecundidade. E persiste, apesar da crescente urgência em torno de questões tais como de que forma a fecundidade pode minar ou impulsionar a força de uma economia e definir recursos para serviços sociais essenciais. Isso repercute nas preocupações de muitas pessoas que ficam limitadas em seus direitos e

escolhas reprodutivas por preocupações com moradia, trabalho ou creches.

Uma melhor correspondência entre políticas públicas e metas individuais faz-se necessária. As pessoas precisam do conhecimento e das ferramentas para que possam decidir se querem, quando ou com que frequência ter filhos. Os governos preocupados com a alta ou baixa fecundidade precisam de políticas que aumentem os direitos das pessoas de tomar suas próprias decisões sobre o momento adequado e o intervalo entre as gestações. Alinhar os objetivos individuais e governamentais e fundamentá-los em direitos humanos pode ser uma força poderosa para o desenvolvimento econômico e social.

O que todo país precisa fazer

Cada país precisa definir a combinação de serviços e recursos necessários para defender os direitos reprodutivos de todos os cidadãos e cidadãs, garantir que ninguém seja deixado para trás e dismantelar os obstáculos sociais, econômicos, institucionais



e geográficos que impedem que casais e pessoas decidam de maneira livre e responsável o número e o espaço de tempo entre uma gravidez e outra. Algumas ações podem ser mais relevantes para países com diferentes taxas de fecundidade. Mas algumas questões atravessam todos os países, refletindo áreas que são a base para os direitos reprodutivos, mas onde deficiências ainda são amplamente persistentes.

Cumprir compromissos com os direitos reprodutivos

Os 179 governos representados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, aprovaram a noção de direitos reprodutivos, em particular o direito de todas as pessoas a tomar suas próprias decisões livres e responsáveis sobre o tamanho da família, e o momento adequado da gravidez e maternidade. Cada pessoa tem esses direitos. No entanto, a universalidade não foi alcançada.

Para começar a preencher as lacunas, os países devem considerar se as políticas demográficas fortalecem os direitos reprodutivos e capacitam as pessoas a realizar suas próprias metas de fecundidade, ou se diminuem o poder de tomar decisões sobre o tamanho da família. As políticas devem ser reformuladas ou realinhadas com o que as pessoas realmente precisam para ter o número de filhos que desejarem, quando quiserem. Isso requer considerar uma gama completa de fatores de interseção que influenciam os direitos reprodutivos e a fecundidade, inclusive educação, trabalho, moradia e segurança alimentar. Bangladesh, por exemplo, percebeu que sua fecundidade visa um ritmo extraordinariamente rápido, adotando uma abordagem abrangente de desenvolvimento humano para o desenvolvimento nacional, que prioriza o oferecimento de uma combinação equilibrada de capacidades em saúde, educação e renda.

Um ponto de partida em qualquer país poderia ser a realização de verificações nacionais regulares de direitos reprodutivos para avaliar se as leis, políticas, orçamentos, serviços, campanhas de conscientização e outras atividades estão alinhadas com os direitos reprodutivos, conforme definido

pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Para ser totalmente informado e baseado em direitos, as verificações devem solicitar opiniões de especialistas, bem como comentários de pessoas em geral. De maneira geral, os melhores métodos precisam ser desenvolvidos para medir as lacunas em direitos reprodutivos, abrangendo assistência médica, bem como determinantes sociais, econômicos e institucionais.

Reduzir a zero a demanda não atendida

As mulheres com uma demanda não atendida de métodos contraceptivos modernos são responsáveis por mais de quatro em cada cinco gestações não intencionais nos países em desenvolvimento (Instituto Guttmacher, 2017). Mas a demanda não atendida não é exclusiva dos países em desenvolvimento. Ela existe praticamente em todo lugar, mesmo em países com baixa fecundidade. Considerando que as mulheres em todo o mundo que são mais ricas, vivem nas cidades e com nível mais alto de escolaridade normalmente têm acesso total a uma variedade de métodos contraceptivos modernos, enquanto aquelas de áreas rurais, mais pobres e com menos instrução não têm. Em alguns países com baixa fecundidade e renda mais alta, os serviços de aborto seguro estão prontamente disponíveis e são acessíveis ou gratuitos, mas o mesmo não ocorre com algumas formas de contracepção. Os programas de planejamento familiar nacionais financiados pelo governo com o objetivo de zerar a demanda não atendida de serviços de planejamento familiar até 2030 podem ajudar os países a alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Priorizar a saúde reprodutiva nos sistemas de saúde

Os serviços de saúde reprodutiva em muitos países ainda não recebem a atenção — ou o financiamento — que merecem, apesar de sua influência em um espectro de direitos humanos e metas de desenvolvimento, da redução da pobreza à participação na força de trabalho. Esses serviços devem ser considerados essenciais para a atenção primária à saúde, igual à vacinação e outros

itens essenciais para uma boa saúde. Eles devem ser abrangentes, de alta qualidade, acessíveis a todas as pessoas e baseados na capacitação das pessoas para tomarem suas próprias decisões. Além disso, perguntar se as pessoas em idade reprodutiva estão tendo o número de filhos que desejam deveria ser padrão em exames médicos gerais, com o apoio de informações e encaminhamentos para aqueles que não estão satisfeitos com as opções existentes.

Mecanismos de responsabilização precisam estar em vigor, com base em dados sólidos, e orientados para a plena realização dos direitos na prática, ou seja, se as pessoas que usam os serviços de saúde sentem que são capazes de atingir suas próprias metas de fecundidade.

Oferecer uma educação integral e universal em sexualidade

As pessoas precisam de conhecimento para exercer os seus direitos reprodutivos e fazer escolhas sobre sobre se querem ou não engravidar, quando e com que frequência. Esse conhecimento deve ser transmitido às pessoas jovens antes de se tornarem sexualmente ativas. Todos os currículos escolares devem, portanto, incluir uma educação integral em sexualidade e adequada à idade, que aborde direitos, relacionamentos e saúde sexual e reprodutiva como base para obter esse entendimento. Os programas de maior sucesso enfatizam não apenas o básico sobre como a reprodução funciona, mas também a igualdade de gênero, e ajudam meninas e meninos a desenvolver confiança e habilidades para fazer escolhas empoderadas.

Agir para alcançar a igualdade de gênero em todas as frentes

As deficiências nos direitos das mulheres estão intimamente ligadas às deficiências nos direitos reprodutivos; nenhum dos dois será resolvido sem o outro. A discriminação de gênero pode influenciar negativamente os sistemas de saúde, por exemplo, para que as mulheres não possam acessar os serviços de que precisam para fazer suas próprias escolhas sobre os tipos de contracepção. Quando as mulheres são subordinadas na tomada de decisões domésticas

ou sujeitas à violência baseada em gênero, elas acabam tendo pouco controle sobre sua fecundidade.

O ideal seria que a igualdade de gênero fosse protegida em todas as políticas e práticas nacionais, e funcionasse como um princípio operacional central de todos os sistemas de saúde. Os orçamentos com perspectiva de gênero, que selecionam políticas para arrecadação e execução de recursos públicos com base em sua contribuição para a igualdade de gênero, podem ser uma ferramenta importante para acelerar o progresso. Em todos os esforços para promover a igualdade de gênero, deve-se observar como o gênero pode se cruzar com outras formas de discriminação e exclusão relacionadas a idade, capacidade, localização, etnia e assim por diante. Uma menina em uma área rural, por exemplo, tem o dobro de chances de se casar quando criança em comparação a uma menina em uma cidade.

O trabalho sobre normas sociais é essencial para transformar alguns dos fatores mais persistentes e determinantes da desigualdade de gênero. Embora as mulheres globalmente estejam cada vez mais conscientes de seus direitos e capazes de agir sobre eles, as atitudes entre os homens continuam sendo as principais barreiras. Isto é claramente refletido na participação universalmente desproporcional das mulheres no trabalho de assistência não remunerado, com os homens ainda se recusando a assumir uma parte igual desse trabalho, mesmo em países que fizeram avanços significativos no âmbito da igualdade de gênero. Uma consequência é que algumas mulheres terão menos filhos do que gostariam. Por outro lado, para aquelas que têm mais filhos do que desejam, as exigências do trabalho doméstico podem se tornar uma barreira intransponível para outras atividades, tais como trabalho remunerado ou participação em assuntos da comunidade.

O que os países com alta fecundidade precisam fazer

Países com altas taxas de fecundidade também tendem a lutar com altas taxas de pobreza e serviços públicos sobrecarregados, particularmente nas áreas rurais. Embora algumas pessoas nesses países,



© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

especialmente jovens de áreas urbanas, estejam optando por ter menos filhos, a plena realização dos direitos reprodutivos significaria que todos e todas podem fazer escolhas conscientes. A demanda não atendida de contracepção é geralmente alta nesses países, sugerindo que existem barreiras fundamentais para uma das ferramentas básicas que os casais têm para alcançar seus objetivos reprodutivos.

Ampliar o alcance dos serviços de saúde reprodutiva e melhorar a qualidade

Um ponto de partida para a realização dos direitos reprodutivos e para capacitar as pessoas a terem o número de filhos que desejam é estender os serviços de saúde reprodutiva àqueles que ficaram mais para trás. Nos países de alta fecundidade, essas são frequentemente pessoas mais pobres nas áreas rurais. Os serviços prestados em clínicas de saúde ou por trabalhadores comunitários podem ser construídos em torno de modelos integrados que oferecem bens e mensagens de planejamento familiar que apoiam mudanças nas normas sociais, inclusive aquelas que colocam barreiras ao uso de contraceptivos e

restringem o empoderamento das mulheres. Esses serviços também podem se tornar um ponto de entrada para níveis básicos de apoio e encaminhamento em casos de violência de gênero.

Os sistemas de saúde precisam garantir que todas as mulheres, seja nas cidades ou no campo, tenham acesso igual a toda a gama de opções contraceptivas, juntamente com outros aspectos essenciais, como proteção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Muito mais poderia ser feito para estabelecer ligações entre programas de planejamento familiar e de HIV, dado que os preservativos são agora o método contraceptivo mais comum para pessoas solteiras. Como questão de direitos humanos, e considerando o papel da alta mortalidade infantil na elevação das taxas de fecundidade, os deficientes programas de saúde materno-infantil precisam melhorar, apoiados por programas relacionados sobre nutrição, segurança alimentar e empoderamento das mulheres. Outras prioridades são fortalecer sistemas de informação de gestão da saúde, inclusive identificando disparidades na qualidade do serviço e no acesso, e investindo na capacidade das e dos

trabalhadores da área de saúde, em particular quadros de nível médio, como parteiras.

Assegurar que todas as pessoas saibam quais são seus direitos reprodutivos e como exercê-los

As normas sociais podem desempenhar um papel importante na manutenção de altas taxas de fecundidade, aliadas a deficiências nos serviços de planejamento familiar. As normas sociais que inibem escolhas conscientes sobre o número e o momento das gestações precisam ser questionadas, pois, do contrário, as pessoas não conseguem efetivar seus direitos reprodutivos.

