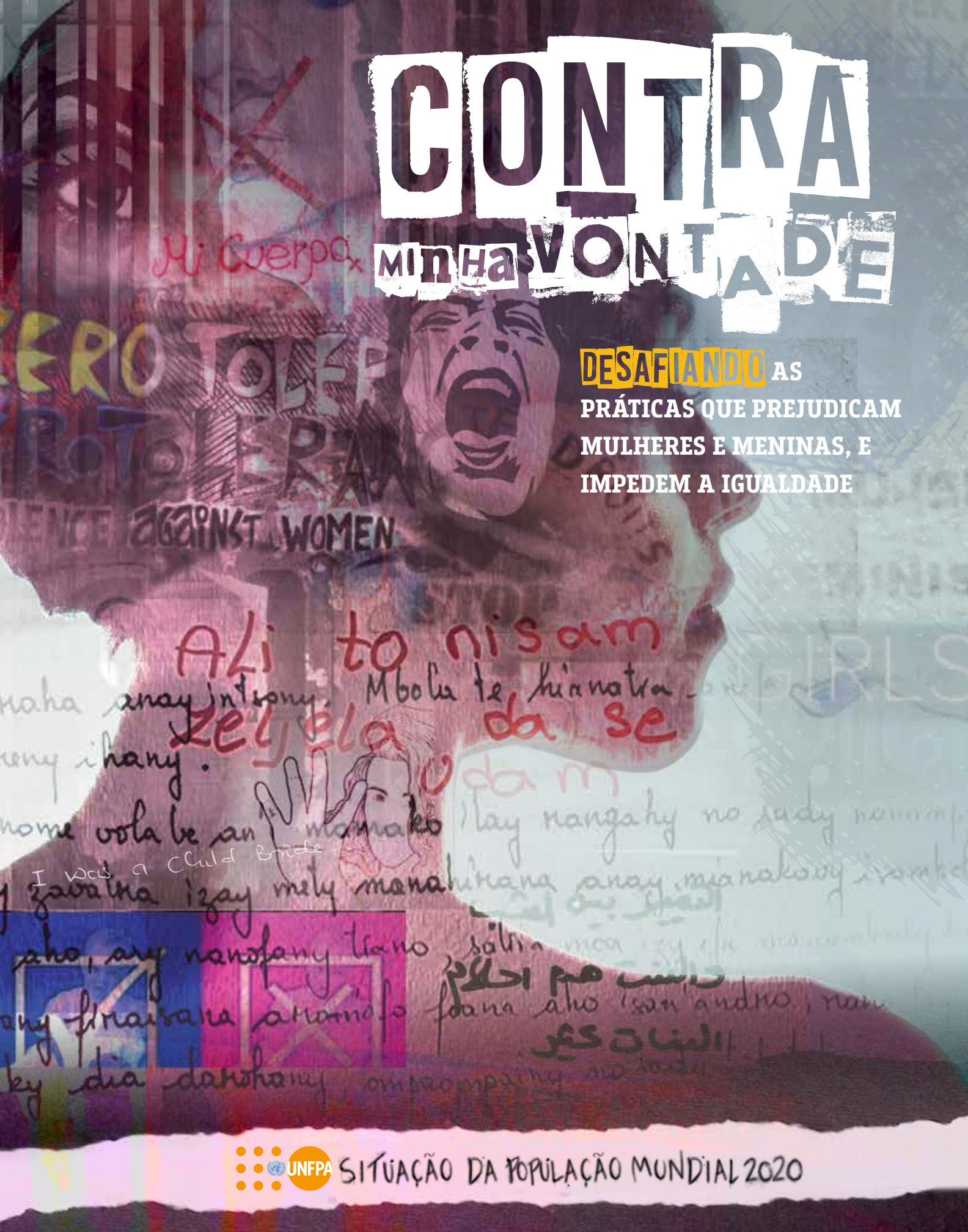
CONTRA MINHA VONTADE

DESAFIANDO AS PRÁTICAS QUE PREJUDICAM MULHERES E MENINAS, E IMPEDEM A IGUALDADE



UNFPA SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL 2020

Situação da População Mundial 2020

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

EDITOR-CHEFE
Arthur Erken, Diretor da Divisão de Comunicações e Parcerias Estratégicas

EQUIPE EDITORIAL
Editor: Richard Kollodge
Editora de Matérias Especiais/de Destaque: Rebecca Zerzan
Editora Associada: Katie Madonia
Gerente da Edição Digital: Katie Madonia
Assessor da Edição Digital: Hanno Ranck
Publicação, Webdesign Interativo e Produção: Prographics, Inc.

ASSESSORA DE PESQUISA
Gita Sen

ASSESSORES TÉCNICOS DO UNFPA
Satvika Chalasani
Nafissatou Diop
Mengjia Liang
Kathrin Weny

PESQUISADORES E AUTORES
Daniel Baker
Stephanie Baric
Christophe Z. Guilmoto
Gretchen Luchsinger
Kathleen Mogelgaard
Bruce Rasmussen
Mindy Roseman

ARTES E COMPOSIÇÕES
Design da capa e composições nas páginas 8, 14, 40, 64, 94, 115 de Tina Larson. Essas composições incluem arte e fotos de: Andrea Paola Fonseca Chachín, Honduras; Cynthia Oningoi, Quênia; Daniel Quesada-Rebolledo, *Horizons of Friendship*; Dashni Murad, artista e ativista, Iraque; Elizabeta, 15 anos de idade, Bósnia e Herzegovina; Fatma Mahmoud Salama Raslan, Egito; Sandra Al Moussa, *Syria Y-Peer*; Sufian Abdul-Mouty, UNFPA Sudão; *Plan International*; Maia Bobo, em parceria com *TackleAfrica*, Burkina Faso.

Tipografia da logo e do slogan por Joe Nasatka.

A arte original nas páginas 24, 58, 88, 104, 117, 126 é da artista egípcia Fatma Mahmoud Salama Raslan.

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

Coordenação editorial: Rachel Quintiliano
Revisão: Luciana Pereira e Equipe do UNFPA no Brasil
Tradução: Ana Lucinda T. Laranjinha
Diagramação do relatório em português: Diego Silva

AGRADECIMENTOS
O UNFPA agradece às seguintes pessoas pelo compartilhamento de vislumbres de suas vidas para este relatório:
Janoghlan Ilyasov (Azerbaijão); Arelis Cortés (Colômbia); Randa Diaa, Dr. Hania Sholkamy (Egito); Abebech Kabla, Boge Porre (Etiópia); Jasbeer Kaur, Mandeep Kaur, Pardeep Kaur, Sandeep Kaur (Índia); Suci Maesaroh (Indonésia); Youngsook Cho, Dr. Eun Ha Chang, Kyung-Jin Oh (República da Coreia); Rhobi Samwelly (Tanzânia); Angeli Gajadhar, Brenda Gopeesingh, Dr. Gabrielle Hosein, Dr. Peter Douglas Weller, Kevin Liverpool, Marcus Kisson (Trinidad e Tobago); Sherry Johnson, Donna Pollard, Sara Tasneem (EUA).

Os colegas do UNFPA e outras pessoas em todo o mundo apoiaram o desenvolvimento das reportagens sobre as histórias pessoais e os demais conteúdos, ou forneceram orientação técnica: Kamran Aliyev, Liliana Arias, Esther Bayliss, Nilanjana Bose, Shobana Boyle, May El Sallab, Ingrid Fitzgerald, Rose Marie Gad, Abraham Gelew, Celeste Hibbert, Sina Jones, Diego Muñoz, Meron Negash, Lucky Putra, Dalia Rabie, Aurora Noguera-Ramkissoon, Samidjo, Casey Swegman, Jeanne Smoot e Bright Warren.

O UNFPA também agradece às mulheres e meninas ao redor do mundo que compartilharam suas ideias e imagens desenhadas à mão para expressar suas opiniões e experiências como sobreviventes de práticas nocivas. Essas manifestações aparecem ao longo de todo o relatório.

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

Susan Guthridge-Gould ofereceu valiosa contribuição com serviços de redação e edição, e os serviços de comunicação da Scriptoria revisaram as provas e conciliaram as citações e referências.

MAPAS E DESIGNAÇÕES
As designações empregadas e a apresentação do material em mapas neste relatório não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNFPA sobre a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área, bem como de suas autoridades ou, ainda, sobre a delimitação de suas fronteiras ou seus limites. Uma linha pontilhada representa aproximadamente a Linha de Controle em Jammu e Caxemira, como acordado pela Índia e pelo Paquistão. O status final de Jammu e Caxemira não foi acordado pelas partes. Todas as referências a Kosovo devem ser entendidas no contexto da Resolução 1244 (1999) do Conselho de Segurança da ONU.

©UNFPA 2020

UNFPA

ASSEGURANDO DIREITOS E ESCOLHAS PARA TODOS E TODAS

UNFPA SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL 2020

CONTRA MINHA VONTADE

DESAFIANDO AS PRÁTICAS QUE PREJUDICAM MULHERES E MENINAS, E IMPEDEM A IGUALDADE

Embora as PRÁTICAS NOCIVAS possam variar amplamente, elas são TODAS VIOLAÇÕES dos DIREITOS de mulheres e meninas.

SUMÁRIO

FORÇADA, REJEITADA, DILACERADA

A crise silenciosa e endêmica de práticas nocivas

PÁGINA 6

NEGADOS, REVOGADOS, VIOLADOS

Danos e direitos humanos

PÁGINA 14

INDESEJADA, NEGLIGENCIADA, ELIMINADA

A preferência por filhos viola muitos direitos

PÁGINA 40

CORTADA, ESFOLADA, COSTURADA

Mutilação genital feminina:
violência de gênero sancionada socialmente

PÁGINA 64

PROMETIDA, DOADA, NEGOCIADA, VENDIDA

O casamento infantil afeta 33.000 vidas todos os dias

PÁGINA 94

CONTESTADORA

Ações para um mundo livre desse mal

PÁGINA 114

TOME UMA ATITUDE

ACABE com o MAL

Todos os dias, dezenas de milhares de meninas têm sua saúde, seus direitos e seu futuro roubados. Algumas são submetidas a mutilação genital feminina (MGF). Há aquelas forçadas a se "casar" quando crianças, e outras são negligenciadas ou passam fome, simplesmente porque são mulheres.

Em muitos casos, os pais que submetem suas filhas a práticas prejudiciais o fazem com boas intenções. Eles aceitam erroneamente que a mutilação genital feminina deve ser levada em consideração na aceitação por seus pares em comunidades onde essa prática é generalizada. Eles acreditam na ideia enganosa de que casar uma filha garantirá seu futuro. Alguns desconhecem os riscos físicos e psicológicos à saúde delas.

Boas intenções, no entanto, pouco significam para a menina que deve abandonar a escola e seus amigos para se casar à força, ou para a menina que enfrenta uma vida inteira de problemas de saúde por causa da mutilação feita em um rito de passagem danoso.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), os governos mundiais demandaram saúde sexual e reprodutiva universal, e exigiram com veemência o fim de práticas nocivas. Um ano depois, na Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, os governos declararam novamente que as práticas danosas deveriam acabar.

Houve algum progresso na redução da taxa de algumas práticas adversas, porém, devido ao crescimento da população, o número de meninas sujeitas a esses danos está realmente aumentando. Ficou claro que promessas e resoluções não foram suficientes para acabar com as práticas nocivas de uma vez por todas. O que precisamos agora é de mudanças reais e de resultados reais.

No ano passado, na Cúpula de Nairóbi sobre a CIPD25, representantes de governos, organizações de base, agências de desenvolvimento e o setor privado foram além de promessas

e resoluções, comprometendo-se a acabar com a necessidade não atendida de contraceptivos, com a morte materna evitável, e com a violência de gênero e as práticas nocivas.

Neste ano, tem início a "Década de Ação" para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 – inclusive a meta 5.3, sobre o fim de práticas nocivas. Para atingir nosso objetivo e proteger milhões de mulheres e meninas cuja integridade corporal está ameaçada, chegou a hora de nos esforçarmos ainda mais. O ritmo do nosso progresso deve ser ainda mais rápido.

Os governos devem cumprir sua obrigação de proteger meninas e mulheres contra malefícios. Tratados de direitos humanos, como a Convenção sobre os Direitos da Criança, orientam os governos a "tomar todas as medidas eficazes e apropriadas com o objetivo de abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças".

Chegar a zero pode ser difícil, mas não temos dúvidas de que é possível. Afinal, algumas práticas nocivas persistiram ao longo dos séculos. No entanto, a mudança virá – e precisa vir. O primeiro passo para a mudança de atitudes e normas sociais é educar os pais sobre as consequências que as práticas nocivas têm para suas filhas e sobre os benefícios que agregam às famílias e comunidades quando as meninas são saudáveis e empoderadas, e têm seus direitos respeitados. Sabemos que ações que colocam mulheres, homens, meninas e meninos em pé de igualdade em todas as esferas da vida podem ajudar a transformar tradições danosas de longa data. Sabemos que o desmantelamento dos sistemas patrilineares de propriedade e herança também pode ajudar a desmantelar a instituição do casamento infantil. Nós sabemos o que funciona.

E agora sabemos também o que custaria acabar com as duas práticas nocivas mais comuns – a mutilação genital feminina e o casamento infantil: US$ 3,4 bilhões bem empregados por ano, em média, de 2020 a 2030, para acabar com o sofrimento de uma população estimada em 84 milhões de meninas.

Equipados de conhecimento, respaldados por acordos internacionais de direitos humanos e estimulados por novos compromissos dos governos e da sociedade civil, temos o poder de desafiar as forças que perpetuam esses males e para tornar real um mundo em que cada mulher e menina seja livre para traçar seu próprio futuro.

Desde o início de 2020, o mundo enfrenta uma pandemia sem precedentes, com a Covid-19 espalhando-se rapidamente em todo o mundo, tirando vidas e causando estragos nas sociedades e economias. Neste momento de adversidade, o UNFPA continuará a proteger a saúde e os direitos das mulheres e meninas nos países e nas comunidades em que trabalhamos.

Dra. Natalia Kanem
Subsecretária-Geral e
Diretora Executiva do UNFPA,
Fundo de População das Nações Unidas

FORÇADA REJEITADA DILACERADA

A CRISE silenciosa e endêmica DE PRÁTICAS nocivas

Ela é uma mercadoria a ser negociada.

Ela é um objeto de desejo.

Ela é um fardo a ser descartado.

Ela é uma fonte de trabalho gratuito.

ELA é uma MENINA.

O que significa que, apesar de seus direitos humanos inerentes, seu corpo, sua vida e seu futuro não são dela.

Vivemos em um mundo onde inúmeras dimensões de poder e escolha ainda são determinadas por gênero. A maioria das mulheres e meninas enfrenta algumas, se não muitas, barreiras à igualdade em virtude da discriminação. Entre as muitas causas e consequências da discriminação de gênero, as práticas nocivas são as mais insidiosas.

Tais práticas resultam em danos agudos e muitas vezes irreversíveis, mas podem ser aceitas como normais e até benéficas. Em muitos casos, elas incorporam a privação de poder de decisão e a desigualdade já no início da vida – no corpo e na mente traumatizada de uma criança ou adolescente. Quando adulta, e ao longo de sua vida, esses danos negam às mulheres suas perspectivas de obter educação, dar à luz com segurança, ganhar a vida com dignidade ou defender seus direitos.

Casamentos infantis, prematuros e forçados, e mutilação genital feminina, estão entre os exemplos mais proeminentes de práticas nocivas que surgem da falta de poder e direitos entre mulheres e meninas, e, por sua vez, aprofundam esses déficits. Com muitas variações, práticas danosas são generalizadas e podem ser encontradas em todas as regiões do mundo, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Nenhum país pode alegar ser completamente intocado por eles. Embora algumas práticas nocivas – como o casamento infantil – também possam afetar os meninos, elas estão fortemente concentradas entre meninas e mulheres, afetando centenas de milhões.

O fim das práticas nocivas até 2030 em todos os países e comunidades – um objetivo do UNFPA, a agência de saúde sexual e reprodutiva das Nações Unidas, e um propósito principal dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – exigirá rápidas mudanças de mentalidade que ainda sancionam a violência contra mulheres e meninas, e negam-lhes seus direitos e sua autonomia corporal. Também é necessária a transformação nos sistemas econômico, educacional, jurídico e de saúde, que se cruzam com essas normas e continuam refletindo a discriminação de gênero e perpetuando seu dano duradouro.

Há indícios de que membros de uma geração mais jovem de meninas, mais conscientes de seus direitos, estão rejeitando práticas nocivas como nunca antes (UNICEF, 2020). Há um acordo global de longa data para acabar com eles, e homens e meninos estão cada vez mais desafiando a desigualdade de gênero e defendendo mudanças que beneficiam a todos (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020).

Violação de direitos

O alcance das práticas nocivas é vasto. Alguns operam em escala nacional ou regional e até traçam padrões de migração internacional. Outros estão escondidos em comunidades isoladas (Banda e Atansah, 2016). Este relatório concentra-se em três práticas nocivas – mutilação genital feminina, casamento infantil e preferência por filhos homens – que há muito são denunciadas em acordos internacionais de direitos humanos, bem como em constituições e leis nacionais, e estão fortemente ligadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Embora as práticas nocivas possam variar amplamente, elas são todas violações dos direitos de mulheres e meninas.

Tais práticas podem ser "explicadas" sob o pretexto de fazerem parte da tradição, religião ou cultura. Elas podem até ser, na superfície, bem-intencionadas. A família de uma menina talvez realmente acredite que casá-la em tenra idade garantirá seu futuro financeiro ou a protegerá de agressão sexual. Realizar MGF pode, de fato, garantir sua aceitação como adulta dentro de sua comunidade.

Contudo, todas as práticas nocivas resumem-se à suposição de que os direitos e o bem-estar de uma mulher ou de uma menina são menores que os de homens e meninos. Consequentemente, mulheres e meninas têm menos opções, sendo mais propensas

a fazerem escolhas que as colocam sob o controle sexual, legal e econômico dos homens.

Vários tratados internacionais de direitos humanos e outros acordos, firmados por quase todos os países, exigem que os Estados atuem para impedir práticas nocivas. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, por exemplo, estipula a tomada de todas as medidas apropriadas a fim de eliminar preconceitos e práticas baseadas na discriminação de gênero. O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 reconhece explicitamente a mutilação genital feminina como uma violação dos direitos básicos que deve ser proibida onde quer que exista.

Práticas nocivas por vezes são realizadas por membros da família, comunidades religiosas, prestadores de serviços de saúde, empresas comerciais ou instituições do Estado. Não obstante a fonte, os governos são obrigados a pôr fim em tais práticas. Frequentemente, isso significa mais do que proibir formalmente por lei, embora esse seja um passo essencial. Alcançar a igualdade de gênero que é realmente sentida na vida cotidiana de mulheres e meninas exige uma série de etapas para garantir que elas se livrem desses danos e para transformar todos os padrões de discriminação e relações desiguais de poder entre homens e mulheres.

Arte de rua de Tegucigalpa, Honduras. Foto cedida por Daniel Quesada-Rebolledo, Horizons of Friendship.

Um cenário difuso de progresso

Algumas práticas nocivas que têm recebido atenção sistemática nos últimos anos – como o casamento infantil e a mutilação genital feminina – estão diminuindo nos países onde foram mais prevalentes. O crescimento populacional, no entanto, significa que, a menos que as *taxas de prevalência* vejam um declínio acentuado no futuro próximo, mais do que nunca, um *número* maior de mulheres e meninas sofrerá com essas práticas nas próximas décadas.

Taxas insuficientes de mudança e pressões demográficas combinam-se com um cenário difuso do progresso global da igualdade de gênero. Apesar dos fortes avanços em direção à paridade de gênero no acesso à saúde e à educação, a discriminação e a marginalização aguda ainda são evidentes em todo o mundo.

Em 57 países, apenas 55% das mulheres de 15 a 49 anos que são casadas ou vivem em algum tipo de união estável tomam suas próprias decisões sobre relações sexuais, e uso de contraceptivos

Mural pintado por Fidel Évora no Largo Intendente, em Lisboa, para ajudar a aumentar a conscientização contra a mutilação genital feminina. ©CML | DPC | José Vicente 2014

e serviços de saúde reprodutiva (UNFPA, 2020). De acordo com outra estimativa recente, levará quase 100 anos, em média, para fechar a lacuna global de gênero no mundo e surpreendentes 257 anos para fechar a lacuna de gênero em termos de participação na economia (Fórum Econômico Mundial, 2020). O progresso fica muito mais lento por causa das percepções das pessoas. Uma pesquisa envolvendo 80% da população mundial constatou que 90% dos homens – e mulheres – têm algum tipo de preconceito contra as mulheres (PNUD, 2020).

O cenário mais amplo subjacente à discriminação de gênero é o fato de haver desigualdades em ascensão e intensificação da exclusão em escala mundial. Operando em diversas sociedades e entrincheiradas pelos modelos econômicos atuais, essas disparidades alimentam divisões e tensões sociais. Elas sustentam e agravam as desigualdades de gênero, mesmo quando uma reação deliberada contra a igualdade de gênero está ganhando terreno.

Algumas regiões expandiram as restrições à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, e limitaram ou eliminaram a educação sexual abrangente nas escolas (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020). Mais de 100 países ainda impedem legalmente as mulheres de ocupar determinados postos de trabalho (Banco Mundial, 2018). Pouco foi feito para moderar a crescente influência das novas tecnologias, que, embora ofereçam muitos benefícios, intensificaram a exposição de mulheres e meninas ao risco de violência e abuso (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020).

Práticas prejudiciais tendem a acompanhar pressões cada vez maiores, como disparidades econômicas e conflitos, além de crises crescentes ligadas às mudanças climáticas. Medidas de austeridade podem levar a cortes nos recursos públicos destinados à saúde e a outros serviços dos quais dependem as comunidades pobres e as mulheres de baixa renda. Até 2021, aproximadamente 5,8 bilhões de pessoas estarão vivendo em países afetados por planos de austeridade, inclusive cerca de 2,9 bilhões de mulheres e meninas – ou quase três quartos da população feminina do mundo (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020).

Danos em cascata

Uma prática nociva pode começar como um evento único. As pernas de uma garota são forçadas a se abrir e partes de seus órgãos genitais são extirpadas. Uma noiva-criança, vestida com roupas muito enfeitadas, recita entorpecida seus votos de casamento. Cheio de dor e choque, esse momento específico, no entanto, se reverbera em muitos outros. Uma prática nociva torna-se uma cascata de danos.

Isso demanda um esforço de toda a sociedade, na qual todos que têm um papel a desempenhar, visando interromper essas práticas, **TOMEM ATITUDES** para fazê-lo. É preciso conectar os diversos fatores determinantes das práticas nocivas e da privação do poder de decidir das mulheres.

Meninas e mulheres ensinadas a pensar que seus corpos existem principalmente para o prazer ou controle de homens também têm menor probabilidade de conhecer seus direitos. Do ponto de vista dos direitos humanos, as violações se acumulam em múltiplas frentes, negando direitos a igualdade e não discriminação, segurança e autonomia na tomada de decisões. Também podem ser negados os direitos à saúde e à educação sexual e reprodutiva, bem como às oportunidades de trabalhar e prosperar na vida.

Embora alguns desses danos sejam difíceis de mensurar empiricamente, eles ainda são violações dos direitos humanos porque decorrem de normas discriminatórias de gênero que perpetuam a desigualdade. E eles são impostos a mulheres e meninas, independentemente de consentimento. O dano causado pode ser imediato e de longo prazo, físico e psicológico. Uma menina submetida a mutilação genital feminina no início enfrenta fortes dores e o risco de infecção, hemorragia e até de morte. Ao longo de sua vida, ela pode ter problemas de infecções do trato reprodutivo, dor crônica nas costas, relações sexuais dolorosas e perda de prazer sexual, além de dificuldades no parto, entre muitas outras possibilidades. Ela será muito mais suscetível, do que uma garota que não tenha sido machucada dessa maneira, a sofrer doenças psicológicas, inclusive transtorno de estresse pós-traumático.

Uma menina forçada a se casar cedo, em muitos casos, abandonará a escola, frustrando suas perspectivas de ganhos e autonomia posteriores. Ela poderá se perceber socialmente isolada e ficar propensa à depressão. E, diferentemente de um menino em um casamento precoce, ela poderá engravidar, querendo ou não, antes que seu corpo esteja pronto para isso – o que levaria a uma série de riscos e consequências para ela e o seu bebê.

Onde existe a preferência por filhos homens (outra prática nociva), a seleção de sexo que favorece os meninos pode ocorrer antes do nascimento, ou mais tarde pode se traduzir em períodos mais curtos de amamentação para as meninas, nutrição mais pobre, escolaridade inadequada e menos vacinações. Na idade adulta, isso pode deixar as mulheres menos preparadas em termos de educação, emprego, direitos políticos e status familiar.

Práticas nocivas têm consequências trágicas para os indivíduos, mas também têm ramificações mais amplas. O casamento infantil está intimamente ligado a níveis mais altos de fertilidade e à perpetuação da pobreza através das gerações. Isso dificulta o desenvolvimento de uma força de trabalho produtiva e qualificada, com influência direta na saúde de uma economia.

A preferência por filhos levou a grandes desequilíbrios no número de homens e mulheres, tanto é assim que muitos homens podem não

conseguir encontrar parceiras e ter filhos. Isso pode intensificar o risco de violência contra as mulheres, alimentar o tráfico de pessoas e aumentar as vulnerabilidades das mulheres a outras formas de dano (Kaur, 2013). Mas, acima de tudo, a preferência por filhos homens e suas muitas manifestações perpetuam atitudes negativas em relação a mulheres e meninas, e, por sua vez, causam ainda mais danos.

Chegar a zero

A igualdade de gênero é uma meta global estabelecida no âmbito da *Agenda 2030* para o Desenvolvimento Sustentável, que também exige explicitamente o fim de todas as formas de discriminação, violência e práticas nocivas contra todas as mulheres e meninas em todos os lugares. Em 2019, na Cúpula de Nairóbi, na CIPD25, realizada para marcar o vigésimo quinto aniversário da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, os participantes reiteraram seu compromisso de trabalhar para zerar as práticas nocivas. Em 2020, o vigésimo quinto aniversário da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres de 1995 deu um novo impulso à campanha global em direção à igualdade de gênero e ao empoderamento das mulheres, inclusive por meio da mobilização de uma nova geração cheia de energia, "nativa digital", de defensoras feministas que falam abertamente sobre o assunto ao redor do mundo.

As práticas nocivas fazem parte de um *continuum* de violência contra mulheres e meninas que permanece generalizado e que constitui uma "crise silenciosa e endêmica" (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020). Um terço das mulheres sofrerá abuso físico ou sexual em algum momento de sua vida (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020). Apesar da constante melhoria das leis e iniciativas para conter a violência e as práticas nocivas, muitas formas ainda não são visíveis, não são entendidas e não são aceitas como um problema. Tendências como a "medicalização" da mutilação genital feminina, em que profissionais médicos treinados realizam a prática; casos de "venda" de noivas crianças nas mídias sociais; e o uso da tecnologia da saúde reprodutiva para permitir preferências discriminatórias por filhos homens, são sinais preocupantes de como as práticas nocivas, apesar das origens muitas vezes antigas, estão se transferindo para o mundo moderno.

Mudanças na opinião pública trazem esperança. Embora movimentos bem conhecidos da mídia social tenham deflagrado um silêncio de longa data em torno de assédio e abuso sexual, novas pesquisas constatam que, em países afetados pela mutilação genital feminina, sete em cada dez meninas e mulheres acham que a prática deve acabar. E a oposição a isso pode estar aumentando, pois, como algumas pesquisas vêm descobrindo, as adolescentes são 50% mais propensas do que as mulheres mais velhas a se oporem à prática (UNICEF, 2020).

Todavia, chegar a zero práticas nocivas exigirá um progresso muito mais rápido. Isso demanda um esforço de toda a sociedade, na qual todos que têm um papel a desempenhar, visando interromper essas práticas, tomem atitudes para fazê-lo. É preciso conectar os diversos fatores determinantes das práticas nocivas e da privação do poder de decidir das mulheres. As comunidades precisam concordar em proteger suas filhas. As meninas devem poder permanecer em escolas de alta qualidade, aprender sobre seus direitos e suas escolhas, e falar livremente sobre seus desejos e suas necessidades. Os serviços públicos devem apoiar a igualdade no compartilhamento de cuidados não remunerados e de trabalho doméstico, a fim de transformar a discriminação de gênero nas famílias. As economias devem proporcionar a todas as mulheres oportunidades de construir uma vida decente caracterizada por autonomia, dignidade e escolhas.

NEGADOS REVOGADOS VIOLADOS

Danos e direitos humanos

Todos os dias, centenas de milhares de **MENINAS em todo o mundo são prejudicadas física ou psicologicamente,** com o pleno conhecimento e consentimento de suas famílias, amigos e comunidades. Às vezes, a agressão envolve mutilar seus órgãos genitais, muitas vezes racionalizados como um ritual de passagem da infância para a condição de mulher adulta. Às vezes, a prática envolve doar, vender ou trocar uma menina por dinheiro ou um objeto de valor, geralmente sob o nome de "casamento". Outras vezes, o dano é mais insidioso: uma preferência por filhos em vez de filhas, o que reforça atitudes negativas sobre o valor de mulheres e meninas na sociedade, e perpetua a desigualdade de gênero.

Essas diversas práticas nocivas têm uma coisa em comum: são violações de direitos humanos.

A comunidade internacional reuniu-se ao longo dos anos para concordar que algumas práticas prejudiciais não podem ser toleradas e que governos, comunidades e indivíduos têm o dever de acabar com elas. No entanto, essas práticas persistem em todo o mundo, mesmo em locais onde as leis nacionais as proíbem, o que significa que as violações de direitos continuam.

Uma compreensão mais profunda dos danos

A prática nociva – o ato – que prejudica e viola o corpo de uma menina não para por aí, causando-lhe danos adicionais ao negar sua capacidade de usufruir de muitos outros direitos. O impacto se propaga por toda a sociedade e reforça os próprios estereótipos de gênero e desigualdade por trás dos danos em primeiro lugar.

Para especialistas internacionais em direitos humanos, o dano tem amplo âmbito e significado. É mais do que uma lesão – física, mental ou emocional – que machuca uma pessoa. É mais do que uma lesão econômica que afeta os ganhos e as economias, e é mais do que uma lesão de reputação que danifica a posição de uma pessoa na comunidade. Esses tipos de dano podem ser medidos, mas o dano do casamento infantil ou da preferência pelo filho pode se estender muito além da esfera individual e pode ser – em uma palavra – incomensurável.

As Nações Unidas sustentam que práticas nocivas costumam ter o objetivo ou efeito de "prejudicar o reconhecimento, usufruto e exercício dos direitos humanos e das liberdades fundamentais de mulheres e crianças", de acordo com várias Convenções e Declarações internacionais.

As práticas nocivas têm "um impacto negativo" na "dignidade, integridade física, psicossocial e moral das meninas, no seu desenvolvimento, na sua participação, saúde, educação e no seu status econômico e social", afirma um Comentário Geral de novembro de 2014, emitido pelos comitês das duas principais Convenções desta área: a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – conhecidas como ***Convenção dos Direitos da Criança e Convenção das Mulheres.***

A discriminação está no centro de tudo. Os danos à dignidade são reconhecidos como violações dos direitos humanos porque são formas de discriminação que reduzem e limitam a capacidade de mulheres e crianças de participar plenamente da sociedade ou desenvolver e atingir seu pleno potencial.

E eles têm muito em comum. Práticas nocivas decorrem de normas sociais que perpetuam o domínio de homens sobre mulheres, meninos sobre meninas. Eles tratam da desigualdade de mulheres e crianças, com base em sexo, gênero, idade e outros fatores que se cruzam. Em última análise, elas são impostas a mulheres e crianças por membros da família, membros da comunidade ou da sociedade em geral – mesmo sem haver consentimento.

Os estereótipos de gênero fazem parte do prejuízo. Em termos de direitos humanos, são prejudiciais porque se baseiam em "preconceitos sobre atributos ou características que são ou devem ser possuídas, ou os papéis que são ou devem ser desempenhados por mulheres e homens, o que… Limita sua capacidade de desenvolver suas habilidades pessoais, seguir sua carreira profissional e fazer escolhas sobre suas vidas e seus projetos de vida "(Cusak, 2013).

Direta ou indiretamente, surgem violações discriminatórias, porque essas práticas impedem meninas e mulheres de exercer seus direitos humanos em pé de igualdade com homens e meninos.

O que todas essas práticas têm em comum é uma crença subjacente em um sistema binário fixo e categórico que divide homens de mulheres, meninos de meninas, e prescreve expectativas sociais e papéis hierárquicos, atribuindo mais valor a homens e meninos, e, assim, subordinando mulheres e meninas.

As famílias que submetem suas filhas, esposas e mães a práticas prejudiciais costumam ser bem-intencionadas. Os governos, como parte de suas obrigações para acabar com práticas nocivas, têm o dever de impedir que os membros da família perpetrem danos, bem como de mudar normas sociais e atitudes que vinculem o destino de uma menina ao casamento e à reprodução.

Práticas nocivas violam uma série de direitos humanos relacionados à igualdade, segurança da pessoa, saúde e autonomia na tomada de decisões. As práticas reconhecidas como violações dos direitos humanos incluem a mutilação genital feminina (MGF), o casamento infantil e a seleção de sexo por gênero, cujas causas e consequências são evidências de outras violações dos direitos humanos. A preferência pelo filho – embora não seja em si própria uma violação dos direitos humanos – é um fator determinante de práticas nocivas que são violações, como a seleção de sexo com viés de gênero. Outras práticas relativas à comida e aos tabus menstruais também são motivo de preocupação entre os especialistas em direitos.

PRÁTICAS
consideradas nocivas nos tratados internacionais de direitos humanos

- Crimes cometidos em nome da chamada honra
- Acusações de bruxaria
- Amarração, marcação a ferro, escarificação ou imposição de marcas tribais
- Modificações corporais, como discos labiais, alongamento do pescoço
- Achatamento dos seios
- Preço da noiva e violência relacionada ao dote
- Punição corporal
- Mutilação genital feminina
- Seleção de sexo com viés de gênero
- Incesto
- Infanticídio
- Tabus nutricionais e práticas tradicionais de parto
- Fornecer muito pouco alimento ou alimento em excesso para as meninas
- Apedrejamento
- Tabus ou práticas que impedem as mulheres de controlar sua própria fertilidade
- Ritos de iniciação violentos
- Teste de virgindade
- Práticas de viuvez

Direitos humanos e as Nações Unidas

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 estabelece o que os governos hoje podem e não podem fazer, bem como o que devem fazer, por todas as pessoas – sem discriminação. Todas as nações endossaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que expressa o reconhecimento comum do que sejam os direitos humanos e porque eles deveriam existir para todas as pessoas em todos os lugares, independentemente de sexo, gênero, raça ou origem étnica, cor, religião, nacionalidade, idioma, deficiência, local de residência ou qualquer outra condição.

Os direitos humanos são frequentemente expressos e garantidos por lei, na forma de tratados, direito internacional consuetudinário, princípios gerais e outras fontes de direito internacional. O direito consuetudinário refere-se à maneira como as nações se comportam umas com as outras, podendo um tratado estar ou não em vigor. É uma questão de lei derivada do comportamento observado das nações.

A "Carta Internacional de Direitos Humanos" é o nome dado à Resolução 217 (III) da Assembleia Geral, que ratificou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e dois tratados internacionais estabelecidos pelas Nações Unidas:

- Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

Além disso, os direitos humanos são elaborados ou articulados em vários outros acordos:

- Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
- Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes
- Convenção sobre os Direitos da Criança
- Convenção sobre Trabalhadores Migrantes e suas Famílias
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- Convenção sobre Desaparecimentos Forçados

Tratados são contratos entre governos ou "Estados Partes". Os Estados Partes acordam

entre si os termos ou artigos dos tratados. Quando os governos assinam e ratificam tratados, eles se tornam vinculativos e exigem que os governos mantenham e implementem os direitos contidos nos tratados.

Todos os Estados Membros das Nações Unidas ratificaram pelo menos um tratado de direitos humanos, obrigando-os a respeitar, proteger e cumprir todos os direitos humanos, pois estes são considerados universais, interdependentes e inter-relacionados. Uma das maneiras pelas quais os governos fazem isso é garantindo que suas leis e políticas nacionais sejam compatíveis com as obrigações referentes a direitos contidas nos tratados.

Para cada tratado, existe um "órgão do tratado", ou seja, uma comissão de especialistas independentes que acompanha o cumprimento das nações, com base em relatórios dos Estados Partes, os quais são obrigados a enviar tais relatórios aos órgãos do tratado a cada período de alguns poucos anos sobre os progressos alcançados e os obstáculos encontrados no cumprimento de suas obrigações. Os órgãos do tratado emitem "observações finais", as quais recomendam as medidas que os países devem adotar para melhor cumprir suas obrigações concernentes aos direitos humanos.

Além disso, os órgãos do tratado emitem Comentários Gerais e Recomendações Gerais que ajudam os governos a entender suas obrigações nos termos dos tratados, fornecendo uma interpretação oficial sobre o significado de um tratado. No entanto, Comentários Gerais, Recomendações e Observações Finais não forçam os governos a agir; em vez disso, eles orientam os governos e são, cada vez mais, fontes das quais normas, padrões e leis internacionais consuetudinárias estão sendo reconhecidas.

Outra fonte importante de normas de direitos humanos vem de acordos de consenso político – como o Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, no Cairo, e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres de 1995, em Pequim. Esses acordos, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, estabelecem políticas e metas globais comuns para a realização dos direitos de mulheres e meninas, inclusive os direitos à saúde sexual e reprodutiva, e para a conquista da igualdade de gênero.