Campanhas de mudança de comportamento são uma técnica para mudar as normas. Elas precisam chegar às áreas rurais, especialmente, onde a informação é mais limitada, e precisam estar fundamentadas em princípios de empoderamento e direitos humanos. Isso significa, por exemplo, que a ênfase não é apenas em explicar às pessoas como usar contraceptivos, mas também em ajudá-las a pensar em suposições sobre o tamanho da família, implicações para o bem-estar futuro e no processo de tomada de decisões por homens e mulheres dentro dos lares.

Acabar com o casamento infantil

O casamento precoce é uma violação dos direitos humanos que normalmente leva à negação de outros direitos, inclusive direitos reprodutivos. A proteção contra o casamento infantil precisa ser codificada na lei e mantida na prática. Mas a disseminação do casamento infantil em alguns países também requer esforços sistemáticos para contestar as noções profundamente enraizadas sobre seu propósito e sua permissibilidade.

Influenciadores sociais e tomadores de decisão, tais como chefes tradicionais e parlamentares, podem ser vozes poderosas ao exortar as pessoas a adotarem uma “nova normalidade”. A conscientização pode ser eficaz ao enfatizar informações básicas sobre os danos da gravidez precoce que acompanham a maioria dos casamentos infantis. A educação de qualidade é outro ponto de apoio, uma vez que mantém as meninas na escola e oferece oportunidades para que



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

elas conheçam seus direitos, busquem assistência em caso de risco e desenvolvam habilidades para fazer escolhas conscientes ao longo de suas vidas.

Priorizar o emprego para mulheres nas áreas rurais

Para as mulheres em todo o mundo, a entrada na economia moderna fornece renda, informação e novas formas de pensar, e cria oportunidades para vidas que se estendem para além da casa. Também tem sido um importante estímulo para menor fecundidade. Em países de alta fecundidade, as mulheres nas áreas rurais têm o menor acesso a empregos de qualidade ou meios de subsistência sustentáveis. Políticas de educação, agricultura e de mercado de trabalho poderiam, em muitos casos, fazer mais por essas mulheres. Muitas dessas políticas ainda adotam abordagens que não levam em conta o gênero, o que na prática significa que elas beneficiam principalmente os homens. As mulheres contribuem significativamente para as economias agrícolas, por exemplo, mas os serviços de extensão agrícola ainda costumam atender principalmente os agricultores do sexo masculino.

O empoderamento econômico das mulheres nas áreas rurais depende, em grande medida, da igualdade de direitos fundiários e de propriedade e da igualdade de acesso a financiamento e tecnologia. Outras prioridades seriam trazer mais dessas mulheres para programas de ensino profissionalizante e enfatizar seu acesso a níveis mais altos de educação. Abrir espaço para as mulheres na governança local mantém seu direito de participar e pode influenciar as agendas locais para fornecer os serviços de que as mulheres precisam. Empoderamento que constrói a consciência e confiança pode encorajar as mulheres a se tornarem modelos comunitários e agentes causadores de mudanças das normas sociais, inclusive sobre questões de fecundidade e planejamento familiar.

Priorizar os gastos com cuidados de saúde reprodutiva

A saúde reprodutiva ainda é vista com pouco interesse em muitos orçamentos nacionais de saúde, por vários motivos. Os países mais pobres ainda dependem do financiamento de doadores internacionais, que prestaram menos atenção aos serviços de saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar, nos últimos anos. Considerando-se os impactos de longo alcance da fecundidade, e de acordo com os compromissos com direitos reprodutivos e parcerias de desenvolvimento de alta qualidade, os cuidados de saúde reprodutiva precisam de maior prioridade tanto nas fontes domésticas quanto nas fontes internacionais de financiamento da saúde.

O que os países com fecundidade média precisam fazer

Embora os países com fecundidade de mais de dois, mas menos de quatro filhos por mulher estejam misturados em seus níveis de desenvolvimento global, há geralmente um melhor conhecimento e acesso a serviços de saúde reprodutiva e informação, e as pessoas em geral têm vislumbrado um futuro no qual o bem-estar, quer seja definido pelo nível de rendimento ou pela qualidade da educação, está ligado a escolhas sobre fecundidade. Alguns desses países lidam simultaneamente com alta fecundidade em um

grupo ou comunidade e baixa fecundidade em outro, falta de absorção das pessoas jovens no mercado de trabalho remunerado e taxas historicamente rápidas de envelhecimento, todos apresentando demandas sociais e econômicas significativas.

Acabar com disparidades nos serviços de saúde reprodutiva

Muitos países de fecundidade de nível médio fizeram progressos na expansão dos sistemas de saúde, geralmente além do nível alcançado em países de alta fecundidade. Com a fecundidade em um nível moderado, pode haver menos urgência para aumentá-lo ou abaixá-lo em âmbito nacional. No entanto, considerando apenas a fecundidade média, provavelmente se perderão disparidades persistentes nos direitos reprodutivos que precisam ser resolvidas, de acordo com o compromisso com a universalidade. As disparidades refletem-se, por exemplo, nas altas taxas de gravidez não intencional e na demanda não atendida de contracepção.

As regiões remotas, os grupos étnicos minoritários, as pessoas jovens, solteiras e pobres das zonas rurais e urbanas estão entre os grupos da população que foram deixados para trás no acesso a toda a gama de métodos contraceptivos, serviços e conhecimentos. Os serviços não só precisam alcançar fisicamente esses grupos, mas também precisam ser adaptados às suas necessidades, por exemplo, por meio de informações de planejamento familiar adequadamente comunicadas. Muito mais poderia ser feito para fornecer uma gama completa de opções de planejamento familiar e para introduzir e expandir o acesso à reprodução assistida.

Em vista das altas taxas de gravidez inoportuna e não desejada em alguns desses países, modelos de serviço e medidas de sua eficácia devem ser orientados para garantir que os direitos efetivados em princípio não sejam perdidos na prática — isso pode acontecer, por exemplo, quando o parceiro de uma mulher a impede de exercer seu direito de usar contraceptivos para tomar suas próprias decisões sobre o momento de engravidar e o intervalo entre uma gestação e outra. Poderiam ser forjados vínculos mais fortes entre os programas de planejamento familiar, as

iniciativas para prevenir e proteger contra a violência baseada em gênero e o empoderamento econômico das mulheres. Esses vínculos podem ser tão básicos quanto os sistemas de triagem e encaminhamento, de modo que, quando as mulheres comparecerem aos serviços de planejamento familiar, existam processos para identificar suas outras necessidades e encaminhá-las a recursos adicionais.

Fazer mais para alcançar jovens e adolescentes, particularmente aqueles que não são casados

Vários países de fecundidade de nível médio têm grandes populações de jovens e adolescentes — um legado do recente passado de alta fecundidade. No entanto, tem havido uma defasagem na resposta às necessidades de cuidados de saúde reprodutiva das pessoas jovens, embora alimentem um impulso populacional significativo à medida que começam a ter seus próprios filhos. Entre as barreiras aos serviços destacam-se as suposições de que um só padrão sirva para todas e todos na prestação de serviços, que adolescentes são jovens demais para serem sexualmente ativos e que jovens que não são casados devem ser impedidos de ter acesso à contracepção.

Até certo ponto, as próprias pessoas jovens, expostas a uma riqueza de informações por meio da tecnologia, estão escolhendo uma menor fecundidade. Porém, elas precisam de apoio mais consistente e de qualidade. Isso inclui educação integral em sexualidade, bem como serviços e informações de saúde reprodutiva adequadas para a idade. Serviços que não diferenciam jovens e adolescentes casados e solteiros teriam um alcance ainda maior. Em todos os casos, os prestadores de serviços devem ser respeitosos e voltados para os direitos e o empoderamento, especialmente para as meninas.

A adolescência é o período do desenvolvimento do cérebro que se iguala apenas ao período da primeira infância; ele fornece um ponto essencial para desenvolver comportamentos que podem orientar escolhas conscientes sobre saúde reprodutiva e fecundidade ao longo da vida. Da mesma forma, é um ponto em que muitas vidas

jovens são irreversivelmente prejudicadas pelo casamento infantil ou gravidez não planejada, que podem ser vistos como consequências inevitáveis para meninas cujos horizontes são limitados por sistemas de educação de baixa qualidade e mercados de trabalho anêmicos. Nestes casos, as políticas populacionais e de saúde reprodutiva precisam estar conectadas a políticas destinadas a garantir uma transição estável para a vida adulta, inclusive por meio da entrada no mercado de trabalho.

Aumentar as opções de emprego das mulheres e a participação na força de trabalho

Vários países de fecundidade de nível médio têm baixas taxas de participação na força de trabalho entre as mulheres, mesmo onde há uma paridade crescente no nível educacional. Isso reflete noções discriminatórias que mantêm as mulheres fora da força de trabalho remunerada, em empregos de baixa qualidade ou prejudicadas em sua capacidade de trabalhar, uma vez que têm de lidar também com uma parcela desproporcional das responsabilidades por tarefas não remuneradas. Muitas enfrentam a escassez de serviços de creches e outros serviços que facilitariam um equilíbrio eficaz entre as responsabilidades familiares e profissionais. As consequências incluem uma parcela maior de mulheres e crianças com poucas rotas para sair da pobreza, um impacto sobre a força geral das economias emergentes e as perdas face aos investimentos individuais e sociais na educação. Igualmente importante, as mulheres perdem capacidades e direitos de planejar suas famílias, por motivos tais como exposição mais limitada à informação e dependência econômica de seus parceiros.

Iniciativas políticas específicas são necessárias para reduzir as diferenças salariais entre homens e mulheres e limitar padrões que ainda colocam muitas mulheres no caminho do emprego de baixa qualidade. Leis discriminatórias, como aquelas que impedem mulheres de ocupar determinados cargos ou estipulam uma idade de aposentadoria mais baixa,

precisam ser removidas. Todos esses países poderiam passar a oferecer creche universalmente disponível, bem como licença-maternidade e paternidade, inclusive para aquelas pessoas que trabalham no setor informal ou são trabalhadoras autônomas.

As políticas de mercado de trabalho receptivas a questões de gênero poderiam fazer mais para estimular ativamente a participação das mulheres na força de trabalho. Programas de intercâmbio de emprego, estágios e treinamento, e iniciativas de capacitação profissional poderiam alcançar mais mulheres e incentivar a entrada em profissões fora dos papéis tradicionais de gênero. Como parte da transformação estrutural das economias para oferecer empregos de maior produtividade, as mulheres precisam de chances iguais para buscar novas oportunidades, inclusive em ciência e tecnologia.

Dada a elevada porcentagem de mulheres de alguns países de fecundidade média que migram para trabalhar, e suas contribuições significativas para as economias através de remessas, a migração tem de ser não só um processo seguro em termos de normas laborais, mas também um apoio ao exercício dos direitos reprodutivos. Isso abrange, por exemplo, igualdade de acesso a serviços de planejamento familiar e proteção abrangente contra a violência sexual e baseada em gênero nos países de destino e assistência na transição de volta para os países de origem em uma idade apropriada para as mulheres que querem constituir família.