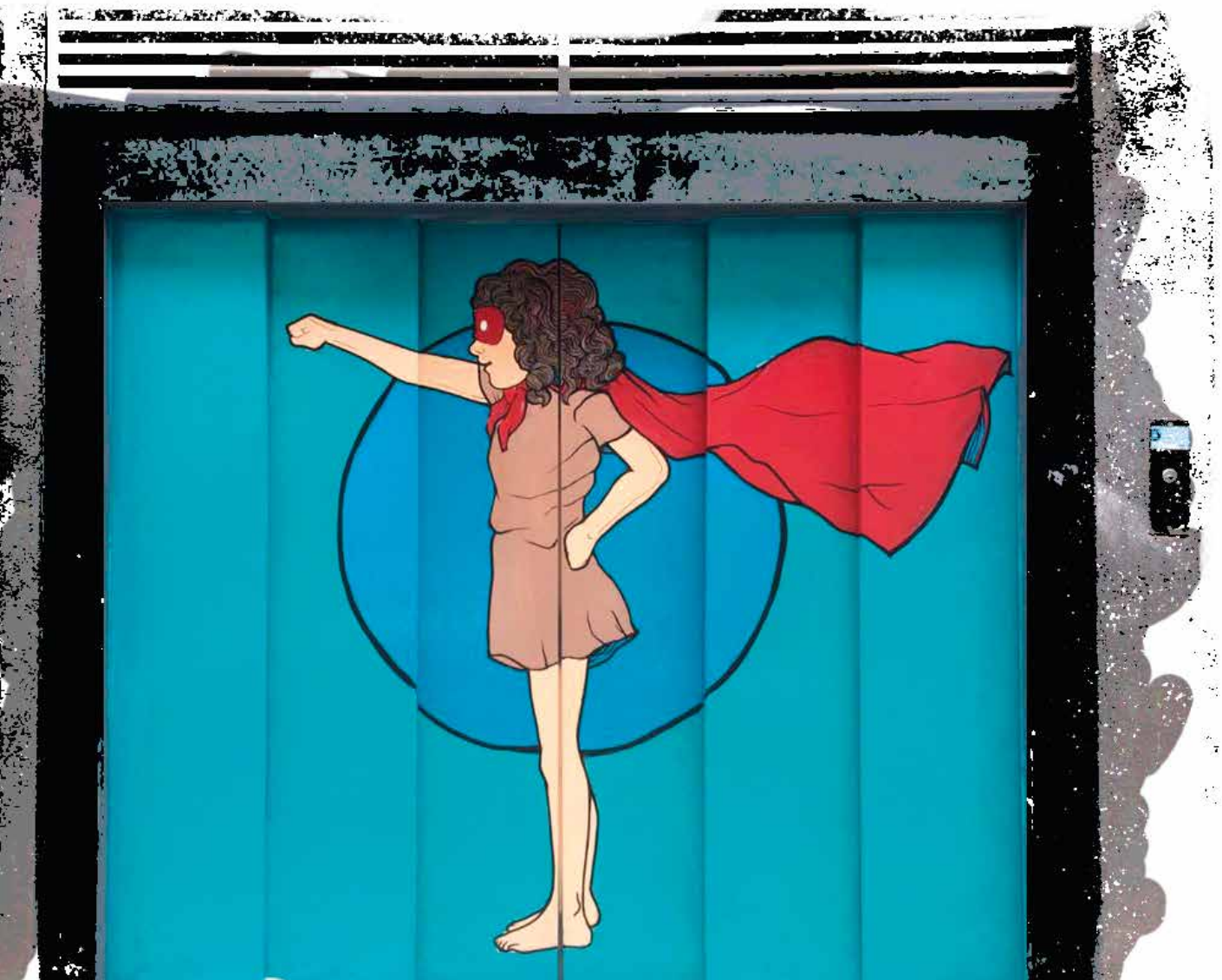
Todas as medidas apropriadas

A Convenção das Mulheres e a Convenção dos Direitos da Criança tratam explicitamente de práticas nocivas e apresentam em detalhes as obrigações que os Estados têm para acabar com elas.

A Convenção das Mulheres instrui os Estados a "tomar todas as medidas apropriadas, inclusive legislação, para modificar ou abolir leis, regulamentos, costumes e práticas existentes que constituem discriminação contra as mulheres" e "tomar todas as medidas apropriadas ... para modificar os padrões sociais e culturais de conduta de homens e mulheres, com vistas a eliminar os preconceitos e as práticas costumeiras, bem como todas as outras práticas baseadas na ideia de inferioridade ou superioridade de um dos sexos ou em papéis estereotipados para homens e mulheres". Todos, exceto sete governos, ratificaram ou aderiram à Convenção das Mulheres.

A Convenção dos Direitos da Criança (que se aplica crianças e adolescentes abaixo de 18 anos) exige que os Estados "tomem todas as medidas eficazes e apropriadas com o intuito de abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças". A saúde, como definido pela Organização Mundial da Saúde, é um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". A Convenção dos Direitos da Criança foi ratificada

Mural by Andrea Fonseca Poder Femenino, Salamanca, Spain 2018



por todos, menos um dos Estados Membros das Nações Unidas.

A igualdade de gênero, o direito de estar livre da discriminação de gênero e de sexo, e de ser tratado de maneira igual, é amplamente reconhecido como sendo um direito humano na Declaração Internacional dos Direitos Humanos.

Estruturas internacionais de direitos humanos

Nos termos da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, os Estados Partes devem:

- Tomar todas as medidas apropriadas para modificar [tais] padrões sociais e culturais de conduta…

De acordo com o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, os Estados Partes devem:

- Garantir que práticas sociais ou tradicionais nocivas não interfiram no acesso aos cuidados pré e pós-natal e no planejamento familiar
- Impedir terceiros de coagir as mulheres a se submeterem a práticas tradicionais

Nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, os Estados Partes devem:

- Proteger as crianças da violência física, sexual e mental, inclusive de atos perpetrados pelos pais ou por outros cuidadores

Os órgãos de tratados instaram os Estados a:

- Realizar uma série de intervenções sociais eficazes para transformar normas e apoiar a igualdade de gênero e os direitos de mulheres e meninas. Isso inclui campanhas informativas e educacionais de conscientização de longo prazo destinadas a líderes comunitários e religiosos, membros da família, homens e meninos, além de mulheres e meninas.
- Utilizar todos os meios à sua disposição – orçamentário, legislativo, administrativo, político – por conta própria e em conjunto com a sociedade civil, comunidades religiosas e demais grupos comunitários para eliminar a prática.

Os órgãos de tratados também instruíram os Estados Partes a cumprir essas obrigações por meio de leis. Por exemplo, o comentário geral conjunto sobre práticas nocivas (CEDAW 31/CRC 18; UN CEDAW e UN CRC, 2014) afirma que os governos devem:

- Adotar ou alterar legislação com vistas a efetivamente abordar e eliminar as práticas nocivas ... (garantindo que essa legislação) esteja em total conformidade com as obrigações pertinentes delineadas na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres e a Convenção sobre os Direitos da Criança, bem como outras normas internacionais sobre direitos humanos.

SAÚDE, como definido pela Organização Mundial da Saúde, é um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade."

Respeitar, proteger e cumprir

Entende-se que as obrigações no âmbito dos direitos humanos exigem que os governos respeitem, protejam e façam cumprir os direitos humanos de suas populações. *Respeitar* significa que eles não podem violar direitos diretamente; *proteger* significa que eles têm o dever de impedir que terceiros violem direitos e de prover um processo de reparação por violações; e *cumprir* requer que os estados forneçam as informações e os serviços necessários para concretizar todos os resultados enumerados (OHCHR, sd).

Como as práticas prejudiciais geralmente envolvem violência contra meninas e mulheres, os governos têm a obrigação de impedir, investigar e punir tais atos, inclusive quando atores não estatais – como membros da família – perpetram a violência (UN CEDAW, 2017, 1992).

Entende-se que as obrigações governamentais relacionadas aos direitos econômicos e sociais, como saúde e educação, por exemplo, demoram mais para ser implementadas porque exigem mais tempo, recursos e programação para que sejam cumpridas plenamente. Porém, acredita-se que os direitos civis e políticos – como prevenir a discriminação e a violência – sejam tratados com mais facilidade e rapidez por meio da aprovação ou aplicação de leis.

De acordo com a ONU Mulheres, todos os Estados Membros das Nações Unidas incluem um dispositivo em sua constituição que garante a igualdade de gênero e a não discriminação em alguns domínios, como a participação política (ONU Mulheres, s/d). Os direitos à igualdade no casamento e na vida familiar são garantidos em 181 constituições; os direitos à liberdade de viver sem violência, em 182.

Leis não são suficientes

A legislação é o principal meio utilizado para que os Estados possam garantir os direitos humanos. No entanto, embora promulgar leis e estabelecer direitos nas constituições sejam etapas necessárias, elas estão longe de ser suficientes para prevenir e eliminar práticas nocivas com base em gênero. Leis nacionais que proíbem a MGF, por exemplo, existem na maioria dos países onde a prática ocorre, mas mesmo assim ela continua (OMS, 2020). Raramente é devido à ausência de leis que mulheres e meninas têm seus órgãos genitais cortados, são forçadas a se casar, são alimentadas em excesso ou com muito pouco, ou são menos desejadas como descendentes.

Medidas eficazes para prevenir e eliminar práticas nocivas devem fazer parte de uma "estratégia holística bem definida, baseada em direitos e relevante localmente", de acordo com os órgãos do tratado que monitoram a adesão à Convenção das Mulheres e à Convenção dos Direitos da Criança. A estratégia deve incluir leis, políticas e intervenções sociais "combinadas com comprometimento político proporcional e responsabilidade em todos os níveis de poder".

No mínimo, os Estados são obrigados a coletar, atualizar e disseminar dados sobre a incidência e prevalência de práticas prejudiciais; desenvolver e aplicar "leis e regulamentos apropriados" com a participação das comunidades afetadas; e implementar esforços de prevenção para estabelecer normas sociais e culturais baseadas em direitos, capacitar mulheres e comunidades por meio de educação e oportunidades econômicas, aumentar a conscientização e manifestar comprometimento, e garantir que medidas de proteção e serviços de atendimento estejam disponíveis para mulheres e meninas mais vulneráveis a práticas nocivas.

Mutilação genital feminina

Tratados

A lista de tratados de direitos humanos e outros acordos que tratam dos males da MGF é longa. O mesmo acontece com a lista de diretrizes para atores estatais e não estatais, para pôr fim à prática.

De acordo com os órgãos de tratados de direitos humanos, a MGF é uma prática *baseada* em gênero que tem como alvo mulheres e meninas de maneiras que diminuem diretamente sua capacidade de usufruir de seus direitos humanos em pé de igualdade com os homens, violando os direitos à não discriminação e à igualdade.

Além disso, a prática reflete crenças discriminatórias e estereotipadas sobre a sexualidade feminina – de que mulheres e meninas devem ser protegidas e ser colocadas sob o controle dos homens. O Relator Especial das Nações Unidas sobre a violência contra as mulheres, suas causas e consequências, descreveu a prática como o "resultado das estruturas de poder patriarcal que legitimam a necessidade de controlar a vida das mulheres, decorrente da percepção estereotipada das mulheres como as principais guardiãs da moralidade sexual, mas com impulsos sexuais descontrolados".

A MGF pode implicar o corte do clitóris e dos lábios da menina, suturando o que resta para que apenas uma pequena abertura seja deixada para a urina e o sangue menstrual escaparem. Como essa prática envolve alterações corporais cirúrgicas, a *saúde* de uma garota é a principal preocupação. Entre as complicações que podem surgir, constam hemorragia, infecção, sepse e morte. Depressão e perda do prazer sexual, e, às vezes, da função, a longo prazo são comuns. Outras consequências de longo prazo incluem infertilidade, dor, cicatrizes, problemas urinários e maus resultados obstétricos e neonatais (Nour, 2008). Os tratados que citam explicitamente os direitos à saúde são o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; a Convenção da Mulher e a Convenção dos Direitos da Criança.

Circuncisão masculina

Em 1997, o UNFPA, o UNICEF e a Organização Mundial da Saúde emitiram em conjunto uma definição de mutilação genital feminina como sendo "todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outra lesão nos órgãos genitais femininos, seja por razões culturais ou outras não terapêuticas"(OMS, 1997).

Os elementos dessa definição de MGF também se aplicam à circuncisão masculina? O Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos considera que os dois são falsos equivalentes, pois "efeito, intenção, propósito e consequências associadas à MGF são muito mais prejudiciais" e "a mutilação genital feminina é frequentemente usada para controlar principalmente os desejos sexuais de mulheres e meninas, ao passo que a circuncisão masculina não tem essa intenção ou resultado" (UN HRC, 2015).

Como alguns dos danos físicos e as consequências para a saúde da MGF decorrem do fato de serem realizados em condições insalubres, os pais às vezes recorrem a médicos, enfermeiras ou parteiras, acreditando que, se o procedimento for "medicalizado" ou realizado por um serviço de saúde profissional em um ambiente estéril, será menos prejudicial. Porém, os órgãos de tratados das Nações Unidas, bem como grupos como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e numerosas associações médicas nacionais, rejeitaram inequivocamente a medicalização, porque nunca existe uma razão médica para a MGF e porque concordar com isso tornaria os profissionais de saúde cúmplices de violações de direitos humanos (UN HRC, 2015; Cook *et al.,* 2002). Além disso, não há evidências de que a MGF medicalizada acarrete menor risco à saúde.

O que os governos são obrigados a fazer a respeito

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, endossado por 179 governos em 1994, demanda aos governos que "tomem urgentemente medidas para interromper a prática de mutilação genital feminina e proteger mulheres e meninas de todas essas práticas desnecessárias e perigosas semelhantes". O Programa também insiste que governos e comunidades apoiem:

- Programas comunitários de extensão que envolvam líderes de aldeias e religiosos, educação e aconselhamento sobre o impacto da MGF em meninas e na saúde da mulher
- Tratamento e reabilitação adequados para meninas e mulheres que sofreram a mutilação
- Aconselhamento para mulheres e homens, para desencorajar a prática

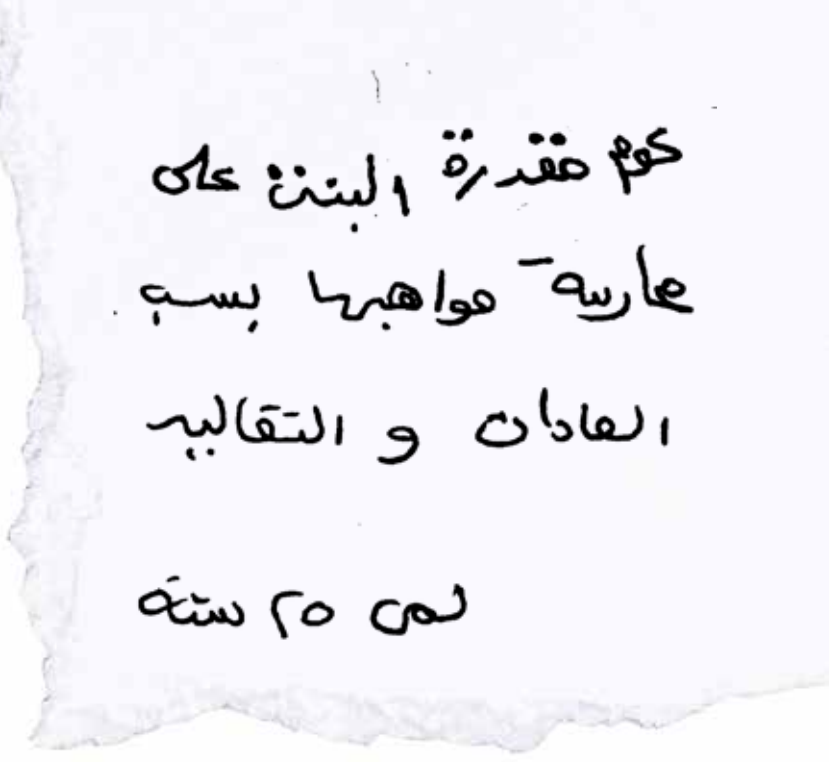
Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

Casamento infantil

Tratados

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos declarou que "homens e mulheres maiores de idade... têm o direito de se casar e fundar uma família" e que "o casamento será celebrado apenas com o consentimento livre e pleno dos cônjuges pretendentes". Dezoito anos depois, esse texto foi de certa forma replicado no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. O direito de se casar livre de coerção e força também está consagrado na Convenção das Mulheres.

O casamento infantil é, ainda, uma violação dos direitos contra os estereótipos de gênero, dos direitos à vida e à segurança da pessoa, à proteção contra a violência, à saúde e à educação.



As meninas são incapazes de realizar seu potencial devido às normas e tradições.

Lama, 25 anos de idade, Jordânia

O direito de se casar: consentimento livre e pleno

Qualquer casamento celebrado sem o consentimento livre e pleno é forçado e é sempre uma violação dos direitos humanos. Somente indivíduos que atingiram a "idade da maioridade" definida na lei nacional são considerados pessoas com capacidade para consentir em se casar, e alguns países consideram o casamento nulo e sem efeito se for realizado abaixo dessa idade. Segundo acordos internacionais e em muitos países, o casamento infantil é considerado *forçado* na medida em que uma criança com menos de 18 anos é considerada incapaz de consentir no casamento – em parte, devido às "responsabilidades importantes" assumidas no casamento –, e de garantir a obtenção de "plena maturidade e capacidade de agir". O artigo 16 da Convenção das Mulheres estabelece que o noivado e o casamento de uma criança "não terão efeito legal", e exorta os governos a tomarem "todas as medidas necessárias, inclusive legislação" para especificar uma idade mínima para o casamento e exigir que todos os casamentos legais sejam oficialmente registrados em departamentos do governo.

A maioria das nações, em consonância com a Convenção dos Direitos da Criança, estabelece a idade mínima de consentimento para o casamento aos 18 anos, embora em alguns contextos a idade mínima seja abaixo disso – aos 16 –, ou acima – aos 21 –, às vezes dependendo do sexo da pessoa (Pew Research Center, 2016).

Apesar disso, em mais da metade das nações do mundo, o consentimento dos pais pode substituir qualquer limite mínimo relacionado à idade (Arthur *et al.,* 2018). No entanto, o consenso internacional sobre direitos humanos, articulado por quase 60 anos de documentos de tratados e

convenções das Nações Unidas, relatórios de agências e acordos internacionais de consenso político, é que o casamento antes dos 18 anos de idade é prejudicial e discriminatório – e, portanto, uma violação dos direitos humanos (HRC da ONU, 2014).

Em algumas circunstâncias, o Comitê dos Direitos da Criança reconhece uma exceção no que diz respeito às uniões de consentimento mais próximas da idade, observando que a capacidade de uma criança de exercer autonomia na tomada de decisões pessoais evolui com o tempo e obriga os Estados e os pais a conceder à decisão dessa criança o devido respeito. Pode ser que uma adolescente de 16 anos ou mais tenha desejo e maturidade para consentir no casamento, mas essa determinação deve ser feita para cada caso, por uma autoridade competente.

Discriminação e estereotipagem

Os estereótipos de gênero e a discriminação sexual são as principais razões pelas quais meninas, e não meninos, representam a maioria dos casamentos infantis. Noções patriarcais antigas sobre o valor de uma menina estar ligado à sua virgindade, à capacidade de reprodução e à capacidade de contribuir com trabalho doméstico para a família, significam que o casamento é uma maneira de os homens controlarem mulheres e meninas (OMS, 2018; Girls Not Brides, 2016). Pesquisas mostram que as meninas casadas precocemente provavelmente perpetuam os papéis tradicionais de gênero, mantêm noções estereotipadas e transmitem essas normas para seus próprios filhos (Asadullah e Wahhaj, 2019).

O medo da violência sexual e o estigma associado a ela, porque "arruína" a virgindade de uma menina, é um fator motivador para o casamento infantil. Acredita-se que uma menina estará de alguma forma a salvo de estupro se for casada. Essa crença também ajuda a promover outras práticas nocivas,

© Girls Not Brides/Graham Crouch

Juntas, elas "se engajaram em um verdadeiro tipo de coalizão entre classes, raças e países diversos com o objetivo de ACABAR COM o casamento infantil."

5 A proibição do casamento infantil é uma vitória —

e um ponto de partida

Uma lei de 2017 que proíbe o casamento infantil em Trinidad e Tobago foi uma vitória dura, pois ficou décadas em elaboração, segundo Angeli Gajadhar, ativista da Organização das Mulheres Hindus, que liderou os esforços para acabar com a prática.

Antes da entrada em vigor da lei, meninas de apenas 12 anos já podiam se casar. "Os homens gostavam de dizer: 'Depois das 12 é almoço'. Durante muito tempo, 12 anos significava que você era adulta", diz Gajadhar.

Os esforços para acabar com o casamento infantil no país começaram há quase 30 anos, mas não ganharam força até cerca de quatro anos atrás, quando várias organizações de base uniram forças e defenderam com êxito a proibição. Juntas, elas "se engajaram em um verdadeiro tipo de coalizão entre classes, raças e países diversos com o objetivo de acabar com o casamento infantil", diz a Dra. Gabrielle Hosein, diretora do Instituto de Estudos de Gênero e Desenvolvimento da Universidade das Índias Ocidentais.

Embora a lei já esteja em vigor, o trabalho está longe de terminar, afirmam os defensores da causa.

Mesmo antes de o casamento infantil ser banido, a maioria dessas uniões não era registrada: uma estimativa do governo mostrou que menos de 1% dos casamentos formais incluía uma pessoa de 16 anos ou menos. No entanto, as relações informais – geralmente sexualmente exploradoras – entre meninas e homens mais velhos continuam sendo uma preocupação generalizada.

"Isso nos coloca em uma posição muito perigosa, porque não transformamos as normas que deixaram os casamentos infantis acontecerem em primeiro lugar", diz Hosein. "Embora tenhamos abolido o casamento infantil, não abolimos a masculinidade predatória."

"Os homens mais velhos miram nas meninas", acrescenta Gajadhar. "Eles ainda mantêm relacionamentos não formalizados, relações coabitacionais, relações de visita."

A legislação é um primeiro passo importante, explica o Dr. Peter Douglas Weller, psicólogo clínico e cofundador da Rede de Ação Masculina do Caribe, CariMAN, que trabalha com homens e meninos para promover a igualdade de gênero. "Agora precisamos implementar a lei", diz Weller, "e mudar a mentalidade dos indivíduos que poderiam se envolver nessa prática."

"Falamos sobre os homens como tendo poder e privilégio, e precisamos aproveitar essa posição se quisermos promover mudanças", diz Weller. "Precisamos que os homens resistam e se afastem do comportamento de seus pares – idealmente, sem que eles sejam despejados do grupo, já que é preciso que eles permaneçam no grupo, porque queremos que eles continuem sendo uma influência positiva."

Mas as barreiras permanecem altas. Kevin Liverpool, um ativista do CariMAN, diz que percebe uma reação contrária entre os homens que veem o ativismo feminino como uma ameaça. "É importante aumentar a conscientização entre esses grupos, entre esses indivíduos, sobre o que é o feminismo, porque a igualdade de gênero é importante para as mulheres, mas também para os homens e para toda a sociedade", afirma.

Hosein concorda que uma mudança duradoura será ilusória "até que homens e meninos, em suas próprias conversas e em suas próprias vidas, estejam preparados para reconhecer que o patriarcado e as relações de gênero patriarcais ainda existem, e que, embora possam beneficiar

"Embora tenhamos abolido o CASAMENTO INFANTIL, não abolimos a masculinidade predatória."

os homens, elas também os prejudicam, assim como prejudicam as mulheres."

De fato, o casamento infantil tem cobrado um preço intergeracional tanto dos homens quanto das mulheres. "Há muitas cicatrizes, muitos traumas vivenciados anteriormente e agora, e que têm sido transmitidos por gerações", diz Weller. "Nós não entendemos necessariamente o trauma emocional causado quando se é um menino criado em uma casa onde a mãe, de quem ele gosta, é abusada pelo pai, de quem ele também gosta – e a dissonância cognitiva que surge disso."

Os homens precisam "ouvir as experiências das mulheres, falar com as mulheres e não por elas", disse Marcus Kisson, que trabalha para acabar com o abuso sexual infantil em Trinidad e Tobago. "Caso contrário, será apenas uma mudança legislativa, e não cultural."

Gajadhar ressalta a importância de disponibilizar aos jovens serviços abrangentes de educação em sexualidade e saúde reprodutiva. A educação sexual abrangente não apenas capacita os jovens a prevenir infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada, mas também comunica mensagens importantes sobre direitos humanos, consentimento e manutenção de relacionamentos respeitosos.

Até que mulheres e meninas tenham o poder de gerir sua própria saúde reprodutiva e tomar suas próprias decisões, elas estarão vulneráveis, segundo Hosein: "A sexualidade de mulheres e meninas é a última fronteira para [obterem] sua emancipação, seus direitos e a possibilidade de conseguirem viver livres da predação masculina e da violência".

como o achatamento dos seios [*breast ironing*], que desfiguram uma garota para torná-la menos desejável a possíveis agressores (Obaji, 2020).

Tão primordial é a virgindade feminina no casamento que, em muitos países, mulheres e meninas são submetidas a testes de virgindade – um exame vaginal invasivo para procurar o hímen – cuja prática foi reconhecida como uma violação dos direitos humanos (OMS, 2018).

O casamento infantil está associado à perda de direitos de uma menina de tomar decisões sobre sua própria vida. Mesmo nos casos em que a lei determina que uma menina casada deva ser tratada como adulta, ela deve, muitas vezes, solicitar a permissão do marido para ir à escola, trabalhar fora de casa ou usar métodos contraceptivos – o que viola seus direitos a não discriminação e igualdade, educação, trabalho, planejamento familiar e saúde.

Direitos inter-relacionados à vida, à saúde e à educação

O casamento infantil viola o direito de uma menina ao mais alto padrão de saúde possível, como descrito no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos e Sociais, na Convenção das Mulheres e na Convenção dos Direitos da Criança. Por exemplo, o casamento infantil está associado a gravidez e parto precoces, pouco espaçados e repetidos, sendo as mortes relacionadas à gravidez a principal causa de mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos (OMS, 2019).

O Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres e o Comitê Contra a Tortura atribuem danos físicos, mentais ou sexuais ao casamento precoce e infantil. Esses órgãos das Nações Unidas documentaram consequências

DESNUTRIÇÃO DE MENINAS

A má nutrição prejudica a capacidade das crianças de crescer e se desenvolver em todo o seu potencial. Em âmbito mundial, uma em cada três crianças com menos de cinco anos está desnutrida ou com sobrepeso, e uma em cada duas sofre de "fome oculta", como deficiências em vitaminas e outros nutrientes essenciais (UNICEF, 2019).

Mulheres e meninas enfrentam inúmeros desafios relacionados às suas necessidades nutricionais ao longo da vida. Na infância, os efeitos da desnutrição podem ser particularmente prejudiciais. O atraso no desenvolvimento, tanto na estatura quanto no peso abaixo da média, pode levar a crescimento prejudicado, infecção e morte; desafios relacionados à cognição, aptidão e ao desempenho escolar; e baixo potencial de obter boa remuneração mais tarde na vida. As deficiências de micronutrientes podem levar a um crescimento e desenvolvimento físico deficientes, imunidade deficiente, problemas de saúde e risco de morte. A obesidade traz seu próprio conjunto de desafios, incluindo diabetes e outros distúrbios metabólicos, assim como doenças cardiovasculares (UNICEF, 2019).

Nas áreas em que a preferência por filhos é mais prevalente, as meninas eventualmente recebem menos comida ou alimentos menos nutritivos do que seus irmãos (Ramalingaswami *et al.*, 1997; Chen *et al.*, 1981). Os dados sugerem, por exemplo, que em alguns lugares onde os filhos são mais favorecidos do que as filhas, as meninas são amamentadas por períodos mais curtos do que os meninos. Isso é motivado, em grande parte, pelo desejo dos pais de desmamarem as meninas mais cedo, para que as mulheres possam retomar seu ciclo menstrual mais cedo, com a intenção de engravidar novamente, preferencialmente de um menino (Jayachandran e Kuziemko, 2011).

ALIMENTAÇÃO FORÇADA

Ao mesmo tempo em que certas crenças e práticas em algumas partes do mundo significam que as meninas vão dormir com fome, em outros lugares, as meninas estão sujeitas ao problema oposto: a alimentação forçada. Às vezes conhecida como *gavage* ou *leblouh*, a prática de alimentar meninas forçadamente está ligada à crença cultural de que mulheres com sobrepeso ou obesas são mais desejáveis para o casamento. Na verdade, uma vez que a prática se destina, em parte, a ajudar as meninas a parecerem mais velhas e prontas para o casamento, está intimamente ligada à prática do casamento infantil (Smith, 2009).

Relatos informais indicam que meninas e mulheres jovens que são submetidas a alimentação forçada são obrigadas a consumir grandes quantidades de alimentos ricos em calorias. As meninas por vezes são ordenadas a seguir essa prática em casa, por mães ou avós, ou enviadas para "campos" de alimentação forçada, onde grupos de meninas são supervisionadas por uma mulher mais velha por semanas ou meses e forçadas ao consumo diário de alimentos sob a ameaça de violência.

Embora a documentação da prática seja escassa, acredita-se que tenha se originado em algumas comunidades nômades da África Ocidental, onde a obesidade nas mulheres era vista como um sinal de beleza e prosperidade, já que as esposas de homens ricos normalmente não se envolviam em trabalho físico (Ouldzeidoune *et al.*, 2013).

Tabus sobre comida

Restrições, proibições e tabus alimentares são praticados em todo o mundo. Costumam destinar-se a proteger o bem-estar dos indivíduos, podendo ser percebidos como auxiliares na coesão social, criando um senso de identidade e pertencimento coletivos (Meyer-Rochow, 2009).

Em alguns lugares, tabus sobre quais alimentos são seguros ou perigosos durante a gravidez e após o parto podem prejudicar uma mulher e seu bebê (Piperata, 2008).

Esses tabus impostos a mulheres grávidas e lactantes têm sido associados a baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes em crianças e aumento do risco de morte materna e neonatal (Siega-Riz *et al.*, 2009). Alguns tabus são movidos por desigualdades sociais nas comunidades, com homens ou outros grupos socialmente poderosos declarando a carne ou outros alimentos altamente valorizados fora do alcance de outros (Meyer-Rochow, 2009).

Assim como outras práticas nocivas, as práticas nocivas relacionadas à alimentação são aspectos da discriminação baseada em gênero decorrentes de estereótipos, e os governos têm o dever de "modificar [esses] padrões sociais e culturais de conduta", de acordo com o Artigo 5º(a) da Convenção das Mulheres.

do casamento infantil que incluem automutilação por imolação ou suicídio; violência doméstica, inclusive violência física e psicológica; e ataques com ácido e assassinatos (UN CRC, 2012, 2009; UN CAT, 2011; UN CEDAW, 2011, 2011a).

O casamento infantil também contribui para maiores taxas de abandono escolar. A educação é fundamental para o usufruto de muitos direitos e está especialmente associada a melhores resultados de saúde e desenvolvimento (IPPF, 2006).

O que os governos são obrigados a fazer a respeito

Como o casamento infantil decorre de estereótipos e discriminações baseadas em gênero, os Estados têm o dever de "modificar [esses] padrões sociais e culturais de conduta", de acordo com o artigo 5º(a) da Convenção das Mulheres.

As leis que estabelecem 18 anos como sendo a idade mínima para o casamento são importantes, mas não são, por si só, suficientes para impedir o casamento infantil. A aplicação da lei pode ser um desafio por questões que incluem exceções, quando a aprovação dos pais é concedida, ou quando as leis consuetudinárias e religiosas não estão diretamente alinhadas com as leis nacionais. Os governos podem, portanto, ser mais bem servidos ao abordar os fatores sociais, culturais e econômicos subjacentes ao casamento infantil, estabelecendo sistemas de registro de nascimento precisos e acessíveis, para que as idades possam ser verificadas e os casamentos ilegais, anulados (Girls Not Brides, s.d.).

Preferência por filhos homens

Embora existam muitas manifestações de preferência por filhos, uma expressão explícita disso é a seleção de sexo com viés de gênero – inclusive com a eliminação de fetos identificados como sendo femininos. De modo geral, a seleção de sexo com viés de gênero é motivada por estereótipos negativos de gênero. A prática surgiu em países com estruturas familiares fortemente patrilineares, onde os casais residem com ou perto da família do marido, combinados com uma forte e persistente preferência pelo filho e a subvalorização de meninas. Antigamente, mulheres e casais evitavam o uso de contraceptivos e continuavam a ter filhos até o nascimento de um filho (Bongaarts, 2013). Agora, a disponibilidade do exame de detecção de sexo (que torna isso possível), com o declínio da fertilidade e um tamanho menor da família (fazendo com que seja desejável selecionar o sexo para se ter um filho), reforçam a prática de seleção de sexo por gênero.

Quando os filhos têm preferência em relação às filhas, é porque os homens e seus pressupostos papéis de gênero são mais valorizados nas famílias, comunidades e sociedades do que as mulheres (Browne, 2017). Há fatores estruturais de longa data por trás da preferência pelo filho. A pobreza é frequentemente citada como a razão: em virtude de os homens, de acordo com o estereótipo, serem tidos como "provedores" e "protetores" da família – obtendo renda e defendendo interesses familiares, comunitários e nacionais – seu bem-estar é visto como privilegiado (Das Gupta *et al.,* 2003). Por outro lado, as mulheres são vistas como "cuidadoras" e encarregadas de cuidar do lar, criar os filhos e cuidar de idosos – tarefas que requerem pouca educação formal e são – quando são – mal remuneradas. As meninas, especialmente no sul da Ásia, devem, portanto, ser "casadas", exigindo um dote caro. Como resultado, as famílias não desejam ser sobrecarregadas com meninas e, então, se envolvem em uma série de práticas para garantir que tenham pelo menos um filho (Mitra, 2014).

A pobreza, no entanto, não conta a história toda. A preferência pelo filho pode ser encontrada nos outros níveis socioeconômicos, em países onde o patriarcado nas famílias persiste (Miller, 2001). A persistência da preferência por filhos homens reflete e fortalece os próprios estereótipos deletérios para mulheres e meninas, e, portanto, os governos têm a obrigação de resolvê-los.

Tratados

As interpretações dos tratados de direitos humanos identificam a "seleção de sexo com viés de gênero" em favor dos meninos como sendo uma prática nociva.

Mural por Maia Bobo em parceria com TackleAfrica, Burkina Faso

O direito internacional dos direitos humanos, em grande medida, reconhece a prerrogativa das nações de legislar sobre o aborto (UN HRC, 2018). No entanto, uma infinidade de direitos humanos reconhecidos juntos classifica a preferência por filhos manifestada na seleção de sexo com viés de gênero como uma violação dos direitos humanos.

Direitos relacionados à igualdade e não discriminação:

- Convenção das Mulheres, Artigos 2º e 3º
- Convenção dos Direitos da Criança, Artigo 2º

Direitos contra os estereótipos de gênero:

- Convenção das Mulheres, Artigo 5º(a)

O direito de estar seguro em sua própria pessoa:

- Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, Artigo 9º

O direito de ser protegido da violência:

- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, Recomendações Gerais 19 e 35

Práticas tradicionais de parto

Embora muitas práticas tradicionais se concentrem em cuidado, nutrição e apoio às mulheres no período pós-parto (Dennis et al., 2007), também existem antigas práticas tradicionais de parto que ameaçam a saúde e o bem-estar de mães e bebês.

Algumas mulheres na Turquia, por exemplo, acreditam que pular de um ponto alto acelerará o trabalho de parto (Ayaz e Efe, 2008). Entre alguns grupos no oeste da Etiópia, acredita-se que o sangue de uma mulher é amaldiçoado; portanto, quando o trabalho de parto de uma mulher grávida começa, ela é mandada fora de casa para o mato, para dar à luz sozinha.

Algumas práticas tradicionais determinam que, quando o trabalho de parto é prolongado ou obstruído, uma força violenta – como sentar-se no abdômen da mulher grávida – deve ser aplicada para forçar o bebê a sair (Wall, 2012). Em partes da Nigéria e do Níger, o "yankan gishiri", ou corte de sal, é praticado em casos de trabalho de parto obstruído. Nesta prática, uma parteira tradicional usa uma lâmina de barbear para cortar a parede vaginal, o que, como demonstrado, leva a outras complicações, inclusive a fístula obstétrica (Yola, 2011).

Em outros lugares, pensa-se que as complicações do trabalho de parto decorrem do comportamento transgressor da mulher grávida, levando a atrasos na busca de assistência médica. Estudos na África Ocidental e Oriental indicam que as mulheres que sofrem trabalho de parto prolongado são pressionadas a confessar a infidelidade e só então poderá ser procurada assistência médica (Wall, 2012).

Práticas nocivas e menstruação

A menstruação é um fato biológico da vida para quase todas as mulheres e meninas adolescentes; no entanto, milhões delas enfrentam tabus e atitudes relacionadas à menstruação que podem ter um efeito muito negativo sobre seu bem-estar. Algumas comunidades, por exemplo, consideram a menstruação uma fonte de poluição e impureza (Garg e Anand, 2015), afetando negativamente a saúde emocional, mental e física das mulheres (Hennegan e Montgomery, 2016). E muitas sociedades consideram o início da menstruação como sendo o início da feminilidade, marcando a qualificação de uma menina para o casamento e a gravidez. Como resultado, a menstruação pode ser um fator subjacente decisivo ou determinante do casamento infantil (UNFPA, 2019).

Tabus relacionados à menstruação geralmente impõem controle patriarcal sobre o corpo das mulheres, levando à discriminação e até afetando a capacidade das mulheres de acessar educação, assistência médica e trabalho decente (Winkler e Roaf, 2014; Koutroulis, 2001; Grosz, 1994; Young e Bacdayan, 1965).

Um desses tabus é o banimento menstrual, ou *chhaupadi*, uma prática no Nepal onde mulheres e meninas menstruadas são obrigadas a viver em galpões ou cabanas ao ar livre (Adhikari, 2020; Robinson, 2015; Upreti, 2005). Isso aumenta a probabilidade de diarreia e desidratação, hipotermia e infecções do trato urinário (Kadariya e Aro, 2015; Ranabhat *et al.*, 2015; Robinson, 2015; Crawford *et al.*, 2014; Nações Unidas Nepal, 2011; Padhye *et al.*, 2003). Aquelas que adoecem devem esperar até que a menstruação termine antes de procurar assistência médica (Dahal *et al.*, 2017; Dahal, 2008). Mulheres e meninas banidas durante a menstruação relataram sentimentos de abandono, insegurança, culpa e humilhação, por serem "impuras" e "intocáveis" (Thomson *et al.*, 2019; Amatya *et al.*, 2018; Nações Unidas Nepal, 2011). O banimento menstrual também aumenta a vulnerabilidade das mulheres à violência sexual (Thomson *et al.*, 2019). Enquanto o *chhaupadi* é mais comum no meio-oeste do Nepal, 89% das meninas no país relatam sofrer alguma forma de exclusão ou restrição durante a menstruação (WaterAid, 2009).

DAVID TALUKDAR/AFP via Getty Images

Outras crenças ditam quais alimentos mulheres e meninas podem comer enquanto menstruam, ou quando – ou se – podem tomar banho. Se elas violarem uma dessas interdições, poderão incorrer em medo, culpa, recriminações e punições. Por outro lado, jovens e mulheres que não menstruam enfrentam o estigma de não estarem em conformidade com as noções convencionais da condição feminina (UNFPA, 2019).

Os estigmas relacionados à menstruação reforçam a noção de que a feminilidade é uma doença e que as mulheres são inferiores aos homens. Tais estigmas podem ser usados para justificar que meninas e mulheres sejam proibidas de ir à escola, cozinhar ou participar de cerimônias religiosas.

De acordo com a Convenção das Mulheres, as práticas relacionadas à menstruação podem constituir discriminação se elas tiverem o "efeito ou objetivo de prejudicar ou anular o reconhecimento, usufruto ou exercício por parte das mulheres... de direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou em qualquer outra área". Por exemplo, a falta de acesso a água potável, saneamento e produtos de higiene para cuidar adequadamente da menstruação pode constituir uma violação dos direitos humanos (UNFPA, 2019; Boosey e Wilson, 2014).

O direito de desfrutar da saúde:

- Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos e Culturais, Artigo 12
- Convenção de Mulheres, Artigo 12

Estereótipos de gênero, igualdade e não discriminação

A decisão de levar a termo fetos masculinos, mas não femininos, é um reflexo de visões discriminatórias de gênero de que mulheres e meninas valem menos do que homens e meninos. A rejeição dos fetos femininos porque não se deseja uma filha (mas um filho, sim) transmite a mensagem de inferioridade de meninas e mulheres, ofendendo, assim, os direitos humanos com sua consequente desvalorização. Como tal, a prática da seleção de sexo com viés de gênero tanto é uma causa quanto uma consequência da "persistência de estereótipos arraigados nos papéis e nas responsabilidades das mulheres" e viola o direito humano de ser tratado igualmente, sem considerar o gênero (ONU CEDAW, 2014). Em última análise, uma das muitas manifestações de preferência por filhos é a proporção de sexo no nascimento, que se inclina para o masculino por causa da seleção de sexo baseada em gênero (Pande e Malhotra, 2006).

O Comitê de Direitos Humanos, que monitora o cumprimento do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, lembrou aos Estados Partes que a seleção de sexo por gênero é um reflexo da subordinação das mulheres e que eles têm, portanto, a obrigação de tratar as causas originais (ONU HRC, 2000).

Violência e saúde

Nas sociedades em que há muito mais homens do que mulheres em idade de casar, as mulheres são mais vulneráveis à violência sexual e de gênero (Diamond-Smith e Rudolph, 2018). O tráfico de mulheres para trabalho doméstico e sexual, além de casamento, também é um problema documentado (OMS, 2011). E, embora todas as mulheres grávidas

corram risco mais alto de violência por parceiro íntimo e familiar do que as mulheres não grávidas, aquelas que não dão à luz filhos homens correm maior risco (Muchomba, 2019). Mulheres que são incapazes de ter filhos, no geral, ou que são consideradas culpadas pela infertilidade de um casal também correm um risco maior de violência doméstica e familiar (Stellar *et al.,* 2016).

A violência leva a lesões físicas e sofrimento mental; portanto, traz consequências óbvias para a saúde. A saúde das mulheres fica ainda mais comprometida pela preferência por filhos homens, pois elas podem "passar por gestações repetidas até dar à luz filhos. Nesse processo, a saúde das mulheres se deteriora, pois muitas não têm acesso a dieta, nutrição e cuidados pré ou pós-natais adequados" (Mitra, 2014). Elas enfrentam fatores estressantes de saúde emocional e mental em torno de suas gestações, tendo internalizado a noção de que sua autoestima e seu valor social se baseiam não apenas em dar à luz, mas especificamente em dar à luz um filho (Mitra, 2014). As razões subjacentes podem ter a ver com papéis estereotipados de gênero que homens e mulheres devem assumir, repletos de benefícios e encargos financeiros, como o dote. Agressões ao senso de autoestima de um indivíduo podem acarretar problemas de saúde mental e física (Krieger, 2000).

O que os governos são obrigados a fazer a respeito

Assim como o casamento infantil e a MGF, o reconhecimento da seleção de sexo por gênero como uma forma de discriminação baseada em gênero exige que os Estados "modifiquem [esses] padrões de conduta social e cultural" de acordo com o Artigo 5º(a) da Convenção das Mulheres. Em

"Mesmo depois de dar à luz, eu não voltei para minha casa por sete dias, até ficar limpa de sangue."

© UNFPA/Abraham Gelaw

QUEBRANDO a maldição

Acabar com o parto sem assistência em regiões selvagens

Na comunidade de Gumuz, na Etiópia, há muito tempo o sangue das mulheres é considerado amaldiçoado e, durante a menstruação e o parto, algumas mulheres são obrigadas a deixar suas casas.

Abebech Kabla teve que dar à luz sozinha na floresta – três vezes. E, em cada vez, ela pensou que poderia morrer. Na primeira, ela tinha apenas 13 anos, um ano após o casamento.

"Mesmo depois de dar à luz, eu não voltei para minha casa por sete dias, até ficar limpa de sangue", descreve.

Porém, quando ela estava grávida do quarto filho, as práticas na comunidade começaram a mudar.

Uma organização chamada Associação para o Desenvolvimento das Mulheres 'Mujejeguwa Loka' (que significa "luz do amanhecer" na língua Gumuz)

estava trabalhando para mudar atitudes sobre os direitos das mulheres e meninas. Voluntários da organização – todos membros da comunidade – estavam aumentando a conscientização sobre práticas nocivas que estavam ferindo e matando as mulheres – não apenas o parto não assistido na mata, mas também o casamento infantil e a mutilação genital feminina.

Abebech insistiu em dar à luz dentro de casa, onde alguém poderia ajudar se surgissem complicações. "No começo, foi muito desafiador para os homens aceitarem isso, e a família estava apontando os dedos para mim, que eu seria responsabilizada se alguma maldição acontecesse na casa depois que eu desse à luz em casa."

Mas nada de ruim aconteceu durante ou após o parto, e Abebech sentiu-se livre de qualquer traço de culpa, diz ela.

A associação Mujejeguwa Loka já atua na área há mais de 20 anos. Boge Porre é uma das voluntárias da organização. Ela diz que desestimular o parto não assistido na mata tem sido uma tarefa colossal, com as mulheres enfrentando ameaças e intimidações a cada momento. Mesmo agora, a prática ainda ocorre, embora seja menos comum.

As mulheres forçadas a dar à luz sozinhas enfrentam sérios riscos, inclusive a morte. Essas mulheres geralmente ficam sem assistência pré-natal e pós-parto, mesmo que tenham sérias complicações. "Quando nos deparamos com casos de prolapso uterino e fístula, orientamos as mulheres que a Mujejeguwa Loka as ajudará a obter tratamento para sua condição", explica Boge.

Ela e seus colegas voluntários dizem ter visto um grande progresso ao longo dos anos. Eles acrescentaram violência sexual e de gênero à lista dos problemas que estão tentando erradicar da comunidade. E relatam casos de práticas nocivas à Mujejeguwa Loka, que, por sua vez, alerta as autoridades. Isso irritou alguns líderes e anciãos da comunidade, que preferem resolver os problemas por meios tradicionais. Apesar da oposição, Boge não se intimida.

"No começo, foi muito desafiador para os homens aceitarem isso, e a família estava apontando os dedos para mim, que **eu seria responsabilizada** se alguma maldição acontecesse na casa depois que eu desse à luz em casa."

1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 179 governos se comprometeram a "eliminar todas as formas de discriminação contra filhas mulheres e as causas principais da preferência por filhos homens, que resultam em práticas nocivas e antiéticas relativas a infanticídio feminino e seleção sexual pré-natal". Mais recentemente, os governos que endossaram o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 5, pela igualdade de gênero, concordaram em proibir práticas nocivas – inclusive a seleção de sexo com viés de gênero.

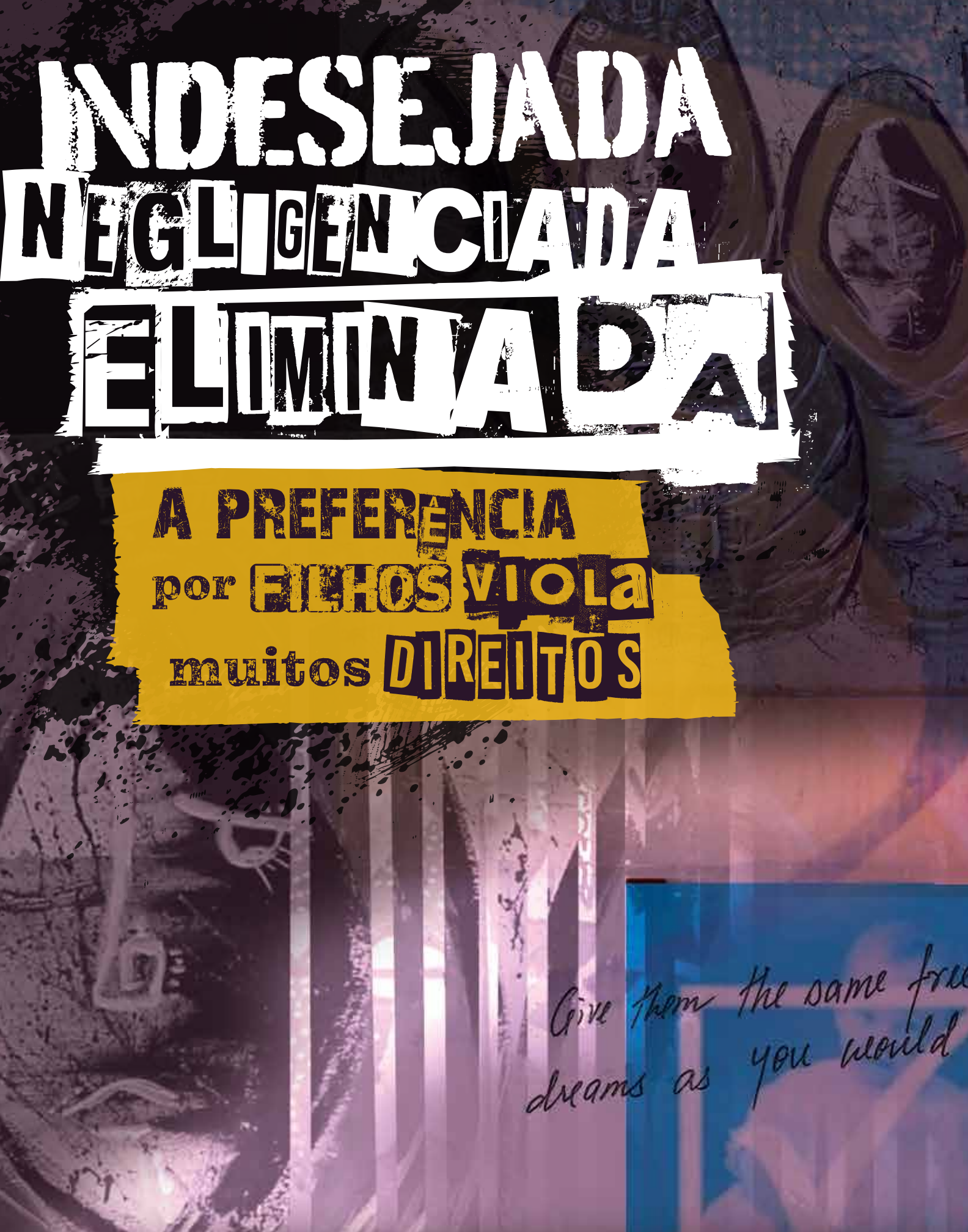
Direitos humanos e o fim de práticas nocivas

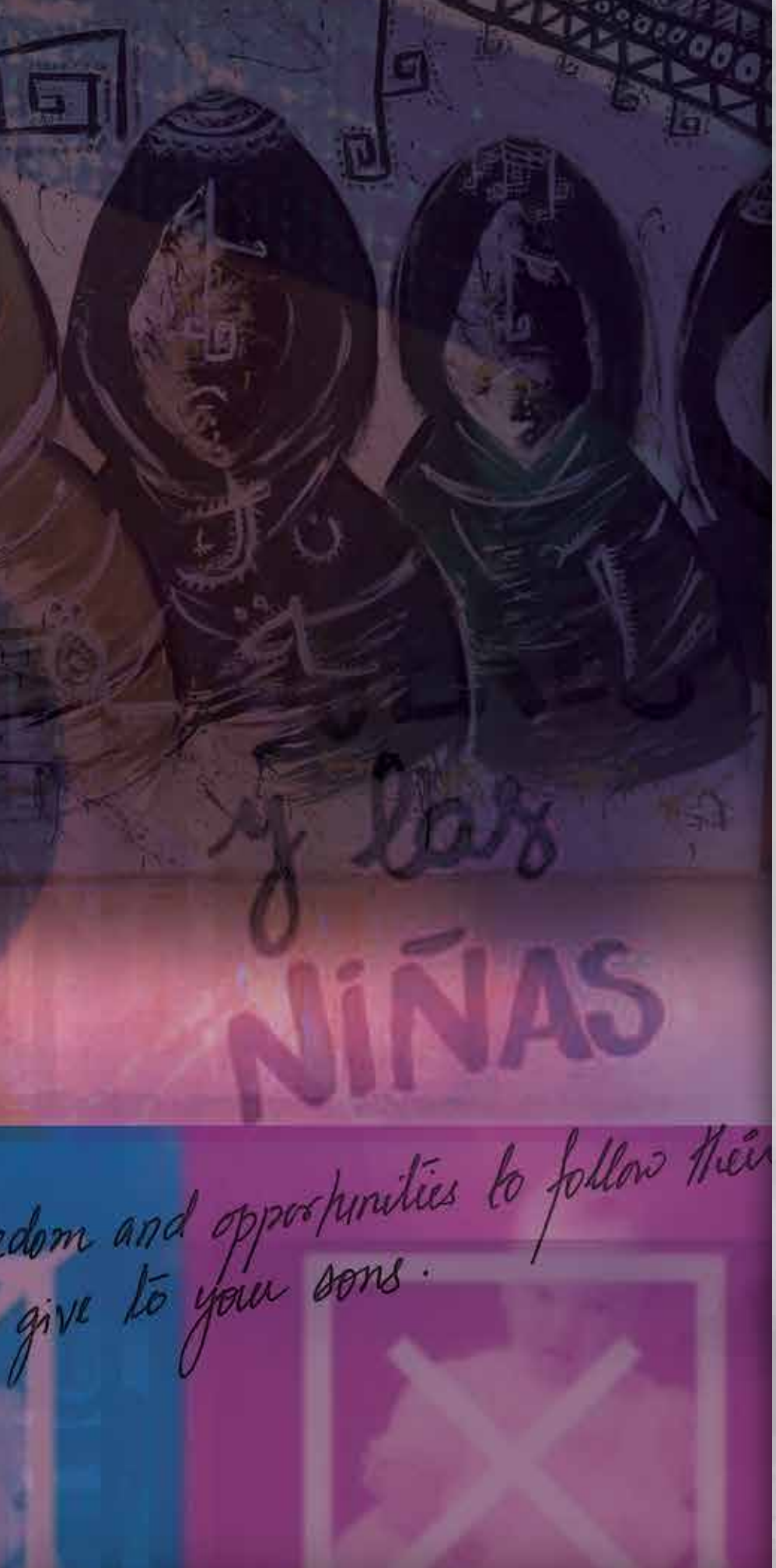
O sistema formal de promoção e proteção internacional dos direitos humanos estabelece orientações claras sobre práticas nocivas: elas devem ser interrompidas. Embora práticas como MGF, casamento infantil e seleção de sexo com viés de gênero constituam violações dos direitos humanos, elas persistem. Os Estados podem aprovar leis que ajudam a transformar as normas subjacentes às quais as práticas prejudiciais estão atreladas, mas ainda assim a genitália das meninas é mutilada e elas são forçadas a se casar. Elas são feitas para se sentirem inferiores aos meninos e serem subordinadas aos homens, de maneira a forçá-las a se adaptar aos ideais da sociedade sobre o que significa ser mulher.

Ao legislar contra práticas nocivas – especialmente aplicando-lhes severas sanções punitivas –, os Estados devem, no entanto, tomar cuidado para que as leis e políticas não prejudiquem as meninas e mulheres que elas devem proteger. Isso requer uma análise dos determinantes sociais de cada prática nociva a fim de ajudar a formular leis e políticas eficazes, e que não violem outros direitos. Caso contrário, os Estados correm o risco de não cumprimento, rejeição da comunidade e prática clandestina. Mesmo quando práticas nocivas são investigadas, processadas e punidas, isso tem pouco efeito no objetivo de remover crenças e costumes arraigados e antigos. Portanto, com a legislação e a política, são essenciais os esforços de educação pública e conscientização de governos e atores não governamentais (Das Gupta, 2019). Na verdade, eles podem ser mais cruciais do que as leis, em termos de cumprimento das obrigações de direitos humanos de um Estado.

INDESEJADA NEGLIGENCIADA ELIMINADA

A PREFERÊNCIA por FILHOS viola muitos DIREITOS





Quando os MENINOS são mais valorizados do que as meninas, **a pressão para ter um filho é intensa**

A preferência por filhos em vez de filhas pode ser tão acentuada em algumas sociedades que os casais não medem esforços para evitar o nascimento de uma menina ou deixam de cuidar da saúde e do bem-estar de uma filha que já têm em favor do filho.

A preferência pelo filho homem é tudo menos uma tradição benigna. Ao contrário, é um sintoma de uma arraigada desigualdade de gênero, o que prejudica sociedades inteiras.

Preferência por filhos e seleção de sexo

A preferência pelo filho é produto de sistemas com viés de gênero que atribuem e reforçam um status social mais alto a homens e meninos, e favorecem crianças do sexo masculino em detrimento de crianças do sexo feminino (Croll, 2000; Miller, 1981).

Em algumas partes do mundo, o nascimento de um menino é motivo de comemoração. O nascimento de uma menina, no entanto, pode ser motivo de decepção. Ela pode ser vista como um fardo, um prejuízo, impedimento para o futuro da família. Poderá ser esquecida, ignorada, mal alimentada. Poderá até morrer por negligência. Poderá tornar-se vítima de seleção de sexo pós-natal.

A preferência por meninos também pode ser expressa por meio da seleção de sexo com viés de gênero: a interrupção da gravidez quando se verifica que o feto é feminino; a determinação e seleção de sexo antes da implantação; ou a "seleção de esperma" para fertilização in vitro. Do ponto de vista dos direitos humanos, a seleção de sexo com viés de gênero é uma prática danosa, pois transforma a preferência por meninos em prevenção deliberada de nascimentos femininos. Indubitavelmente vinculada a normas e comportamentos discriminatórios, é uma consequência maligna da desigualdade de gênero.

A preferência por filhos e a seleção de sexo com viés de gênero estão vinculadas, mas não são sinônimas: é possível haver preferência por filhos sem a seleção de sexo com viés de gênero. Em alguns países de baixa renda da Ásia e da África subsaariana, por exemplo, a preferência por filhos é generalizada, mas a seleção de sexo pós-natal e aquela baseada em gênero são incomuns.

MÃE, REBELDE E MODELO

Uma mulher se mantém firme contra a preferência por filhos

"Minha barriga estava enorme, então eu sabia que estava carregando mais de uma criança. O que eu não sabia era que seriam todas meninas", diz Jasbeer Kaur, 58 anos, sorrindo para suas trigêmeas de 23 anos – Mandeep, Sandeep e Pardeep Kaur – enquanto se juntam na pequena cozinha, preparando o almoço.

"As pessoas aqui na minha aldeia costumam me dizer: coitada ... Você deveria ter tido pelo menos um filho em vez de três filhas. E eu lhes digo: poupem-me dessa besteira! Sou mulher e tenho orgulho de ter criado essas meninas, que agora são mulheres adultas", diz Kaur. "Então essas pessoas olham para minhas filhas e, quando veem quão ousadas elas são, dizem que são exatamente como a mãe!"

As três irmãs riem quando a mãe narra essa história. Ao longo dos anos, elas aprenderam a ver o lado mais leve das coisas, mesmo sabendo que sua própria existência é, de muitas maneiras, uma anomalia.

Apenas poucos meses depois do casamento, a jovem Kaur percebeu que o homem com quem seus pais a haviam casado não era alguém com quem ela queria passar o resto da vida. Seu marido era alcoólatra e quase nunca gentil. Mas as coisas estavam prestes a piorar.

"Eu estava grávida e, durante um dos exames de ultrassom, a médica me disse que eu estava tendo não um, mas três bebês... Três filhas. Agora está proibido, mas, naquela época, eles costumavam revelar o sexo da criança. A médica se ofereceu para realizar um aborto porque, como ela disse, seria difícil para mim criar três filhas. Ela até explicou que o procedimento seria simples, semelhante a um parto. Por alguns momentos, fiquei com medo, mas Deus me deu forças para recusar, e eu disse não", lembra Kaur. "Quando contei à minha mãe, ela disse: se eu posso criar filhas, você também pode."

Mas o marido e a família dele não apoiaram tanto.

"Nenhuma filha nasceu na família do meu marido nas últimas três gerações. Eles me disseram que não permitiriam que três filhas nascessem na casa ao mesmo tempo. Eles me deram um ultimato: faça um aborto, ou vá embora", diz Kaur.

Ela escolheu ir. E nunca olhou para trás.

Não foi fácil criar e educar três filhas, mas a coragem e a determinação estavam do lado dela.

> "Quando contei à minha mãe, ela disse: **SE EU POSSO CRIAR FILHAS, VOCÊ TAMBÉM PODE.**"

Ela trabalhou como auxiliar de enfermagem e parteira no Rajastão, na Índia, ganhando um salário precário que lhes garantia a sobrevivência.

As trigêmeas são motivo de orgulho para a mãe.

Hoje, Sandeep é uma maquiadora em Amritsar, com sonhos de chegar a Bollywood um dia. Pardeep, depois de se formar em hotelaria, está fazendo estágio em um hotel cinco estrelas. Mandeep está seguindo os passos de sua mãe, ela está prestes a se formar em enfermagem.

"Quando crianças, muitas vezes nos perguntávamos por que nosso pai nunca comparecia aos eventos escolares como outros pais", diz Sandeep, "ou por que muitas vezes víamos mamãe chorar em casa".

"Somente quando já éramos bem mais velhas foi que nossa tia e avó nos contaram a história sobre nosso nascimento", acrescenta Pardeep. "Foi quando tudo começou a fazer sentido."

"Temos muito orgulho de tudo o que mamãe passou", diz Mandeep. "Mas não é algo que possamos falar com nossos amigos, porque sabemos que a resposta imediata será de pena, algo que não queremos de ninguém."

No entanto, pena é a última coisa que vem à mente quando os vizinhos falam sobre a família Kaur. Em uma sociedade ainda extremamente obcecada por filhos homens, Kaur é um exemplo vivo que todas as mulheres locais citam com orgulho.

"Aqui, as pessoas ainda pensam que você precisa de um filho, porque, sem um filho, como você pode levar adiante o nome da família? Veja: como mãe, você não fez a sua parte até dar à luz um filho", explica Rajveer Kaur, mãe de duas filhas. "Mas acho que as filhas são mais

importantes, porque cuidam mais dos pais do que os filhos. E se Jasbeer Kaur pôde criar três filhas sozinha, por que não podemos criar filhas quando temos o apoio de nossas famílias?"

Uma preferência profundamente arraigada por filhos do sexo masculino continua, e algumas famílias ainda procuram abortar fetos femininos – mesmo que a seleção de sexo por gênero tenha sido proibida – ou negligenciam a nutrição e a saúde das filhas em favor dos filhos. Após o nascimento, as meninas apresentam taxas de mortalidade mais altas do que os meninos, um indício de que estão sendo discriminadas no tocante aos cuidados.

Entre 2001 e 2016, uma média de 450.000 meninas na Índia estavam "desaparecidas" ao nascer todos os anos. De acordo com uma análise baseada em números do censo indiano, a seleção de sexo por gênero representa cerca de um terço do total de meninas desaparecidas e a mortalidade feminina pós-neonatal, cerca de dois terços.

Uma mãe solteira criar filhas trigêmeas é uma raridade em qualquer lugar, especialmente no interior do Rajastão. As filhas de Kaur conhecem as dificuldades e os estigmas que sua mãe superou e estão determinadas a deixá-la orgulhosa. Elas querem deixar um legado que honre seu grande esforço.

"Hoje, as pessoas nos conhecem como as filhas de Jasbeer Kaur", diz Sandeep. "Queremos fazer algo de nossas vidas... Queremos que as pessoas digam: esta é Jasbeer Kaur; ela é a mãe da Sandeep, da Mandeep e da Pardeep."

Preferir ter um filho em vez de uma filha não é, por si só, uma violação dos direitos humanos. A preferência por filhos, no entanto, está vinculada a uma rede de relações sociais que refletem, produzem e reproduzem estereótipos de gênero. É a perpetuação de estereótipos, particularmente aqueles que marcam o masculino como superior ao feminino e levam à subordinação de mulheres a homens e de meninas a meninos – o que constitui violação dos direitos humanos.

Medição da preferência por filhos

Como a preferência por filhos é o produto de muitas formas de discriminação de gênero, medir seu escopo e gravidade – e formular políticas e intervenções para abordá-la – pode ser difícil.

Mas alguns *insights* são possíveis a partir da análise de pesquisas demográficas e domésticas. As visões dos pais sobre a composição ideal de gênero de suas famílias ideais ou seu desejo de nascimentos adicionais, por exemplo, podem revelar um desejo geral por filhos ou um desejo de aumentar a prole em famílias com apenas filhas (Fuse, 2010). As pesquisas eventualmente mostram que os pais preferem uma família com um filho e uma filha, mas o que eles realmente podem preferir é qualquer combinação, desde que tenham pelo menos um filho. Contudo, as respostas de uma pesquisa podem refletir apenas opiniões, não necessariamente o comportamento real.

Diferentemente da preferência por filhos em geral, sua manifestação na seleção de sexo baseada em gênero pode ser medida mais diretamente por meio dos dados de um país sobre a "proporção de sexo dos recém-nascidos" (Guilmoto, 2015). A proporção de sexo "natural" ou normal na maior parte do mundo fica entre 105 e 106 nascimentos de bebês do sexo masculino para cada 100 femininos (Chahnazarian, 1988). Qualquer desvio dessa proporção de sexo natural dos recém-nascidos, portanto, reflete algum

grau de seleção de sexo baseada em gênero (Chao *et al.,* 2019; Tafuro e Guilmoto, 2019).

Uma análise precisa das proporções sexuais depende de estatísticas completas e confiáveis de registro de nascimentos e de tamanhos de amostra suficientemente grandes (Shi e Kennedy, 2016; Goodkind, 2011). Para permitir comparações internacionais de proporção de sexo, especialmente em países com baixa taxa de nascimentos por ano, as Nações Unidas estimam as proporções de sexo dos países analisando períodos de cinco anos. Contudo, as estatísticas de nascimento coletadas nacionalmente – geralmente derivadas de censos – podem oferecer informações mais atuais sobre a proporção de homens e mulheres em determinada população (Tabela 3.1).

TABELA 3.1 Países e territórios selecionados que apresentam ou tiveram desvios de proporção de sexo

Recentes estimativas da proporção de sexo entre recém-nascidos †

		Projeções para 2017* (estimativas baseadas em modelo)	**Medições mais recentes **** (outras fontes)	
Região	**País ou Território**	Proporção de sexo entre recém-nascidos ***	Proporção de sexo entre recém-nascidos ***	Período e fonte
Ásia	China	114.3	111.9	2017[a]
	Hong Kong, RAE da China	107.8	106.6	2018[b]
	Taiwan, Província da China	107.6	107.0	2018[b]
	Índia	109.8	111.6	2015–2017[c]
	Nepal	107.3	110.6	2012–2016[d]
	República da Coreia	105.6	105.4	2018[b]
	Cingapura	106.5	106.1	2018[b]
	Vietnã	112.2	111.5	2018[e]
Sul do Cáucaso	Armênia	111.7	111.1	2018[b]
	Azerbaijão	113.4	114.6	2018[b]
	Geórgia	106.5	107.9	2018[b]
Sudeste da Europa	Albania	108.3	108.0	2018[b]
	Montenegro	107.2	106.7	2016–2018[b]
	Kosovo[f]	Estimativa não disponível	109.0	2018[b]
Norte da África	Tunísia	105.4	107.0	2017[b]

† Os países selecionados têm desequilíbrios na proporção de sexos no presente ou os tiveram nos últimos 30 anos, de acordo com estatísticas e evidências de campo. Os números foram calculados sobre as séries disponíveis de nascimentos anuais. As estimativas de proporções de sexos entre recém-nascidos podem ser afetadas por erros de medição devido à falta de registros de nascimentos que funcionem bem ou subnotificação seletiva, bem como flutuações anuais.

* Previsões bayesianas para 2017 baseadas em séries de 1950-2015 (Chao ***et al.,*** 2019).

** Baseado em dados não tratados de registro de nascimentos ou pesquisas.

***Proporção de sexo entre recém-nascidos expressa em nascimentos de meninos a cada 100 meninas.

a *National bureau of statistics*

b Registro de nascimentos

c Amostra do sistema de registro

d Amostra de pesquisa demográfica e de saúde

e Censo de 2019

f Dados para Kosovo são referenciados de acordo com a Resolução nº 1.244 do Conselho de Segurança das Nações Unidas (1999)

Uma análise da "proporção de sexo entre crianças" pode oferecer *insights* sobre a extensão da seleção de sexo com base no gênero e o alcance da seleção de sexo pós-natal – porque também captura alguns dos efeitos da negligência deliberada a meninas, resultando em mortes antes da idade adulta (Cai e Lavely, 2003). A vantagem dessa medição é que ela se baseia em dados sobre distribuição por idade e sexo, sistematicamente coletados por meio de censos.

Algumas pesquisas analisam as taxas de mortalidade de meninas – sendo as mais altas encontradas na Índia –, embora a análise do escopo e intensidade da seleção de sexo pós-natal seja dificultada pela falta de dados confiáveis desagregados por sexo e idade nos países em desenvolvimento. Alkema et al. (2014) usaram uma variedade de fontes para desenvolver estimativas de "excesso de mortalidade feminina", mesmo para países que careciam de censos

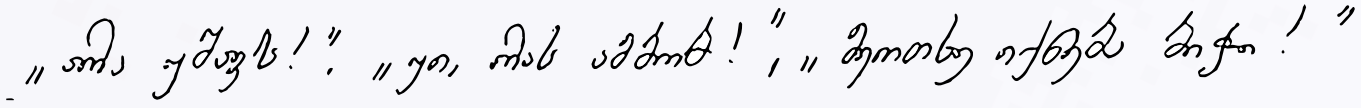
TABELA 3.2

Mortes de algumas meninas são atribuíveis a negligência e outras formas de seleção de sexo pós-natal

Estimativas de excesso de mortalidade de meninas menores de 5 anos e sua participação nas taxas totais de mortalidade entre meninas menores de 5 anos em 2012

País ou território	Taxa do excesso de mortalidade feminina	Como porcentagem do total de mortalidade feminina abaixo de 5 anos de idade
Afeganistão	5.2	2.7%
Bahrain	1.1	5.9%
Bangladesh	2.1	2.6%
China	1.0	3.3%
Egito	2.4	5.6%
Índia	13.5	11.7%
Irã	1.8	5.2%
Jordânia	1.9	5.0%
Nepal	2.9	3.5%
Paquistão	4.7	2.7%

As taxas de mortalidade são contadas a cada 1.000 nascimentos. As taxas de excesso de mortalidade feminina são calculadas como sendo a diferença entre as taxas de mortalidade observadas e esperadas para meninas com menos de 5 anos. A proporção da mortalidade total é calculada utilizando-se as taxas de mortalidade observadas em meninas menores de cinco anos de idade. Os cálculos baseiam-se nas estimativas bayesianas da proporção sexual das taxas de mortalidade abaixo da idade de 5 anos (Alkema *et al.*, 2014).



"Oh, que pena!" "Não se preocupe!"
"O quarto filho será um menino!"

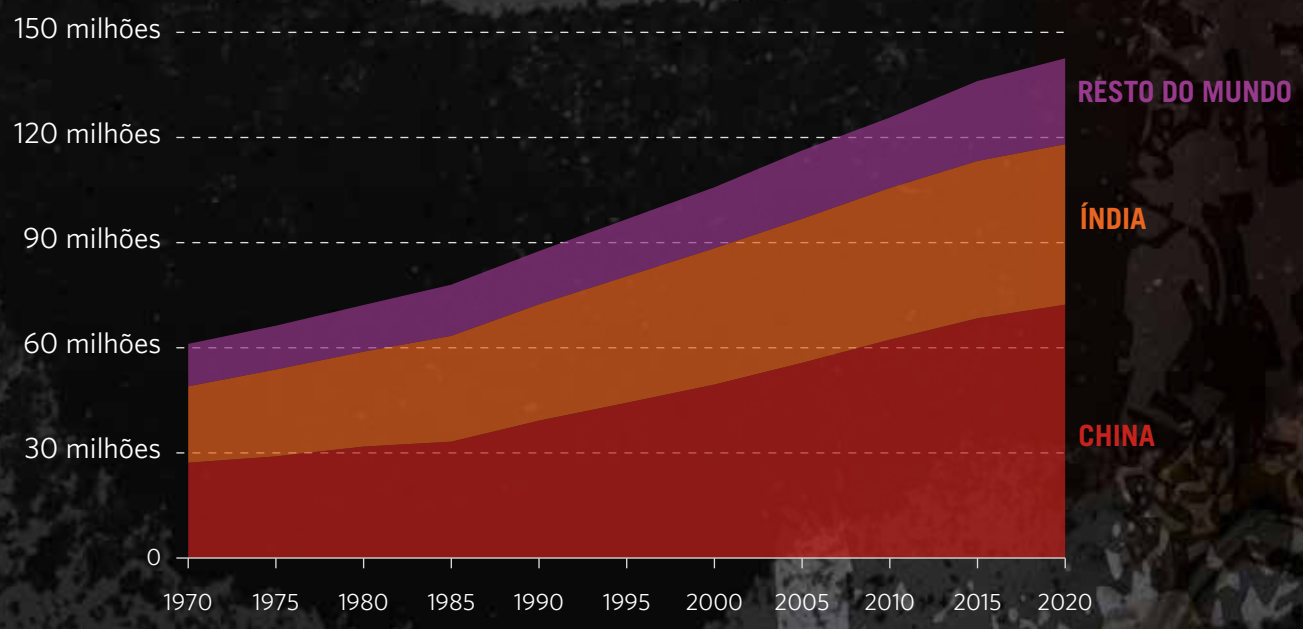
Tekla, 34 anos de idade, Georgia

regulares e números confiáveis de registros de nascimentos (Tabela 3.2). Segundo a análise, a Índia tem a maior taxa de excesso de mortes femininas – 13,5 por 1.000 nascimentos de bebês do sexo feminino –, o que sugere que uma em cada nove mortes de meninas com menos de 5 anos de idade possa ser atribuída à seleção de sexo pós-natal. Essa mesma análise mostra que no Afeganistão, em Bangladesh, no Nepal e Paquistão o excesso de mortalidade feminina representa quase 3% das mortes de meninas com menos de cinco anos de idade. Bahrain, Egito, Irã e Jordânia também sofrem excesso de mortalidade feminina, mas, nesses países, segundo os pesquisadores, a seleção de sexo com viés de gênero não ocorre.

O excesso de mortes da população feminina em todo o mundo aumentou entre as décadas de 1970 e 1990, quando atingiram um pico de cerca de 2 milhões por ano (Tabela 3.3 e Figura 3.1), de acordo com uma pesquisa baseada nos números de distribuição da população das Nações Unidas. O declínio do excesso de mortes de mulheres que se seguiu pode ser parcialmente atribuído ao aumento do acesso a imagens de ultrassom e outras tecnologias – o que, por

FIGURA 3.1 **Número de "mulheres que estão faltando" no mundo**

Estimativas de mulheres que estão faltando, em populações selecionadas, em milhões, em 2020†



* "Mulheres que estão faltando" são aquelas cujos números estão refletidos nos desequilíbrios de nascimentos como resultado de seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero, combinados com o excesso de mortes de mulheres derivadas da seleção de sexo pós-natal.

† Os números anuais do excesso de mortes de mulheres e de ausência de nascimentos de meninas referem-se ao período 2015-2020, estimados e descritos em Bongaarts e Guilmoto (2015). O excesso de mortes de mulheres e a ausência de nascimentos de meninas referem-se ao período anterior de cinco anos.

sua vez, levou ao aumento na seleção de sexo por gênero (Bongaarts e Guilmoto, 2015). Essa mesma pesquisa também indica que o número de mulheres desaparecidas por causa da seleção de sexo baseada em gênero a partir de 2015 era maior do que aquelas que estavam desaparecidas por causa da seleção de sexo pós-natal (Tabela 3.3).

Níveis e tendências

Dados de institutos nacionais de estatística e estimativas indiretas demonstram que 15 países ou territórios tiveram notáveis

Uma análise precisa das proporções de sexo depende de **ESTATÍSTICAS COMPLETAS E CONFIÁVEIS DE REGISTRO DE NASCIMENTOS** e de tamanhos de amostra suficientemente grandes.

TABELA 3.3

O número de "mulheres em falta" mais que dobrou durante os últimos 50 anos

Estimativas de mulheres em falta no mundo, excesso de mortes de mulheres e ausência de meninas recém-nascidas, em milhões, 1970-2020

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Mulheres em falta*	61.0	66.4	72.2	79.3	87.6	96.7	105.9	116.4	125.6	136.2	142.6
Excesso de mortes de mulheres **		1.79	1.86	1.90	1.97	1.93	1.71	1.78	1.66	1.65	1.71
Ausência de nascimentos de meninas***		0.00	0.00	0.37	0.76	1.23	1.36	1.55	1.71	1.69	1.50

*"Mulheres em falta" são aquelas que faltam na população em determinadas datas devido ao efeito cumulativo de seleção de sexo pós-natal e pré-natal no passado.
**"Excesso de mortes de mulheres" são mortes de mulheres atribuíveis à seleção de sexo pós-natal.
***"Ausência de nascimentos de meninas" são nascimentos de meninas impedidos por meio de seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero.
O excesso de mortes de mulheres e os nascimentos ausentes de meninas referem-se ao período anterior de cinco anos.
Estimativas de Bongaarts e Guilmoto (2015).

Arte cortesia de Sandra AlMoussa, Syria Y-Peer

desequilíbrios na proporção de sexo de recém-nascidos e que são diversificados em termos de suas composições sociais e religiosas, seus sistemas políticos e suas economias (Tabela 3.1). Os valores observados variam de cerca de 115 nascimentos de bebês do sexo masculino para cada 100 de femininos a níveis abaixo de 110, ou mesmo próximos à proporção natural entre os sexos no nascimento, i.e., 105 a 106 nascimentos de homens para cada 100 nascimentos de mulheres. Três dos países – República da Coreia, Cingapura e Tunísia – já tiveram desequilíbrios na proporção entre os sexos, mas hoje apresentam proporções entre os sexos no nascimento próximas ao nível natural.

As Tabelas 3.4 e 3.5 mostram que dois países – China e Índia – juntos representam cerca de 90% a 95% dos estimados 1,2 milhão a 1,5 milhão de nascimentos faltantes de meninas anualmente em todo o mundo devido à seleção de sexo (pré-natal) com viés de gênero (Chao

TABELA 3.4

Chega a cerca de 1,2 milhão por ano o número de meninas que deixam de nascer

Estimativas da ausência de nascimentos de meninas devido à seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero em determinados países e territórios, considerando a média em um período de cinco anos †

	País ou Território	Ausência de nascimentos de meninas*
Ásia	China	666,300
	Hong Kong, RAE da China	100
	Taiwan, Província da China	1,200
	Índia	461,500
	Nepal	Não há dados nacionais representativos disponíveis
	República da Coreia	0
	Cingapura	Não há dados nacionais representativos disponíveis
	Vietnã	40,800
Sul do Cáucaso	Armênia	1,100
	Azerbaijão	6,200
	Geórgia	100
Sudeste da Europa	Albânia	500
	Montenegro	100
	Kosovo[1]	Não há dados nacionais representativos disponíveis
Norte da África	Tunísia	1,400
TOTAL		**1,179,000**

† Os países e territórios selecionados são aqueles com desequilíbrios na proporção de sexo entre recém-nascidos atualmente ou no passado. Dados nacionais representativos não estão disponíveis em três países ou territórios. Os números foram estimados com base nas estimativas bayesianas de tendências e na proporção biológica sexual dos nascimentos. A média anual foi computada utilizando-se estimativas de 2013-2017. As estimativas podem variar de acordo com a metodologia.