Instituir uma abordagem baseada em direitos na previsão orçamentária e custeio

Muitos países de fecundidade média enfrentam restrições complexas no financiamento público de serviços de saúde devido a cortes na assistência oficial ao desenvolvimento, tributação ineficiente ou altos níveis de serviço da dívida. Isso força a priorização, o que pode levar à falta de atenção devida à saúde reprodutiva. Alguns países privatizaram serviços, o que impõe custos que pessoas mais pobres e mais jovens podem não conseguir pagar, resultando em perdas para seus direitos.

Uma abordagem baseada em direitos ao elaborar o orçamento pode resultar em novas escolhas, tais como



© Jasper Cole/Getty Images

umentar as alocações para o acesso universal a uma gama completa de contraceptivos e ajustar a política fiscal para gerar receita e assim fortalecer e expandir os serviços. Debates sobre essas escolhas podem ser subsidiados por uma compreensão mais clara do papel que a fecundidade e os direitos reprodutivos desempenham na formação de sociedades saudáveis e economias prósperas que beneficiam a todas as pessoas, dentro de cada país e entre países.

O que países com baixa fecundidade precisam fazer

Os países de baixa fecundidade normalmente têm níveis mais altos de educação formal e igualdade de gênero, juntamente com mudanças sociais que levaram a um casamento tardio, níveis mais altos de divórcio e níveis mais altos de maternidade fora do casamento. Muitas mulheres constroem carreiras antes de constituir família e são economicamente independentes. No entanto, as mulheres em países de baixa fecundidade geralmente relatam que não têm tantos filhos quanto gostariam. As barreiras aos seus direitos reprodutivos incluem dificuldades

econômicas, falta de moradia, mercados de trabalho incertos, e as falhas contínuas no que tange ao apoio para equilibrar vida profissional e familiar.

Baixa fecundidade significa que pais com menos filhos podem investir mais tempo e recursos no bem-estar de seus filhos. Ao mesmo tempo, as populações estão envelhecendo, com os resultantes custos de assistência médica e a força de trabalho cada vez menor.

Fazer mais para permitir que a fecundidade esteja alinhada aos direitos reprodutivos

Alguns países de baixa fecundidade têm serviços de planejamento familiar de melhor qualidade que atingem as populações ainda mais pobres e têm ajudado a proteger adolescentes de uma gravidez não intencional. No entanto, os serviços muitas vezes não correspondem às mudanças nas necessidades de mulheres e casais à medida que a fecundidade se altera. Algumas das deficiências remanescentes quanto aos direitos reprodutivos incluem aquelas que afetam as mulheres mais velhas que adiaram a gravidez, e a falta de uma ampla escolha de métodos contraceptivos. A fertilização *in vitro* e outros tratamentos de fecundidade fornecidos de acordo com diretrizes éticas apropriadas e padrões médicos são uma opção para algumas mulheres. Tornar esses tratamentos amplamente disponíveis exigiria abordar questões como custos proibitivos. Os programas de planejamento familiar devem assegurar que uma gama completa de métodos contraceptivos esteja disponível para mulheres e casais, permitindo que eles selecionem um método que atenda às suas necessidades e preferências específicas.

Promover a gama e o alcance de políticas voltadas para a família

Além da prestação de todos os serviços essenciais de saúde reprodutiva, uma série de políticas e práticas relacionadas pode ajudar as pessoas no exercício de seus direitos reprodutivos, inclusive para formar ou expandir uma família. Eles precisam estar disponíveis universalmente. Por exemplo, licença parental remunerada para homens e mulheres,

desonerações fiscais para as famílias, alinhamento entre os horários escolares e de trabalho, horas de trabalho flexíveis e moradia acessível. Políticas ligadas ao emprego precisam acompanhar as rápidas mudanças nos mercados de trabalho que levam a empregos instáveis, por meio de benefícios continuados de saúde e previdência, por exemplo. Estes devem ser complementados por esforços para contestar e transformar as normas de gênero sobre a divisão do trabalho doméstico e dos cuidados com as crianças, que continuam a constituir um grande impedimento à participação das mulheres na força de trabalho remunerada.

Expandir o acesso a creches

A expectativa em muitos países de que as mulheres devem ter a responsabilidade primária pela criação de filhos obriga as mulheres a escolher entre ter filhos e conseguir um trabalho remunerado. Creches ruins, inexistentes ou inacessíveis exacerbam o problema. Para muitas mulheres, ter um filho significa deixar o mercado de trabalho ou permanecer fora dele por mais tempo do que gostariam, com consequências para seus ganhos e produtividade no trabalho.

Para resolver esse problema, é necessária uma combinação de esforços. O serviço de creche precisa estar disponível universalmente, independentemente da capacidade de pagar por ele. Deve estar ligado a programas de desenvolvimento para a primeira infância, que oferecem benefícios adicionais para uma nova geração em termos de socialização, desenvolvimento do cérebro e uma vantagem inicial na educação primária. Campanhas de *advocacy* poderiam reforçar as normas emergentes em torno de um melhor equilíbrio nas responsabilidades pelo trabalho não remunerado entre mulheres e homens.

Mitigar os efeitos negativos dos mercados de trabalho instáveis

A busca por trabalho decente tornou-se cada vez mais difícil para os jovens em países de baixa fecundidade. Esse problema pode piorar com o tempo, dadas as profundas mudanças na economia global e o aumento da automação. Os chamados primeiros empregos para

recém graduados têm diminuído, e muitos empregos para mão de obra não qualificada desapareceram. A renda real diminuiu. Arranjos ou contratos de curto prazo substituíram o emprego estável com perspectivas de longo prazo. Em alguns países, as culturas do local de trabalho permanecem rígidas e exigentes, demandando longas horas. Onde os mercados de trabalho são particularmente inadequados, as pessoas recorrem à migração, o que acelera as perdas de população e produtividade.

Quando os jovens estão inseguros quanto ao seu futuro bem-estar, muitos escolherão adiar o início de uma família. Embora apoios como as políticas de creches acessíveis e trabalho em horários flexíveis sejam essenciais, eles não compensam uma prevalência de empregos de má qualidade e renda inadequada. Essas questões podem exigir uma ênfase mais ativa na estrutura da economia e nos empregos que ela oferece, juntamente com medidas para garantir que pessoas jovens tenham as habilidades certas para conseguir um trabalho decente.

Em alguns países, uma discussão sobre as políticas tem de ser sobre a natureza e a qualidade do emprego, bem como as desigualdades cada vez mais profundas que muitas vezes refletem empregos de baixa qualidade. Isso deveria envolver governos, empregadores do setor privado, sindicatos, educadores e outros atores sociais, e ter como objetivo cultivar opções de emprego

mais equitativas e inclusivas que apoiem os direitos reprodutivos e outros direitos humanos. Parte dessa discussão também tem um componente regional e global, dado o movimento fluido de atividades econômicas, pessoas e empregos através das fronteiras.

Completar a transição efetivando direitos

Em todo o mundo, a transição histórica para uma fecundidade menor surgiu por meio de pessoas que reivindicavam seu direito de fazer escolhas sobre suas vidas reprodutivas, e de ter o número de filhos que queriam, quando queriam. Esse direito ficou consagrado nas declarações, convenções e outros acordos internacionais ao longo dos últimos 50 anos.

Uma lacuna igualmente histórica nas taxas de fecundidade, no entanto, ilustra que os países ficaram aquém desse compromisso. Em todos os lugares, entraves sociais, econômicos ou institucionais aos direitos reprodutivos das pessoas permanecem, impondo custos às pessoas e a suas sociedades. Os obstáculos variam, mas nenhum país ainda pode alegar estar livre deles. O bem-estar futuro depende, em grande parte, da remoção desses obstáculos. A transição da fecundidade só estará completa quando todos as pessoas puderem fazer valer seu direito de escolha.

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com



Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País,
território ou
outra área

	Saúde Sexual e Reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego							
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%) 2015		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem 2006-2017	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos 2006-2017	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos 2018		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos ^b 2018	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos ^c 2018	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual 2007-2016	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2006-2017	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2017	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem, 2007-2017		Índice de paridade de gênero, educação primária 2007-2017		Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2007-2017	
		baixas	Mais			altas	Qualquer método ^d						Método moderno ^e	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	
Afganistão	396	253	620	51	87	26	23	25	46	–	35	–	–	–	–	62	36	0,58		
África do Sul	138	124	154	97	71	57	56	14	79	–	–	–	90	85	0,95	65	65	1,01		
Albânia	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	–	96	95	0,99	87	85	0,98		
Alemanha	6	5	8	99	8	63	62	11	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Angola	477	221	988	50	163	17	15	36	29	–	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79		
Antiga República Iugoslava da Macedônia	8	5	10	100	16	47	22	18	33	–	7	–	92	92	1,00	–	–	–		
Antígua e Barbuda	–	–	–	–	–	63	61	14	80	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04		
Arábia Saudita	12	7	20	–	7	30	24	27	42	–	–	–	99	100	1,00	86	84	0,97		
Argélia	140	82	244	97	12	64	56	10	77	–	3	–	100	98	0,98	–	–	–		
Argentina	52	44	63	100	65	69	66	11	82	–	–	–	100	100	1,00	86	91	1,05		
Armênia	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	–	92	93	1,01	93	92	0,99		
Aruba	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10		
Austrália	6	5	7	100	12	66	64	11	83	–	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01		
Áustria	4	3	5	98	8	67	64	10	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Azerbaijão	25	17	35	100	53	58	28	13	39	–	11	–	96	94	0,98	–	–	–		
Bahamas	80	53	124	–	32	67	65	12	83	–	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09		
Bangladesh	176	125	280	50	78	64	57	12	76	–	59	–	90	100	1,11	60	67	1,12		
Barbados	27	19	37	99	50	62	58	15	76	–	11	–	92	94	1,03	93	100	1,07		
Barein	15	12	19	100	14	67	48	11	62	–	–	–	97	99	1,02	92	94	1,02		
Bélgica	7	5	10	–	7	72	71	7	90	–	–	–	98	98	1,00	93	94	1,01		
Belize	28	20	36	97	69	54	51	19	70	–	26	–	100	99	0,99	71	74	1,04		
Benin	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75		
Bielorrússia	4	3	6	100	16	73	60	7	75	–	3	–	96	97	1,00	97	99	1,01		
Bolívia (Estado Plurinacional da)	206	140	351	90	71	66	48	16	59	–	19	–	91	90	0,99	78	78	1,00		
Bósnia e Herzegovina	11	7	17	100	11	49	20	15	31	–	4	–	–	–	–	–	–	–		
Botsuana	129	102	172	100	39	59	57	14	79	–	–	–	89	90	1,01	–	–	–		
Brasil	44	36	54	99	62	80	77	7	88	–	26	–	94	95	1,01	80	83	1,04		
Brunei Darussalam	23	15	30	100	11	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1,00	82	84	1,03		
Bulgária	11	8	14	100	39	72	53	10	65	–	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97		
Burkina Faso	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0,97	28	28	0,99		
Burundi	712	471	1050	85	58	32	27	28	45	49	20	–	97	97	1,00	31	34	1,08		
Butão	148	101	241	89	28	62	62	13	83	–	26	–	82	84	1,02	59	68	1,16		
Cabo Verde	42	20	95	91	80	66	63	13	80	–	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11		
Camarões, República de	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88		
Camboja	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	–	93	93	1,00	40	37	0,92		
Canadá	7	5	9	98	11	73	71	8	88	–	–	–	–	–	–	99	100	1,01		
Catar	13	9	19	100	10	46	41	17	64	–	4	–	98	98	1,00	76	89	1,17		
Cazaquistão	12	10	15	99	31	57	55	15	76	–	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00		
Chade	856	560	1350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0,77	–	–	–		
Chile	22	18	26	100	41	75	72	8	86	–	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04		
China, R.A.E. de Hong Kong	–	–	–	–	3	76	72	7	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
China, R.A.E. de Macau	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		

Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Sexual e Reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego						
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%) 2015		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem 2006-2017	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos 2006-2017	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos 2018		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos ^b 2018	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos ^b 2018	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual 2007-2016	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2006-2017	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2017	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, educação primária 2007-2017		Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2007-2017
		Estimativas Mais baixas	Estimativas Mais altas			Qualquer método ^c	Método moderno ^d						meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	
China	27	22	32	100	9	83	82	4	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	7	4	12	97	5	-	-	-	-	-	-	98	98	1,01	94	95	1,01	-	-
Cingapura	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colômbia	64	56	81	99	75	80	75	7	86	-	23	-	93	94	1,01	76	82	1,07	-
Comores	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	-	84	81	0,97	43	47	1,09	-
Congo, República Democrática do	693	509	1010	80	138	25	11	27	22	31	37	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo, República do	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	-	84	91	1,09	-	-	-	-
Coreia, República da	11	9	13	100	1	78	70	6	84	-	-	-	97	98	1,01	98	98	1,00	-
Coreia, República Popular Democrática da	82	37	190	100	1	75	71	8	86	-	-	-	-	-	-	76	76	1,01	-
Costa do Marfim	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0,90	41	30	0,73	-
Costa Rica	25	20	29	99	53	79	77	7	89	-	21	-	97	97	1,00	81	84	1,04	-
Croácia	8	6	11	100	10	65	47	11	62	-	-	-	96	99	1,04	89	92	1,04	-
Cuba	39	33	47	100	50	74	72	8	88	-	26	-	96	95	1,00	83	88	1,06	-
Curaçau	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	6	5	9	94	3	70	67	10	84	-	-	-	99	99	1,01	88	92	1,04	-
Djibuti	229	111	482	87	21	27	26	29	47	-	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	1,02	90	97	1,08	-
Egito	33	26	39	92	56	61	59	12	81	-	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00	-
El Salvador	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1,01	63	65	1,03	-
Emirados Árabes Unidos	6	3	11	100	34	50	42	18	61	-	-	-	98	96	0,98	89	86	0,96	-
Equador	64	57	71	97	111	79	71	7	83	-	-	-	97	99	1,02	87	89	1,02	-
Eritreia	501	332	750	34	76	14	13	30	30	-	41	69	45	41	0,91	29	26	0,88	-
Eslováquia	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovênia	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1,01	96	96	1,01	-
Espanha	5	4	6	-	8	69	67	11	85	-	-	-	98	99	1,00	95	97	1,02	-
Estados Unidos da América	14	12	16	99	20	74	67	7	83	-	-	-	93	94	1,01	90	92	1,03	-
Estônia	9	6	14	100	13	66	61	11	79	-	-	-	93	94	1,01	93	94	1,02	-
Eswatini	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	-	77	76	0,99	32	41	1,29	-
Etiópia	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97	-
Federação Russa	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1,01	-	-	-	-
Fiji	30	23	41	100	40	49	45	19	66	-	-	-	98	98	1,01	79	88	1,11	-
Filipinas	114	87	175	73	47	56	41	17	56	-	15	-	96	97	1,01	60	72	1,19	-
Finlândia	3	2	3	100	6	83	78	4	90	-	-	-	99	99	1,00	96	96	1,01	-
França	8	7	10	97	5	77	74	5	91	-	-	-	99	100	1,01	98	100	1,01	-
Gabão	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-	-
Gâmbia	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1,10	-	-	-	-
Gana	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1,02	52	53	1,01	-
Geórgia	36	28	47	100	44	55	40	15	58	-	14	-	98	98	0,99	94	97	1,03	-
Granada	27	19	42	-	-	65	62	13	80	-	-	-	96	97	1,01	83	90	1,08	-
Grécia	3	2	4	-	8	70	50	9	63	-	-	-	94	93	1,00	90	89	0,99	-
Guadalupe	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	-	-	-	-	38	53	46	16	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1,00	48	46	0,96	-
Guiana Francesa	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guiana	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1,02	81	86	1,06	-
Guiné Equatorial	342	207	542	68	176	18	14	32	29	-	30	-	44	45	1,02	-	-	-	-

Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Sexual e Reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego						
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%) 2015 Estimativas Mais		Partos atendidos por profissionais qualificados, percentagem 2006-2017	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos 2006-2017	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos 2018		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos ³ 2018	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos ⁵ 2018	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual 2007-2016	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2006-2017	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2017	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, percentagem, 2007-2017		Índice de paridade de gênero, educação primária 2007-2017		Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, percentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2007-2017
		baixas	altas			Qualquer método ⁴	Método moderno ⁵						meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	
Guiné-Bissau	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	-	24	42	74	70	0,95	-	-	-	-
Guiné	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0,86	40	26	0,66	-
Haiti	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	-	82	84	1,02	42	49	1,16	-
Hungria	17	12	22	-	23	68	60	10	76	-	-	-	97	97	1,00	89	89	1,00	-
lêmen	385	274	582	45	67	42	36	25	54	-	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74	-
Ilhas Salomão	114	75	175	86	78	32	27	25	47	-	21	-	72	73	1,01	33	29	0,88	-
Ilhas Turcos e Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Virgens Americanas	-	-	-	-	25	68	63	11	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Índia	174	139	217	86	28	56	51	13	73	-	27	-	97	98	1,01	61	62	1,01	-
Indonésia	126	93	179	93	48	61	59	13	80	-	14	-	94	89	0,95	76	78	1,02	-
Iraque	50	35	69	70	82	58	44	12	62	-	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81	-
Irlanda	8	6	11	100	9	68	63	11	80	-	-	-	99	100	1,01	98	100	1,02	-
Irã (República Islâmica do)	25	21	31	99	38	78	65	5	78	-	17	-	99	99	1,01	72	73	1,00	-
Islândia	3	2	6	98	8	-	-	-	-	-	-	-	99	99	1,00	89	91	1,02	-
Israel	5	4	6	-	10	71	57	8	71	-	-	-	97	98	1,01	98	100	1,02	-
Itália	4	3	5	100	5	69	54	9	69	-	-	-	99	99	1,00	97	96	1,00	-
Jamaica	89	70	115	99	46	72	69	10	84	-	8	-	-	-	-	69	77	1,11	-
Japão	5	4	7	100	4	44	40	22	61	-	-	-	99	99	1,00	99	100	1,01	-
Jordânia	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	-	-	-	-	68	70	1,03	-
Kiribati	90	51	152	80	49	28	24	26	44	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	4	3	6	100	6	57	47	15	65	-	-	-	95	99	1,04	84	89	1,07	-
Lesoto	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	-	79	82	1,03	29	45	1,53	-
Letônia	18	13	26	100	18	69	62	11	78	-	-	-	95	96	1,00	91	94	1,03	-
Libano	15	10	22	-	-	61	48	13	64	-	6	-	87	82	0,94	65	65	1,00	-
Libéria	725	527	1030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0,93	16	14	0,88	-
Líbia	9	6	15	100	11	50	33	18	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	10	7	14	-	14	66	56	11	73	-	-	-	99	100	1,00	94	93	1,00	-
Luxemburgo	10	7	16	100	6	-	-	-	-	-	-	-	97	98	1,01	82	86	1,05	-
Madagascar	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	-	-	-	-	29	31	1,06	-
Malásia	40	32	53	99	12	53	39	17	55	-	-	-	99	99	1,00	71	77	1,09	-
Malaui	634	422	1080	90	136	61	60	17	77	47	42	-	95	99	1,04	32	31	0,96	-
Maldivas	68	45	108	96	13	44	37	23	55	-	4	-	98	99	1,01	-	-	-	-
Mali	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0,88	37	28	0,75	-
Malta	9	6	15	100	11	84	66	4	75	-	-	-	97	100	1,03	87	92	1,05	-
Marrocos	121	93	142	74	32	69	62	9	79	-	-	-	95	94	1,00	60	54	0,90	-
Martinica	-	-	-	-	20	60	56	15	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maurício	53	38	77	100	24	67	43	10	56	-	-	-	94	97	1,03	82	87	1,06	-
Mauritânia	602	399	984	69	71	20	18	30	35	-	37	63	69	73	1,05	26	27	1,06	-
México	38	34	42	98	63	71	68	11	82	-	26	-	98	100	1,02	76	79	1,04	-
Mianmar	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	-	90	89	0,99	54	59	1,09	-
Micronésia (Estados Federados da)	100	46	211	85	44	-	-	-	-	-	-	-	83	85	1,03	-	-	-	-
Moçambique	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	-	92	87	0,95	19	19	1,02	-
Moldávia, República da	23	19	28	99	27	64	49	12	64	-	12	-	90	90	0,99	76	77	1,01	-
Mongólia	44	35	55	99	27	58	52	14	72	-	5	-	99	98	0,99	91	94	1,03	-
Montenegro	7	4	12	99	11	38	23	21	39	-	5	-	95	92	0,97	90	90	1,00	-
Namíbia	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	-	89	92	1,03	45	57	1,26	-