* "Ausência de nascimentos de meninas" são nascimentos impedidos pela seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero.

[1] Kosovo é referenciado de acordo com a Resolução nº 1.244 do Conselho de Segurança das Nações Unidas (1999) (Chao *et al.*, 2019).

et al., 2019; Bongaarts e Guilmoto, 2015). Esses dois países também representam o maior número total de nascimentos todos os anos.

As proporções enviesadas entre os sexos no nascimento influenciadas pela seleção de sexo com viés de gênero surgiram nos anos 1980, na China, Índia e República da Coreia; nos anos 1990, nos países da Europa Oriental; e depois de 2000, no Nepal e no Vietnã (UNFPA, 2017, 2012b; Frost *et al.,* 2013; Guilmoto e Duthé, 2013; GSO, 2011; Bhat e Zavier, 2007; Das Gupta *et al.,* 2003).

A proporção de nascimentos de bebês do sexo masculino entre algumas comunidades da diáspora na América do Norte e na Europa é superior ao esperado (Almond *et al.,* 2009; Dubuc e Coleman, 2007). A Região Administrativa Especial da China em Hong Kong, a Província de Taiwan da China e Cingapura, com populações étnicas chinesas, também registraram um aumento na proporção de

TABELA 3.5

Dois países respondem pela maioria das mulheres ausentes em todo o mundo

Estimativas de mulheres que estão faltando, excesso de mortes de mulheres e ausência de nascimentos de meninas em populações selecionadas, em milhões, em 2020

	TOTAL MUNDIAL	China	Índia	Outros países
Mulheres que estão faltando*	142.6	72.3	45.8	24.5
Excesso de mortes de mulheres**	1.71	0.62	0.36	0.72
Ausência de nascimentos de meninas***	1.50	0.73	0.59	0.17

*"Número de mulheres que estão em falta" são aquelas cujos números estão refletidos nos desequilíbrios de nascimentos como resultado de seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero, combinados com o excesso de mortes de mulheres derivadas da seleção de sexo pós-natal.

**"Excesso de mortes de mulheres" são mortes de mulheres atribuíveis à seleção de sexo pós-natal.

***"Ausência de nascimentos de meninas" são nascimentos impedidos pela seleção de sexo (pré-natal) baseada em gênero.

Os números anuais do excesso de mortes de mulheres e de ausência de nascimentos de meninas referem-se ao período 2015-2020, estimados e descritos em Bongaarts e Guilmoto (2015).

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

nascimentos de meninos. Isso sugere que atitudes e práticas culturais podem persistir, mesmo em novos ambientes políticos, sociais e econômicos.

Nas últimas duas décadas, as proporções de sexo enviesadas na maioria dos países afetados começaram a voltar ao normal. Na República da Coreia e em Cingapura, os índices atingiram níveis naturais. No Vietnã, o último país a sofrer uma mudança considerável na proporção entre os sexos no nascimento, a tendência finalmente atingiu o pico e começou a se estabilizar, sinalizando o possível início de um declínio (Becquet e Guilmoto, 2018). Todavia, na Índia, os aumentos em algumas partes do país compensam as diminuições em outros e, em alguns estados, estima-se que haja 120 nascimentos de meninos para cada 100 nascimentos de meninas (Kulkarni, 2019).

As médias nacionais podem mascarar distorções na proporção entre os sexos em regiões específicas (Kumar e Sathyanarayana, 2012; GSO, 2011). As variações dentro dos países podem ser dramáticas, diferindo do norte para o sul ou de áreas urbanas para rurais, ou de acordo com a condição financeira, a educação e o tamanho da família. Na China, por exemplo, índices mais altos estão concentrados na parte sul do país. Enquanto isso, na Índia, os índices tendem a ser mais altos nas áreas urbanas (Figura 3.2), porém, no Azerbaijão, na China e no Vietnã, eles são mais baixos.

A seleção de sexo baseada em gênero tende inicialmente a ser maior entre os segmentos mais ricos da sociedade, mas com o tempo atinge famílias de baixa renda, à medida que tecnologias que facilitam a seleção de sexo se tornam mais disponíveis e acessíveis financeiramente.
O número de nascimentos e o sexo de cada criança também podem ser fatores a considerar. Em geral, os casais não se envolvem na seleção de sexo baseada em gênero quando se trata do primeiro filho. No entanto, eles podem optar posteriormente por abortos seletivos em razão do sexo se o primeiro filho for uma menina. Na Armênia, por exemplo, a proporção de sexo é normal nos dois primeiros nascimentos dos casais; no entanto, pais com duas meninas podem escolher abortos seletivos em razão do sexo, a fim de garantir que seu terceiro filho seja um menino. Em 2001, dados auferidos pelo censo revelaram que a proporção entre os sexos no nascimento entre mulheres que já tinham duas meninas aumentou para 223 (UNFPA, 2013). Padrões semelhantes foram observados na Albânia, Geórgia, em Kosovo e algumas partes da Índia, especialmente entre as famílias mais instruídas e mais ricas (Kulkarni, 2019).

Na China, em 1990, entre os casais que já tinham um filho, a proporção entre os sexos no nascimento no caso de um segundo filho aumentou para cerca de 121 nascimentos de homens para cada 100 nascimentos de mulheres. Dez anos depois, tinha subido para cerca de 152 (NWCCW et al. 2018).

O que motiva a seleção de sexo?

A preferência por filhos homens e a desigualdade de gênero subjacente são os principais fatores da seleção de sexo baseada em gênero e pós-natal (Murphy *et al.,* 2011; UNFPA, 2011; Kaser 2008; Miller, 2001; Croll, 2000). Contudo, também precisamos levar em conta duas outras condições prévias da seleção de sexo por gênero: a tecnologia e a tendência de tamanho menor da família (Guilmoto, 2009).

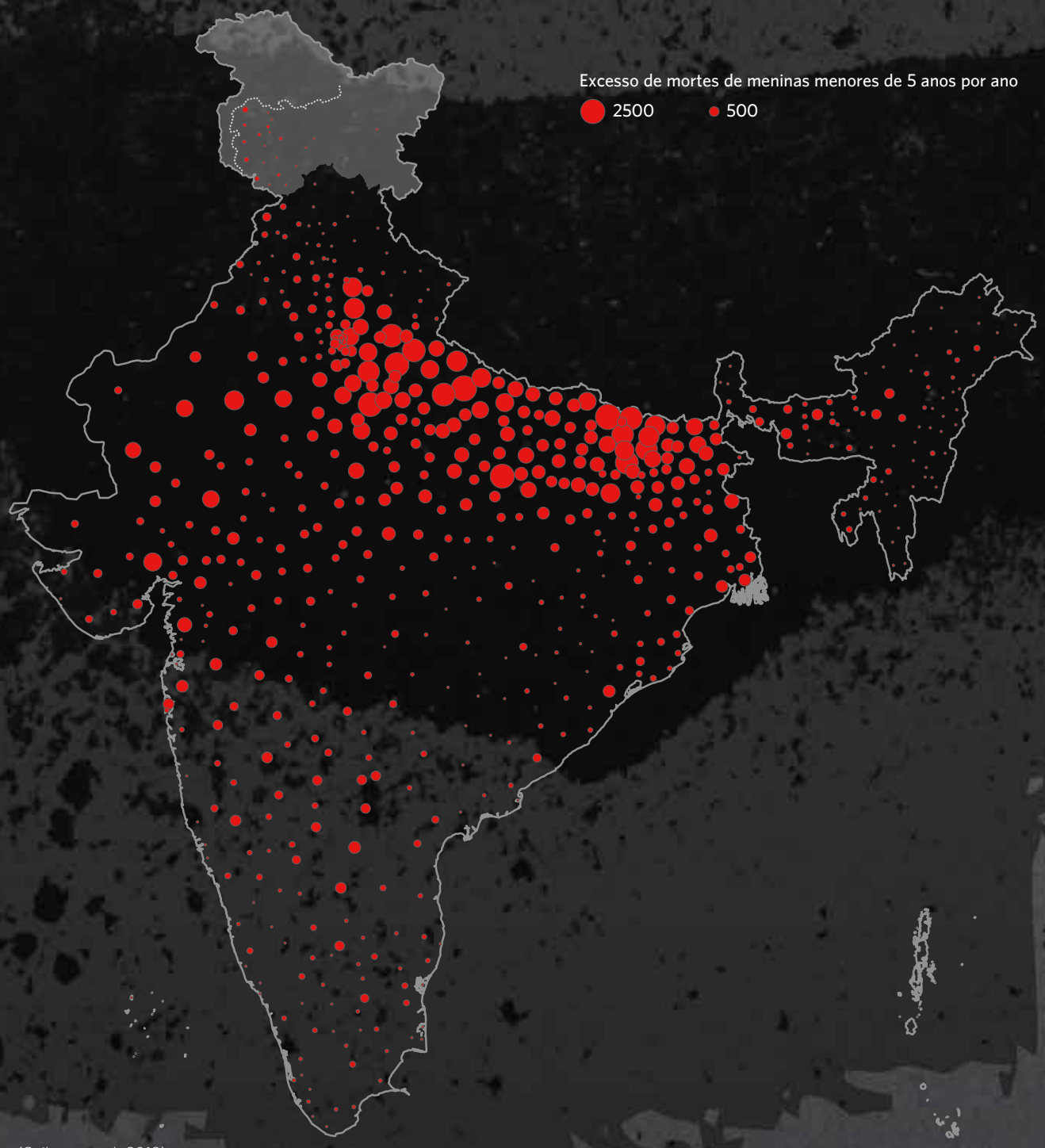
Tecnologia

No passado, os casais que queriam um filho recorriam a métodos como o consumo de alimentos que acreditavam aumentar as chances

FIGURA 3.2

Mortes de meninas na Índia atribuíveis a negligência e outras formas de seleção de sexo pós-natal

Número anual de excesso de mortes de meninas menores de 5 anos, circa 2003



(Guilmoto *et al.*, 2018)

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

de dar à luz um menino. Alguns casais com preferência por filhos também praticavam a seleção de sexo pós-natal ao negligenciarem a saúde e a nutrição das filhas ou, em alguns casos extremos, recorriam ao infanticídio feminino (D'Souza e Chen, 1980). Também no passado, um casal que não conseguia ter um filho eventualmente recorria a medidas como adotar um menino de um parente ou sequestrar o filho de outra pessoa.

Desde a década de 1960, os contraceptivos modernos – como a pílula – têm desempenhado um papel relevante na manifestação da preferência de alguns casais. Uma vez que um casal tenha tido um filho, eles usam métodos contraceptivos para evitar o nascimento de mais filhos (independentemente de qual sexo essas crianças possam ser). Isso fica evidente devido ao grande número de famílias que têm um menino como último filho (Bongaarts, 2013).

Desde a década de 1970, a tecnologia – particularmente a ultrassonografia – tornou possível conhecer o sexo dos fetos (UNFPA, 2012), e casais com uma forte preferência confiavam nessas informações para tomar decisões sobre abortar ou levar a gravidez a termo. A seleção de sexo com viés de gênero, no entanto, também depende do acesso ao aborto após o primeiro trimestre, o ponto em que a tecnologia de ultrassom pode detectar o sexo de um feto.

A tendência de famílias menores

No mundo todo, as mulheres estão tendo menos filhos. Cinquenta anos atrás, uma mulher tinha uma média de cinco filhos. Hoje, ela tem menos de três. Quando o tamanho da família é menor, a chance de os casais não terem filhos homens é maior. Cerca de um em cada quatro casais com duas meninas, por exemplo, poderá recorrer à seleção de sexo por gênero para evitar o nascimento de uma terceira

Youngsook Cho fica no último andar, cheio de livros espalhados, em um prédio dedicado aos direitos das mulheres. O prédio de seis andares em Seul, capital da República da Coreia, abriga uma variedade de grupos de mulheres, explica Cho, uma das líderes da coalizão feminista Associações de Mulheres Coreanas Unidas (KWAU). "Cada grupo tem uma questão diferente e uma agenda diferente", diz ela, "mas, quando precisamos mudar leis, políticas e programas, nos unimos".

Ela conhece por experiência própria o poder da ação coletiva.

HERÓIS Desconhecidos

Como uma geração de feministas derrubou a arraigada preferência por filhos

©ImaZinS

Cho e outras ativistas passaram décadas trabalhando, com sucesso, para transformar a profundamente enraizada preferência cultural do país por filhos homens. De fato, a República da Coreia é um dos únicos países do mundo a ter enfrentado altos níveis de desequilíbrio na proporção de sexo – resultado de famílias que abortavam seletivamente fetos femininos – antes de eliminar completamente esse desequilíbrio. O feito é ainda mais notável se considerarmos que foi realizado em uma única geração.

Antes da década de 1980, a preferência por filhos era generalizada, mas as proporções entre os sexos não eram significativamente enviesadas. Em vez disso, os casais eram frequentemente pressionados a continuar tendo filhos até terem filhos homens. "Nasci em 1961. Meus pais tiveram cinco filhos; eu tenho uma irmã mais velha e uma irmã mais nova, e os dois últimos eram meninos", lembra Cho. "Minha mãe costumava dizer que, se ela não tivesse conseguido ter meninos, teria sido abandonada pela sogra."

Leis e normas patriarcais significavam que apenas os filhos homens podiam realizar ritos ancestrais ou herdar a fortuna de suas famílias. Quando as filhas se casavam,

esperava-se que elas apoiassem os rituais das famílias do marido, e não de suas próprias famílias. "Minha avó costumava repreender meus pais: 'Por que você investe nas meninas? As meninas são inúteis quando se casam", diz Cho.

À medida que o país passou por um rápido desenvolvimento, a renda familiar aumentou, a educação se expandiu e a saúde melhorou. O governo também criou incentivos fiscais e habitacionais para estimular famílias menores. Na década de 1980, "as pessoas estavam em melhor situação", diz a Dra. Eun Ha Chang, diretora do *Korean Women's Development Institute*, um órgão de pesquisa do governo. Ao mesmo tempo, "elas foram apresentadas à tecnologia de exame para detecção do sexo em fetos".

O aborto era ilegal há muito tempo, "mas, na realidade, o aborto era muito comum entre as mulheres", explica Cho. "Eu sei que muitas das minhas amigas tiveram que fazer um aborto por causa dos sogros... Era um tipo de controle sobre o corpo das mulheres, mas não consideravam isso como uma violação da escolha das mulheres na época. O público em geral simplesmente concordava e aceitava.

Impulsionada pelo aborto seletivo de acordo com o sexo, a proporção entre os sexos no país cresceu cada vez mais enviesada a favor dos meninos. Alarmadas, as autoridades proibiram o exame de detecção de sexo no pré-natal em 1987 e lançaram uma campanha de conscientização pública sobre os perigos da escassez de meninas nos anos 1990. No entanto, o desequilíbrio continuou a crescer. Em 1994, nasceram 115,4 meninos para cada 100 meninas.

Mas a preferência cultural por filhos homens começou a desaparecer. Chang explica que um fator-chave foi a transformação da economia de agrária rural para urbana e industrial. "Os filhos são geralmente mais preferidos nas sociedades agrárias", diz ela. Também foram cruciais os investimentos feitos na educação de mulheres e meninas, "o que levou à conscientização das mulheres sobre a igualdade de gênero... O movimento muito forte de mulheres na Coreia do Sul provocou mudanças nas leis e políticas".

A própria experiência de Cho confirma isso. "Entrei na universidade nos anos 1980. Era um ambiente radical em todas as universidades. Estudei ciências sociais e percebi a estrutura e as causas principais" da preferência por filhos. Ela passou a trabalhar com grupos de mulheres que, juntos, pressionaram por uma série de mudanças nas políticas. As décadas de 1980 e 1990 viram reformas dramáticas – inclusive leis que concederam direitos de herança às mulheres, leis sobre discriminação no trabalho e violência doméstica e, finalmente, em 2005, mudanças legais que permitiram às mulheres atuar como chefes de família.

Kyung-Jin Oh, uma jovem coordenadora da KWAU, viu os últimos vestígios de preferência por filhos quando ela crescia nos anos 1990. A mãe era objeto de pena por não ter filhos, lembra ela. "As pessoas diziam à minha mãe: 'Você já tem três crianças, mas só tem meninas. O que você vai fazer?"

As meninas também eram minoria nas aulas do ensino fundamental: "Se houvesse 50 alunos em uma sala de aula, víamos que 30 seriam meninos e 20 seriam meninas". Hoje, os ecos do desequilíbrio da proporção entre os sexos podem ser sentidos nas atitudes de alguns homens que enfrentam um grupo desproporcionalmente pequeno de mulheres disponíveis para namoro, diz ela. "Muitos homens sentem-se frustrados por não terem suas próprias parceiras para se

casar ou namorar". Nos piores casos, essas frustrações podem resultar em violência baseada em gênero. "Também vemos alguns assassinatos de mulheres", diz ela.

Cho inspira-se nas ativistas que vieram antes dela ao seguir seus passos. "Tenho muito respeito por nossas feministas mais velhas. A Coreia era muito pobre e não tínhamos uma democracia estabelecida. Há tantas agendas pelas quais vale a pena lutar: por exemplo, direitos humanos, democracia e desenvolvimento econômico. Deve ter sido muito difícil para as ativistas se concentrarem nas questões de direitos das mulheres. Você pode ver agora que temos um movimento de direitos das mulheres produtivo e ativo em todo o país, mas não o teríamos sem o legado jurídico e as experiências do movimento de mulheres mais velhas."

Hoje, a proporção de sexo de bebês nascidos na República da Coreia atingiu níveis naturais, e uma nova geração vibrante de feministas entrou no cenário nacional. Essas ativistas mais jovens estão enfrentando novas formas de violência de gênero, como a proliferação de câmeras de espionagem usadas para criar e distribuir pornografia não consensual, e estão desafiando as normas de beleza convencionais com o movimento #EscapeTheCorset.

"Elas se expressam mais", diz Chang. "As meninas, já no ensino médio, estão ativamente envolvidas no movimento #MeToo [#Eu também]... Estamos observando atentamente como esse movimento feminista jovem levará ao futuro."

Cho concorda. "A geração jovem, elas podem assumir. Elas podem usar sua tecnologia e suas novas ideias, e podem mudar tudo."

menina (Jayachandran, 2014; Guilmoto, 2009). Esse fenômeno, conhecido como "*fertility squeeze*" [compressão da fecundidade"], é mais comum quando as políticas de planejamento familiar limitam o tamanho da família, porque os pais podem não ser livres para ter quantos filhos forem necessários para ter uma família com pelo menos um menino (Ebenstein, 2010). Na China, por exemplo, a política nacional de planejamento familiar antes de 2015 permitia que os pais nas áreas rurais tivessem um segundo filho apenas se o primeiro filho fosse uma menina. Alguns desses casais, desejando ter um filho em vez de uma segunda filha, buscavam abortos seletivos em razão do sexo.

Juntas, as forças da preferência por filhos homens, da tecnologia e das tendências voltadas para um tamanho menor da família têm impulsionado a seleção de sexo baseada em gênero. Ocorreu primeiro em países ou classes sociais em que os casais queriam famílias menores e tinham acesso a tecnologias como imagens por ultrassom e assistência de saúde reprodutiva privada. Mais tarde, a prática se espalhou para outros países ou classes sociais à medida que a renda aumentava.

Como é improvável que as taxas de fecundidade aumentem e o acesso à tecnologia provavelmente aumentará, os principais fatores determinantes da seleção de sexo com base em gênero permanecerão em vigor no futuro próximo. Enquanto isso, leis e políticas que visam acabar com o aborto seletivo por sexo não têm sido eficazes para impedi-lo. Portanto, as soluções para a seleção de sexo com viés de gênero provavelmente estão no enfrentamento à preferência por filhos homens por meio de mudanças nas normas sociais.

Preferência por filhos e padrões de parentesco

Os economistas talvez vejam a preferência por filhos como um investimento no futuro de um menino em relação ao futuro de uma menina, pressupondo que

o primeiro trará retornos maiores. Casais em muitas partes do mundo compartilham essa visão, acreditando que um filho poderá trazer segurança econômica à família, principalmente quando os pais ficarem idosos. Por outro lado, as filhas podem ser vistas principalmente como custos com poucos benefícios.

Os antropólogos veriam a preferência por filhos por uma lente muito diferente, com foco nos sistemas familiares e nos contextos locais de gênero (Den Boer e Hudson, 2017; Guilmoto, 2012, Murphy *et al.,* 2011; John et al. 2008; Bélanger, 2002). Para eles, a preferência por filhos está ligada aos padrões de parentesco. Em

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

partes do mundo onde os sistemas de parentesco são mais equilibrados, como no sudeste da Ásia e na América Latina, os pais geralmente veem valor igual entre filhas e filhos, às vezes favorecendo meninas em detrimento de meninos (Das Gupta *et al.*, 2003; Croll, 2000; Dube 1997).

Uma sociedade que valoriza mais os filhos pode ser aquela em que a herança da terra é patrilinear, em que o apoio na velhice é prestado por filhos e onde uma mulher que se casa deve assumir o nome do marido e residir com a família do marido, ou próxima a ela. Tais sistemas em muitas sociedades rurais também são fundamentados ou refletidos em normas e costumes relacionados à honra da família, ao respeito aos pais e à autoridade, e em crenças religiosas, inclusive aquelas relacionadas à vida após a morte (Alesina e Giuliano, 2014).

Os sistemas patrilineares e patrilocais invariavelmente promovem os meninos como o futuro da família e ensinam às meninas que seu futuro acabará por depender de seus maridos. O status transitório de uma garota, da dependência de sua própria família à dependência de seu marido e da família dele, reduz seu valor social e sua contribuição para sua família biológica. O comportamento social é estruturado por essas normas e costumes, e incentiva os pais e as comunidades a produzir filhos a fim de garantir a continuação da linhagem familiar.

Desviar-se das normas locais traz riscos. Em contextos patrilineares e patrilocais, o fracasso em produzir um herdeiro masculino pode prejudicar o status social, político e econômico da família ou da mulher. Para evitar exclusão ou marginalização, as famílias eventualmente optam por cumprir as regras de parentesco estabelecidas, que racionalizam a seleção de sexo por gênero como um meio aceito para evitar ter filhas.

MAIS DE 140 MILHÕES DE MULHERES SÃO CONSIDERADAS COMO ESTANDO EM FALTA, como consequência não apenas da seleção de sexo baseada em gênero, mas também da seleção pós-natal

Impacto demográfico

Atualmente, mais de 140 milhões de mulheres são consideradas como estando em falta, como consequência não apenas da seleção de sexo baseada em gênero, mas também da seleção pós-natal (Tabela 3.3) (Bongaarts e Guilmoto, 2015).

A seleção de sexo por vezes distorce a composição da população de um país por várias gerações. O efeito mais óbvio e imediato é o aumento da proporção entre os sexos no nascimento. Com o tempo, isso se traduz em baixa proporção de meninas, mulheres e idosas.

A preferência por filhos manifestada na seleção de sexo levou a mudanças dramáticas e de longo prazo nas proporções de mulheres e homens nas populações de alguns países. Por exemplo, desequilíbrios na proporção entre os sexos nos nascimentos na China e na Índia foram observados pela primeira vez na década de 1980.

Hoje, a proporção de homens com menos de 35 anos é 11% maior que a proporção de mulheres nesses países. Esse desequilíbrio demográfico terá um impacto inevitável nos sistemas de casamento. Em países onde o casamento é quase universal, muitos homens podem precisar adiar ou desistir porque não conseguirão encontrar uma esposa. O assim chamado "*marriage squeeze*" [gargalo matrimonial], em que os noivos em potencial superam as noivas em potencial, já foi observado em partes da China e da Índia, e afeta principalmente jovens de camadas econômicas mais baixas. Ao mesmo tempo, esse desequilíbrio – *marriage squeeze*, pode resultar em mais casamentos infantis (Srinivasan e Li, 2017).

Alguns estudos sugerem que o *marriage squeeze* atingirá o pico na China entre 2030 e 2055, e na Índia em 2055 (Guilmoto, 2012a). Prevê-se que a proporção de homens que ainda são solteiros aos 50 anos aumente após 2050 na China e na Índia, para 15% e 10%, respectivamente. Pesquisas recentes já observaram um número crescente de "homens involuntariamente solteiros" na China e na Índia (Srinivasan e Li, 2017; Kaur 2016).

Os efeitos dos desequilíbrios entre as proporções entre os sexos se propagam através das sociedades e ajudam a perpetuar a desigualdade de gênero que conduziu a eles em primeiro lugar (UNFPA, 2012; Sen, 2009).

O ônus imposto aos direitos humanos

A seleção de sexo com viés de gênero não apenas perpetua a desigualdade de gênero, mas também pode anular a autonomia reprodutiva das mulheres.

Para as mulheres, em alguns países ou comunidades onde os filhos têm preferência em detrimento das filhas, os avanços tecnológicos, como a ultrassonografia, não melhoram a saúde e os direitos reprodutivos, mas transformam as escolhas em obrigações (Gammeltoft e Wahlberg, 2014). As pressões sociais podem levar as mulheres a interromper a gravidez contra sua vontade. Em alguns casos, uma mulher que se recusa a desafiar as expectativas da sociedade pode estar sujeita a violência física, exclusão social e divórcio.

As pressões sociais sobre os casais para terem filhos também podem pressionar as mulheres a ter mais gestações do que desejam, negando-lhes o direito de tomar livre e responsavelmente suas próprias decisões sobre o momento e o espaçamento das gestações.

Os desequilíbrios na proporção entre os sexos e os gargalos matrimoniais que resultam deles podem exacerbar os problemas de violência de gênero, incluindo estupro, sexo coagido, exploração sexual, tráfico e casamento infantil – todos constituem violações dos direitos humanos (South *et al.,* 2014; Tucker *et al.,* 2005; Hudson e den Boer, 2004).

Quebrando o ciclo

Ao longo dos anos, os governos implementaram políticas destinadas a acabar com a preferência por filhos homens em geral e a seleção de sexo baseada em gênero, bem como a seleção pós-natal em particular, com resultados variados (Rahm, 2020).

Banido e proibido

Quase todos os países em que a preferência por filhos é predominante proibiram abortos seletivos ou procedimentos que conduzem a essa prática. As razões para se buscar um aborto, no entanto, são numerosas e complexas; por isso, é difícil – se não impossível – saber quais são procurados explicitamente para a seleção de sexo e quais são procurados por outras razões.

Países como a República da Coreia e o Vietnã proibiram médicos de divulgar o sexo do feto durante as consultas de pré-natal. No entanto, as consultas pré-natais que incluem a ultrassonografia são agora

comuns e geralmente ocorrem em consultórios particulares, onde as pessoas podem pagar os médicos para revelar o sexo ou onde os médicos podem indireta ou discretamente fornecer as informações. À medida que a tecnologia avança, novos métodos – como exames de sangue fetal para determinar o sexo de um feto – podem surgir, facilitando a obtenção dessas informações. Além disso, outras tecnologias que permitirão a seleção de sexo antes de fertilizações *in vitro* complicarão ainda mais a aplicação das leis de seleção de sexo. No geral, as proibições de seleção de sexo geralmente são ineficazes e violam os direitos reprodutivos, inclusive o acesso ao aborto seguro em países onde o aborto é legal (Ganatra, 2008).

Educar sobre os danos

Outras ações tomadas pelos governos, particularmente na Ásia, incluem medidas para educar o público sobre o impacto das decisões reprodutivas das famílias na sociedade como um todo. As primeiras campanhas visavam aumentar a conscientização sobre como a seleção de sexo discrimina as meninas. Campanhas posteriores enfatizavam como a seleção de sexo com viés de gênero resulta em gargalos matrimoniais. Poderá levar décadas, no entanto, para que essas campanhas mudem atitudes e comportamentos. Além disso, essas campanhas talvez não sejam eficazes para alcançar famílias mais ricas que praticam seleção de sexo por gênero, uma vez que são menos propensas a serem afetadas pelo gargalo matrimonial. Homens mais favorecidos ainda poderão se casar. Por outro lado, homens de grupos socioeconômicos mais baixos, onde a seleção de sexo por gênero é menos provável de ser praticada devido a custos proibitivos, são mais propensos a serem afetados pelo gargalo matrimonial (Srinivasan e Li, 2017; Kaur, 2016).

Introdução de normas de igualdade de gênero

Os governos também tomaram medidas para lidar com as causas principais da seleção de sexo. As intervenções implementadas, por exemplo, na China, Índia e no Vietnã, incluíram campanhas que miram nos estereótipos de gênero para mudar atitudes e abrir as portas para novas normas e novos comportamentos. Trazem à luz a importância das filhas e destacam como meninas e mulheres mudaram a sociedade para melhor. Campanhas que celebram o progresso e as conquistas das mulheres podem ter mais repercussão quando se mostra que as famílias apenas com filhas estão prosperando.

Outras intervenções incluem políticas e leis que visam colocar mulheres e homens – e meninas e meninos – em pé de igualdade, em áreas que variam de herança de propriedade e direitos à terra, a participação política, emprego remunerado e direitos de receber pensão (Den Boer e Hudson, 2017).

Como a preferência por filhos está intrinsicamente ligada à desigualdade de gênero, ações que visam promover direitos e oportunidades iguais para mulheres, homens, meninas e meninos podem fazer parte da solução. Abordar o viés de gênero por meio dos "três As" – ativos (ou bens), autonomia e anos de idade – é fundamental (Brahme, 2016). Isso significa garantir às mulheres os mesmos direitos que os homens de propriedade e herança, respeitar os direitos das mulheres e meninas de tomar suas próprias decisões em todas as esferas da vida e mudar atitudes que consideram que apenas homens são capazes de cuidar dos pais à medida que envelhecem.

A República da Coreia lançou campanhas de informação e *advocacy* para promover o status das meninas e desestimular a seleção de sexo com viés de gênero e, ao mesmo tempo, reformulou as políticas que proíbem a divulgação de sexo fetal. O país viu uma redução na proporção entre os sexos no nascimento, mas não está claro se esses esforços

reduziram a preferência por filhos homens ou se a mudança social, principalmente o acesso das mulheres à educação e ao trabalho remunerado, foi responsável por isso (Chung e Das Gupta, 2007). A Geórgia, que não introduziu políticas específicas em relação à seleção de sexo com viés de gênero, também verificou um declínio sustentado na proporção entre os sexos no nascimento, pelo qual as medidas de desenvolvimento econômico podem ser as principais responsáveis (UNFPA, 2017).

Um mundo onde filhos e filhas sejam igualmente valorizados

O consenso sobre a necessidade premente de mudança é amplo – como no apelo à igualdade de gênero no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5 – e também específico, como na declaração interagencial das Nações Unidas de 2011, "Impedir a seleção de sexo com viés de gênero". Os compromissos dos países em lidar com a preferência por filhos, o baixo valor atribuído às meninas e as desigualdades de gênero são cruciais. Por exemplo, parcerias por meio de um programa do UNFPA estão trocando conhecimento e experiência em sociedades que compartilham as mesmas práticas nocivas – Bangladesh, Nepal e Vietnã, na Ásia; e Armênia, Azerbaijão e Geórgia, no Cáucaso. As soluções são encontradas em abordagens que não fazem pré-julgamentos nem são coercitivas, mas incentivam a mudança positiva de comportamento e apoiam mulheres e meninas sem comprometer seus direitos reprodutivos. Mudar é imprescindível, como conclui a declaração das Nações Unidas: "As proporções desequilibradas entre os sexos são uma manifestação inaceitável de discriminação de gênero contra meninas e mulheres, e uma violação de seus direitos humanos".

© UNICEF Azerbaijan/Bell/2018

No início de sua vida, Janoghlan Ilyasov tinha muita dificuldade de se expressar. Para superar esses desafios, ele decidiu começar a falar em público e acabou até se destacando – em 2010, foi nomeado Melhor Orador do Azerbaijão.

Sete anos depois de ter encontrado sua própria voz, ele começou a falar em defesa de mulheres e meninas, e da proteção de seus direitos, por meio de uma iniciativa de envolvimento da comunidade apoiada pelo UNFPA para acabar com a seleção de sexo baseada em gênero no país.

"Os jovens em nosso país são criados com o entendimento de que os homens é quem tomam as decisões em casa. Eu sabia que era importante mudar os corações e as mentes desses futuros pais", diz Ilyasov.

ALIADOS a favor da mudança

Como os homens podem usar seus privilégios para ajudar a valorizar as meninas

A preferência por filhos homens, profundamente enraizada no país, está ligada a fatores estruturais que reforçam a noção de que os meninos são mais valiosos social e economicamente do que as meninas: a herança e os direitos à terra tradicionalmente passam por herdeiros do sexo masculino, por exemplo, e os pais idosos geralmente contam com o apoio financeiro dos filhos. As normas sociais determinam que apenas os filhos homens podem garantir a continuação de uma linhagem familiar.

Até o início dos anos 1990, o país tinha uma proporção entre os sexos normal nos nascimentos – cerca de 106 meninos para cada 100 meninas. Mas em 2003 a proporção aumentou dramaticamente, atingindo 118 meninos para cada 100 meninas, de acordo com os dados do escritório do UNFPA no Azerbaijão.

Como os jovens do sexo masculino detêm tanto poder e privilégio em suas famílias, eles são capazes de desempenhar um papel importante na promoção da igualdade de gênero e, portanto, têm o poder de mudar as normas de preferência por filhos. Nas oficinas que lidera, Ilyasov incentiva os homens a examinarem suas atitudes em relação a mulheres e meninas, e ajuda-os a entender como a preferência por filhos é um reflexo da desigualdade de gênero. "Mesmo os homens mais rígidos reconsideram suas crenças profundas durante essas sessões", diz ele.

"Tenho uma filha de um ano também", acrescenta. "Faço questão de passar um tempo com ela todos os dias. Embora ela seja muito pequena, eu converso com ela. Quando você fala com sua filha e a ouve, na verdade está dizendo a ela que ela é importante, que ela tem valor. Você está ensinando a ela o poder de sua própria voz.

CORTADA ESFOLADA COSTURADA

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: violência de gênero sancionada socialmente

A mutilação genital feminina (MGF) é uma prática nociva dirigida exclusivamente a mulheres e meninas e que viola seus direitos fundamentais – o direito à saúde, à integridade corporal e de ser livre de discriminação e tratamentos cruéis ou degradantes.

Ações para acabar com essa prática prejudicial estão reduzindo as taxas, já em declínio. Mulheres e homens que se opõem aos danos causados pela MGF – que durarão por toda a vida – estão dizendo não com relação a suas filhas. No entanto, onde as populações estão crescendo rapidamente, o elevado número de meninas afetadas também está crescendo.

A MGF pode resultar em severos danos físicos e psicológicos. Pode causar dores durante as relações sexuais, infecção, cistos e infertilidade, e aumentar o risco de HIV, fístula obstétrica, complicações no parto e mortalidade de recém-nascidos. Também pode desencadear depressão, pesadelos, pânico e trauma. Independentemente do *motivo* da prática, uma menina pode ser prejudicada para sempre.

Os instrumentos globais de direitos humanos condenam a MGF; mesmo assim, 4,1 milhões de meninas e mulheres correm o risco de serem submetidas à prática somente em 2020. Cerca de 200 milhões de meninas e mulheres vivas hoje sofreram alguma forma de mutilação genital em 31 países – sofrendo não apenas no momento, mas também pela falta de apoio e serviços para atender às necessidades constantes e subsequentes de cuidados de saúde física e mental. As Nações Unidas trabalham pela erradicação total da prática até 2030, segundo o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 5, reconhecendo o efeito positivo que isso teria sobre a saúde, dignidade, educação e o avanço econômico de meninas e mulheres.

Sem necessidade médica alguma

A MGF é um procedimento invasivo em tecidos saudáveis, sem nenhuma necessidade de intervenção médica. Ela implica a remoção parcial ou total da genitália externa feminina ou outra lesão nos órgãos genitais femininos por razões não médicas (OMS, 2020), podendo variar desde a raspagem e cauterização da genitália até a remoção total do clitóris e a costura dos lábios para deixar a abertura vaginal menor. O procedimento é realizado principalmente em meninas entre a infância e os 15 anos de idade (OMS, 2020). A "medicalização" dessa prática nociva por profissionais médicos nunca se justifica.

©UNFPA/Megan Abott

RECUSANDO-SE a serem SILENCIADAS

As sobreviventes da mutilação genital feminina mudam suas comunidades por dentro

Rhobi Samwelly tinha 13 anos quando sua mãe lhe disse que ela seria submetida à mutilação genital feminina, uma tradição em sua comunidade. Ela ficou apavorada. "Eu não queria, porque minha amiga Sabina tinha morrido por causa disso." Samwelly pediu à mãe que não fosse cortada, mas sua mãe insistiu, prometendo a Samwelly que ela selecionaria um "bom cortador" e que a filha não morreria.

Mas ela quase morreu. Samwelly sangrou profusamente e ficou inconsciente por horas. Quando ela finalmente voltou a si, sua mãe ficou tão aliviada que prometeu a Samwelly que não cortaria suas seis irmãs mais novas.

Naquele dia, nascia uma ativista. Samwelly estava com raiva. Ela não queria que ninguém sentisse a dor que sentira e assumiu como sua missão contar às amigas da escola sobre os perigos da MGF, pedindo que elas recusassem a prática. Depois que Samwelly se casou e deu à luz uma menina, seu terceiro filho, ela resistiu à pressão da família do marido, deixando claro que sua filha não seria submetida à mutilação genital.

Samwelly fundou dois abrigos nos distritos de Butiama e Serengeti, na região de Mara, na Tanzânia, para acolher e apoiar as meninas corajosas que fogem para evitar a MGF durante a temporada bianual de corte. "Eu

vejo o espírito das meninas que vêm aqui, a determinação de muitas em realizar seus sonhos", disse ela. Como as meninas que moram nos abrigos de Samwelly podem frequentar a escola comum ou um curso profissionalizante, muitas seguem carreiras de sucesso. Algumas agora são gerentes de hotéis, outras querem se tornar médicas, até pilotas de avião. Samwelly diz que as famílias delas agora as olham com respeito e orgulho.

O medo da lei – a MGF é criminalizada na Tanzânia desde 1998 – e o aumento da conscientização sobre os efeitos nocivos da prática têm ajudado a reduzir sua prevalência, mas ela persiste em algumas regiões, particularmente onde as normas patriarcais são fortes e os líderes tradicionais e de clãs desempenham um papel central na tomada de decisão. "Os líderes tradicionais ainda exigem que seus filhos se casem com alguém que seja cortada", diz Samwelly. "Ainda há uma crença generalizada de que as mulheres que foram cortadas são mais controláveis, mais propensas a permanecer com o marido e a não fugir com outros homens", acrescenta.

No entanto, não são apenas os homens que perpetuam o ciclo. O procedimento continua sendo praticado por mulheres que foram elas próprias cortadas. "Se uma mãe não é instruída, tudo em sua vida é difícil. Ela não percebe os benefícios de mandar a filha para a escola, ela não está ciente dos perigos da MGF", diz Samwelly.

A pobreza também é um fator determinante. As famílias que não conseguem pagar as mensalidades escolares, os alimentos ou outros custos básicos da filha veem o casamento infantil como uma maneira de garantir sua segurança. O preço da noiva que as famílias recebem pela filha – incluindo gado, dinheiro ou outros objetos de valor – também é uma maneira de aliviar a pobreza. Nos dois casos, as meninas devem ser submetidas à MGF para prepará-las para o casamento.