Monitorando os objetivos da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Sexual e Reprodutiva									Práticas nocivas		Educação e emprego							
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%) 2015		Partos atendidos por profissionais qualificados, porcentagem 2006-2017	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos 2006-2017	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos 2018		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos ^b 2018	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos ^b 2018	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual 2007-2016	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2006-2017	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem 2004-2017	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, porcentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, educação primária 2007-2017		Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, porcentagem 2007-2017		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário 2007-2017
		Mais baixas	Mais altas			Qualquer método ^c	Método moderno ^c						meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	
Nepal	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07	
Nicarágua	150	115	196	88	92	80	77	6	90	–	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17	
Nigéria	814	596	1180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0,84	–	–	–	
Níger	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0,86	20	14	0,68	
Noruega	5	4	6	99	5	75	70	7	84	–	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01	
Nova Caledônia	–	–	–	–	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Nova Zelândia	11	9	14	96	16	71	68	9	85	–	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02	
Omã	17	13	24	99	14	37	25	26	39	–	–	–	98	99	1,00	96	94	0,99	
Países Baixos	7	5	9	–	3	72	69	7	86	–	–	–	97	98	1,01	93	94	1,01	
Palestina ¹	45	21	99	100	48	60	47	12	65	–	15	–	92	93	1,01	78	86	1,10	
Panamá	94	77	121	95	79	60	57	16	75	–	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07	
Papua Nova Guiné	215	98	457	53	–	37	31	25	50	–	21	–	89	82	0,92	–	–	–	
Paquistão	178	111	283	52	44	41	32	20	53	–	21	–	84	71	0,85	50	41	0,81	
Paraguai	132	107	163	96	62	72	68	9	85	–	22	–	89	89	1,00	67	66	1,00	
Peru	68	54	80	92	65	76	56	7	67	–	22	–	99	100	1,01	79	80	1,02	
Polinésia Francesa	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Polónia	3	2	4	100	12	61	51	14	69	–	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01	
Porto Rico	14	10	18	–	30	78	70	6	84	–	–	–	79	84	1,07	72	77	1,07	
Portugal	10	9	13	99	8	70	63	9	79	–	–	–	97	96	1,00	93	94	1,01	
Quênia	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94	
Quirguistão	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	–	99	98	0,99	85	85	1,00	
Reino Unido	9	8	11	–	14	79	79	6	93	–	–	–	99	99	1,00	98	99	1,01	
República Árabe da Síria	68	48	97	96	54	59	44	14	61	–	13	–	68	67	0,98	46	45	0,99	
República Centro-Africana	882	508	1500	40	229	26	20	23	41	–	68	18	77	60	0,79	18	9	0,52	
República Democrática Popular do Laos	197	136	307	40	76	56	50	17	68	–	35	–	95	94	0,98	60	58	0,98	
República Dominicana	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13	
República Tcheca	4	3	6	100	12	80	71	6	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Reunião	–	–	–	–	44	73	71	8	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Romênia	31	22	44	95	35	70	58	8	74	–	–	–	90	90	1,00	81	81	1,00	
Ruanda	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	–	95	96	1,01	25	30	1,18	
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Samoa	51	24	115	83	39	29	27	42	39	–	11	–	95	98	1,03	74	81	1,10	
San Marino	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–	93	93	1,00	–	–	–	
Santa Lúcia	48	32	72	99	–	59	56	16	75	–	8	–	96	93	0,97	76	80	1,04	
Seicheles	–	–	–	–	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	90	1,03	
Senegal	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1,10	–	–	–	
Serra Leoa	1360	999	1980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1,01	33	30	0,91	
Sérvia	17	12	24	98	16	58	27	13	38	–	3	–	99	99	1,00	92	94	1,02	
Somália	732	361	1390	9	64	30	29	28	50	–	45	97	–	–	–	–	–	–	
Sri Lanka	30	26	38	99	20	65	53	8	74	–	12	–	98	96	0,98	84	87	1,04	
Sudão do Sul	789	523	1150	19	155	9	7	30	17	–	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70	
Sudão	311	214	433	78	87	16	15	28	35	–	34	82	55	58	1,05	–	–	–	
Suécia	4	3	5	–	4	69	63	10	80	–	–	–	100	100	1,00	100	99	1,00	
Suíça	5	4	7	–	6	74	70	7	86	–	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97	
Suriname	155	110	220	90	58	52	52	19	72	–	19	–	93	97	1,04	53	65	1,22	
São Cristóvão e Nevis	–	–	–	–	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	

Monitoring ICPD goals: selected indicators

País, território ou outra área	Saúde Sexual e Reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego					
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%)		Partos atendidos por profissionais qualificados, percentagem	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos ⁵	Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos ⁵ 2018	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, percentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, percentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário
		2015	baixas			altas	2006-2017						2006-2017	2018		Qualquer método ⁵	Método moderno ⁵	
São Tomé e Príncipe	156	83	268	93	92	43	40	30	55	–	35	–	97	97	0,99	61	68	1,11
São Vicente e Granadinas	45	34	63	–	64	66	63	12	81	–	–	–	98	98	1,00	89	91	1,01
Tailândia	20	14	32	99	43	79	76	6	90	–	23	–	92	87	0,94	77	77	1,01
Tajiquistão	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90
Tanzânia, República Unida da	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1,02	–	–	–
Timor-Leste, República Democrática do	215	150	300	57	50	28	26	25	48	–	19	–	80	83	1,04	52	59	1,14
Togo	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0,92	–	–	–
Tonga	124	57	270	96	30	36	32	28	51	–	6	–	95	97	1,03	72	80	1,12
Trinidad e Tobago	63	49	80	97	38	48	44	21	64	–	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Tunisia	62	42	92	74	7	67	57	9	75	–	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Turcomenistão	42	20	73	100	28	54	51	15	74	–	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquia	16	12	21	97	27	75	50	6	62	–	15	–	95	95	0,99	88	86	0,98
Tuvalu	–	–	–	93	28	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	71	92	1,30
Ucrânia	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Uganda	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1,03	23	21	0,92
Uruguai	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1,00	78	85	1,08
Uzbequistão	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Vanuatu	78	36	169	89	78	45	40	23	59	–	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Venezuela (República Bolivariana da)	95	77	124	96	95	73	68	11	82	–	–	–	89	89	1,00	69	74	1,07
Vietnã	54	41	74	94	30	79	65	5	77	–	11	–	–	–	–	–	–	–
Zâmbia	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Zimbábue	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01

País, território ou outra área	Saúde Sexual e Reprodutiva										Práticas nocivas		Educação e emprego					
	Razão de Mortalidade Materna (RMM) (mortes por 100.000 nascidos vivos) ^a 2015	Intervalo de incerteza da RMM (UI 80%) 2015		Partos atendidos por profissionais qualificados, percentagem	Taxa de fecundidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres entre 15 e 49 anos		Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15-49 anos [§]	Proporção de demanda satisfeita, com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos [§]	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, percentual	Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual	MGF, prevalência entre meninas, de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrícula, educação primária, percentagem		Índice de paridade de gênero, educação primária	Taxa líquida de matrícula, ensino médio/secundário, percentagem		Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário
		baixas	altas	2006-2017	2006-2017	Qualquer método [§]	Método moderno [§]	2018	2018	2007-2016	2006-2017	2004-2017	2007-2017 male	2007-2017 female	2007-2017	2007-2017 male	2007-2017 female	2007-2017
Estados Árabes	162	138	212	76	50	54	47	15	69	–	21	55	85	82	0,97	63	58	0,92
Ásia e o Pacífico	127	114	151	84^b	28^b	67	62	10	81	–	26	–	96	94	0,99	67	68	1,02
Europa Oriental e Ásia Central	25	22	31	98	26	65	50	10	66	–	11	–	96	95	0,99	88	87	0,99
América Latina e Caribe	68	64	77	95^e	62^e	74	69	10	83	–	26	–	95	96	1,01	75	78	1,05
África Oriental e Meridional	407	377	501	62	93^f	41	37	22	59	50	35	–	86	83	0,96	33^f	31^f	0,92^f
África Ocidental e Central	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0,89	39	33	0,84
Regiões mais desenvolvidas	12	11	14	–	14	68	61	10	78	–	–	–	96	97	1,01	92	93	1,02
Regiões menos desenvolvidas	238	228	274	–	48	62	57	12	77	–	–	–	92	89	0,97	62	61	0,99
Países minimamente desenvolvidos	436	418	514	56^d	91	41	36	21	59	49	40	–	84	80	0,94	39	36	0,92
Mundo	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	–	92	90	0,98	66	65	1,00

NOTAS

– Dados indisponíveis.

§ Mulheres atualmente casadas ou em união.

- a O MMR foi arredondado conforme o seguinte critério: <100, arredondado para a próxima unidade; 100-999, arredondado para a próxima unidade; e ≥1000, arredondado para a próxima dezena.
- b Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à disponibilidade de dados.
- c Exclui Anguila, Aruba, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Curaçau, Montserrat, São Martinho e Ilhas Turcos e Caicos devido à disponibilidade de dados.
- d Exclui Tuvalu devido à disponibilidade de dados.

e Exclui Anguila, Antígua e Barbuda, Bermudas, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Equador, Granada, Montserrat, São Martinho e São Cristóvão e Nevis devido à disponibilidade de dados.

f Inclui Seicheles.

g Porcentagem de meninas de 15 a 19 anos que são membros da sociedade Sande. A participação na sociedade Sande é um mandato para a mutilação genital feminina.

1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que garantiu à Palestina o "status de Estado observador não-membro das Nações Unidas...".

Indicadores demográficos

País,
território ou
outra área

País, território ou outra área	População								Fecundidade	
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional (%) 2010-2018	População de 0-14 anos (%) 2018	População de 10 a 24 anos (%) 2018	População de 15 a 64 (%) 2018	População de 65+ (%) 2018	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018						Masculino	Feminino		
Afganistão	36,4	2,9	43	35	55	3	63	66	4,3	29,1
África do Sul	57,4	1,3	29	27	66	5	60	67	2,4	28,3
Albânia	2,9	0,0	17	21	69	14	77	81	1,7	27,5
Alemanha	82,3	0,2	13	15	65	22	79	84	1,5	31,3
Angola	30,8	3,4	47	32	51	2	59	65	5,6	28,8
Antiga República Iugoslava da Macedônia	2,1	0,1	17	18	70	14	74	78	1,6	29,0
Antígua e Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	74	79	2,0	27,6
Arábia Saudita	33,6	2,5	25	22	72	3	74	77	2,5	32,2
Argélia	42,0	1,9	29	23	64	6	75	78	2,6	31,5
Argentina	44,7	1,0	25	24	64	11	73	81	2,3	28,2
Armênia	2,9	0,2	20	19	68	11	72	78	1,6	26,8
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	14	74	79	1,8	28,6
Austrália ¹	24,8	1,4	19	19	65	16	81	85	1,8	31,0
Áustria	8,8	0,5	14	15	67	19	80	84	1,5	30,8
Azerbaijão ²	9,9	1,2	23	21	70	6	69	75	2,0	25,7
Bahamas	0,4	1,3	20	22	70	9	73	79	1,8	29,2
Bangladesh	166,4	1,1	28	29	67	5	71	75	2,1	25,4
Barbados	0,3	0,3	19	19	66	15	74	79	1,8	29,0
Barein	1,6	2,9	19	19	78	2	76	78	2,0	29,7
Bélgica	11,5	0,6	17	17	64	19	79	84	1,8	31,1
Belize	0,4	2,2	31	30	65	4	68	74	2,4	27,1
Benin	11,5	2,8	42	32	54	3	60	63	4,8	28,9
Bielorrússia	9,5	0,0	17	15	68	15	68	79	1,7	28,5
Bolívia (Estado Plurinacional da)	11,2	1,5	31	29	62	7	67	72	2,8	28,4
Bósnia e Herzegovina	3,5	-0,8	14	17	69	17	75	80	1,4	29,3
Botsuana	2,3	1,8	31	28	65	4	66	71	2,6	29,9
Brasil	210,9	0,9	21	24	70	9	72	80	1,7	26,4
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	76	79	1,8	30,3
Bulgária	7,0	-0,6	14	14	65	21	72	78	1,6	28,2
Burkina Faso	19,8	2,9	45	33	53	2	60	62	5,2	29,2
Burundi	11,2	3,1	45	31	52	3	56	60	5,5	30,3
Butão	0,8	1,4	26	27	69	5	71	71	2,0	28,7
Cabo Verde	0,6	1,2	30	30	66	5	71	75	2,3	27,4
Camarões, República de	24,7	2,6	43	32	54	3	58	60	4,6	28,9
Camboja	16,2	1,6	31	29	64	5	67	72	2,5	27,0
Canadá	37,0	1,0	16	17	67	17	81	85	1,6	30,7
Catar	2,7	5,2	14	18	85	1	78	80	1,9	29,9
Cazaquistão	18,4	1,4	28	20	64	7	65	75	2,6	28,6
Chade	15,4	3,2	47	34	51	3	52	55	5,7	28,8
Chile	18,2	0,9	20	22	68	11	77	82	1,8	27,8
China, R.A.E. de Hong Kong ³	7,4	0,7	12	13	71	17	81	87	1,3	32,3
China, R.A.E. de Macau ⁴	0,6	2,0	14	14	76	10	81	87	1,4	30,9
China ⁵	1,415,0	0,5	18	17	71	11	75	78	1,6	27,4
Chipre ⁶	1,2	0,8	17	20	70	14	79	83	1,3	29,8
Cingapura	5,8	1,7	15	18	72	14	81	85	1,3	31,3
Colômbia	49,5	0,9	23	24	69	8	71	78	1,8	27,4

País, território ou outra área	População								Fecundidade	
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional (%) 2010-2018	População de 0-14 anos (%) 2018	População de 10 a 24 anos (%) 2018	População de 15 a 64 (%) 2018	População de 65+ (%) 2018	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018		2018	2018	2018	2018	Masculino	Feminino	2018	2015-2020
Comores	0,8	2,4	40	31	57	3	62	66	4,2	30,0
Congo, República Democrática do	84,0	3,3	46	32	51	3	59	62	5,9	29,4
Congo, República do	5,4	2,6	42	31	54	3	64	67	4,5	28,3
Coreia, República da	51,2	0,4	13	17	72	14	79	85	1,3	32,3
Coreia, República Popular Democrática da	25,6	0,5	20	22	70	9	68	76	1,9	29,1
Costa do Marfim	24,9	2,5	42	32	55	3	53	56	4,8	28,9
Costa Rica	5,0	1,1	21	23	69	10	78	83	1,8	27,3
Croácia	4,2	-0,5	15	16	65	20	75	81	1,4	30,2
Cuba	11,5	0,2	16	17	69	15	78	82	1,7	26,9
Curaçau	0,2	1,1	19	19	65	17	76	82	2,0	28,5
Dinamarca	5,8	0,4	16	19	64	20	79	83	1,8	31,0
Djibuti	1,0	1,7	31	30	65	4	61	65	2,7	32,2
Dominica	0,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Egito	99,4	2,1	33	26	61	5	70	74	3,2	27,5
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	69	78	2,0	26,8
Emirados Árabes Unidos	9,5	1,8	14	16	85	1	77	79	1,7	26,9
Equador	16,9	1,5	28	27	64	7	74	80	2,4	27,4
Eritreia	5,2	2,1	41	32	55	4	64	68	4,0	29,5
Eslováquia	5,4	0,1	15	16	69	16	74	81	1,5	29,6
Eslovênia	2,1	0,2	15	14	65	20	78	84	1,6	30,6
Espanha ⁷	46,4	-0,1	15	15	66	20	81	86	1,4	31,9
Estados Unidos da América	326,8	0,7	19	20	65	16	77	82	1,9	29,5
Estônia	1,3	-0,2	17	15	64	20	73	82	1,7	30,3
Eswatini	1,4	1,8	37	33	60	3	55	62	3,0	27,8
Etiópia	107,5	2,5	40	34	56	4	64	68	4,0	29,7
Federação Russa	144,0	0,1	18	15	68	15	66	77	1,8	28,8
Fiji	0,9	0,7	28	26	65	6	68	74	2,5	28,1
Filipinas	106,5	1,6	31	29	64	5	66	73	2,9	28,9
Finlândia ⁸	5,5	0,4	16	17	62	22	79	84	1,8	30,6
França	65,2	0,4	18	18	62	20	80	86	2,0	30,3
Gabão	2,1	2,9	36	28	60	4	65	69	3,7	29,0
Gâmbia	2,2	3,1	45	33	53	2	60	63	5,3	30,4
Gana	29,5	2,3	38	31	58	3	62	64	3,9	29,8
Geórgia ⁹	3,9	-1,0	19	18	66	15	69	78	2,0	26,7
Granada	0,1	0,4	26	25	66	7	71	76	2,1	28,5
Grécia	11,1	-0,3	14	15	65	21	79	84	1,3	31,3
Guadalupe ¹⁰	0,4	0,0	18	21	64	18	78	85	1,9	30,2
Guam	0,2	0,5	24	25	66	10	78	82	2,3	28,8
Guatemala	17,2	2,1	34	32	61	5	71	77	2,9	28,5
Guiana Francesa	0,3	2,7	33	28	62	5	77	83	3,2	29,2
Guiana	0,8	0,6	29	30	66	5	65	69	2,5	26,7
Guiné Equatorial	1,3	4,0	37	29	60	3	57	60	4,5	28,1
Guiné-Bissau	1,9	2,5	41	31	56	3	56	60	4,5	29,2
Guiné	13,1	2,4	42	32	55	3	61	62	4,7	29,1
Haiti	11,1	1,3	33	30	62	5	62	66	2,8	30,0
Honduras	9,4	1,7	31	31	64	5	71	77	2,4	27,7

Indicadores demográficos

País, território ou outra área	População								Fecundidade	
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional (%) 2010-2018	População de 0-14 anos (%) 2018	População de 10 a 24 anos (%) 2018	População de 15 a 64 (%) 2018	População de 65+ (%) 2018	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018						Masculino	Feminino		
Hungria	9,7	-0,3	14	16	67	19	73	80	1,4	30,2
Iêmen	28,9	2,5	40	33	57	3	64	67	3,8	30,0
Ilhas Salomão	0,6	2,1	38	32	58	4	70	73	3,7	29,8
Ilhas Turcos e Caicos	0,0	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Virgens Americanas	0,1	-0,1	20	20	61	19	78	82	2,2	27,1
Índia	1.354,1	1,2	27	28	66	6	68	71	2,3	26,5
Indonésia	266,8	1,2	27	26	68	5	67	72	2,3	28,2
Iraque	39,3	3,1	40	31	56	3	68	73	4,2	28,7
Irlanda	4,8	0,5	22	19	64	14	80	84	2,0	31,4
Irã (República Islâmica do)	82,0	1,2	24	21	71	6	75	78	1,6	28,6
Islândia	0,3	0,7	20	20	65	15	82	84	1,9	30,6
Israel	8,5	1,6	28	23	60	12	81	84	2,9	30,7
Itália	59,3	-0,1	13	14	63	23	81	85	1,5	31,7
Jamaica	2,9	0,4	23	26	67	10	74	79	2,0	27,7
Japão	127,2	-0,1	13	14	60	27	81	87	1,5	31,3
Jordânia	9,9	4,0	35	30	61	4	73	76	3,2	29,8
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	63	70	3,6	30,7
Kuwait	4,2	4,2	21	19	76	3	74	76	2,0	29,9
Lesoto	2,3	1,3	35	32	60	5	53	57	3,0	27,8
Letônia	1,9	-1,2	16	14	64	20	70	79	1,6	30,2
Líbano	6,1	4,3	23	26	69	9	78	82	1,7	29,8
Libéria	4,9	2,6	41	32	55	3	62	65	4,4	28,6
Líbia	6,5	0,6	28	25	68	4	69	75	2,2	32,8
Lituânia	2,9	-1,0	15	16	66	19	70	80	1,7	29,7
Luxemburgo	0,6	1,9	16	18	69	14	80	84	1,6	31,7
Madagascar	26,3	2,7	41	33	56	3	65	68	4,1	28,0
Malásia ¹¹	32,0	1,6	24	26	69	7	73	78	2,0	30,9
Malauí	19,2	2,9	44	34	53	3	61	67	4,4	28,0
Maldivas	0,4	2,5	23	22	72	4	77	79	2,0	29,0
Mali	19,1	3,0	48	33	50	3	58	60	5,9	29,0
Malta	0,4	0,5	14	16	66	20	80	83	1,5	30,4
Marrocos	36,2	1,4	27	25	66	7	75	77	2,4	30,4
Martinica	0,4	-0,3	18	18	63	19	79	85	1,9	30,2
Maurício ¹²	1,3	0,2	18	22	71	11	72	79	1,4	28,1
Mauritânia	4,5	2,9	40	31	57	3	62	65	4,6	30,4
México	130,8	1,4	26	27	67	7	75	80	2,1	26,9
Mianmar	53,9	0,9	26	27	68	6	64	69	2,2	29,6
Micronésia (Estados Federados da)	0,1	0,3	33	34	62	5	68	71	3,1	30,7
Moçambique	30,5	2,9	45	33	52	3	57	61	5,1	29,1
Moldávia, República da ¹³	4,0	-0,1	16	17	73	11	68	76	1,2	27,3
Mongólia	3,1	1,8	30	23	66	4	66	74	2,7	29,3
Montenegro	0,6	0,1	18	19	67	15	75	80	1,7	29,4
Namíbia	2,6	2,2	36	31	60	4	62	68	3,3	28,6
Nepal	29,6	1,1	30	32	64	6	69	73	2,1	25,8
Nicarágua	6,3	1,1	29	28	66	6	73	79	2,1	26,7
Nigéria	195,9	2,6	44	32	53	3	54	55	5,4	29,8