Samwelly diz que estão sendo feitos progressos para eliminar a prática até 2030, em consonância com os objetivos globais de desenvolvimento. Ela testemunhou, nas sessões de envolvimento da comunidade, praticantes chamados *nagribas* deixando suas ferramentas de lado e prometendo defender o fim da prática. Ela também viu pais mudarem de ideia sobre cortar suas filhas. E a lei está sendo aplicada – mais pais e cortadores estão sendo enviados para a prisão. Mas Samwelly diz que muitos ainda estão circulando livremente, e o poder da polícia e das autoridades judiciais para fazer cumprir a lei deve ser ampliado.

As atitudes em relação à educação das meninas precisam mudar. Muitas vezes, não é uma

"Se uma mãe não é instruída, tudo em sua vida é difícil. Ela não percebe os benefícios de mandar a filha para a escola, ela não está ciente dos perigos da MGF."

prioridade da família. "As meninas recebem tarefas para fazer logo cedo de manhã e depois precisam caminhar longas distâncias até a escola, o que as torna vulneráveis. Elas também estão cansadas", diz Samwelly. "Muitos pais estão apenas procurando uma desculpa para tirar a filha da escola e fazê-la se casar."

Deve haver oportunidades de geração de renda para mulheres e meninas, e para aqueles que se beneficiam com a prática, como líderes tradicionais e cortadores. Isso permitiria que os praticantes parassem e daria poder às mulheres, que atualmente têm medo de desafiar as normas sociais. Samwelly afirma que, muitas vezes, as mães são incapazes de ajudar suas filhas a escapar da mutilação genital porque estão preocupadas com o fato de serem espancadas ou expulsas de casa. "Sem qualquer fonte de renda ou independência econômica, elas ficam caladas", explica.

As atividades de conscientização também precisam ser intensificadas para que famílias e comunidades estejam cientes dos impactos nocivos da MGF. Em muitos lugares, esses esforços já estão dando frutos. "As meninas estão dizendo não ao corte, e alguns meninos não querem se casar com uma garota que foi cortada – eles estão cientes de seus efeitos sobre as mulheres, inclusive das dificuldades pelas quais as mulheres passam durante o parto", diz Samwelly.

Se a MGF estiver no topo da agenda, e se os líderes forem chamados a ouvir as vozes das meninas empoderadas, Samwelly declara que está esperançosa de que a prática possa ser relegada à história no prazo de uma geração.

Raízes da desigualdade de gênero

A MGF é baseada em crenças de que melhora a fecundidade, aumenta o prazer sexual dos homens, suprime a sexualidade feminina, leva a uma melhor higiene, evita a infidelidade, cumpre as demandas de instituições religiosas ou resulta em aceitação pela comunidade (Kandala *et al.,* 2019; Alhassan *et al.,* 2016; Ashimi *et al.,* 2015; Bogale *et al.,* 2014). Acredita-se que defenda a pureza, a honra e a limpeza de uma menina, e é usada para controlar a sexualidade das mulheres como uma maneira de tornar as meninas e as mulheres mais desejadas para o casamento, em conformidade com as normas sociais que vêm sustentando a prática há séculos (Mackie, 2009).

A MGF é uma violência de gênero aprovada socialmente. Embora o ato em si seja geralmente praticado por mulheres mais velhas, é uma prática patriarcal enraizada em relações desiguais de poder entre mulheres e homens, incorporada em um sistema que sustenta o poder dos homens (ONU Mulheres, 2017).

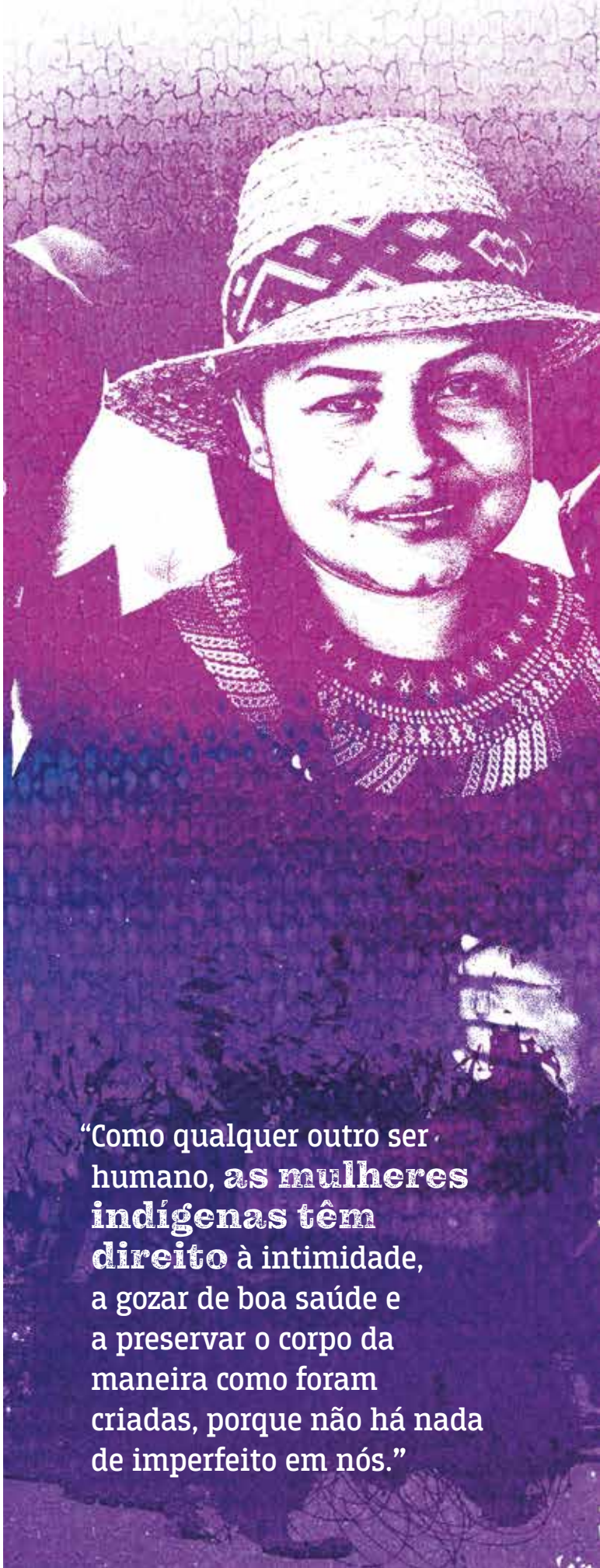
Empoderar mulheres – e homens – a dizer não com relação a suas filhas seria transformador, mas elas precisam de força para agir e de informação para fazer uma escolha diferente. Em quase todos os contextos, os pais acreditam que a prática seja a coisa certa a fazer para as filhas. Em muitos casos, os pais estão cientes dos riscos físicos e psicológicos, mas o fazem no interesse da aceitação social (Eldin *et al.,* 2018; Tamire e Molla, 2013). As mães geralmente são as que submetem as filhas à MGF, perpetuando normas desiguais de gênero que conduzem a prática de uma geração para a seguinte.

Praticada em todas as regiões

A MGF está concentrada no continente africano, desde a costa atlântica ao Chifre da África, mas também é prevalente em países como Iraque e Iêmen, e em alguns países asiáticos, como a Indonésia, onde, segundo uma estimativa, 49% de meninas com 11 anos ou menos foram submetidas à MGF (Indonésia, 2013) (Figura 4.1). Com níveis recordes de migração na última década, essa prática danosa não se restringe mais aos países do Sul Global.

Os dados disponíveis mais recentes mostram que a proporção de mulheres de 15 a 49 anos que foram submetidas à MGF varia de cerca de 1% nos Camarões (2004) e em Uganda (2011) a 90% ou mais no Djibuti (2006), Egito (2015), em Guiné (2018) e Mali (2018).

A MGF também é encontrada, por exemplo, na Austrália, União Europeia, no Japão, na Nova Zelândia, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Os Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos estimaram que 513.000 meninas e mulheres no país estavam em risco ou foram submetidas à MGF em 2012, atribuindo a mudança principalmente ao aumento da imigração oriunda dos países onde é praticada (Goldberg *et al.,* 2016). Isso é três vezes mais do que a estimativa anterior, em 1990. Na Inglaterra e no País de Gales, em 2015, estima-se que 137.000 meninas foram submetidas à MGF (Macfarlane e Dorkenoo, 2015). Na Austrália, considera-se que 50.000 haviam sido submetidas à prática em 2017 (Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, 2019).



"Como qualquer outro ser humano, **as mulheres indígenas têm direito** à intimidade, a gozar de boa saúde e a preservar o corpo da maneira como foram criadas, porque não há nada de imperfeito em nós."

Chamada a LIDERAR

Mulher indígena ajudando a acabar com a mutilação genital feminina na Colômbia

©UNFPA/Juan Manuel Barrero

Quando Arelis Cortés crescia no Vale Cauca, no oeste da Colômbia, ela viu como o direito de ler, escrever ou de ser ouvidas tinha sido negado às mulheres mais velhas. Um dia, uma mulher mais velha da comunidade Embera Chamí pediu-lhe que fizesse a diferença – e assim o fez. Aos 15 anos, ela começou a falar sobre os direitos das mulheres e meninas. Hoje, ela está na vanguarda dos esforços para erradicar a mutilação genital feminina (MGF), praticada por alguns membros da comunidade indígena.

"Como qualquer outro ser humano, as mulheres indígenas têm direito à intimidade, a gozar de boa saúde e a preservar o corpo da maneira como foram criadas, porque não há nada de imperfeito em nós", diz Cortés, agora com 28 anos, dirigindo-se ao grupo de mulheres que participam de uma reunião da comunidade sob o sol quente.

Na Colômbia, não há estatísticas oficiais sobre o número de mulheres e meninas que sofreram MGF. Muitas vezes, os casos não são

descobertos até que uma menina chegue a um estabelecimento de saúde gravemente ferida pela prática. Algumas meninas morreram.

Segundo Cortés e as autoridades indígenas da região, a prática foi introduzida nos tempos coloniais e não está estabelecida em sua lei nativa. Os líderes citam, como uma das diversas explicações possíveis, que foi imposta para evitar a infidelidade das mulheres, contendo seus desejos sexuais. [U1] Não é praticada universalmente, mas persiste, muitas vezes em segredo, na forma de clitoridectomia, chamada localmente de "a cura".

Em 2015, as autoridades indígenas assinaram um mandado para acabar com a MGF. Desde então, Cortés trabalha com a Organização Regional Indígena do Vale do Cauca, na região do Pacífico colombiano, viajando para diferentes territórios para falar diretamente às comunidades sobre os malefícios da MGF. Ela aborda as questões com mensagens sobre os direitos humanos das mulheres e meninas.

"Não tem sido fácil. Preciso fazer uma viagem de oito ou nove horas para chegar a comunidades distantes, mas a experiência de treinamento tem beneficiado significativamente as mulheres", diz Cortés.

> "Trabalhamos com mulheres nesses territórios para conscientizá-las da importância de ACABAR COM ESSA PRÁTICA..."

Ela também realiza treinamentos para as parteiras tradicionais e mulheres grávidas sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, ajudando-as a valorizar a integridade do corpo das meninas.

"Trabalhamos com mulheres nesses territórios para conscientizá-las da importância de acabar com essa prática e, acima de tudo, de que devemos respeitar a vida, os direitos e a intimidade das mulheres e meninas para quem trabalhamos", diz.

Cortés afirma que lançar uma luz sobre essa prática nociva inicialmente teve um custo: as comunidades indígenas se sentiram atacadas pelo mundo exterior. "Quando começamos a trabalhar para impedir essa violação dos direitos das mulheres, fomos duramente criticadas e humilhadas por ter essa prática em nossas comunidades", lembra ela.

Ela e seus colegas defensores da causa lutaram para mostrar que a MGF era simplesmente o resultado de uma falta de informação e que, com recursos suficientes, as comunidades indígenas poderiam se unir para abandonar a prática.

Cortés declara que é exatamente isso que está acontecendo. Um consórcio de autoridades indígenas e organizações de Embera Chamí vem trabalhando para acabar com a MGF desde 2007. Isso, com o empoderamento de mulheres e meninas, está fazendo a diferença.

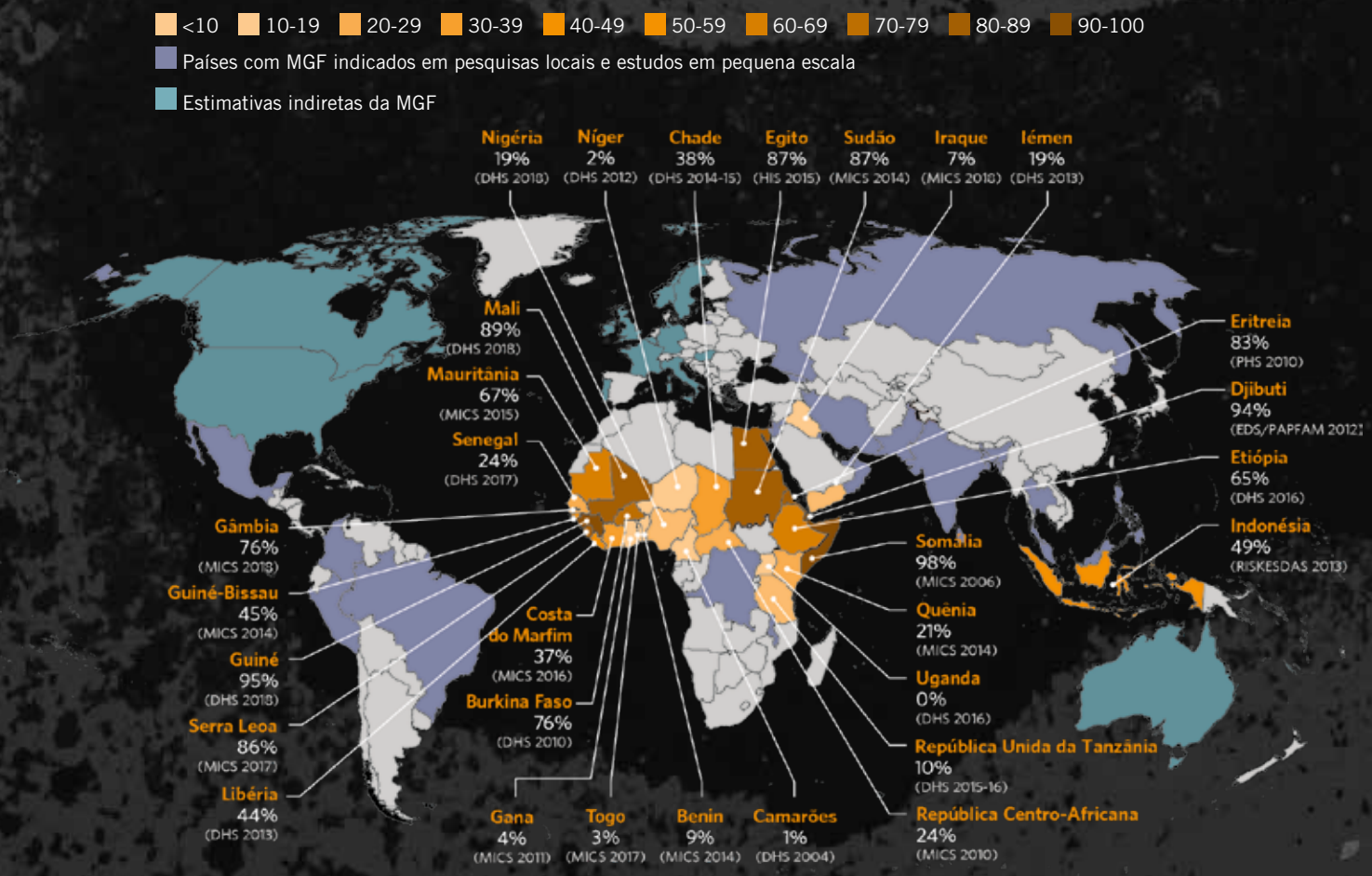
Em breve, considera, "a ablação se tornará uma coisa do passado".

Também houve relatos de MGF na última década na Colômbia (UNFPA, 2011a), Malásia (Dahlui, 2012), em Omã (Al-Hinai, 2014), na Arábia Saudita (Alsibiani e Rouzi, 2010) e nos Emirados Árabes Unidos (Kvello e Sayed, 2002), com variações significativas no tipo de MGF realizada.

Um estudo de 2015 conduzido pelo Instituto Europeu para a Igualdade de Gênero estimou que até 1.600 meninas na Irlanda, 1.300 meninas em Portugal e 11.000 meninas na Suécia podem ter sido submetidas à MGF em 2011 (EIGE, 2015). Estimativas posteriores sugerem que milhares de meninas foram submetidas à MGF na Bélgica, Alemanha, Itália e Holanda (EIGE, 2019).

FIGURA 4.1 **A prevalência da mutilação genital feminina (MGF) varia muito entre os países com dados**

Percentual de meninas e mulheres de 15 a 49 anos submetidas a MGF



Baseado nas Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos e em outras pesquisas nacionais, 2004-2018.

Observações: Os dados da Indonésia referem-se a meninas entre 0 e 11 anos, uma vez que os dados de prevalência de MGF entre meninas e mulheres entre 15 e 49 anos não estão disponíveis. As fronteiras e os nomes mostrados, bem como as designações utilizadas neste mapa, não implicam endosso oficial nem aceitação por parte das Nações Unidas.

Danos com muitas dimensões

A MGF é um procedimento sem benefícios para a saúde, mas com consequências imediatas e de longo prazo, desde infecção até deficiências que duram a vida inteira (Tabela 4.1). Algumas formas aumentam o risco de maus resultados obstétricos, mortalidade perinatal, cesariana e sangramento pós-parto (Berg *et al.,* 2014, 2014a, 2010; Gebremicheal *et al.,* 2018; OMS, sd, OMS, 2006, 2000). Em termos de saúde sexual, estudos mostram função sexual prejudicada em mulheres submetidas à MGF (Johnson-Agbakwu e Warren, 2017; Abdulcadir *et al.,* 2016; Mahmoud, 2016; Mohammed *et al.,* 2014; Ibrahim *et al.,* 2013; Berg *et al.,* 2010; Bancos *et al.,* 2006; Thabet e Thabet, 2003; Vangen *et al.,* 2002; Ismail, 1999).

TABLE 4.1 **Todas as formas de mutilação genital feminina aumentam os riscos para a saúde a curto e longo prazos**

RISCOS À SAÚDE A CURTO PRAZO	
Dor forte	Cortar as terminações nervosas e o tecido genital sensível causa dor extrema. O período de cicatrização também é doloroso
Sangramento excessivo (hemorragia)	Pode resultar se a artéria clitorial ou outro vaso sanguíneo for cortado
Choque	Pode ser causado por dor, infecção e/ou hemorragia
Inchaço do tecido genital	Devido a uma resposta inflamatória ou infecção local
Infecções	Podem se espalhar após o uso de instrumentos contaminados (p.ex.: uso dos mesmos instrumentos em várias operações de mutilação genital) e durante o período de cicatrização
Infecção por HIV	A associação direta entre MGF e HIV permanece não confirmada, embora o corte de tecidos genitais com o mesmo instrumento cirúrgico sem esterilização possa aumentar o risco de transmissão do HIV entre meninas que fazem MGF juntas
Problemas de micção	Pode incluir retenção e dor na passagem da urina. Isso pode ser devido ao inchaço do tecido, a dor ou lesão na uretra
Cicatrização prejudicada de feridas	Pode levar a dor, infecções e cicatrizes anormais
Morte	A morte pode resultar de infecções – inclusive tétano –, bem como de hemorragia, que pode levar ao choque
Problemas de saúde mental	A dor, o choque e o uso da força física durante o evento, bem como a sensação de traição quando os familiares toleram e/ou organizam a prática, são razões pelas quais muitas mulheres descrevem a MGF como um evento traumático

RISCOS À SAÚDE A LONGO PRAZO

Dor	Devido a danos nos tecidos e cicatrizes que podem resultar em terminações nervosas presas ou desprotegidas
Infecções genitais crônicas	Com dor crônica consequente, corrimento vaginal e coceira. Cistos, abscessos e úlceras genitais também podem aparecer
Infecções crônicas do trato reprodutivo	Pode causar dor crônica pélvica e nas costas
Infecções do trato urinário	Se não tratadas, essas infecções podem subir para os rins, resultando potencialmente em insuficiência renal, septicemia e morte. Um risco aumentado de infecções repetidas do trato urinário está bem documentado em meninas e mulheres adultas que foram submetidas à MGF
Dor ao urinar	Devido à obstrução da uretra e a infecções recorrentes do trato urinário
Problemas vaginais	Corrimento, coceira, vaginose bacteriana e outras infecções
Problemas menstruais	A obstrução da abertura vaginal pode levar a menstruação dolorosa (dismenorreia), menstruação irregular e dificuldade na passagem do sangue menstrual, principalmente entre mulheres com MGF tipo III
Tecido cicatricial excessivo (queloides)	Tecido cicatricial excessivo pode se formar no local do corte
Infecção por HIV	Dado que a transmissão do HIV é facilitada por trauma no epitélio vaginal – o que permite a introdução direta do vírus –, é razoável supor que o risco de transmissão do HIV possa aumentar como resultado da MGF, devido ao aumento do risco de sangramento durante a relação sexual
Problemas de saúde sexual	A MGF danifica estruturas anatômicas que estão diretamente envolvidas na função sexual feminina; portanto, também pode afetar a saúde e o bem-estar sexual das mulheres. A remoção ou dano ao tecido genital altamente sensível – especialmente o clitóris – pode afetar a sensibilidade sexual e levar a problemas sexuais, como diminuição do desejo e prazer sexuais, dor durante o sexo, dificuldade durante a penetração, lubrificação diminuída durante a relação sexual e frequência reduzida ou ausência de orgasmo (anorgasmia). A formação de cicatrizes, a dor e as memórias traumáticas associadas ao procedimento também podem levar a esses problemas
Complicações no parto (complicações obstétricas)	A MGF está associada a risco aumentado de cesariana, hemorragia pós-parto, recurso a episiotomia, trabalho de parto difícil e/ou prolongado, rupturas/lacerações obstétricas, parto instrumental e internação materna prolongada. Os riscos aumentam conforme a gravidade da MGF
Fístula obstétrica	Uma associação direta entre MGF e fístula obstétrica não foi estabelecida. No entanto, dada a relação causal entre o trabalho de parto prolongado e obstruído e a fístula, e o fato de a MGF também estar associada a trabalho de parto prolongado e obstruído, é razoável presumir que ambas as condições possam estar relacionadas em mulheres que vivem com MGF
Riscos perinatais	As complicações obstétricas podem resultar em uma maior incidência de reanimação do bebê no momento do parto, de natimortos intraparto e morte neonatal
Problemas de saúde mental	Estudos demonstraram que meninas e mulheres submetidas à MGF têm maior probabilidade de sofrer de transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, depressão e queixas somáticas (físicas), como dores, sem causa orgânica

As mulheres que foram submetidas à MGF têm maior probabilidade de desenvolver distúrbios psicológicos – como depressão, pesadelos recorrentes, perda de apetite, ataques de pânico, trauma, ansiedade, somatização, fobias e baixa autoestima (Piroozi *et al.,* 2020; Zayed e Ali, 2012; Kizilhan, 2011; Vloeberghs *et al.,* 2011; Elnashar e Abdelhady, 2007; Behrendt e Moritz, 2005; Osinowo e Taiwo, 2003).

Meninas pobres, rurais e com baixa escolaridade estão sob maior risco

A MGF é geralmente mais prevalente entre os grupos familiares mais pobres nas áreas rurais do que nas famílias urbanas mais ricas (Figura 4.2). No Egito, por exemplo, mais de 90% das mulheres nas áreas rurais sofreram MGF, em comparação com 77% das mulheres nas áreas urbanas (em 2015). No Quênia, as mulheres nas áreas rurais têm quase o dobro de probabilidade, em comparação com as mulheres nas áreas urbanas (em 2014).

Estudos em Burkina Faso, no Egito e na Etiópia mostraram que as mulheres que residem em áreas rurais são mais propensas a sofrer MGF ou dispostas a praticar MGF em suas filhas – e, ao mesmo tempo, têm atitudes mais favoráveis em relação à MGF, em comparação com aquelas que residem em áreas urbanas (Mohammed *et al.,* 2014; Tamire e Molla, 2013; UNICEF, 2012 e 2010; Karmaker *et al.,* 2011).

Na Mauritânia, mais de 90% das mulheres vindas das famílias mais pobres tiveram alguma forma de MGF, em comparação com 37% das mulheres das famílias mais ricas. As exceções incluem Burkina Faso, onde a prevalência é de 18% nas famílias mais pobres e 36% nas famílias mais ricas.

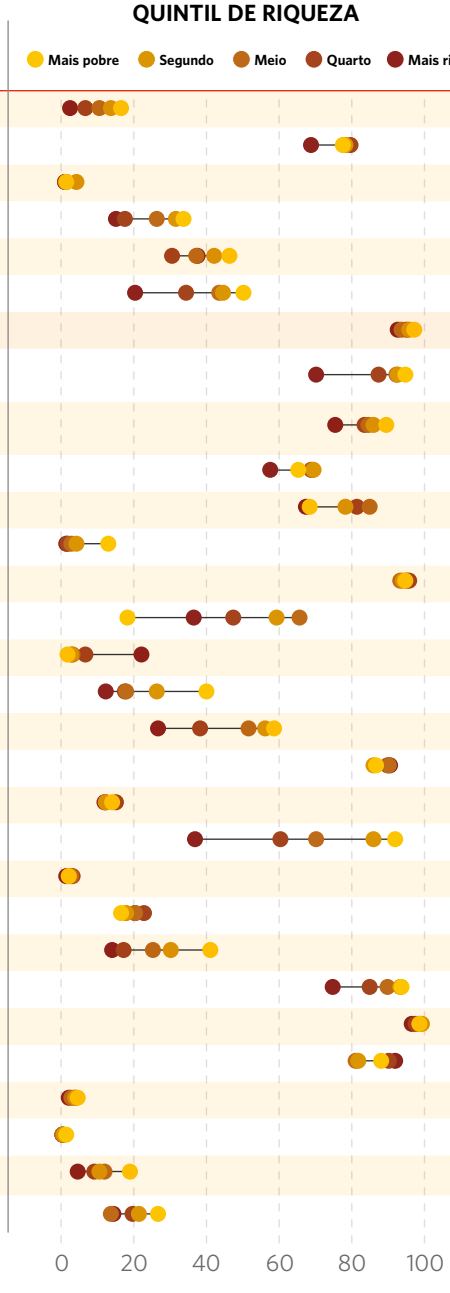
As evidências quantitativas que mostram uma associação entre a MGF e o nível educacional das meninas são limitadas, pois os estudos tendem a contar com relatos informais ou amostras não representativas (ICRW, 2016). No entanto, no Quênia, as evidências sugerem uma relação entre MGF e abandono escolar, e entre MGF e menor participação em atividades relacionadas à escola (Nyabero *et al.,* 2016; Magangi, 2015; Blessing e Sironko, 2014). Vários estudos quantitativos em Burkina Faso, no Egito, Irã, na Nigéria e no Iêmen mostraram que os baixos níveis de escolaridade da mãe previram significativamente mulheres e meninas submetidas à MGF (Dehghankhalili *et al.,* 2015; Mohammed *et al.,* 2014 Ahaonu e Victor, 2014; Al- Khulaidi *et al.,* 2013; Modrek e Liu, 2013; Hayford e Trinitapoli, 2011; Karmaker *et al.,* 2011).

"Fui a primeira porque era a mais velha. Disseram-me para abrir minhas pernas, então eu abri. Eu sangrei. Eu desmaiei. Mas tenho muita sorte de estar viva, porque muitas garotas morrem disso."

FIGURA 4.2

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas e mulheres de 15 a 49 anos, por residência urbana/rural e quintil de riqueza (%)

	Prevalência de MGF meninas e mulheres (%)	RESIDÊNCIA		ANO DE REF	FONTE DOS DADOS
		Urbana	Rural		
Benin	9	5	13	2014	MICS
Burkina Faso	76	69	78	2010	DHS/MICS
Camarões	1	1	2	2004	DHS
República Centro-Africana	24	18	29	2010	MICS
Chade	38	40	38	2014-15	DHS
Costa do Marfim	37	31	44	2016	MICS
Djibuti	94	94	98	2012	EDSF/PAPFAM
Egito	87	77	93	2015	Health Issues Survey (DHS)
Eritreia	83	80	85	2010	Population and Health Survey
Etiópia	65	54	68	2016	DHS
Gâmbia	76	77	72	2018	MICS
Gana	4	3	5	2011	MICS
Guiné	95	95	94	2018	DHS
Guiné-Bissau	45	40	50	2014	MICS
Iraque	7	7	8	2018	MICS
Quênia	21	14	26	2014	DHS
Libéria	44	37	56	2013	DHS
Mali	89	89	88	2018	DHS
Maldivas	13	14	12	2016-17	DHS
Mauritânia	67	55	79	2015	MICS
Níger	2	1	2	2012	DHS
Nigéria	19	24	16	2018	DHS
Senegal	24	20	28	2017	DHS
Serra Leoa	86	80	92	2017	MICS
Somália	98	97	98	2006	MICS
Sudão	87	85	87	2014	MICS
Togo	3	3	4	2017	MICS
Uganda	0	0	0	2016	DHS
República Unida da Tanzânia	10	5	13	2015-16	DHS
Iémen	19	17	19	2013	DHS



Definição do indicador: Percentual de meninas e mulheres de 15 a 49 anos submetidas à MGF.

Notas: Na Libéria, apenas as meninas e mulheres que ouviram falar da sociedade Sande foram perguntadas se eram membros; isso fornece informações indiretas sobre a MGF, uma vez que é realizada durante o início na sociedade.

Fonte: bancos de dados globais 2020 da UNICEF, com base em pesquisas demográficas e de saúde (DHS), pesquisas de agrupamento de indicadores múltiplos (MICS) e outras pesquisas representativas em nível nacional.

As tendências mostram um declínio, mas mais meninas são afetadas

A *proporção* de mulheres e meninas submetidas à MGF está diminuindo no geral, mas o *número* de mulheres e meninas submetidas a ela está crescendo devido ao crescimento da população. Esse número pode crescer de 4,1 milhões em 2020 para 4,6 milhões por ano até 2030, uma vez que a coorte de meninas em muitos países de alta prevalência está crescendo.

A proporção de mulheres e meninas submetidas à MGF vem diminuindo há anos. As tendências de dados extrapoladas de 30 países mostram que, no fim dos anos 1980, uma em cada duas meninas de 15 a 19 anos foi submetida à MGF. Nos mesmos países, atualmente, diminuiu para uma em cada três, conforme estimativa (UNICEF, 2020a).

Dados confiáveis podem ajudar os governos a acompanhar o progresso em direção à eliminação da MGF, subsidiar políticas e intervenções futuras, e ajudar a identificar onde o apoio às comunidades é mais necessário.

Dados nacionalmente representativos sobre MGF estão disponíveis principalmente em duas fontes: Pesquisas de Demografia e Saúde (*DHS*) e Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos (*MICS*). Os dados sobre MGF foram coletados por meio das DHS desde 1990 e das MICS desde 2000 (UNFPA, 2015). Embora essas pesquisas tenham fornecido informações sobre o escopo e o local da prática, a análise dos dados que emergem nem sempre é direta, uma vez que existem algumas dúvidas sobre a confiabilidade dos dados sobre a MGF autorreferida nas MICS e DHS que não são verificados por meio de exames clínicos.

À medida que mais e mais mulheres, meninas, homens e meninos aprendem sobre a MGF e seus danos, **CRESCE A OPOSIÇÃO À PRÁTICA.**

A oposição está aumentando

A oposição à MGF está aumentando, dando impulso ao abandono dessa prática danosa. Nas últimas duas décadas, a proporção de meninas e mulheres em países de alta prevalência que desejam que a prática acabe dobrou (UNICEF, 2020). À medida que mais e mais mulheres, meninas, homens e meninos aprendem sobre a MGF e seus danos, cresce a oposição à prática.

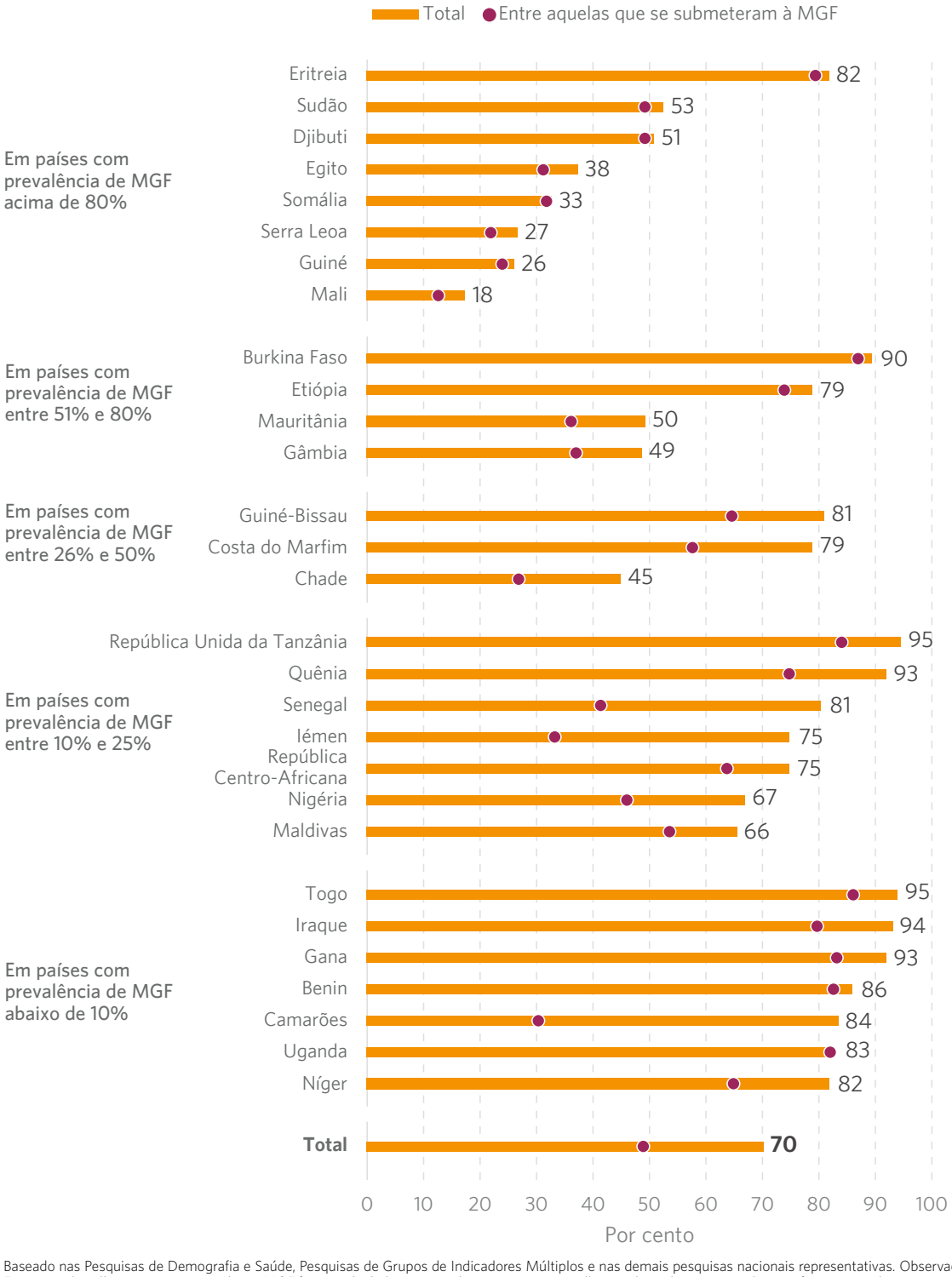
As atitudes de meninas e mulheres variam amplamente entre os países. Na maioria das regiões onde existem dados disponíveis, a maioria das mulheres e meninas acha que a prática deve acabar. No Egito, na Gâmbia, Guiné, no Mali e na Serra Leoa, no entanto, mais da metade da população feminina acha que a prática deve continuar.

Estudos demonstraram que mulheres que estão cientes dos riscos físicos associados à MGF – como infecções por HIV, fístula obstétrica e complicações ao dar à luz – têm menos probabilidade de continuar a prática (Ashimi *et al.*, 2015).

Cinco em cada 10 mulheres e meninas submetidas à MGF acham que a prática deve acabar (Figura 4.3). As meninas adolescentes são mais propensas do que as mulheres mais velhas a se oporem à MGF (Figura 4.4). Em 12 dos 19 países com dados sobre as convicções de meninos e homens, mais de 50% dos entrevistados se opõem à continuação da prática (Figura 4.5) (UNICEF, 2020).

FIGURA 4.3

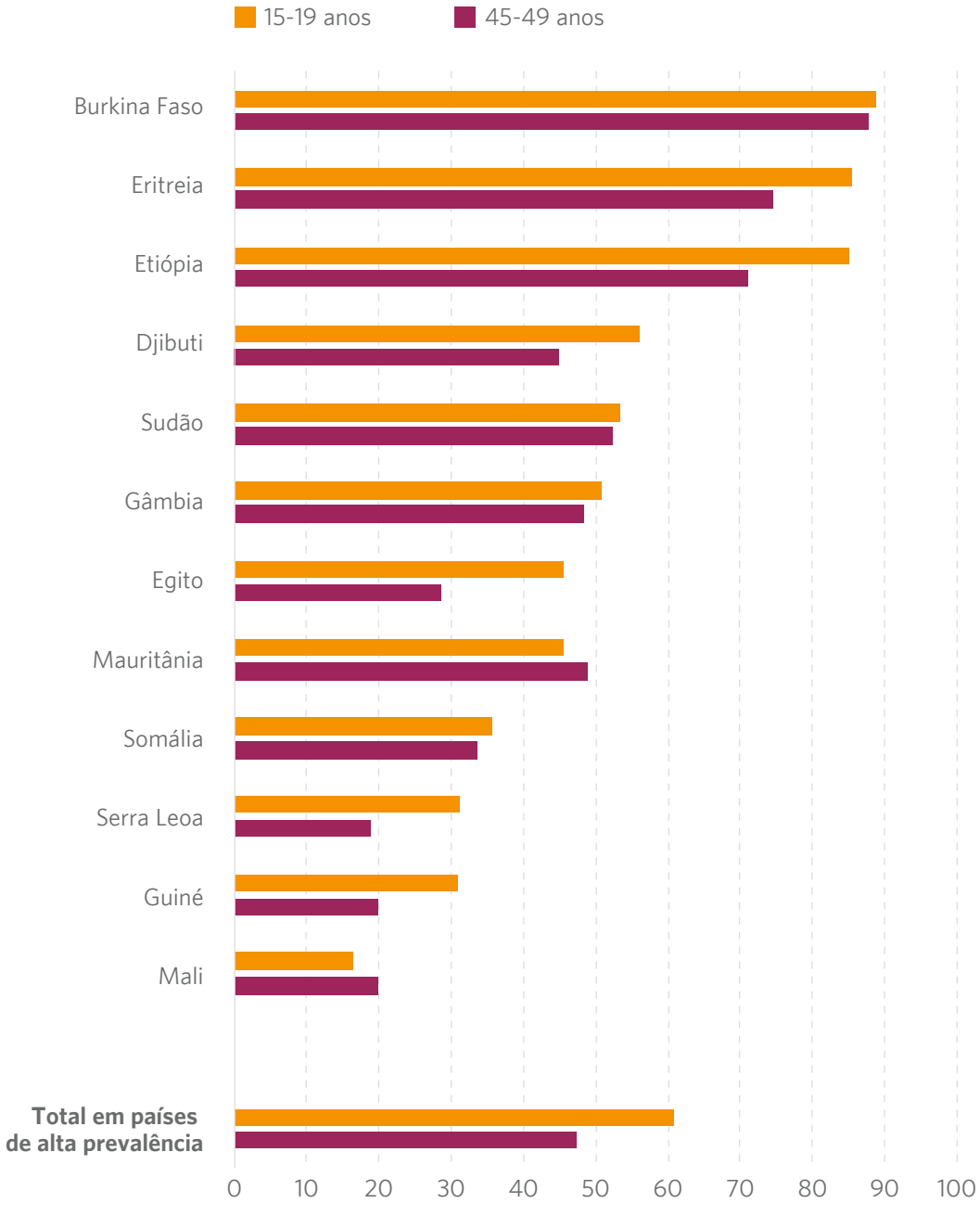
Porcentagem de meninas e mulheres entre 15 e 49 anos que ouviram falar da mutilação genital feminina (MGF) e acham que a prática deveria acabar



Baseado nas Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos e nas demais pesquisas nacionais representativas. Observações: No Egito e na Somália, as convicções sobre a MGF foram calculadas entre todas as meninas e mulheres, já que às entrevistadas não foi perguntado primeiramente se tinham ouvido falar sobre a prática. Os dados da Libéria não estão apresentados aqui, uma vez que apenas as meninas e mulheres que foram submetidas à MGF foram consultadas sobre suas opiniões com relação à prática. Os dados sobre as opiniões sobre a MGF não estão disponíveis na Indonésia.