País, território ou outra área	População								Fecundidade	
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional (%) 2010-2018	População de 0-14 anos (%) 2018	População de 10 a 24 anos (%) 2018	População de 15 a 64 (%) 2018	População de 65+ (%) 2018	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018		2018	2018	2018	2018	Masculino	Feminino	2018	2015-2020
Niger	22,3	3,8	50	32	47	3	60	62	7,1	29,1
Noruega ¹⁴	5,4	1,1	18	19	65	17	81	84	1,8	30,7
Nova Caledônia	0,3	1,4	22	23	68	10	75	80	2,1	29,9
Nova Zelândia	4,7	1,0	20	20	65	16	81	84	2,0	30,1
Omã	4,8	5,8	22	20	76	2	76	80	2,5	31,1
Países Baixos	17,1	0,3	16	18	65	19	80	84	1,8	30,9
Palestina ¹⁵	5,1	2,7	39	32	58	3	72	76	3,9	28,9
Panamá	4,2	1,7	27	25	65	8	76	81	2,5	26,7
Papua Nova Guiné	8,4	2,1	36	31	61	4	63	68	3,6	29,8
Paquistão	200,8	2,0	35	29	61	4	66	68	3,3	28,6
Paraguai	6,9	1,3	29	29	64	7	71	76	2,4	28,2
Peru	32,6	1,3	27	26	66	7	73	78	2,3	28,9
Polinésia Francesa	0,3	0,8	23	24	69	8	75	80	2,0	28,9
Polônia	38,1	-0,1	15	16	68	17	74	82	1,3	29,4
Porto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	77	84	1,5	27,0
Portugal	10,3	-0,4	13	15	65	22	79	84	1,2	30,7
Quênia	51,0	2,6	40	33	57	3	65	70	3,7	28,7
Quirguistão	6,1	1,5	32	25	63	5	67	75	2,9	28,2
Reino Unido	66,6	0,6	18	17	64	19	80	84	1,9	30,4
República Árabe da Síria	18,3	-1,7	36	34	60	5	67	78	2,8	29,4
República Centro-Africana	4,7	0,8	43	34	54	4	52	56	4,7	29,6
República Democrática Popular do Laos	7,0	1,4	33	31	63	4	66	69	2,6	27,6
República Dominicana	10,9	1,2	29	27	64	7	71	77	2,4	25,8
República Tcheca	10,6	0,1	16	14	65	19	76	82	1,6	30,6
Reunião	0,9	0,8	23	23	65	12	77	84	2,3	28,3
Romênia	19,6	-0,5	15	16	66	18	72	79	1,5	28,1
Ruanda	12,5	2,5	40	31	57	3	66	70	3,7	30,0
Saara Ocidental	0,6	2,1	28	26	69	3	68	72	2,4	31,0
Samoa	0,2	0,7	36	32	58	6	72	79	3,9	30,3
San Marino	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	0,2	0,5	18	24	72	10	73	79	1,4	27,8
Seicheles	0,1	0,5	22	19	69	9	70	79	2,3	27,5
Senegal	16,3	2,9	43	32	54	3	66	70	4,6	30,3
Serra Leoa	7,7	2,2	42	33	56	3	52	53	4,3	28,7
Sérvia ¹⁶	8,8	-0,4	16	18	66	18	73	78	1,6	29,2
Somália	15,2	2,9	46	33	51	3	55	59	6,1	29,7
Sri Lanka	21,0	0,5	24	23	66	10	72	79	2,0	30,0
Sudão do Sul	12,9	3,1	41	33	55	3	57	59	4,7	29,6
Sudão	41,5	2,4	40	33	56	4	63	67	4,4	30,0
Suécia	10,0	0,8	18	17	62	20	81	84	1,9	31,0
Suíça	8,5	1,1	15	16	66	19	82	85	1,6	31,8
Suriname	0,6	1,0	26	26	67	7	68	75	2,3	28,5
São Cristóvão e Nevis	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
São Martinho	0,0	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	0,2	2,2	42	33	55	3	65	69	4,3	28,8
São Vicente e Granadinas	0,1	0,1	24	25	69	8	71	76	1,9	27,1

Indicadores demográficos

País, território ou outra área	População								Fecundidade	
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional (%) 2010-2018	População de 0-14 anos (%) 2018	População de 10 a 24 anos (%) 2018	População de 15 a 64 (%) 2018	População de 65+ (%) 2018	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018						Masculino	Feminino		
Tailândia	69,2	0,4	17	20	71	12	72	79	1,5	27,4
Tajiquistão	9,1	2,2	35	29	61	4	69	75	3,3	27,8
Tanzânia, República Unida da ¹⁷	59,1	3,1	45	32	52	3	65	69	4,9	28,2
Timor-Leste, República Democrática do	1,3	2,2	44	35	53	4	68	71	5,3	30,3
Togo	8,0	2,6	41	32	56	3	60	62	4,3	28,9
Tonga	0,1	0,6	35	33	59	6	70	76	3,6	31,1
Trinidad e Tobago	1,4	0,4	21	19	69	10	67	75	1,7	27,9
Tunísia	11,7	1,1	24	21	68	8	74	78	2,1	31,0
Turcomenistão	5,9	1,7	31	25	65	4	65	72	2,8	27,9
Turquia	81,9	1,6	25	25	67	8	73	79	2,0	28,6
Tuvalu	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrânia ¹⁸	44,0	-0,5	16	15	67	17	67	77	1,6	28,0
Uganda	44,3	3,3	47	34	50	2	58	63	5,4	28,1
Uruguai	3,5	0,3	21	22	64	15	74	81	2,0	27,7
Uzbequistão	32,4	1,5	28	26	67	5	69	74	2,2	27,1
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	5	70	75	3,2	29,3
Venezuela (República Bolivariana da)	32,4	1,4	27	26	66	7	71	79	2,3	26,4
Vietnã	96,5	1,1	23	22	70	7	72	81	1,9	28,0
Zâmbia	17,6	3,0	44	34	53	2	60	65	4,9	28,9
Zimbábue	16,9	2,3	41	32	56	3	60	64	3,6	27,8

Dados mundiais e regionais	População							Fecundidade		
	População total em milhões	Taxa média anual de crescimento populacional por cento 2010-2018	População de 0-14 anos por cento 2018	População de 10 a 24 anos por cento 2018	População de 15 a 64 por cento 2018	População de 65+ Porcentagem	Expectativa de vida ao nascer (em anos) 2018		Taxa de fecundidade total, fecundidade, anos por mulher 2018	Idade média de fecundidade, anos 2015-2020
	2018					2018	Masculino	Feminino		
Estados Árabes	366	2,0	34	28	61	5	68	72	3,3	29,2
Ásia e o Pacífico	3.996	1,0	24^a	24^a	68^a	8^a	70^a	73^a	2,1^a	27,2^a
Europa Oriental e Ásia Central	245	0,9	23	22	67	10	70	77	2,0	28,0
América Latina e Caribe	647	1,1	25^b	25^b	67^b	8^b	73^b	79^b	2,0^b	27,1^b
África Oriental e Meridional	597	2,7	42	32	55	3	61	66	4,4	28,8
África Ocidental e Central	436	2,7	44	32	54	3	56	58	5,1	29,4
Regiões mais desenvolvidas	1.263	0,3	16	17	65	19	76	82	1,7	30,0
Regiões menos desenvolvidas	6.370	1,3	28	25	65	7	69	73	2,6	27,7
Países minimamente desenvolvidos	1.026	2,4	39	32	57	4	63	67	4,0	28,5
Mundo	7.633	1,2	26	24	65	9	70	74	2,5	27,9

NOTAS

- Dados indisponíveis.
- a Exclui Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à disponibilidade de dados.
- b Exclui Anguila, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Dominica, Montserrat, São Cristóvão e Nevis, São Martinho e Ilhas Turcos e Caicos devido à disponibilidade de dados.
- 1 Inclui Ilha Christmas, Ilhas Cocos (Keeling) e Ilha Norfolk.
- 2 Inclui Nagorno-Karabakh.
- 3 Em 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (R.A.E) da China.
- 4 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (R.A.E) da China.
- 5 Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem as Regiões Administrativas Especiais de Hong Kong e Macau, nem a Província Chinesa de Taiwan.
- 6 Refere-se ao país todo.
- 7 Inclui as Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- 8 Inclui ilhas Åland.
- 9 Inclui Abkhazia e Ossétia do Sul.
- 10 Inclui São Bartolomeu e São Martinho (parte francesa).
- 11 Inclui Sabah e Sarawak.
- 12 Inclui Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- 13 Inclui a Transnístria.
- 14 Inclui as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.
- 15 Inclui Jerusalém Oriental. Em 29 de novembro de 2012, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que conferiu à Palestina "status de Estado observador não-membro nas Nações Unidas ..."
- 16 Inclui o Kosovo.
- 17 Inclui Zanzibar.
- 18 Inclui a Crimeia.

Notas técnicas para os indicadores

As tabelas estatísticas em Situação da População Mundial 2018 incluem indicadores que acompanham o progresso em direção às metas do Quadro de Ações para o acompanhamento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) além de 2014, e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso à educação, saúde sexual e reprodutiva. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores. As tabelas estatísticas apoiam o foco do UNFPA em progresso e em avançar em direção a um mundo em que todas as gestações sejam desejadas, todos os partos sejam seguros e que cada jovem alcance seu potencial.

Diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais podem empregar diferentes metodologias na coleta, extrapolação ou análise dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos dados, o UNFPA conta com as metodologias padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados nessas tabelas diferem daqueles gerados pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis com os dados anteriores de a Situação da População Mundial devido a atualizações de classificações regionais, atualizações metodológicas e revisões de dados da série temporal.

As tabelas estatísticas se baseiam em pesquisas domiciliares representativas em nível nacional, como Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Surveys – MICS), estimativas de organizações das Nações Unidas e estimativas interagenciais. Elas também incluem as mais recentes estimativas de população e projeções do World Population Prospects. A revisão de 2017 e estimativas e projeções baseadas em modelos de Indicadores de Planejamento Familiar 2018 (Departamento dos Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas em Situação da População Mundial 2018 geralmente refletem informações disponíveis em junho de 2018.

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

Saúde materna e neonatal

Razão de Mortalidade Materna (RMM), mortes por 100.000 nascidos vivos e intervalo de incerteza da RMM (UI 80%), estimativas mais baixas e mais altas 2015. Fonte: Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial e a Divisão de População das Nações Unidas). Este indicador apresenta o número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gravidez por 100.000 nascidos vivos. As estimativas são produzidas pelo Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa da Mortalidade Materna (MMEIG), usando dados de sistemas de registro vital, pesquisas domiciliares e censo populacionais. O UNFPA, a OMS, o Banco Mundial, o UNICEF e a Divisão de População das Nações Unidas são membros do MMEIG. O MMEIG e outras agências e instituições acadêmicas revisam regularmente as estimativas e metodologias, revendo os pontos necessários, como parte do processo contínuo de melhoria dos dados sobre mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas a estimativas interagenciais anteriores.

Partos assistidos por profissional de saúde qualificado, percentual, 2006/2016. Fonte: Banco de dados globais conjuntos sobre assistência qualificada ao parto, 2017, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS). Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados do banco de dados globais

conjunto. O percentual de nascimentos assistidos por profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros ou parteiras) é o percentual de partos assistidos por pessoal de saúde treinado em cuidados obstétricos que salvam vidas, inclusive a necessária supervisão, atenção e assessoria às mulheres durante a gravidez, o parto e o período pós-parto; que realizam partos por conta própria; e que cuidam dos recém-nascidos. Não inclui parteiras tradicionais, mesmo que tenham recebido treinamento.

Taxa de fecundidade de adolescentes, por 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, 2006/2015. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas e UNFPA. A taxa de fecundidade de adolescentes representa o risco de ter filhos entre as adolescentes de 15 a 19 anos. Para registro civil, as taxas são sujeitas a limitações que dependem do preenchimento da certidão de nascimento, do tratamento de crianças nascidas vivas que morrem antes de serem registradas ou nas primeiras 24 horas de vida, da quantidade de informação prestada sobre a idade da mãe, além da inclusão de partos em períodos anteriores. As estimativas de população podem sofrer limitações relacionadas às declarações incorretas de idade e cobertura. No caso dos dados de pesquisa e censo, tanto o numerador quanto o denominador vêm da mesma população. As principais limitações dizem respeito às declarações incorretas de idade, omissões de nascimento, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade da amostra, no caso de pesquisas.

Saúde sexual e reprodutiva

A Divisão de População das Nações Unidas produz um conjunto sistemático e abrangente de estimativas e projeções anuais, baseadas em modelo, para uma gama de indicadores de planejamento reprodutivo para um período de 60 anos. Os indicadores incluem a prevalência de métodos contraceptivos, a demanda não atendida de planejamento reprodutivo, a demanda total por planejamento reprodutivo, e o percentual de demanda por planejamento reprodutivo atendido entre mulheres casadas ou em união estável no período de 1970 a 2030. Um modelo hierárquico bayesiano, combinado com tendências temporais específicas do país, foi usado para gerar as estimativas, projeções e avaliações de incerteza. O modelo avança o trabalho anterior e considera as diferenças por fonte de dados, população da amostra e métodos contraceptivos incluídos nas medições de prevalência. Para mais informações sobre as estimativas de planejamento reprodutivo baseadas em modelo, a metodologia e as atualizações, consulte <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. As estimativas se baseiam em dados específicos de país compilados em World Contraceptive Use 2017.

Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos atualmente casadas/em união, qualquer método e qualquer método moderno, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas.

As estimativas com base em modelo empregam dados derivados de relatórios de pesquisas por amostragem. Os dados da pesquisa estimam a parcela de mulheres casadas (inclusive em união estável) que atualmente usam, respectivamente, qualquer método ou métodos contraceptivos modernos. Os métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem a esterilização masculina e feminina, dispositivos intrauterinos, pílula, anticoncepcionais injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos femininos de barreira.

Taxa de prevalência de uso de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos casadas / em união estável, qualquer método e qualquer método moderno, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. As estimativas baseadas em modelos são baseadas em dados que são derivados de relatórios de pesquisa de amostra. Dados de pesquisa estimam a proporção de mulheres casadas (incluindo mulheres em

uniões estáveis) atualmente usando, respectivamente, qualquer método ou métodos contraceptivos modernos. Métodos modernos ou clínicos e de fornecimento incluem esterilização masculina e feminina, DIU, a pílula, injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos femininos de barreira.

Demanda não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Mulheres com demanda não atendida para espaçar nascimentos são aquelas que estão em idade fértil e sexualmente ativas, que não são usando qualquer método contraceptivo, e relatam querer adiar a próxima gestação. Esta é uma subcategoria do total da demanda não atendida de planejamento familiar, que também inclui a demanda não atendida de limitar os nascimentos. O conceito de demanda não atendida aponta para a lacuna entre as intenções reprodutivas das mulheres e seus comportamentos contraceptivos. Para o monitoramento dos MDG, a demanda não atendida é expressa como uma porcentagem baseada nas mulheres que são casadas ou em união consensual.

Proporção da demanda atendida, qualquer método e qualquer método moderno, mulheres de 15 a 49 anos casadas / em união estável, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Prevalência de métodos contraceptivos modernos dividida pelo total da demanda por planejamento familiar. Demanda total de planejamento familiar é a soma da prevalência de contraceptivo e a demanda não atendida de planejamento familiar.

Proporção da demanda atendida com qualquer método (PDA) = Taxa de prevalência de contraceptivo para qualquer método (TPC) dividida pela demanda total por planejamento reprodutivo (DT).

Proporção da demanda atendida com métodos modernos (mPDA) = Taxa de prevalência de contraceptivo para métodos modernos (mTPC) dividida pela demanda total por planejamento reprodutivo (DT).

Onde a demanda total = Taxa de prevalência de contraceptivo mais a taxa de demanda de contraceptivo (TNC) não atendida que é:
 $DT = TPC + TNC$.

Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem, 2007/2016. Fonte: UNFPA. Porcentagem de mulheres entre os 15 e os 49 anos que são casadas ou em união, que tomam suas próprias decisões em todas as três áreas – relações sexuais com o parceiro, uso de métodos contraceptivos e cuidados de saúde.

Práticas nocivas

Casamento infantil, antes dos 18 anos, percentual 2008/2016. Fonte: UNFPA. Proporção de mulheres de 20 a 24 anos que casaram ou entraram em uma união antes dos 18 anos.

Mutilação Genital Feminina (MGF), prevalência entre meninas de 15 a 19 anos, percentual, 2004/2015. Fonte: UNFPA. Proporção de meninas de 15 a 19 anos que sofreram mutilação genital feminina.

Educação

Taxa líquida de matrícula ajustada para homens e mulheres, percentual líquido de crianças em idade escolar primária, 1999/2015. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa de matrícula líquida no ensino primário ajustada indica o percentual de crianças do grupo oficial

de idade primária matriculadas no ensino primário ou secundário/médio.

Taxa líquida de matrícula ajustada para homens e mulheres, ensino médio/secundário, percentual, 2000/2015. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa de matrícula líquida no ensino médio/secundário ajustada indica o percentual de crianças do grupo oficial de idade secundária matriculadas no ensino médio/secundário.

Índice de paridade de gênero, ensino primário, 1999/2015. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero (IPG) se refere à proporção de mulheres em relação aos homens na taxa de matrícula líquida no ensino primário ajustada.

Índice de paridade de gênero, ensino médio/secundário, 2000/2015. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero se refere à razão de mulheres em relação aos homens na taxa de matrícula líquida no ensino médio/secundário ajustada.

Indicadores demográficos

População total, em milhões, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o tamanho estimado da população nacional no meio do ano.

Taxa média anual de crescimento populacional, percentual, 2010/2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Esses números se referem à taxa exponencial média de crescimento da população em um determinado período, com base em uma projeção variante média.

População de 0 a 14 anos, percentual, 2018. Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 0 e 14 anos.

População de 10 a 24 anos, percentual, 2018. Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 10 e 24 anos.

População de 15 a 64 anos, percentual, 2018. Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade entre 15 e 64 anos.

População de 65 anos ou mais, percentual, 2018. Fonte: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a proporção da população com idade de 65 anos ou mais.

Taxa de fecundidade total, por mulher, 2018. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA baseados em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o número de crianças que poderiam ter nascido, por mulher, se ela vivesse até o final de sua idade fértil e tivesse filhos em cada idade, segundo as taxas específicas de fecundidade prevalentes em cada grupo etário.

Idade média de gravidez, anos, 2015/2020. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a média de idade das mães quando do nascimento dos filhos se as mulheres estivessem ao longo das suas vidas às taxas de fertilidade específicas da idade observadas para determinado ano. É expressa em anos.

Classificação Regional

As médias do UNFPA apresentadas no final das tabelas estatísticas são calculadas utilizando dados de países e áreas classificadas conforme a seguir.

Região dos Estados Árabes

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

Região da Ásia e o Pacífico

Afganistão; Bangladesh; Butão; Camboja; China; Ilhas Cook; Fiji; Índia; Indonésia; Irã (República Islâmica do); Kiribati; Coreia, República Democrática Popular da; República Democrática Popular do Laos; Malásia; Maldivas; Ilhas Marshall; Micronésia (Estados Federados da); Mongólia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Paquistão; Palau; Papua Nova Guiné; Filipinas; Samoa; Ilhas Salomão; Sri Lanka; Tailândia; Timor-Leste; República Democrática do; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã.

Região da Leste Europeu e Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Geórgia; Cazaquistão; Quirquistão; República da Moldávia; Sérvia; Tadjiquistão; Antiga República Iugoslava da Macedônia; Turquia; Turcomenistão; Ucrânia.

Região da África Oriental e Meridional

Angola; Botsuana; Burundi; Comores; Congo, República Democrática do; Eritreia; Etiópia; Quênia; Lesoto; Madagascar; Malauí; Maurício; Moçambique; Namíbia; Ruanda; Seicheles; África do Sul; Sudão do Sul; Tanzânia, República Unida da; Uganda; Zâmbia; Zimbábue.

Região da América Latina e Caribe

Anguilla; Antígua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolívia (Estado Plurinacional da); Brasil; Ilhas Virgens Britânicas; Ilhas Cayman; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Curaçau; Dominica; República Dominicana; Equador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Montserrat; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; São Cristóvão e Nevis; Santa Lúcia; São Vicente e Granadinas; São Martinho; Suriname; Trinidad e Tobago; Ilhas Turcos e Caicos; Uruguai; Venezuela (República Bolivariana da).

Região da África Ocidental e Central

Benin; Burkina Faso; Camarões, República de; Cabo Verde; República Centro-Africana; Chade; Congo, República do; Costa do Marfim; Guiné Equatorial; Gabão; Gâmbia; Gana; Guiné; Guiné-Bissau; Libéria; Mali; Mauritânia; Níger; Nigéria; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Togo.

As regiões mais desenvolvidas compreendem a Europa, América do Norte, Austrália, Nova Zelândia e Japão.

As menos desenvolvidas compreendem todas as regiões da África; Ásia (exceto o Japão), América Latina e Caribe, além da Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Os países de menor desenvolvimento, como definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295), incluem 48 países desde janeiro de 2014: 34 na África, 9 na Ásia, 4 na Oceania e um na América Latina e Caribe - Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-Africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malauí, Mali, Mauritânia, Moçambique, Myanmar, Nepal, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida da Tanzânia, Vanuatu, Iêmen e Zâmbia. Esses países também estão nas regiões menos desenvolvidas.

Referências

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63-94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129-56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41-61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370-82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26-31 August 2013. https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf.
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380-e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15-35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161-76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263-76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419-43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321-366.
- _____ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225-55.
- _____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- _____ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880-1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458-86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409-37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3-18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84-111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at www.guttmacher.org.
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- _____ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.
- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.

- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34-S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- _____ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- _____ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at www.humanfertility.org. Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). [icf.com](http://www.icf.com)
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576-80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237-65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390-419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641-80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211-51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870-1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261-92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646-59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960-2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187-221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511-52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443-54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485-510.
- _____ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angélique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41-57.
- _____ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981-94.
- _____ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32-44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870-1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203-30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071-100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161-88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373-406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11-40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741-3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html. Accessed on 5 October 2017.
- _____ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36-51.
- _____ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13-31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- _____ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- _____ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- _____ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55-70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167-82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmertmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739-61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolution-foundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471-92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287-304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838-61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latino-americanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1-25.
- _____ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219-41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169-87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29-43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144-56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151-69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258-67.
- _____ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I-III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251-68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246-96.
- _____ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87-116.
- _____ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20-S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391-419.
- _____ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11-29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642-92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the "abortion culture" in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23-37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.
- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179-83.
- _____ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204-8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87-106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920-1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187-200.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 Targets*. Geneva. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development." New York: UNFPA.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- _____ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.

- _____ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml.
- _____ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- _____. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- _____ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- _____ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at www.populationeurope.org.
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. www.costsofchildmarriage.org.
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyılmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.



Assegurando direitos e opções para todos

Fundo de População das Nações Unidas

605 Third Avenue

New York, NY 10158

Tel. +1 212 297 5000

www.unfpa.org

 @UNFPA

ISBN 978-85-98579-19-1

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-98579-19-1



9 788598 579191