FIGURA 4.4

Porcentagem de meninas adolescentes de 15 a 19 anos e mulheres de 45 a 49 anos em países de alta prevalência* que tinham ouvido falar da mutilação genital feminina (MGF) e acham que a prática deveria acabar

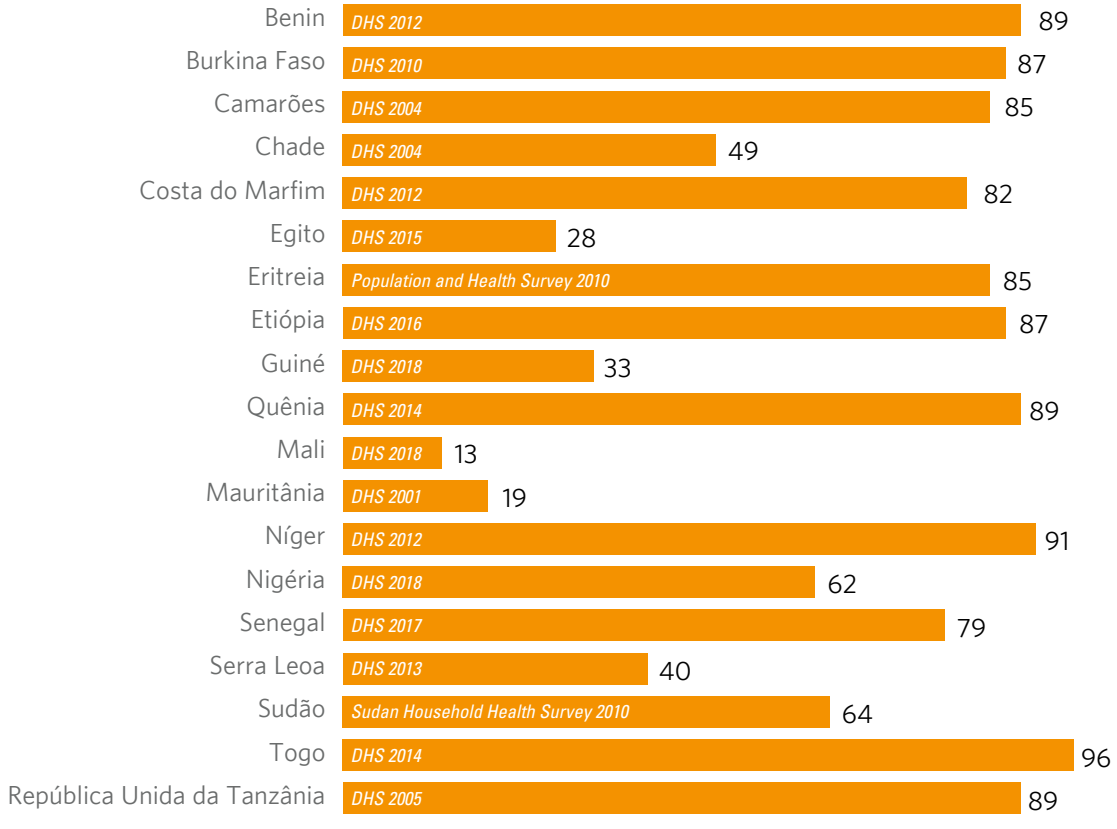


* Nos países de alta prevalência, pelo menos 50% das meninas e mulheres que foram submetidas à MGF.
Baseado nas Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos e demais pesquisas nacionais representativas.

Meninas adolescentes são mais propensas do que as mulheres mais velhas a se **OPOREM À MGF**.

FIGURE 4.5

Porcentagem de meninos e homens que ouviram falar da mutilação genital feminina e pensam que a prática deveria acabar



Baseado em Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas de Grupos de Indicadores Múltiplos e demais pesquisas nacionais representativas.

Problemas atuais

Medicalização da MGF

Os prestadores de serviços de saúde estão cada vez mais envolvidos na realização da MGF "medicalizada" (UNFPA, 2018). Estima-se que 52 milhões de mulheres e meninas foram submetidas à MGF realizada por médicos, enfermeiros ou parteiras (UNICEF, 2020). Em países como Egito e Sudão, estima-se que oito em cada dez meninas que se submetem à MGF têm o procedimento realizado nos consultórios de profissionais de saúde (2014).

Alguns prestadores de serviços de saúde concordam em executar o procedimento porque consideram a medicalização uma maneira de reduzir seus danos, acreditando que o uso de instrumentos esterilizados em ambientes limpos de consultório reduz o risco de infecção e complicações, ou que um médico oferecerá opções menos extremas, como perfuração ou cauterização da genitália.

Embora um profissional médico possa prometer um procedimento "menos extremo", não há garantia de que o resultado seja diferente do que se o procedimento fosse realizado por um praticante tradicional. Há evidências de que o que é frequentemente relatado como um "*nick*" ["cortezinho"] acaba sendo uma forma mais grave de MGF (Leye *et al.,* 2019; Morison *et al.,* 2001). Um estudo no Sudão que envolveu exames médicos de mulheres que alegaram ter sido submetidas a "apenas um cortezinho" descobriu que aproximadamente um terço havia sofrido infibulação, quando a vagina é parcialmente costurada fechada, e todas tiveram seus clitóris e pequenos lábios removidos (Elmusharaf *et al.,* 2006).

Diante da medicalização, é importante enfatizar que a MGF nunca poderá ser "segura" e que não há justificativa médica para a prática. Mesmo quando o procedimento é realizado em um ambiente estéril, por um profissional de saúde, há risco de consequências para a saúde imediatamente e mais tarde na vida. Sob quaisquer circunstâncias, a MGF viola os direitos humanos. Também viola a ética médica (OMS, 2016).

A realização da MGF no consultório médico serve para normalizar a prática, comprometendo os esforços para eliminá-la completamente. Assim como a MGF realizada por praticantes tradicionais, a MGF medicalizada causa danos físicos e psicológicos, perpetua a discriminação e a violência de gênero contra meninas e mulheres (Askew *et al.,* 2016), e viola a integridade corporal e a dignidade da pessoa (Nabaneh *et al.,* 2019). A MGF também é observada no Norte Global. A Sociedade Britânica de Ginecologia Pediátrica e Adolescente relatou que foram realizadas 266 reduções labiais em meninas com menos de 14 anos entre 2008 e 2012 (Barbara *et al.,* 2015).

Cruzando fronteiras, contornando proibições

A MGF transfronteiriça surgiu onde meninas, mulheres e praticantes tradicionais atravessam fronteiras para chegar a países vizinhos a fim de evitar processos segundo as leis domésticas que proíbem a prática (Sakeah *et al.,* 2019; Twenty-Eight Too Many, 2018). Algumas fronteiras modernas separaram grupos étnicos que compartilham uma história e tradições comuns, inclusive as práticas nocivas.

Dos 22 países com legislação que proíbe a MGF, apenas três têm leis que criminalizam a MGF transfronteiriça: Guiné-Bissau, Quênia e Uganda

(Twenty-Eight Too Many, 2018). Essa lacuna nos ordenamentos jurídicos "deixa de reconhecer a obrigação dos Estados de proteger todas as crianças dentro de sua jurisdição e não leva em consideração o caráter móvel e transnacional das comunidades praticantes" (Twenty-Eight Too Many, 2018). Sendo a colaboração insuficiente entre os governos, as meninas que vivem em comunidades praticantes ao longo das fronteiras com países com legislação mais fraca correm maior risco (Twenty-Eight Too Many, 2018).

Caminhos para um mundo livre da MGF

Acordos internacionais

Ao endossar, por unanimidade, a *Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável*, 193 Estados Membros comprometeram-se a erradicar a MGF até 2030. A Meta 5.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável é "eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas. "

Além disso, muitos tratados e convenções sobre direitos humanos exigem que os Estados Partes tomem todas as medidas – inclusive a promulgação de leis – para acabar com a MGF (Tabela 4.2). Depois que Burkina Faso aprovou uma lei, em 1996, por exemplo, a incidência de MGF caiu cerca de 30% (Crisman *et al.*, 2016). A diminuição não pôde, no entanto, ser atribuída apenas à lei, porque outras intervenções foram introduzidas ao mesmo tempo. Na Etiópia, um estudo constatou que intervenções paralelas envolvendo legislação, diálogos comunitários e religiosos e sessões de educação comunitária sobre os efeitos danosos contribuíram para uma certa diminuição na MGF (UNICEF, 2012).

TABELA 4.2 **Países com leis, decretos executivos ou resoluções relacionadas à mutilação genital feminina**

Austrália (seis de oito estados, 1994-2006)
Áustria (2002)
Bélgica (2000)
Benim (2003)
Burkina Faso (1996)
Canadá (1997)
República Centro-Africana (1996, 2006)
Chade (2003)
Colômbia (2009, por autoridades indígenas)
Costa do Marfim (1998)
Chipre (2003)
Dinamarca (2003)
Djibuti (1994, 2009)
Egito (2008)
Eritreia (2007)
Etiópia (2004)
França (1979)
Gâmbia (2015)
Gana (1994, 2007)
Guiné (1965, 2000)
Guiné-Bissau (2011)
Irlanda (2012)
Itália (2005)
Libéria (2018)
Luxemburgo (2008)
Quênia (2001, 2011)
Mauritânia (2005)
Nova Zelândia (1995)
Níger (2003)
Nigéria (2015)
Noruega (1995)
Portugal (2007)
Senegal (1999)
África do Sul (2000)
Espanha (2003)
Sudão (Kordofan do Sul 2008, Gedaref 2009)
Suécia (1982, 1998)
Suíça (2005, 2012)
Tanzânia (1998)
Togo (1998)
Uganda (2010)
Reino Unido (1985)
Estados Unidos (1996)
Zâmbia (2005, 2011)

Mudando normas

O fim da MGF exige mudanças nas normas sociais – aquilo em que as comunidades acreditam, como agem e como esperam que os membros de sua comunidade ajam (Johansen *et al.,* 2013; Mackie, 2009). As normas de gênero – um subconjunto de normas sociais – moldam como homens e mulheres se veem, seus relacionamentos sociais e íntimos, sua sexualidade e a distribuição de poder e recursos (Alexander-Scott e *Violence Against Women*, 2016). Tanto as normas sociais quanto as de gênero devem mudar antes que a comunidade decida abandonar uma prática nociva.

As mulheres eventualmente mantêm as normas que as prejudicam porque os custos sociais de agir de outra maneira seriam inaceitavelmente altos. Embora uma norma social possa ser prejudicial, ela pode dar status às mulheres em suas comunidades, e algumas mulheres por vezes toleram a perda de controle e atitude em troca de apoio econômico (Sen e Ostlin, 2008).

A abordagem das normas sociais com vistas à eliminação foi fundamental para o sucesso de iniciativas como o Programa de Empoderamento da Comunidade, lançado em 1988 no Senegal e implementado pela Tostan, uma organização não governamental (Diop *et al.,* 2004). O programa apoia mudanças nas normas sociais, estimulando a reflexão pessoal e coletiva, e o pensamento crítico, por meio de diálogos comunitários, sessões de educação e "difusão organizada" (UNICEF, 2010).

A difusão organizada envolve a divulgação e o reforço de informações sobre os benefícios do abandono da MGF dentro das comunidades e entre elas, usando a comunicação ponto a ponto, bem como as mídias de massa e sociais.

UMA PARTEIRA abandona a faca e TRANSFORMA sua comunidade

© UNFPA Indonesia

Quando Suci Maesaroh frequentava a escola de obstetrícia na Indonésia, a mutilação genital feminina, ou MGF, não estava incluída no currículo. Mas, assim que ela começou a trabalhar, ficou claro que realizar a MGF era uma expectativa de sua profissão.

"Aprendi a fazer a circuncisão feminina e a pratiquei diretamente na comunidade", explica Maesaroh com naturalidade. "Durante meu trabalho na clínica, por dois anos, realizei a MGF – ou circuncisão feminina – em minhas pacientes, porque fazia parte do pacote de serviços que eu prestava."

Ela lembra vividamente: "Toda vez que uma família me pedia, eu circuncidava o bebê com uma pinça cirúrgica na parte sensível de um bebê recém-nascido. Prendia até o bebê chorar; caso contrário, limpava antes e depois apenas prendia. Então o bebê chorava.

Embora a MGF seja mais amplamente associada a partes da África, é uma prática global. Ocorre em comunidades ao redor do mundo, passando por várias etnias e religiões. Na Indonésia, sabe-se que a prática ocorre, mas não é bem estudada.

Maesaroh não tinha conhecimento da MGF até começar a executá-la como parteira. "Inicialmente, eu não sabia se a circuncisão feminina era perigosa ou não, porque é realizada apenas para seguir práticas religiosas e culturais", relata.

Dois anos depois de iniciar sua carreira, ela participou de uma oficina sobre MGF, apoiada pelo UNFPA, que tratava das consequências físicas e psicológicas da prática – da dor e perda de sensibilidade ao risco de hemorragia e morte. "No dia seguinte, prometi a mim mesma que não realizaria mais a MGF. E comecei a informar minhas pacientes, a educar minhas pacientes sobre os fatos de saúde relativos à MGF."

Maesaroh também assumiu sua posição publicamente, postando sobre isso nas mídias sociais e falando sobre a prática dentro da comunidade.

Ela descobriu que muitos pais e mães não eram fortemente apegados à prática. "A maioria dos meus pacientes não sabia o que era a circuncisão feminina, nem por que é praticada. Eles apenas seguiam o que, segundo eles, eram crenças religiosas ou culturais. Depois de informá-los pacientemente, alguns deles finalmente também se recusaram a realizar a MGF em suas filhas."

Mas Maesaroh também enfrentou uma oposição ferrenha – mais surpreendentemente, de sua própria família e de colegas. "Até minha mãe me disse que a MGF ou a circuncisão feminina era a tradição da família", diz ela.

"Muitas das minhas amigas ficaram contra mim", acrescenta, observando que algumas

"No dia seguinte, prometi a mim mesma que **NÃO realizaria mais a MGF**. E comecei a informar minhas pacientes, a **EDUCAR MINHAS PACIENTES** sobre os fatos de saúde relativos à MGF."

parteiras argumentaram a favor da MGF porque ela oferecia uma fonte de renda. "Eu ressaltei que não deveríamos procurar uma fonte de lucro se ela puder prejudicar a paciente."

Maesaroh deixou de trabalhar na clínica onde a MGF era considerada um procedimento de rotina. Ela agora presta serviços diretamente a mulheres grávidas e puérperas. Durante as visitas domiciliares, diz às famílias que a MGF é uma prática perigosa, sem base religiosa e sem benefícios à saúde.

Ela afirma que é assombrada pelos anos que passou realizando a MGF. "Às vezes sinto pena, porque não achava que, por exemplo, pinçar partes sensíveis ou a parte do clitóris fosse muito doloroso", diz ela.

Mas ela tem esperança de que as coisas mudem. Com o tempo, sua família e muitos de seus amigos convenceram-se de sua perspectiva. "Finalmente, meus pais agora também me apoiam no movimento para não fazer mais circuncisão feminina."

Ela ficou feliz em fazer parceria com a *Indonesian Midwives Association* [Associação de Parteiras da Indonésia], poderosa defensora da erradicação da MGF. Maesaroh diz que os profissionais de saúde têm que liderar o caminho, porque eles têm autoridade e credibilidade para convencer os pais a abandonar a prática.

"Tenho certeza de que, se explicarmos às nossas pacientes, elas não vão pedir nem querer que suas meninas sejam circuncidadas", diz ela.

Esse modelo cria um movimento social que envolve comunidades e aqueles que são influentes nelas, como líderes religiosos. Uma vez envolvidos os membros da comunidade, alcança-se um "ponto de inflexão", o que leva à adoção de uma nova norma social para manter intactas meninas e mulheres (UNICEF, 2010). A mudança coletiva é marcada por uma promessa da comunidade: uma declaração pública de abandono da MGF.

Um elemento importante do modelo do Programa de Empoderamento da Comunidade é o foco em direitos humanos, que molda as discussões da comunidade sobre práticas que violam os direitos de meninas e mulheres, ajudando a afastar as normas sociais e de gênero da MGF (Costello *et al.,* 2015; UNICEF, 2010).

Para mudar as normas sociais em direção ao abandono da MGF, a mudança deve vir de dentro e ser liderada pela comunidade (Cislaghi, 2019; Spindler, 2015; Berg e Denison, 2013; Johansen *et al.,* 2013). As abordagens participativas são mais eficazes do que aquelas que visam educar ou ensinar as comunidades (Diop e Askew, 2009). Uma avaliação do Programa Conjunto do UNFPA-UNICEF para Eliminar a Mutilação Genital Feminina constatou que as abordagens lideradas pela comunidade levaram a mudanças de "aprovação pública geral da MGF" para "condenação pública geral da MGF" (UNFPA e UNICEF, 2013).

Líderes tradicionais e religiosos

Os líderes tradicionais e religiosos frequentemente são responsáveis por tomar decisões-chaves e atuam como guardiões da tradição, cultura e dos direitos, e podem ser fundamentais no convencimento dos membros da comunidade a adotarem novas normas, tais como o abandono da MGF (Palitza, 2014; UNICEF, 2010). Onde

a MGF pode ser vista como uma exigência religiosa, os líderes religiosos estão em posição de poder fazer declarações públicas que desvinculem a MGF e a religião e, portanto, influenciam as decisões das famílias sobre submeter ou não as meninas à MGF, como fizeram líderes muçulmanos e cristãos no Egito, na Eritreia, Etiópia, no Mali, na Mauritânia e Somália (UNICEF, 2010; Hadi, 1998).

Abordagens holísticas e multissetoriais

Como as práticas nocivas são mantidas por uma mistura de forças da sociedade, abordá-las exige condutas multissetoriais holísticas que envolvam famílias, líderes comunitários, instituições e formuladores de políticas (Heise e Manji, 2016; Feldmans-Jacobs, 2013).

O Programa Conjunto UNFPA-UNICEF para Eliminação da Mutilação Genital Feminina, por exemplo, possui um design holístico que funciona nos níveis global, regional, nacional e nas bases e em setores que vão desde educação e saúde até proteção social e justiça. Como resultado, o programa desenvolveu sinergias que facilitam o engajamento de diversas partes interessadas, incluindo organizações religiosas, professores, grupos de jovens, policiais, prestadores de serviços de saúde e pais no apoio à mudança estrutural (UNFPA e UNICEF, 2013).

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

Marketing de normas sociais

O marketing de normas sociais integra ferramentas de marketing e outras técnicas e canais especificamente com o intuito de alterar as normas sociais e os comportamentos conduzidos por elas. O uso de meios de comunicação de massa e abordagens de marketing é uma maneira eficiente de atingir um grande número de pessoas a um custo relativamente baixo, e também é particularmente adequado para mudar atitudes em relação a comportamentos e normas prejudiciais em escala (Alexander-Scott *et al.,* 2016).

Um exemplo disso é a campanha *Saleema*, do Sudão, iniciada em 2008, que promove uma visão positiva, ou seja, de que as meninas que permanecem intactas são respeitáveis (UNFPA e UNICEF, 2013). A campanha comunica nova terminologia positiva para descrever os corpos naturais de meninas e mulheres na televisão, no rádio e na mídia impressa (Rahman *et al.,* 2018).

Sustentando os compromissos da comunidade

Os sistemas baseados na comunidade que servem para acompanhar as declarações públicas sobre o abandono da MGF podem ter papel importante na proteção das meninas da prática. No Senegal, por exemplo, as comunidades que aprovaram declarações da comunidade contra a MGF criaram comitês para rastrear casos de MGF ou acompanhar famílias que pretendem submeter uma menina à prática. Esses comitês conscientizam sobre a importância de abandonar a MGF e de fato convencem os membros da comunidade a deixarem suas filhas intactas (UNFPA e UNICEF, 2013).

O papel dos clubes femininos

Clubes para meninas adolescentes, dentro e fora da escola, podem oferecer oportunidades de aprender sobre MGF e outros assuntos que afetam suas vidas e de expandir suas redes sociais. Os clubes para meninas também podem ajudar a mudar as normas de gênero, aumentando a autoconfiança das meninas, incentivando-as a expressar suas opiniões, e fornecendo acesso a modelos de conduta que também podem servir como mentores que apoiem as meninas na transição da adolescência para a vida adulta (Marcus *et al.,* 2017; Brady *et al.,* 2007).

Um papel para os homens

Muitos homens gostariam que a MGF terminasse – mais da metade dos homens e meninos pesquisados em países com dados disponíveis – mas têm medo de expressar suas opiniões por causa da extrema pressão social. As comunidades podem promover mudanças internas criando espaço para o diálogo entre homens e mulheres sobre os danos provocados e os benefícios a serem obtidos com o abandono da prática (Mitike,

2009). Os clubes masculinos podem facilitar a obtenção de conhecimentos de saúde, o que lhes permitirá fazer escolhas conscientes e saudáveis para suas famílias e para si próprios (Varol *et al.,* 2015). Os clubes podem aumentar a conscientização e fornecer educação em saúde reprodutiva para homens (Onyango *et al.,* 2010; Spadacini e Nichols, 1998).

O fim da MGF à vista

O fim da MGF até 2030 está ao nosso alcance, mas é necessária uma ação acelerada, ou a meta não será alcançada e mais milhões de meninas serão prejudicadas, tendo seus direitos violados. Embora tenha havido algum progresso, não foi rápido o suficiente para eliminar essa prática nociva nos próximos 10 anos. Mesmo em países onde a MGF se tornou menos prevalente, o progresso precisaria ser pelo menos 10 vezes mais rápido para atingir o objetivo global de eliminação total até 2030 (UNICEF, 2020).

Os programas devem empoderar mulheres e meninas que se opõem à MGF para que suas vozes sejam ouvidas. Programas que capacitam comunidades e alteram normas sociais resultaram no abandono duradouro da MGF. Uma análise recente constatou que, se esforços bem-sucedidos dirigidos pela comunidade fossem ampliados e totalmente financiados, essa prática nociva acabaria em 31 países até 2030 (UNFPA, 2020). A análise estimou que seriam necessários US$ 2,4 bilhões em 10 anos para atingir esse objetivo. Desse total, US$ 2,1 bilhões são necessários para programas de prevenção da MGF, US$ 225 milhões para programas de proteção e US$ 130 milhões para cuidados e tratamento.

Governos, sociedade civil, movimentos sociais e ativistas – bem como as próprias comunidades – sabem o que funciona.

“Precisamos abafar as mensagens de medicalização e abraçar a ideia de uma sexualidade positiva e saudável.”

Sobreviventes e defensores da causa exigem uma REAVALIAÇÃO da mutilação genital feminina—

e da sexualidade das mulheres

Foto cortesia de Randa Diaa

Randa Diaa lembra-se de que usava um vestido vermelho novo, a música que tocava e a hena que decorava sua mão.

"Fiquei muito feliz", lembra ela, "eles me fizeram sentir como uma noiva".

Mas então ela foi levada ao consultório médico. E se lembra de que seu "coração afundou" ao perceber que estava lá para um procedimento: mutilação genital feminina (MGF). Ela tinha sete anos.

Em sua comunidade, na província de Aswan, no Alto Egito, esses eram os rituais associados ao corte de meninas. "É uma celebração", diz, "nos vestimos de vermelho, aplicamos hena e nos banhamos no Nilo".

> “Sempre ouvimos dizer que praticar esportes, por exemplo, é bom para você. **Também devemos enquadrar a sexualidade como algo saudável**, como algo normal que pode criar um **casamento saudável e fazer as pessoas felizes**”.

O dia não transcorreu como planejado. Houve complicações com o procedimento. Ela passou três dias inconsciente em uma unidade de terapia intensiva. Lembra-se de acordar e ver a mãe chorando e rezando ao lado da cama.

Quando ela finalmente voltou para casa, seu pai recebeu um fluxo constante de convidados parabenizando-o pela “entrada na maioridade” de sua filha.

“Lembro que meu pai estava com os olhos lacrimejantes o tempo todo”, diz Diaa, “e quando as pessoas perguntavam o que havia de errado, ele dizia que o médico havia cortado uma artéria principal”.

Alguns dias depois, contra as ordens do médico, Diaa saiu para brincar com os amigos. “Estávamos passando a bola um para o outro, mas um garoto esbarrou em mim, eu caí e comecei a sangrar”, lembra. A queda reabriu o ferimento de Randa, enviando-a de volta ao hospital.

A MGF continua sendo uma das violações mais amplamente disseminadas aos direitos das meninas e das mulheres no Egito. Um espantoso índice de 92% das mulheres que são ou foram casadas, com idades entre 15 e 49 anos, foram submetidas à MGF, de acordo com a pesquisa demográfica e de saúde do país em 2014.

A grande maioria dos casos – 82% – é realizada por profissionais médicos, dando a aparência de legitimidade a uma prática sem benefícios médicos e com graves consequências por toda a vida.

Diaa diz que sua experiência abriu essa conversa em sua família. "Estamos sempre falando sobre isso. A MGF continua sendo um tópico recorrente de discussão em minha casa." Ela e seus irmãos cresceram e tiveram suas próprias filhas; nenhuma das meninas foi submetida à MGF.

Hoje, Diaa tem 40 anos e é uma forte lutadora contra a MGF. Ela fundou sua própria organização não governamental dedicada a ajudar sua comunidade a abandonar a prática. Visita membros da comunidade para falar sobre os danos causados pela MGF e até publicou um livro de contos inspirados em sua própria experiência e nas de outras sobreviventes que conheceu.

Ela enfrenta forte oposição, principalmente de mulheres mais velhas, como as avós e sogras das pessoas que visita. "Eu sou constantemente atacada, principalmente por sogras", diz. "Eles me chamam de infiel, e uma mulher até me expulsou da casa uma vez."

Uma das razões pelas quais a prática permanece tão persistente no Egito é porque os primeiros esforços de *advocacy* se concentraram principalmente nos danos físicos da MGF, em vez de abordar a causa raiz – desigualdade de gênero – explica a Dra. Hania Sholkamy, antropóloga da Universidade Americana no Centro de Pesquisa Social do Cairo. Ela diz que a ênfase no dano físico levou o Egito "por um caminho sombrio" em direção à medicalização.

Em vez disso, as pessoas devem entender que a prática decorre de interpretações religiosas errôneas e crenças culturais que são pretextos "para mascarar o que é essencial, ou seja, controlar a sexualidade das mulheres", diz ela, acrescentando que o medo da sexualidade das mulheres vem da crença profunda de que as mulheres não devem ser dominantes.

"Também há uma crença de que a sexualidade de uma mulher está além da razão; portanto, controlá-la significa permitir que ela permaneça celibatária até o casamento, ou que ela aguente ter o casamento postergado, ou relações sexuais pouco frequentes", explica.

Em vez de enquadrar a MGF como um risco à saúde, Sholkamy acredita que a sexualidade deve ser reformulada.

"Sempre ouvimos dizer que praticar esportes, por exemplo, é bom para você. Também devemos enquadrar a sexualidade como algo saudável, como algo normal que pode criar um casamento saudável e fazer as pessoas felizes", diz ela.

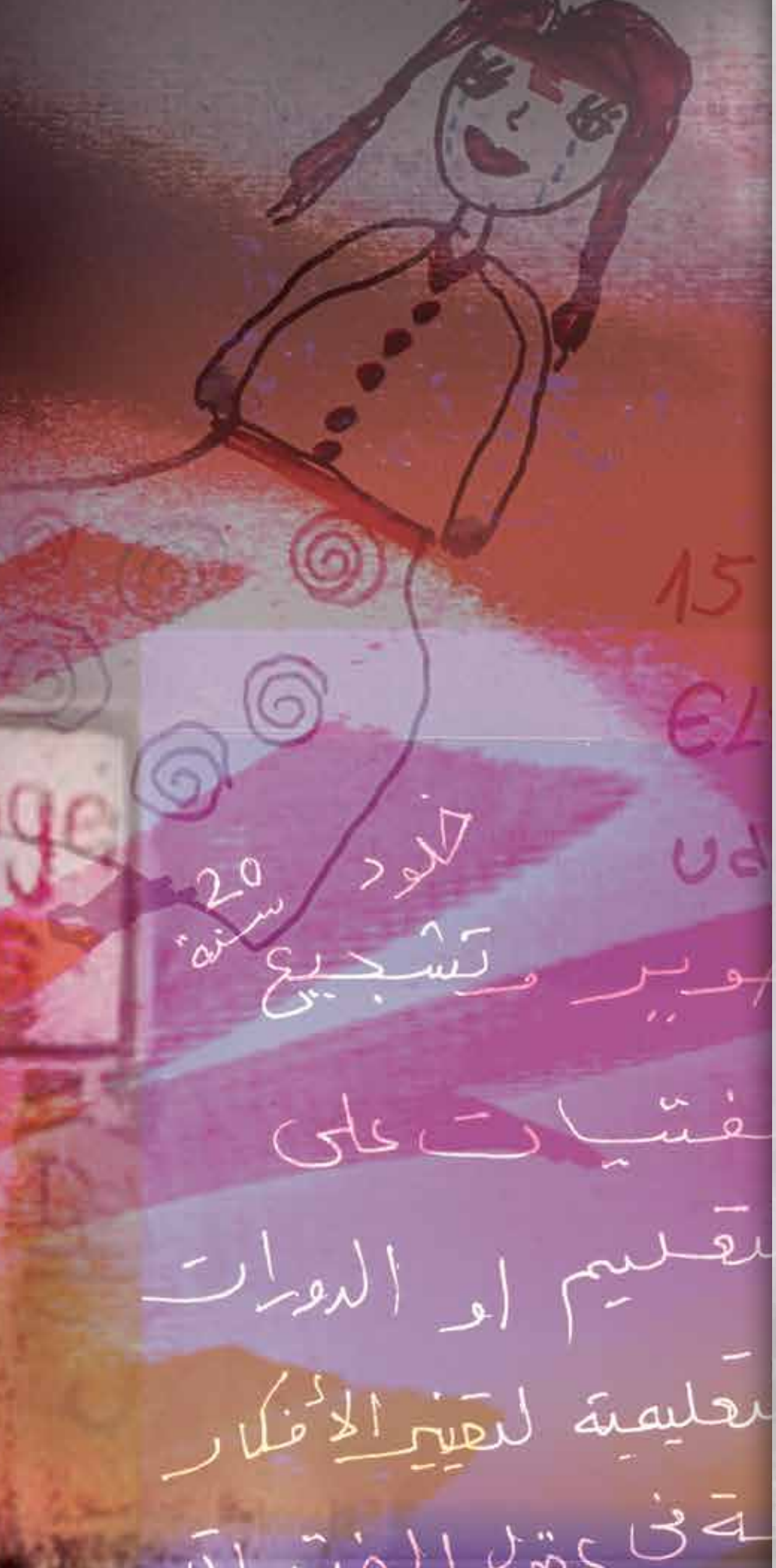
Sholkamy acredita que as mensagens devem se concentrar em "sexualidade saudável e relações de gênero saudáveis".

"Precisamos abafar as mensagens de medicalização e abraçar a ideia de uma sexualidade positiva e saudável", explica ela.

"Isso pode permitir uma mudança na questão da MGF."

PROMETIDA
DOADA
NEGOCIADA
VENDIDA

O casamento infantil AFETA 33.000 VIDAS todos os dias



Quando uma MENINA se casa, seus direitos são VIOLADOS.

Seus estudos são interrompidos.
Vem a gravidez.
As oportunidades evaporam.
As portas para o futuro se fecham.

Às vezes, ela é doada; em outras, é trocada por algo de valor. Às vezes, ela é um fardo transferido para outra pessoa, ou é entregue a alguém considerado capaz de garantir sua segurança. Mas, raramente – se é que alguma vez isso acontece – é ela quem toma a decisão.

"Eu tinha apenas 12 anos quando me casei com meu primo de 25 anos. Minha mãe entrou no meu quarto enquanto eu estava sentada no chão, colorindo meu livro de princesas para colorir. Ela se sentou na cama e me disse: 'Najma, amanhã você vai se casar'."

Casamentos de crianças são quase universalmente proibidos, mas acontecem 33.000 vezes por dia, todos os dias, em todo o mundo. Estima-se que 650 milhões de meninas e mulheres vivas hoje casaram-se quando eram ainda crianças e, até 2030, outras 150 milhões de meninas com menos de 18 anos irão se casar.

Das práticas prejudiciais que o UNFPA se comprometeu a erradicar, o casamento infantil é o mais prevalente, comprometendo os direitos e o futuro de 12 milhões de meninas por ano. Atingir zero casamentos de crianças até 2030 é uma meta estabelecida pelo UNFPA e uma prioridade na *Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável* e seus respectivos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Embora o custo disso para os direitos, as escolhas e oportunidades individuais das meninas seja incalculável, as tentativas de medir a perda do potencial humano impõem um alto preço econômico ao casamento infantil. O Banco Mundial descobriu que, em apenas 12 países em que o casamento infantil é predominante, a perda de capital humano chegaria a US$ 63 bilhões entre 2017 e 2030 – muito mais do que esses países receberam em assistência oficial ao desenvolvimento (Wodon *et al.,* 2018). A eliminação do casamento infantil traria enormes benefícios, não apenas para o empoderamento das meninas, mas também para sua saúde, educação e bem-estar, bem como para comunidades e nações.

Sem direito de decidir se, quando e com quem se casar

O casamento infantil é uma violação fundamental dos direitos humanos que rouba das meninas sua educação, saúde e suas perspectivas de longo prazo. Definida como uma união em que qualquer uma das partes tem menos de 18 anos de idade, existe em todo o mundo, mas é mais comum em áreas pobres e rurais de alguns países em desenvolvimento. O casamento infantil aplica-se a meninos e meninas, mas os maiores efeitos nocivos recaem sobre as meninas, devido ao maior número de afetados e ao dano específico que as meninas sofrem por se casarem muito jovens. Quando os meninos são casados jovens, acelera-se sua transição para papéis de adultos e isso traz a pressão de ter que prover suas famílias recém-formadas.

O casamento infantil é uma prática prejudicial, comumente imposta às crianças por membros da família, membros da comunidade ou da

sociedade em geral, independentemente de a vítima fornecer ou ser capaz de fornecer um consentimento completo, livre e esclarecido. Às vezes, o casamento infantil é descrito pela terminologia como casamento "forçado" ou "precoce". Em muitas sociedades, o casamento aos 18 anos e por volta dos 20 anos seria considerado casamento "precoce", mas isso não necessariamente traz as violações ou os danos específicos causados pelo casamento com menos de 18 anos. O casamento forçado pode acontecer em qualquer idade, mas nem todos os casamentos com menos de 18 anos são forçados – em algumas partes do mundo, casamentos ou uniões consensuais em que um ou ambos os parceiros são menores de idade não são incomuns. No entanto, muitos desses casamentos e uniões "espontâneas" são motivados pela proibição social da atividade sexual entre adolescentes solteiros – principalmente meninas – e pelo desejo de independência e mobilidade dos adolescentes; eles também podem ser vistos como uma maneira de escapar da pobreza e da violência familiar (Greene et al, 2018).

O casamento infantil existe em todas as regiões

O casamento infantil é um grande desafio social enfrentado por países em várias partes do mundo, mas a questão é mais aguda no sul da Ásia, na África subsaariana e em partes da América Latina e do Caribe. Existe em muitos contextos diferentes, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, mas sua prevalência tanto historicamente quanto hoje em dia varia enormemente. (Prevalência é a porcentagem de mulheres de 20 a 24 anos que se casaram ou vivem em uma união informal desde antes dos 18 anos). Na Suécia, um país com extensos registros históricos, por exemplo, apenas 9,3% das meninas se casaram aos 19 anos no período 1646 a 1750, e isso diminuiu para 7,2% em 1860 (Lundh, 2003). Nos Estados Unidos, números recentes de Nova Jersey, onde, até 2019, os casais podiam se casar já com 16 anos com o consentimento dos pais, mostram que cerca de 3.500 menores de idade se casaram entre 1995 e 2012 – a maioria eram meninas de 16 e 17 anos, casadas com um adulto acima de 18 anos (Reiss, 2015).

No âmbito mundial, a prevalência de casamento infantil/precoce é de cerca de 21% (UNICEF, 2019a). A prevalência do casamento infantil era de quase 60% no sul da Ásia em 1990 (Wodon et al. 2018a). Atualmente, a maior prevalência está na África Ocidental e Central – com 40% –, seguida pela África Oriental e Austral – com 34% (UNICEF, 2019a). Na América Latina e no Caribe, uma em cada quatro meninas é casada ou vive em união informal antes dos 18 anos; em algumas partes da região, esse número é superior a uma em cada três (UNICEF, 2019b).

Embora os avanços na Índia tenham contribuído para um declínio de 50% no casamento infantil no sul da Ásia – para 30% em 2018 (UNICEF, 2019c) –, a região ainda é responsável pelo maior número de casamentos infantis todos os anos, estimado em 4,1 milhões em 2017, ao passo que a África subsaariana responde por 3,4 milhões (Wodon *et al.,* 2018a). Outras partes do mundo em desenvolvimento têm prevalências consideravelmente mais baixas, 18% no Oriente Médio e no norte da África, e 7% no leste da Ásia e no Pacífico (UNICEF, 2019a). Em Bangladesh, República Dominicana, Nicarágua e 17 países da África subsaariana, pelo menos 10% das mulheres jovens eram casadas ou viviam em uniões estáveis antes dos 15 anos (UNICEF, 2019a).

A prevalência do casamento infantil está diminuindo no mundo todo, passando de cerca

de 25% em 2006 para 21% em 2018, com vários países – principalmente a Índia – que tiveram reduções significativas (UNICEF, 2018). Uma análise das tendências em 56 países para os quais os dados do Banco Mundial estavam disponíveis para o período de 1990 a 2018 mostrou três tendências identificáveis: em um terço dos países, a prevalência caiu 0,6 ponto percentual por ano, por um declínio linear ou constante; em um terço, diminuições abruptas (13 pontos percentuais em média) foram seguidas por períodos de pouca ou nenhuma mudança; e em um terço não houve redução ou ocorreu um aumento de até 0,5 ponto percentual (Tabela 5.1). Se o intuito é alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável de erradicar o casamento infantil até 2030, os esforços mais concertados precisam ser feitos no sul da Ásia, na África subsaariana, na América Latina e no Caribe.

O casamento infantil atinge países, culturas, religiões e etnias indistintamente. Isso acontece porque as meninas geralmente têm menos valor do que os meninos e porque pobreza, insegurança e acesso limitado a educação de qualidade e oportunidades de trabalho significam que o casamento infantil é frequentemente visto como a melhor opção para meninas (Girls Not Brides, 2019), ou como uma maneira que os pais encontram para atenuar as difíceis circunstâncias econômicas da família. Em todas as regiões, o casamento infantil está intimamente ligado a baixos níveis de educação, pobreza e residência em zonas rurais.

Fatores decisivos e determinantes

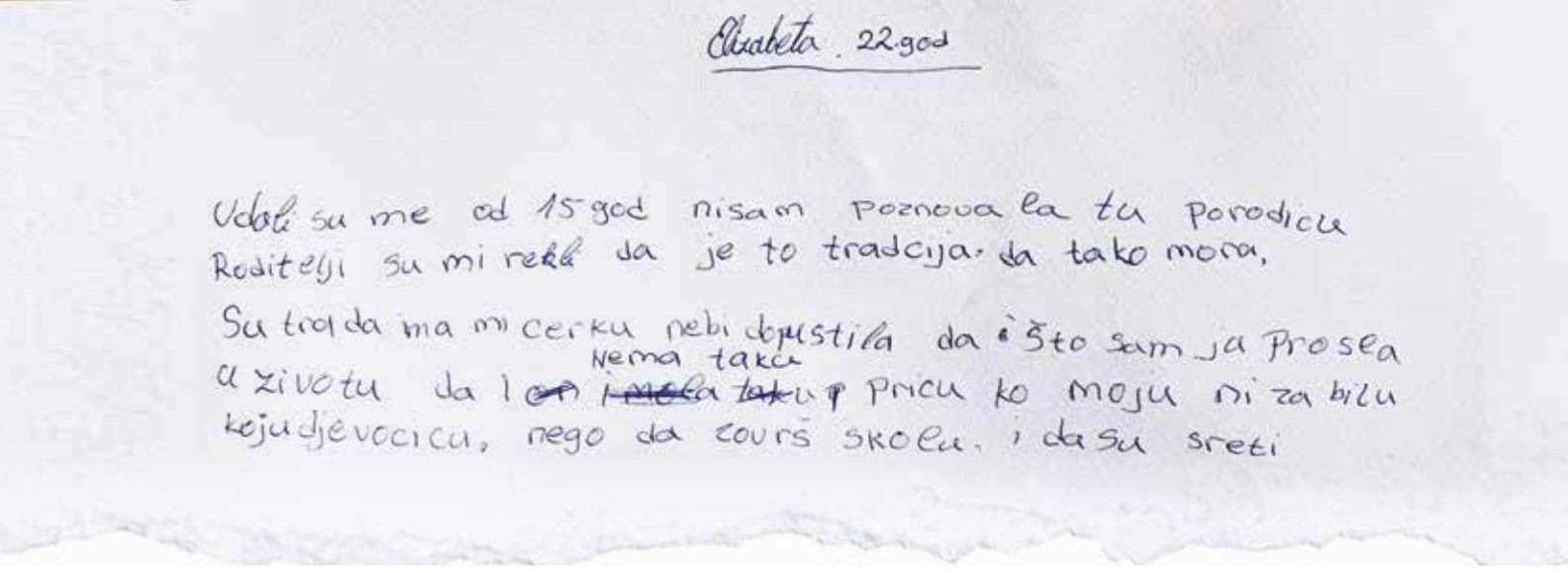
Normas discriminatórias sociais e de gênero

A discriminação de gênero, refletida nas instituições patriarcais e nas normas socioculturais, relega meninas e mulheres ao seu

TABELA 5.1 **Quase dois terços dos países mostram um declínio no casamento infantil de 1990 a 2018, número por região**

	Número de países com um declínio constante	Número de países com redução abrupta	Número de países com nenhuma mudança ou aumento	Total
África subsaariana	7	9	12	28
Sul da Ásia	2	3	0	5
América Latina	3	1	6	10
Outros	5	4	4	13
Total	**17**	**17**	**22**	**56**
Meninas casadas a partir de 2018	**16.2 milhões**	**41.6 milhões**	**13.1 milhões**	**70.9 milhões**

Observação: A tabela abrange 56 países com quatro ou mais pontos de dados.
Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial 2019


Elizabeta. 22.god

Udali su me od 15 god nisam poznovala tu porodicu
Roditelji su mi rekli da je to tradcija. da tako mora,
Su tra da ma mi cerku nebi dopustila da i Što sam ja prosla
u zivotu da i nema taku priču ko moju ni za bilu
koju djevocicu, nego da cours skolu. i da su sreti

Eu era casada aos 15 anos, não conhecia essa família. Meus pais me disseram que é uma tradição e que é assim que deve ser. Amanhã, se eu tiver uma filha, não a deixarei ter uma vida como a minha. Eu passei por isso para que ela não tenha uma história como a minha. Ou qualquer garota. Elas têm que terminar a escola e ser felizes.

Elizabeta, 22 anos de idade, Bósnia e Herzegovina

papel de mão de obra doméstica não remunerada, parideiras e mães. Essa discriminação se estende ao atribuir um alto valor à virgindade de uma menina e aos medos sobre a sexualidade feminina, que contribuem para que as meninas sejam forçadas a se casar precocemente, enquanto ainda estão "intactas" (Khanna *et al.,* 2013). Alguns pais acreditam que o casamento precoce seja uma salvaguarda contra o sexo antes do casamento e proteção contra assédio sexual (UNFPA, 2012a). Perpetuando o ciclo, as mães mais jovens podem ter pouco poder para decidir se e quando suas filhas se casarão, deixando o marido e outros membros da família e da comunidade com o poder de tomar decisões que alteram a vida em nome das meninas (UNICEF e UNFPA, 2018). Outros fatores sociais incluem senso de tradição e obrigação social, risco de gravidez fora do casamento – evitando críticas pelas quais meninas solteiras mais velhas podem ser consideradas impuras – e a crença em algumas comunidades de que a religião incentiva o casamento a partir da puberdade (Karam, 2015).

As normas sociais sustentam todos os sistemas de casamento. As normas que sustentam o casamento infantil em uma sociedade específica são baseadas em crenças tais como caminhos esperados para a vida adulta, opiniões sobre sexualidade entre meninos e meninas, opiniões sobre papéis de gênero, importância do respeito pelas hierarquias etárias, interpretações de crenças religiosas, desigualdade de gênero subjacente e definições de papéis econômicos baseadas em gênero. Muitas são normas patriarcais que relegam meninas e mulheres a um status inferior e subserviente, restringindo sua autonomia para tomar suas próprias decisões (Greene *et al.,* 2018).

Meninas não têm voz nem escolha

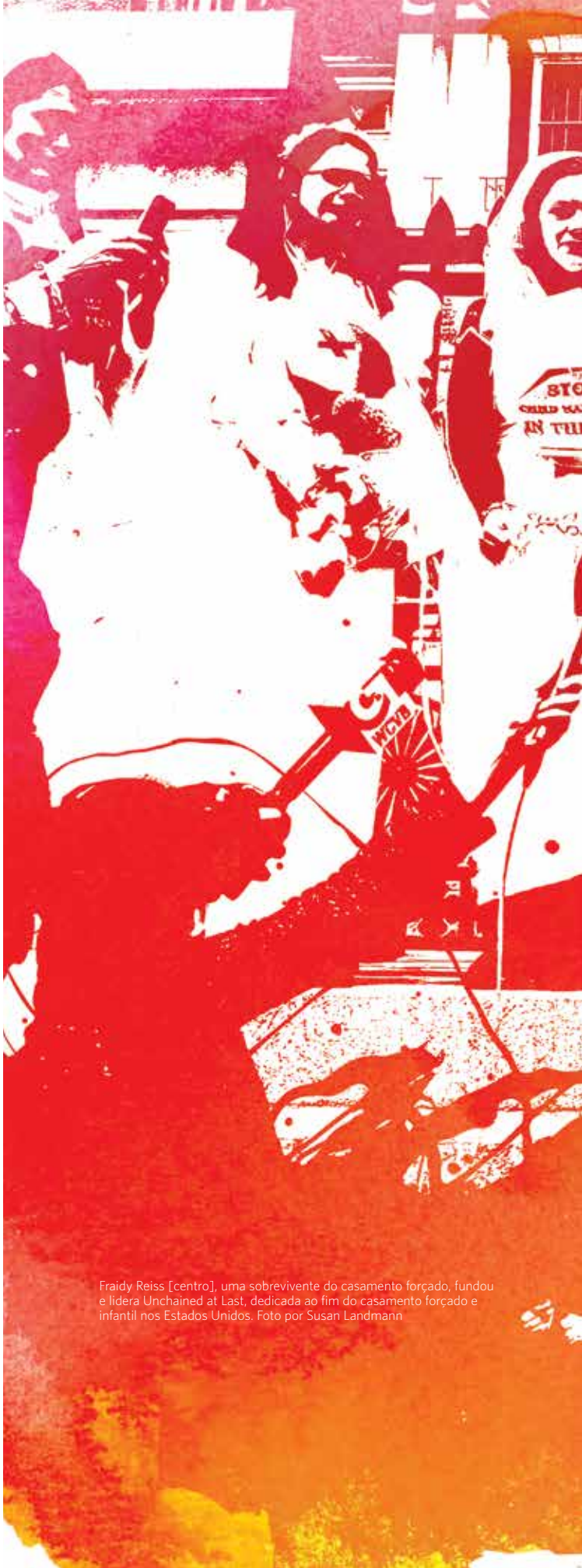
Nas sociedades profundamente hierárquicas em que os homens têm poder sobre as mulheres e as pessoas mais velhas têm poder sobre as mais jovens, as meninas enfrentam a dupla desvantagem de serem mulheres e jovens. O casamento infantil existe em situações nas quais as adolescentes não são ouvidas e as meninas não são consultadas

sobre as decisões que afetam suas vidas (Girls Not Brides, sd). Isso é particularmente verdade para meninas menores de 15 anos e com menos escolaridade. Quando as meninas têm escolha, geralmente decidem se casar mais tarde. Por esse motivo, muitos programas criados para acabar com o casamento infantil optam por empoderar as meninas, inclusive por meio da educação. Se – ou quando – uma menina se casa é uma questão ligada a quão empoderada ela é para conhecer seus direitos, tomar suas próprias decisões na vida e traçar seu próprio futuro.

Nível de educação

As meninas com apenas o ensino primário têm duas vezes mais chances de se casar ou viver em união conjugal do que as com ensino médio ou superior. Meninas sem educação formal têm três vezes mais chances de se casar ou viver em união conjugal antes dos 18 anos do que aquelas com ensino médio ou superior (UNFPA, 2012a). Na Índia, 51% das mulheres jovens sem instrução e 47% das que têm apenas o ensino primário se casaram aos 18 anos (UNICEF, 2019c). Enquanto isso, 29% das mulheres jovens com ensino médio e 4% com ensino pós-secundário se casaram antes dos 18 anos. Embora a prevalência do casamento seja muito menor entre os meninos, um gradiente educacional semelhante se mantém: a porcentagem de homens de 20 a 49 que se casaram aos 18 anos parece mais alta entre os que não têm instrução ou apenas o ensino primário, em comparação com os que têm ensino médio ou superior (Misunas *et al.,* 2019).

Uma análise dos dados sobre casamento infantil incluídos nos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial mostra que, entre as meninas casadas aos 18 anos na Índia, 46% também estavam na faixa de renda mais baixa. Da



Fraidy Reiss [centro], uma sobrevivente do casamento forçado, fundou e lidera Unchained at Last, dedicada ao fim do casamento forçado e infantil nos Estados Unidos. Foto por Susan Landmann

Arrumada, abusada, inteira

Sobreviventes do casamento infantil exigem mudanças

"Foi uma experiência ruim para mim, na minha vida", diz Sherry Johnson, referindo-se ao seu casamento aos 11 anos de idade, no estado americano da Flórida.

Johnson descreve os horrores que vivenciou. Ela foi estuprada e engravidou de um membro de confiança da comunidade. Depois de dar à luz aos 10 anos, os pais a fizeram casar-se para proteger o estuprador da investigação.

Embora isso tenha acontecido 49 anos atrás, Johnson diz que sofre as consequências nefastas todos os dias. "Isso ainda me fez passar por momentos difíceis na minha vida, porque o abuso nessa idade estagnou o crescimento".

Atualmente, ela trabalha das 7h às 20h. "Eu nunca fui capaz de realmente ir para a faculdade e me formar. Eu trabalho duro por cada centavo agora. Trabalho em três empregos apenas para poder sobreviver, ter a comida na mesa, um teto sobre a minha cabeça".

Sua experiência foi décadas atrás, mas o fenômeno do casamento infantil persiste até hoje nos Estados Unidos. Como a idade mínima do casamento é definida por cada estado, e não pelo governo federal, existem grandes variações na legalidade dos casamentos de menores de idade. Apenas dois dos 50 estados do país proíbem o casamento infantil sem exceção, de acordo com o Tahirih Justice Center, uma organização não governamental que atua

na questão. A maioria dos estados permite exceções para gravidez, consentimento dos pais ou menores emancipados. Em 12 estados, não há idade mínima legal, de acordo com o Tahirih.

Entre 2000 e 2015, mais de 200.000 crianças menores de 18 anos se casaram nos Estados Unidos, de acordo com dados de licença de casamentos analisados pela organização de notícias Frontline. Donna Pollard era uma dessas garotas. Com a permissão da mãe, Pollard pôde casar-se aos 16 anos. Seu marido era um homem de 30 anos que trabalhava no centro de saúde comportamental de Kentucky, onde ela estava recebendo tratamento. Ela diz que ele foi abusivo durante todo o casamento.

O consentimento dos pais também levou Sara Tasneem a se casar – em princípio informalmente, em uma união espiritual aos 15 anos, depois legalmente, aos 16 anos. Tasneem não teve escolha. "Fomos criados com papéis de gênero muito rígidos", diz ela, falando de sua casa na Califórnia. Quando os meninos começaram a se interessar por ela, seu pai apressou-se em casá-la. "Disseram-me... Que eu ia me casar porque sexo fora do casamento era proibido... Fui basicamente apresentada a alguém pela manhã e forçada a me casar com ele naquela noite." O marido dela tinha 28 anos. "Era um relacionamento muito controlador e abusivo", diz ela. "Eu engravidei imediatamente e nos casamos legalmente em Reno, Nevada, onde só era necessária a permissão assinada pelo meu pai".

Todas as três mulheres acabaram fugindo de seus casamentos, e as três se tornaram vozes poderosas no movimento para acabar com o casamento infantil nos Estados Unidos.

"Defendi a mudança da lei nos estados da Flórida, Geórgia e de Louisiana – o que conseguimos – e sou grata por isso", lembra Johnson.

Tasneem e Pollard também testemunharam em apoio às mudanças legislativas para aumentar a idade mínima do casamento para 18 anos. Dirigiram-se a legisladores na Califórnia, em Nevada, Kentucky, no Tennessee e em outros lugares. Em resposta, muitas legislaturas aumentaram a idade mínima para o casamento para 17 anos ou exigiram que os juízes aprovassem o casamento de menores.

"Acho que realmente estamos progredindo", disse Pollard. "Em apenas alguns anos, vimos vários estados pelo menos modificarem suas leis para aumentar a idade e estabelecer critérios de aprovação judicial em vez de consentimento cego dos pais".
Para as crianças noivas, as barreiras para deixar um relacionamento abusivo são quase

"Em apenas alguns anos, vimos vários estados pelo menos modificarem suas leis para aumentar a idade e estabelecer critérios de aprovação judicial em vez de consentimento cego dos pais".

intransponíveis: "Você tem permissão para se casar, mas, se você quiser sair, é quase impossível... Você não compartilha os mesmos direitos como um adulto. Você não pode firmar um contrato de aluguel; você não pode ir a um abrigo; você não pode contratar um advogado para requerer o divórcio", explica Pollard.

Johnson e Pollard fundaram organizações para apoiar as sobreviventes e acreditam que falar sobre suas experiências mudou vidas. "Conversar faz parte do processo de cura", diz Johnson, que criou a Fundação Svon, que atua em defesa de sobreviventes de abuso na Flórida. Ela publicou um livro de memórias e incentiva outras sobreviventes a escrever e compartilhar suas próprias experiências. "Elas acham que a vida acabou porque sofreram abuso. Não, não acabou. Na verdade, está apenas começando", diz.

A organização de Pollard, Survivor's Corner, com sede em Kentucky, também ajuda as sobreviventes de abuso a se manifestarem. "Tivemos pessoas passando por nossos programas que agora estão trabalhando em sua própria legislação", diz ela. "Também tivemos pessoas que depois se tornaram voluntárias".

Quanto a Tasneem, ela pede aos pesquisadores e formuladores de políticas que olhem para além do número de casamentos legais registrados e verifiquem as uniões informais tais como aquela que acabou com sua própria infância. E ela quer ver um apoio mais amplo ao movimento para acabar com o casamento infantil. "Quantas de nós temos que nos manifestar e compartilhar nossas histórias de horror para que alguma atitude seja tomada? Não deveria ser um assunto apenas das sobreviventes. Precisamos de mais ajuda".

mesma forma, no Níger (o terceiro país mais pobre do mundo), onde apenas 17% das meninas concluem o ensino médio e 84% da população é rural, cerca de 76% das meninas já eram casadas aos 18 anos.

Muitos dos fatores que impactam a prevalência do casamento infantil têm base econômica. O casamento infantil é encontrado em muitas culturas, mas é sempre mais comum entre os pobres – especialmente nas áreas rurais –, e isso é exacerbado quando as famílias sofrem dificuldades econômicas, inclusive em tempos de crise e deslocamento.

Apesar da introdução da educação primária universal e gratuita em muitos países, as famílias mais pobres ainda enfrentam barreiras financeiras para cobrir os custos de transporte, livros e uniformes. As mensalidades ainda são frequentemente cobradas pela escola secundária. A desigualdade de gênero na escolaridade (desfavorecendo as meninas) é particularmente óbvia no ensino médio (Sperling e Winthrop, 2015), acelerando as trajetórias das meninas para o casamento e a maternidade.

Comprada e vendida

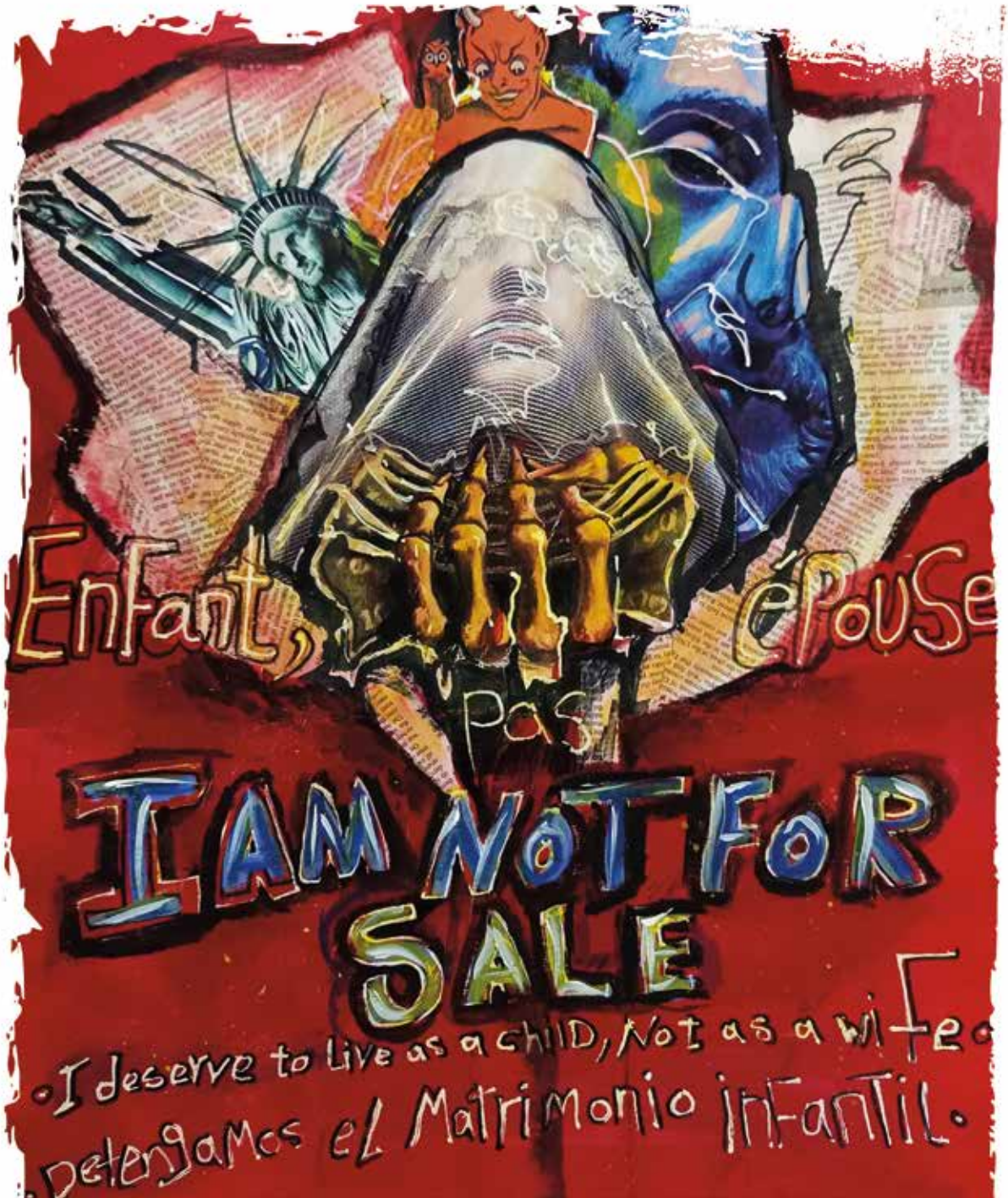
As transações financeiras em torno do casamento, como o preço do dote e da noiva, também contribuem para uma alta prevalência de casamento infantil (Parsons *et al.,* 2015; UNFPA, 2012a; Malhotra, 2011; UNICEF, 2005). Frequentemente, os pais pobres justificam o casamento precoce das meninas como uma maneira de garantir seu futuro econômico, ou consideram as filhas como uma mercadoria e uma forma de resolver dívidas ou disputas familiares (Parsons *et al.,* 2015; Amin, 2011).

Os dotes são pagos pela família da noiva ao noivo, teoricamente pela manutenção da esposa, e o preço da noiva é pago pelo noivo ou sua família para "comprar" a noiva. Muitos argumentam que essas práticas reforçam o casamento infantil porque, no

caso das meninas mais novas, os dotes exigidos são menores ou os preços de compra de noivas são mais altos – uma mulher mais jovem ou uma menina é percebida como mais valiosa, pois tem mais anos pela frente disponíveis para gravidez e serviços domésticos (Lee-Rife *et al.,* 2012).

No caso do dote, a lógica é que, à medida que a menina crescer, ela terá menos pretendentes e a família terá que aumentar os dotes para "tirá-la de suas mãos". As meninas são vistas como um fardo do ponto de vista financeiro, que aumenta se o casamento demorar, pois um dote maior precisará ser pago (Delprato *et al.,* 2015). No Nepal, os pais optam por casar suas filhas ainda jovens, como forma de reduzir esse custo (Onduru, 2019).

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan



Com o preço da noiva, o benefício é mais direto: uma menina pode obter um preço mais alto quando é jovem e, ao mesmo tempo, o ônus financeiro de sustentá-la é removido de sua família (Kalamar *et al.,* 2016).

Qualquer que seja o sistema vigente, o dote e o preço da noiva representam a mercantilização de meninas e mulheres – uma flagrante violação de seu direito humano de tomar suas próprias decisões de vida, inclusive sobre casamento. Por esse motivo e por outras consequências sociais negativas, o pagamento de dotes ou preços de compra de noivas foi proibido na maioria dos países, mas é difícil fazer cumprir essas proibições. Na Índia, que tem mais experiência na tentativa de acabar com a prática de dote, a Lei de Prevenção de Dote está em vigor desde 1961, sendo aplicada com base diferentes artigos do código penal indiano, mas a prática permanece generalizada (Chiplunkar e Weaver, 2019).

O casamento infantil cresce em tempos difíceis

Foi demonstrado que o casamento infantil cresce durante crises humanitárias causadas por desastres naturais e conflitos. No Iêmen, mais de 65% das meninas estão casadas antes dos 18 anos, em comparação com 50% antes do início do conflito (UNICEF, 2017). No Líbano, 41% das jovens sírias deslocadas se casam antes dos 18 anos (Bailey-King, 2018). Nos campos de refugiados na Jordânia, no início do conflito sírio em 2011, 12% dos casamentos envolviam uma menina entre 15 e 17 anos: em 2018, esse número era de 36% (Lemmon e Hughes, 2018).

Existem evidências de que o valor econômico das meninas aumenta durante os períodos de dificuldades econômicas para a família. Na Tanzânia, por exemplo, quando a seca periódica levou a "choques" de renda por causa de falhas de safra, o casamento de meninas para obter um valor pela noiva aumentou (Corno e Voena, 2016). O estudo na Tanzânia também sugeriu uma correlação entre o casamento infantil e os efeitos das mudanças climáticas. Se as comunidades rurais estão sujeitas a dificuldades econômicas por causa da perda de renda devido à seca, a inundações ou ao aumento da atividade de tempestades, e na ausência de qualquer outro mecanismo de seguro, elas terão que recorrer ao que as famílias consideram um método já "testado e comprovado" para reduzir as despesas domésticas e, possivelmente, aumentar a renda – ou seja, "vender" suas filhas.

Outro fator de incentivo ao casamento infantil em épocas de crise é o aumento do risco de violência e agressão sexual que acompanha o enfraquecimento das instituições sociais. Nessas situações, algumas famílias veem o casamento como uma maneira de proteger a "honra" das meninas – e, por extensão, a da família (Lemmon e Hughes, 2018; Lemmon, 2014).

Além disso, as meninas privadas de oportunidades educacionais durante as crises são vistas como "inativas" dentro de casa, aumentando a percepção de que o casamento é uma transição positiva para meninas com opções limitadas.

Finalmente, o conflito e o consequente deslocamento alteraram o processo social do casamento, resultando em períodos mais curtos de noivado, preços mais baixos das noivas, mudanças nas práticas de casamento de primos e uma idade reduzida no primeiro casamento (UNFPA *et al.,* 2018).

Consequências

O casamento infantil traz consequências que violam os direitos básicos das meninas. Muitas dessas violações são caras e impossíveis de mitigar, corrigir ou reverter – educação truncada; problemas de saúde, frequentemente relacionados a gravidez e parto; a ameaça e a experiência real da violência de gênero; exclusão social, levando à

depressão e até ao suicídio; mobilidade restrita; e responsabilidades domésticas. Tudo isso combinado prejudica a possibilidade de obter emprego e renda de meninas forçadas a se casar muito jovens. O impacto reverbera para além da menina, perpetuando o ciclo de pobreza para sua família e comunidade.

Gravidez e parto precoces

Um dos principais resultados danosos do casamento infantil é que ele geralmente leva à gravidez precoce e ao parto precoce. As meninas normalmente não estão prontas fisicamente, emocionalmente, intelectualmente ou financeiramente para serem mães em idades tão jovens. É mais provável que elas morram devido a complicações na gravidez e no parto do que as mulheres na casa dos 20 anos, e é mais provável que seus filhos sejam natimortos ou morram no primeiro mês de vida.

A maternidade prematura é comum entre as crianças que se casam. Na África subsaariana, uma análise de pesquisas demográficas e de saúde em 34 países constatou que, entre as mulheres de 20 a 24 anos que se casaram antes dos 18 anos, 96% tiveram filhos. Destas, 56% deram à luz no primeiro ano de casamento e 28% tiveram outro bebê menos de 24 meses após o primeiro nascimento (Yaya *et al.,* 2019). Na América Latina e no Caribe, 86% das mulheres que se casaram ou viviam em uma união conjugal antes dos 18 anos de idade deram à luz antes dos 20 anos, em oposição a 34% que se casaram após os 18 anos (UNICEF, 2019b) Na Índia, das mulheres que se casaram antes dos 18 anos, 60% deram à luz antes dos 18 anos e 79%, antes dos 20 anos (UNICEF, 2019c).

Quase 95% dos nascimentos entre adolescentes ocorrem em países em desenvolvimento e, nesses países, cerca de 90% dos partos de adolescentes de 15 a 19 anos ocorrem dentro do casamento (OMS, 2008). As complicações da gravidez e do parto são a principal causa de morte de adolescentes de 15 a 19 anos no mundo (OMS, 2018a). Um estudo do Banco Mundial sugere que os custos de oportunidade permanentes relacionados a gravidez na adolescência variam de 1% do PIB anual na China a 30% no Uganda (Chaaban e Cunningham, 2011).

Risco de morte e lesão no parto

O casamento infantil pode custar a vida de uma menina. Os riscos de morte materna são cerca de 28% maiores para mães de 15 a 19 anos do que para mães de 20 a 24 anos, embora entre os fatores de risco a idade da mãe possa não ser tão significativa quanto outros fatores associados ao casamento infantil, como pobreza e falta de acesso a serviços (Blanc *et al.,* 2013). A taxa de mortalidade materna (número de mortes por 100.000 nascidos vivos) em 2010 foi de 504 para mães de 15 a 19 anos na África subsaariana, em comparação com 416 para mães de 20 a 24 anos. Da mesma forma, na Ásia, os números foram 269 *versus* 201 e na América Latina, 190 x 164. Postergar o nascimento do primeiro filho, mesmo em alguns poucos anos – até que a mulher tenha 20 anos – reduz significativamente as chances de morte materna (Blanc *et al.,* 2013).

Um dos principais riscos de meninas terem bebês muito jovens é a fístula obstétrica, uma lesão evitável em que o parto vaginal resulta em um buraco entre a vagina e o reto, ou entre a bexiga e o reto, deixando a mulher incontinente (Cook *et al.,* 2004). A incontinência geralmente tem como resultado a mulher ser rejeitada pelo marido e se tornar uma pária em sua comunidade (Miller *et al.,* 2005).

O trabalho de parto obstruído causa aproximadamente 90% das fístulas obstétricas nos países em desenvolvimento. O trabalho de

parto obstruído é desproporcionalmente comum entre as meninas que dão à luz antes dos 18 anos, em decorrência do que é conhecido como "imaturidade pélvica", quando o tamanho e o diâmetro do osso pélvico da menina se combinam com o tamanho menor da abertura pélvica para prender o bebê no canal do parto. O tecido mole da vagina fica preso entre a cabeça do bebê e a pelve óssea, e a pressão abre a fístula (Cook *et al.,* 2004). O número de anos desde que a menina começou a menstruar (menarca) tem relação direta com sua capacidade de dar à luz com segurança.

Estudos na Nigéria e na Etiópia mostram um número desproporcional de mães adolescentes que sofrem de fístula obstétrica; na Nigéria, 46% das fístulas obstétricas ocorreram no primeiro parto (Miller *et al.,* 2005).

Estima-se que entre 2 milhões e 3,5 milhões de mulheres vivam com fístula obstétrica nos países em desenvolvimento, sendo de 50.000 a 100.000 novos casos a cada ano (UNFPA, 2019a). O UNFPA, com outras organizações dedicadas à saúde e aos direitos reprodutivos, colocou a prevenção e o tratamento da fístula obstétrica no topo de sua agenda programática.

Má saúde e nutrição de bebês nascidos de noivas crianças

Entre mães com menos de 18 anos, vários estudos descobriram uma maior probabilidade de óbito neonatal e de natimortos, baixo peso ao nascer e doenças e morte de bebês e crianças (Fall *et al.,* 2015). Mas é difícil separar os outros fatores que contribuem para tais resultados, como baixa escolaridade materna, má nutrição da mãe e do filho e acesso a serviços de saúde. Um estudo abrangente na Índia descobriu que, ao controlar todos os outros fatores, os filhos de mulheres casadas enquanto ainda menores de idade eram significativamente mais propensos a sofrer déficit de crescimento ou ter peso abaixo da média – dois dos indicadores mais importantes de bem-estar infantil (Raj *et al.,* 2009). Um estudo sobre nanismo no sul da Ásia e na África descobriu que as mães que deram à luz antes dos 18 anos tiveram bebês de menor comprimento – com um risco 6% maior de crescimento prejudicado de bebês devido à pouca idade das mães em Bangladesh e na Índia, e um risco 10% maior em Burkina Faso e Moçambique (Yu *et al.,* 2016), e esse crescimento mais lento continuou pelo resto da vida da criança (Fall *et al.,* 2015).

Mulheres casadas muito jovens terão mais filhos

Uma mulher que começa a ter filhos mais cedo terá mais filhos do que suas irmãs que se casam mais tarde (UNICEF, 2019b, 2019c; Yaya *et al.,* 2019).

Uma menina que se casa aos 13 anos tem, em média, 26% mais filhos ao longo da vida do que se se casasse aos 18 anos ou mais, de acordo com um estudo do Banco Mundial de 2017, com mulheres que se casaram muito jovens, em 15 países. Mesmo que se casasse aos 17 anos, ainda teria 17% mais filhos do que se tivesse esperado até os 18 anos de idade ou mais (Wodon *et al.,* 2017).

As consequências de começar cedo e de ter mais filhos são claras: as mulheres que se casam nos primeiros anos passam a adolescência e o período dos 20 anos em casa, cuidando de crianças pequenas, sem a possibilidade de continuar seus estudos ou desenvolver habilidades e ter um trabalho fora do lar. Casam-se com uma vida inteira de encargos domésticos, gravidezes indesejadas, famílias numerosas e dependência financeira de seus maridos.

Meninas que se casam cedo raramente continuam seus estudos

O casamento infantil correlaciona-se com fim abrupto da escolaridade, taxas mais altas de analfabetismo e piores resultados educacionais, minando as perspectivas das meninas de ingressar na força de trabalho remunerada e obter autossuficiência econômica (Wodon *et al.,* 2017a; Delprato *et al.,* 2015; Nguyen e Wodon, 2014, 2012, 2012a; Field e Ambrus, 2008; Lloyd e Mensch, 2008; Adler *et al.,* 2007).

As meninas que se casam e logo começam a ter filhos raramente continuam seus estudos ou retornam a eles nos últimos anos. As meninas casadas raramente são encontradas na escola, devido a restrições legais ou sociais ou à necessidade de assumir tarefas domésticas após o casamento (Delprato *et al.,* 2015). Isso tem grandes consequências para a independência e a capacidade de serem produtivas e contribuir para suas famílias, comunidades e sociedades.

Também afeta negativamente a probabilidade de seus próprios filhos continuarem os estudos além da escola primária e escaparem do ciclo do casamento precoce, de muitos filhos e da pobreza.

As estatísticas são alarmantes e perturbadoras. Uma análise de 36 Pesquisas Demográficas e de Saúde em 31 países da África subsaariana e cinco no sul da Ásia observou mulheres com idades entre 20 e 29 anos, e as idades com que se casaram. As meninas que se casaram antes dos 18 anos de idade tinham apenas 2,9 anos de escolaridade nos países africanos e 3,9 anos na Ásia. Isso dobrou nas mulheres jovens que se casaram com 18 anos ou mais, com a média de 5,3 anos de estudo na África e 7,7 anos na Ásia. Essa disparidade refletiu-se na alfabetização: apenas 17% das mulheres africanas e 35% das asiáticas que se casaram antes dos 15 anos de idade eram alfabetizadas, enquanto entre as que se casaram aos 18 anos ou mais, as porcentagens eram de 53% e 75%, respectivamente (Delprato *et al.,* 2015).

Mural por Maia Bobo em parceria com TackleAfrica, Burkina Faso

As meninas com menor escolaridade correm um risco maior de casamento infantil e, por sua vez, as meninas casadas têm um risco maior de abandonar a escola mais cedo. O casamento infantil e as gestações precoces associadas a eles normalmente representam entre 15% e 33% dos abandonos escolares (Nguyen e Wodon, 2012; Lloyd e Mensch, 2008).

Adiar a decisão de se casar muito jovens por apenas um ano aumentaria a escolaridade das jovens mulheres na África subsaariana em 0,54 ano adicional de escolaridade e em 22% na alfabetização (Delprato *et al.,* 2015).

Violência baseada em gênero

Muitos estudos mostraram que a qualidade de vida de mulheres que se casaram antes dos 18 anos é significativamente menos positiva do que para mulheres que se casaram mais tarde. Estar sujeita à violência de gênero é uma das principais razões para isso. Em âmbito global, a experiência do ano passado de violência física e/ou sexual foi maior entre as mulheres que se casaram quando crianças (29%) em comparação com as que se casaram já adultas (20%) (Kidman, 2017). O casamento infantil perpetua a violência de gênero porque se caracteriza por diferenças de idade entre os cônjuges, desequilíbrios de poder, autonomia feminina restrita, isolamento social e normas femininas e masculinas que aceitam e justificam a violência do parceiro íntimo. O uso – e mesmo a ameaça – de violência é uma ferramenta fundamental do controle masculino sobre as mulheres jovens.

Na Índia, um terço (32%) das mulheres que se casaram antes dos 18 anos de idade sofreram violência física nas mãos de seus maridos, contra 17% das que se casaram depois dos 18 anos, de acordo com uma pesquisa em larga escala, com mais de 8.000 mulheres em cinco estados onde o casamento infantil é predominante (Andhra Pradesh, Bihar, Jharkand, Maharashtra e Rajasthan) (Santhya *et al.,* 2010). As mulheres que haviam se casado em tenra idade não apenas sofreram mais violência doméstica como também eram mais propensas a sentir que essa violência poderia ser justificada em determinadas circunstâncias – dois terços das noivas-crianças tinham esse ponto de vista em oposição à metade das que se casaram mais tarde (Santhya *et al.,* 2010).

Dano psicológico duradouro

A violência – física, sexual, emocional – e a gravidez precoce têm efeitos duradouros na saúde mental das meninas. O casamento infantil vem com a pressão para criar os filhos enquanto as meninas ainda são crianças elas mesmas e têm um conhecimento limitado sobre a vida sexual e reprodutiva (Yaya *et al.,* 2019).

O casamento infantil também pode levar a isolamento social, estresse, depressão e uma sensação de impotência (Delprato *et al.,* 2017; Duflo, 2011; Nour, 2009).

Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou uma associação entre casamento infantil e uma ampla gama de distúrbios comportamentais, inclusive dependência de nicotina e abuso de álcool, além de distúrbios psicológicos (ICRW, 2016a; LeStrat *et al.,* 2011).

Em 2013, pesquisadores entrevistaram meninas de 10 a 17 anos na região de Amhara, na Etiópia, e descobriram que as meninas casadas, prometidas em casamento ou que haviam recebido uma oferta de casamento, eram significativamente mais propensas do que as outras meninas a terem tido pensamentos suicidas

nos últimos três meses. Notavelmente, elas também eram duas vezes mais propensas a terem tentado o suicídio (Gage, 2013).

No Níger, uma pesquisa com 2.463 mulheres constatou uma diminuição significativa do bem-estar psicológico entre as meninas que se casaram antes dos 15 anos e um bem-estar dramaticamente menor entre as que se casaram com 12 anos ou menos. A pesquisa, realizada em 2016 pelo Centro Internacional de Pesquisa sobre Mulheres, usou uma medida padrão de bem-estar psicológico. Os pesquisadores concluíram que, para essas meninas muito jovens que foram "forçadas a se casar (muitas vezes com um estranho)... o ônus das responsabilidades conjugais, principalmente as demandas sexuais do parceiro e a gestação e criação de filhos, levaram a sofrimento emocional e depressão significativos"(ICRW, 2016a).

Ajudar as meninas a fazerem suas próprias escolhas conscientes

Os primeiros esforços para acabar com o casamento infantil surgiram na primeira metade do século XX, liderados por movimentos de reforma social no sul da Ásia. Esses esforços conseguiram estimular o estabelecimento de leis que proíbem o casamento infantil, como a Lei de Restrição ao Casamento Infantil de 1929 na Índia pré-independência e esforços esporádicos para melhorar o acesso das meninas à educação (Khoja-Moolji, 2018). Embora esforços mais amplos para acabar com o casamento infantil tenham começado a surgir nos anos 1990, como o projeto de bolsa de estudos para escolas secundárias de Bangladesh (Schurmann, 2009), foi somente nos anos 2000 que houve um crescimento significativo no número e na cobertura de programas comunitários – por exemplo, Berhane Hewan, na Etiópia (Erulkar e Muthengi, 2009); Ishraq, no Egito (Sieverding e Elbadawy, 2016); e Prachar, na Índia (Subramanian *et al.,* 2018). Implementados por organizações não governamentais, esses programas fornecem às meninas habilidades para a vida, educação para a sexualidade abrangente, informações sobre saúde e alfabetização financeira, e incentivos às suas famílias, bem como conversas e mobilizações comunitárias organizadas.

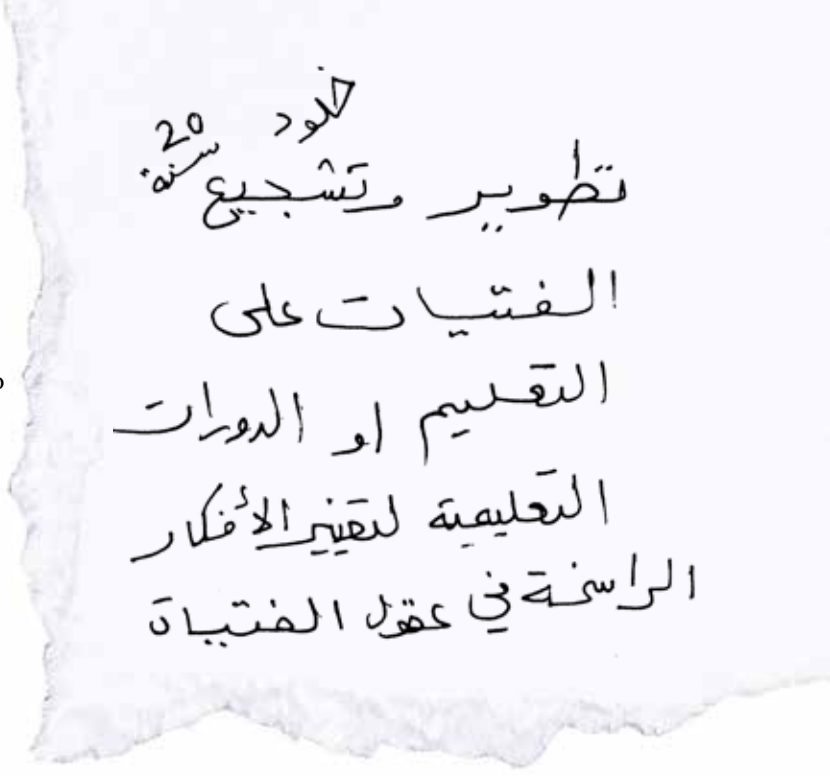
Com base nas iniciativas introduzidas na década de 2000, o número de programas comunitários que abordam o casamento infantil – liderados por ONGs internacionais e locais – tem crescido constantemente. Esses programas postergaram comprovadamente a idade do casamento e contribuíram para a base de evidências. Por exemplo, Balika, em Bangladesh, liderada pelo Conselho de População, mostrou declínios de até um terço no casamento infantil em comunidades com os programas. O casamento precoce e a coabitação caíram pela metade entre as meninas adolescentes que participam do programa Empoderamento e Meios de Subsistência para Adolescentes, lideradas pela organização não governamental BRAC nas comunidades de Uganda (Bandiera *et al.,* 2018). Na Guatemala, o programa Abrindo Oportunidades, de habilidades para a vida e liderança, demonstrou impacto para meninas maias indígenas em áreas rurais: entre as participantes, 97% não se casaram entre 13 e 18 anos de idade, em comparação com uma média nacional de 88,7% (2006). O programa custa US$ 106 por menina, por cerca de 100 horas de participação (Catino *et al.,* 2012).

O crescente impulso para a erradicação do casamento infantil, evidenciado pela adoção de uma meta sobre casamento infantil nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a criação do Programa Global das Nações Unidas para Acelerar Ações para Acabar com o Casamento Infantil em 2016, trouxe à tona questões sobre a melhor

forma de acelerar os declínios em larga escala, garantindo que meninas, famílias e comunidades marginalizadas não sejam negligenciadas nos planos de investimento. A abordagem evoluiu, partindo do fornecimento generalizado de mensagens públicas sobre os perigos do casamento infantil até o entendimento e tratamento de seus fatores determinantes estruturais.

Um estudo sobre fatores de mudança, nos níveis micro e macro, na prevalência do casamento infantil nos países do sul da Ásia concluiu que, no nível macro, fatores de riqueza regional, crescimento acima da média na atividade econômica de uma região, gravidez em idade mais baixa em média, taxas regionais de fecundidade e acesso à mídia, são indicadores negativamente associados ao casamento infantil. Em particular, existe um nexo causal robusto entre desenvolvimento econômico e prevalência de casamento infantil (UNICEF e UNFPA, 2019). Dessa forma, os programas buscam cada vez mais a prestação de serviços sustentáveis em escala, integrando-se a plataformas como sistemas de educação, saúde e proteção social, promovendo o empoderamento econômico das mulheres e o acesso a oportunidades, buscando promover mudanças sociais e impactar as normas nocivas de gênero e outras normas sociais que sustentam a prática.

Uma das estratégias mais eficazes para adiar o casamento infantil é aumentar a educação das meninas. Embora a baixa escolaridade seja um fator de risco para o casamento infantil, a maior escolaridade é um fator de proteção. Um estudo do Banco Mundial e do Centro Internacional de Pesquisa sobre Mulheres constatou que, em 15 países da África subsaariana, cada ano adicional de frequência na escola no nível de ensino médio reduzia significativamente a chance de meninas se casarem antes dos 18 anos e a probabilidade de ter filhos antes dos 18 anos (Banco Mundial e ICRW, 2017).



Incentive meninas a a serem melhores, por meio de cursos e da educação, a mudar os estereótipos incorporados.

Khuloud, 20 anos de idade, Jordânia

Intervenções bem-sucedidas relacionadas à educação incluem o fornecimento de ajuda financeira condicionada à frequência escolar; ou apoio para cobrir o pagamento de mensalidades, livros, uniformes e suprimentos (Kalamar *et al.,* 2016). Exemplos de iniciativas bem-sucedidas de transferência de renda incluem Apni Beti Apna Dhan, na Índia; o Programa de Transferência de Zomba, no Malawi; e o Programa de Assistência à Escola Secundária Feminina, em Bangladesh.

Em Burkina Faso, na Etiópia e Tanzânia, o programa Berhane Hewan reduziu o casamento infantil em cerca de 24%, em média, usando várias estratégias, inclusive a transferência econômica condicionada – uma cabra ou galinha – em troca de uma boa frequência nas aulas, material escolar como incentivo para permanecer na escola e conscientização da comunidade para abordar normas culturais e sociais (Erulkar *et al.,* 2017).

Reunir meninas para aprender habilidades para a vida, praticar esportes e, em alguns casos, obter alfabetização e habilidades matemáticas, pode reforçar resultados positivos para elas. Tais programas ajudam-nas a superar o isolamento social e a criar redes de capital social. A educação integral em sexualidade (CSE, na sigla em inglês) e o treinamento de habilidades para a vida empoderam as meninas e constroem sua autoestima, promovendo melhor saúde e ampliando suas oportunidades no setor de trabalho formal. A CSE, quando baseada em currículos fortes que desafiem relações desiguais de poder, pode promover masculinidades positivas entre os meninos. Os participantes desses tipos de programas também recebem informações sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos para ajudá-los a aprender sobre seu corpo, menstruação, contracepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, e gênero e poder nos relacionamentos.

Em Moçambique, o programa Rapariga Biz alcançou mais de 300.000 meninas e treinou 4.000 mentores, fornecendo serviços de saúde sexual e reprodutiva, envolvendo escolas e o setor da justiça, e usando técnicas como linha direta de saúde sexual, mensagens por SMS e programas de rádio – ao custo relativamente baixo de US$ 120 por mentor treinado e de US$ 10 por menina (Hilber *et al.,* 2019).

As leis também podem fazer a diferença. Embora os estudos não mostrem relação direta de causa e efeito entre a legislação sobre a idade mínima para o casamento e a prevalência do casamento infantil, as leis podem, mesmo assim, ter um efeito sinalizador para a população em geral, transmitindo as normas atuais (Svanemyr *et al.,* 2013). Uma legislação apropriada, com leis que estabeleçam a idade mínima para o casamento aos 18 anos, reconheçam e tratem do estupro conjugal, e garantam o direito ao divórcio e o direito de reivindicar a guarda dos filhos, podem dar a meninas e mulheres recursos judiciais e um caminho para uma vida após o casamento (*Equality Now*, 2014).

No entanto, as leis nacionais não lograram cumprir os compromissos assumidos nos tratados internacionais, segundo os quais a idade mínima para o casamento deve ser universalmente de 18 anos. Em até 20 países, a idade mínima do casamento sem obter o consentimento judicial ou especial dos pais é de 17 anos ou menos, para meninas e/ou meninos.

Investimentos para eliminar o casamento infantil

Se iniciativas e programas para empoderar meninas, aumentar sua escolaridade e aprimorar suas habilidades para a vida forem replicados, ampliados e totalmente financiados, o casamento infantil poderá ser eliminado até 2030 em 68 países. O investimento total necessário para atingir essa meta é de US$ 35 bilhões em 10 anos (UNFPA, 2020). Sem esse investimento, o mundo não alcançará a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para acabar com o casamento infantil até 2030. São necessárias ações aceleradas e ampliadas.

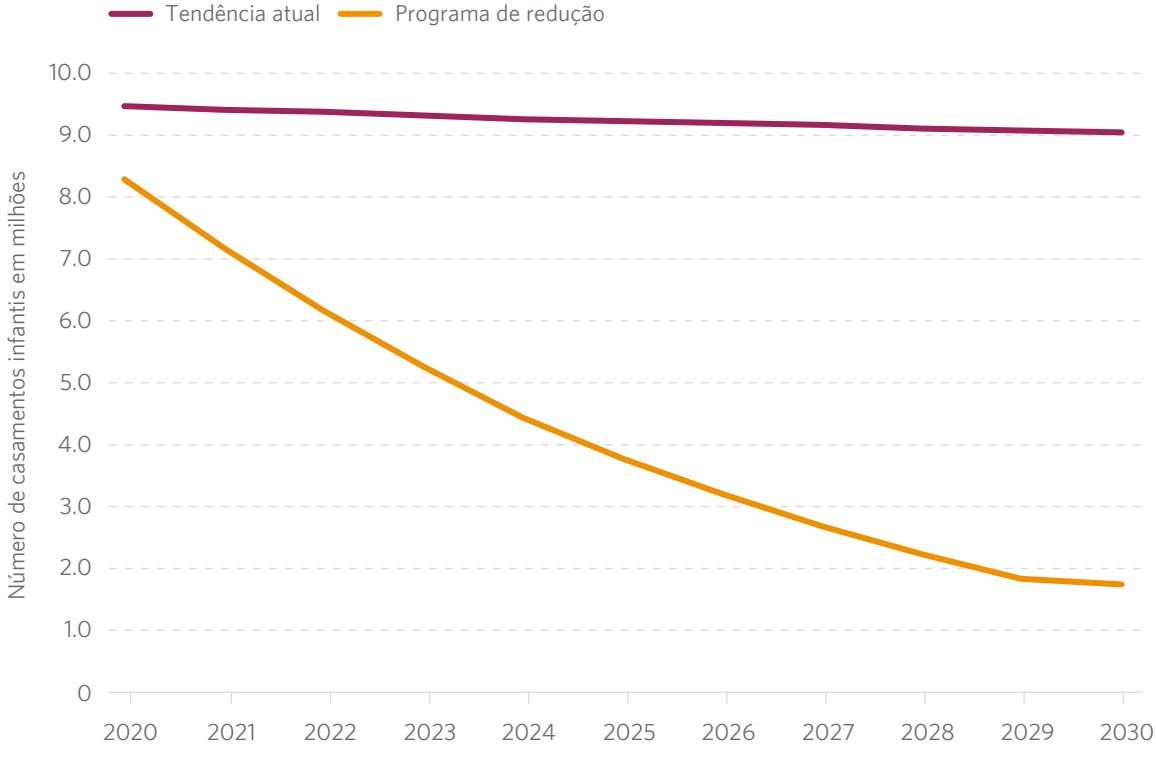
Um dos desafios é determinar quais abordagens são mais eficazes e têm melhor relação custo-benefício. Um exercício de modelagem foi realizado para 68 países, com os estados da Índia sendo modelados separadamente. A Figura 5.1 mostra o número de casamentos infantis com e sem o programa de redução. O pacote de intervenções foi elaborado a partir de programas que mudaram as normas sociais e culturais, forneceram habilidades aprimoradas para a vida e aumento de matrículas escolares para meninas, e isso foi feito aumentando-se a acessibilidade escolar, melhorando a infraestrutura escolar

(escolas amigas das meninas) e fornecendo incentivos para permanecer na escola. Começando com uma proporção relativamente pequena de meninas, a previsão era de que os programas seriam progressivamente expandidos para abranger quase todas as meninas com 15 anos de idade até 2030.

Acabar com o casamento infantil é, em última análise, defender os direitos de meninas e mulheres em todos os lugares. Quando todas as meninas são capazes de usufruir de seus direitos, os benefícios vêm para todos – inclusive melhor saúde, força de trabalho mais produtiva e progresso voltado à igualdade de gênero. O casamento aos 13 anos é quase uma garantia de que a menina passará a vida pobre e sem instrução, tendo e cuidando de muitos filhos. O casamento antes dos 18 anos apresenta múltiplos riscos para as meninas: elas podem sofrer maiores desvantagens para sua saúde, seu próprio bem-estar e o de seus filhos e familiares, e esses efeitos deletérios multiplicam-se e acabam prejudicando a sociedade como um todo.

O fim das esperanças e dos sonhos das meninas; uma violação dos direitos humanos e uma prática nociva; um obstáculo à eliminação da pobreza e desigualdade e ao alcance do crescimento e da estabilidade: os custos do casamento infantil são tão grandes que sua eliminação deve se tornar uma prioridade global.

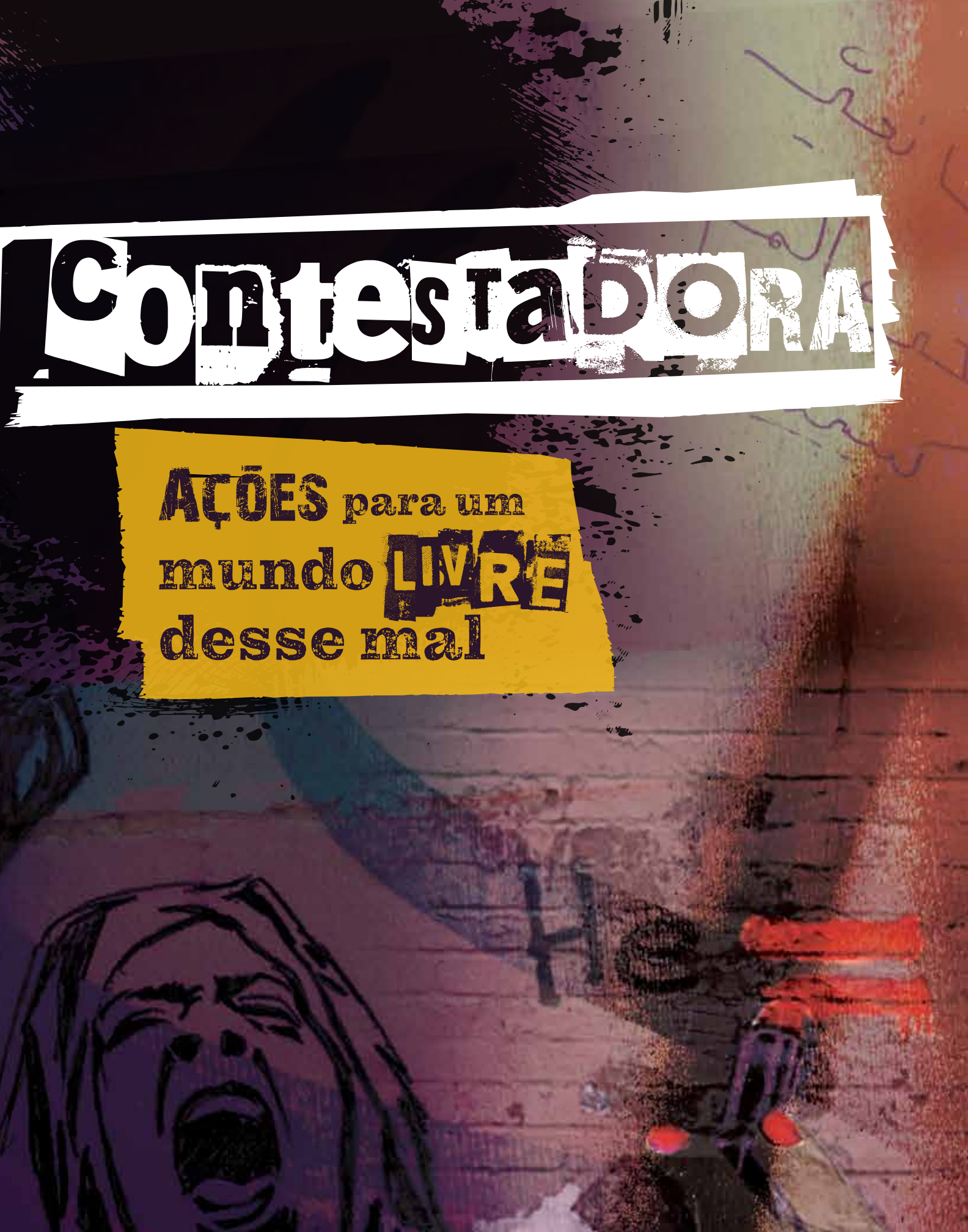
FIGURA 5.1 **Número projetado de casamentos infantis com e sem programa de intervenção no casamento, de 2020 a 2030 ***



* 68 países
Fonte: Modelagem VISES

Contestadora

Ações para um mundo LIVRE desse mal



PRÁTICAS NOCIVAS SÃO TENAZES.

Os estados aprovam leis para detê-las. As campanhas de conscientização incentivam as pessoas a repensar suas ações. Famílias e comunidades reúnem-se e concordam em abandonar a mutilação dos órgãos genitais das meninas ou em elevar a idade do casamento. No entanto, os danos continuam sem parar, destruindo vidas e violando direitos em todas as regiões do mundo.

A discriminação de gênero causa esses danos. Normas profundamente enraizadas nas famílias e comunidades insistem que uma menina deve parecer, agir ou existir de determinadas maneiras, não importando o que ela mesma possa escolher e sem que seus direitos e bem-estar sejam respeitados.

Tais normas moldam – e são moldadas por – economias e sociedades mais amplas. Uma noiva-criança é levada ao casamento por sua família e comunidade. Mas ela pode ser mantida nele por muitas outras pressões provocadas por graves desequilíbrios de direitos e poder – por exemplo, a crença de que não se justifica dar educação a uma garota de uma comunidade pobre, juntamente com o fracasso em investir em uma escola adequada nas proximidades. Uma economia pode ser estruturada para canalizá-la, na melhor das hipóteses, para um emprego de baixa remuneração e baixa qualidade, que dificilmente se apresentará como uma alternativa econômica viável ao casamento precoce. Enquanto isso, toda a sociedade depende do trabalho de cuidados gerais que ela e muitas outras mulheres e meninas fazem em casa – de graça.

Apesar de alguns progressos, não foi feito o suficiente para acabar com as práticas nocivas nos países em desenvolvimento ou desenvolvidos. Isso ocorre principalmente porque não foi feito o suficiente para acabar com a discriminação de gênero. Sempre que meninas e mulheres ganham direitos e escolhas, e uma convicção empoderadora de sua própria autonomia e de seu valor, as práticas nocivas tendem a declinar. Sempre que mulheres e meninas não veem tais ganhos, elas permanecem vulneráveis a uma vida inteira de constante abuso e marginalização.

As soluções para impedir práticas prejudiciais variam de país para país. Em geral, elas devem incluir prevenção, proteção e cuidados. Precisam estar totalmente alinhadas à conquista da igualdade de gênero e aos direitos das mulheres, tanto no âmbito das famílias quanto nas instituições e em todas as sociedades. Devem, ainda, ser endossadas como passos essenciais (e dignos de investimento) rumo a um mundo mais pacífico e justo para todos.

Acima de tudo, as soluções devem ter como objetivo zerar as práticas nocivas, sem deixar nenhum país ou comunidade para trás. Isso implica um esforço global, pois as práticas são insidiosas e ocorrem frequentemente fora do alcance das leis e dos dados que poderiam rastrear sua disseminação.

Somente ações em escala universal podem cumprir uma longa história de acordos de direitos humanos endossados mundialmente. Somente isso será suficiente para cumprir as promessas feitas no Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, bem como na *Agenda 2030* para o Desenvolvimento Sustentável e seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Igualdade de gênero: vamos falar sério

Sem um progresso substancial na igualdade de gênero, o progresso na eliminação de práticas prejudiciais continuará sendo insuficiente, com milhões de mulheres e meninas em risco. Em 2020, o mundo marca o vigésimo quinto aniversário da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, que teve como base a CIPD de 1994 e elaborou compromissos de longo alcance sobre os direitos das mulheres e a igualdade de gênero em todas as áreas da vida. Essa visão foi apenas parcialmente realizada, no entanto, em meio a crescentes desigualdades e exclusão econômica em todo o mundo e a uma forte pressão contra a igualdade de gênero (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020).

A igualdade de gênero está mais visível no discurso público do que nunca, desde campanhas nas mídias sociais a casos de grande repercussão contra a má conduta sexual. No entanto, quando se trata de realmente obter resultados concretos, os déficits são notáveis. As tentativas de "normalizar a questão de gênero" nos programas de saúde, por exemplo, muitas vezes fracassaram, pois a igualdade de

gênero se torna uma meta que é "problema de todos, mas não é de responsabilidade de ninguém" (Heymann *et al.,* 2019). Pouquíssimos homens usam seu poder político e sua influência para impulsionar um rápido progresso na igualdade de gênero. O financiamento de iniciativas de igualdade de gênero fica muito aquém do necessário para provocar mudanças duradouras.

A elaboração de um menu completo de opções para alcançar a igualdade de gênero vai muito além do escopo deste relatório. Mas o presente estudo exige a vinculação consistente de medidas para acabar com práticas nocivas com a conquista da igualdade de gênero e dos direitos humanos das mulheres. Isso requer que se interrompam as causas profundas da desigualdade, inclusive relações sociais e padrões de poder econômico e político que continuam a favorecer os homens (Heymann *et al.,* 2019). Mais de 100 países – o que corresponde a quase 3 bilhões de pessoas – ainda restringem a participação das mulheres no local de trabalho (Banco Mundial, 2019, 2018), limitando as oportunidades e perspectivas de

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

empoderamento que podem reduzir as práticas danosas. As leis proíbem as mulheres de trabalhar em certos setores, ou de registrar um negócio ou abrir contas bancárias sem a permissão do marido. Apenas cerca de metade dos países possui leis que exigem paridade salarial entre homens e mulheres, ou seja, remuneração igual por trabalho igual.

Países tão diversos quanto Bangladesh e a República da Coreia mostraram que, quando meninas e mulheres têm melhores opções econômicas, práticas nocivas, como casamento infantil e preferência por filhos homens, começam a declinar, às vezes de forma dramática (Naved *et al.,* 2001; UNFPA, s.d.). Na Geórgia, para cada aumento de 1% no trabalho feminino fora da agricultura, a proporção enviesada de sexo no nascimento a favor dos homens diminuiu 0,25% (UNFPA e União Europeia para a Geórgia, 2019). As taxas mais altas de emprego de mulheres coincidiram com a introdução de seguridade social, aposentadoria e outras políticas sociais, atenuando as pressões sobre as famílias como a principal fonte de apoio socioeconômico (UNFPA, s.d.).

Aproveitar muito mais as instituições nacionais de mulheres

As mulheres precisam de mais posições de poder, como uma questão de justiça e para definir novas agendas transformadoras centradas em sua igualdade e em seus direitos. Um ponto de partida poderia estar nos "mecanismos" nacionais dedicados à igualdade de gênero atualmente em vigor em 192 países: variam de ministérios de mulheres plenamente instalados a pontos focais de igualdade de gênero em outras instituições nacionais (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). Tais mecanismos ajudam a orientar planos, políticas, orçamentos e instituições nacionais a fim de alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, inclusive liderando planos de ação e removendo a legislação discriminatória. Eles poderiam estar bem posicionados para liderar um esforço a fim de eliminar práticas nocivas, dado seu compromisso explícito com as mulheres e seus direitos, e seu trabalho existente nas múltiplas dimensões que se reforçam mutuamente no que tange à igualdade de gênero. No entanto, muitos permanecem significativamente subfinanciados, com pouca capacidade ou autoridade.

Se os governos e seus parceiros preencherem essas lacunas, os mecanismos nacionais de mulheres poderão se tornar os principais defensores da igualdade de gênero e liderar a luta por várias reformas legais e políticas no intuito de acabar com as práticas nocivas, talvez trabalhando em conjunto com aliados naturais, como os grupos de mulheres parlamentares.

Os governos também podem considerar avaliações sistemáticas de gênero das leis, bem como políticas sociais e econômicas que incentivam meninas e mulheres, talvez com base na iniciativa da ONU Mulheres, da União Africana e de várias outras organizações internacionais para acelerar a revogação ou revisão das leis discriminatórias de gênero em 100 países até 2023. Entre muitas possibilidades, as ideias obtidas com esse processo podem orientar reformas para acabar com a discriminação legal relacionada a direitos de propriedade, educação, emprego, benefícios de aposentadoria, herança, casamento, divórcio, guarda de crianças, direitos à saúde sexual e reprodutiva.

A partir de sua posição central no governo, os mecanismos nacionais de igualdade de gênero poderiam construir pontes para outros órgãos nacionais com papéis centrais na interrupção de práticas nocivas, tais como os das áreas de saúde, educação e proteção social. Juntos, eles poderão mobilizar o diversificado leque de pessoas que desempenham papel relevante, desde líderes religiosos a professores, colegas jovens, policiais, prestadores de serviços de saúde, pais e formuladores de políticas.

Na qualidade de vigilantes, os mecanismos nacionais de igualdade de gênero poderão examinar os planos e orçamentos nacionais de desenvolvimento voltados para a obtenção de um impacto real nas disparidades de gênero. Poderão monitorar eventuais contradições entre diferentes arenas das políticas, para que o progresso em um lugar não seja frustrado pelo retrocesso em outro. Como os dados sobre práticas nocivas costumam ser escassos, tais mecanismos poderiam trabalhar com os sistemas estatísticos nacionais para preencher as lacunas, inclusive em conformidade com os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sobre casamento precoce e mutilação genital feminina.

Mobilizar movimentos de mulheres

Os mecanismos nacionais de igualdade de gênero geralmente têm laços estreitos com os movimentos e grupos de mulheres, dando-lhes *insights* inéditos sobre as preocupações e prioridades das mulheres, permitindo um alcance do âmbito nacional ao local, e sobre as populações que enfrentam múltiplas formas de marginalização e estigma. De sua parte, os grupos de mulheres conhecem muitas das soluções para a discriminação de gênero e práticas nocivas, com base em um histórico agora longo de pesquisa, ativismo e experiência vivida. Porém, assim como as instituições nacionais de mulheres, tais grupos também são significativamente subfinanciados (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020).

A ampliação dos investimentos nos mecanismos nacionais de igualdade de gênero e nos grupos de mulheres poderia capacitar ambos a trabalharem de maneira mais sistematicamente conjunta no desenvolvimento de uma onda de apoio a mudanças nas famílias e comunidades, bem como em serviços e políticas. Poderiam estabelecer alianças e coalizões entre temas e colaborar em torno de uma nova geração de organização, pesquisa e liderança feminista. Em um momento de resistência à defesa da igualdade de gênero, os mecanismos nacionais de igualdade de gênero poderiam abrir portas para as organizações de direitos das mulheres e permitir que elas influenciem e monitorem as leis e políticas que forem receptivas à questão de gênero.

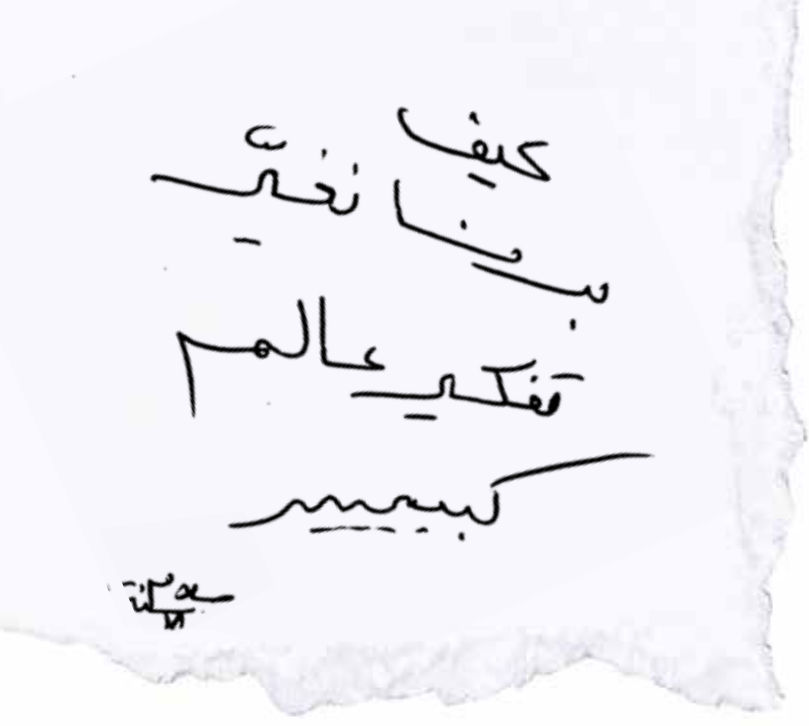
Aprovar uma lei, não uma panaceia

Aprovar leis contra práticas prejudiciais não é uma panaceia, mas é uma poderosa declaração de desaprovação em consonância com as obrigações do Estado segundo instrumentos internacionais de direitos humanos. Também tem relação com os compromissos do governo ao amparo da *Agenda 2030*, o Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação de Pequim.

Manter as leis fundamentadas nos direitos humanos

Nos últimos anos, países de todas as regiões do mundo fizeram progressos na legislação para combater a violência contra as mulheres (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). Como parte desse processo – e de acordo com as obrigações das convenções e dos tratados internacionais de direitos humanos – todos os países devem incluir proibições explícitas a práticas danosas. As leis devem ser fundamentadas em direitos humanos e oferecer uma estrutura abrangente para prevenção, proteção e mitigação de práticas prejudiciais. Um exemplo disso é a Lei Modelo sobre casamento infantil, desenvolvida pela Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC-PF *et al.,* 2018).

As leis devem considerar a "totalidade dos direitos" de forma a ajudar a garantir que os direitos em uma área não contradigam os direitos em outra. Isso ocorre, por exemplo, protegendo as pessoas menores de 18 anos do casamento infantil e, ao mesmo tempo, preservando seus direitos à saúde sexual e reprodutiva e a suas escolhas, de acordo com suas capacidades em evolução.



Como podemos mudar a mentalidade deste grande mundo!

Salam, 18 anos de idade, Jordânia

As leis para impedir práticas prejudiciais devem idealmente ser incorporadas em uma estrutura legal mais ampla, comprometida com os princípios de igualdade de gênero e não discriminação (Comissão sobre o Status da Mulher, 2020), como pode ser feito em uma Constituição. Isso pode incentivar, por exemplo, a remoção de discrepâncias que surgem em sistemas jurídicos plurais, quando algumas comunidades continuam a praticar leis pessoais tradicionais, mas muitas vezes discriminatórias. Isso estabeleceria um padrão para todos os níveis de legislação, tanto nacional quanto subnacional.

Atenuar os riscos de não conformidade

Como legislar contra práticas prejudiciais pode ter o efeito não intencional de levá-las à clandestinidade, também pode ser necessário tomar medidas para mitigar esses riscos. As leis precisam operar em conjunto, com uma compreensão clara dos determinantes sociais e econômicos das práticas nocivas e da sua evolução ao longo do tempo. Os organismos internacionais de direitos humanos têm reforçado que é preciso sustentar a legislação com orçamentos apropriados, bem como medidas efetivas de execução e monitoramento para rastrear os impactos na prática (OHCHR, sd).

O gerenciamento dos riscos de não execução, rejeição da comunidade e prática clandestina pode aproveitar a participação significativa de indivíduos e comunidades afetadas ao desenvolver e, em seguida, monitorar e avaliar regularmente leis, políticas e serviços associados (Gruskin *et al.,* 2010). Como a discriminação de gênero e a "permissão" de práticas nocivas podem aparecer em muitos pontos nos sistemas jurídicos – por exemplo, quando um policial fica do lado do criminoso e se recusa a processar a queixa – um outro aspecto envolve treinamento e sensibilização entre policiais e funcionários judiciais. Penalidades diferenciadas nos termos da lei podem impor sanções mais pesadas às pessoas que deveriam estar na linha de frente da prevenção. Isso inclui prestadores de serviços de saúde que participam da medicalização da mutilação genital feminina ou "se especializam" em aborto seletivo por sexo, para o qual não há justificativa médica.

Faça planos que criem vínculos

Planos de ação nacionais abrangentes e adequadamente financiados sobre práticas nocivas podem oferecer um complemento importante às proibições legais, proporcionando um foco sistemático na tradução destas em programas e serviços. Tais planos podem orquestrar vínculos cruciais entre os setores de saúde, educação, justiça, proteção infantil, registro de nascimentos e outras áreas essenciais para acabar com as práticas nocivas. Podem ter como objetivo instigar mudanças comportamentais e de atitude para impedir práticas nocivas, bem como criar oportunidades, como a educação de meninas, que ajudarão a sustentar essas mudanças.

O Quênia, por exemplo, tem um programa nacional para acabar com a mutilação genital

feminina, sustentado pelas leis e políticas nacionais, que inclui um conselho de supervisão e coordenação, o envolvimento da comunidade, programas de empoderamento das meninas, parcerias com líderes religiosos, alcance a praticantes tradicionais e pessoal médico, bem como serviços comunitários para denunciar e atender os casos (UNICEF 2020b).

Quando práticas nocivas cruzam fronteiras, os países devem se unir para criar e financiar planos de ação regionais, assim como foi feito recentemente na África Oriental (UNFPA, 2019b). Isso deve incluir um mecanismo para monitoramento e responsabilização regionais. Implica harmonizar a legislação e as políticas nacionais para enfatizar a ampla sanção de práticas nocivas e limitar as chances de as pessoas atravessarem as fronteiras para realizar tais práticas em jurisdições mais permissivas.

Usar os serviços certos para prevenir, proteger, cuidar – e empoderar

A saúde pública, a educação e outros serviços oferecem um alcance significativo para acabar com as práticas nocivas, mas devem estar equipados para isso. Eles devem operar de acordo com os princípios de direitos humanos e com evidências do que funciona, e responder às necessidades expressas pelas pessoas, homens e mulheres, que os utilizam. Em todas as comunidades, os serviços de alta qualidade precisam avançar na prevenção de práticas danosas, oferecer proteção a mulheres e meninas em risco e prestar assistência abrangente às pessoas afetadas, inclusive serviços médicos, jurídicos, psicossociais e outros serviços essenciais.

A educação é vista como um dos fatores de transformação mais bem-sucedidos na vida de meninas e mulheres jovens, inclusive como um fator protetor contra práticas nocivas, como o casamento infantil (Chae e Ngo, 2017). Os programas de transferência direta de renda tiveram algum sucesso em manter as meninas na escola, mas precisam ser acompanhados de esforços para combater a discriminação de gênero que muitas vezes inviabiliza oportunidades futuras para as meninas conseguirem emprego. As escolas também devem ser seguras e localizadas nas proximidades, além de ter instalações adequadas para meninas e meninos (Banco Mundial, 2017).

A *Agenda 2030* demandou acesso universal à saúde, um objetivo que renovou o interesse em fortalecer os sistemas de saúde, particularmente para alcançar as comunidades marginalizadas para oferecer atendimento de qualidade. Embora existam muitas maneiras de fazer isso, todos devem fornecer informações e serviços de qualidade adequados sobre direitos sexuais e reprodutivos – o que inclui prevenir as práticas nocivas e reagir contra elas. Em muitos casos, os profissionais de saúde ainda encontram sobreviventes de práticas prejudiciais, como a mutilação genital feminina, apenas se houver uma complicação médica (Creighton e Gill, 2010). Eles poderiam estar mais bem equipados para identificar e encaminhar casos de mulheres e meninas que procuram outros serviços e para entender quem está em risco.

Um treinamento sistemático e mais regular é particularmente importante para os profissionais de saúde nas áreas de maternidade, obstetrícia, ginecologia e saúde sexual (Creighton e Gill, 2010). Esse treinamento precisa ser cuidadosamente projetado e gerenciado, considerando que práticas nocivas têm raízes profundas e, em alguns casos, estão sendo praticadas por pessoal médico. Experiências que podem servir de lição vêm de programas cujo resultado, por exemplo, faz com que profissionais de saúde acreditem erroneamente que a mutilação genital feminina seja segura do ponto de vista médico e, portanto, aceitável (Arango *et al.,* 2014).

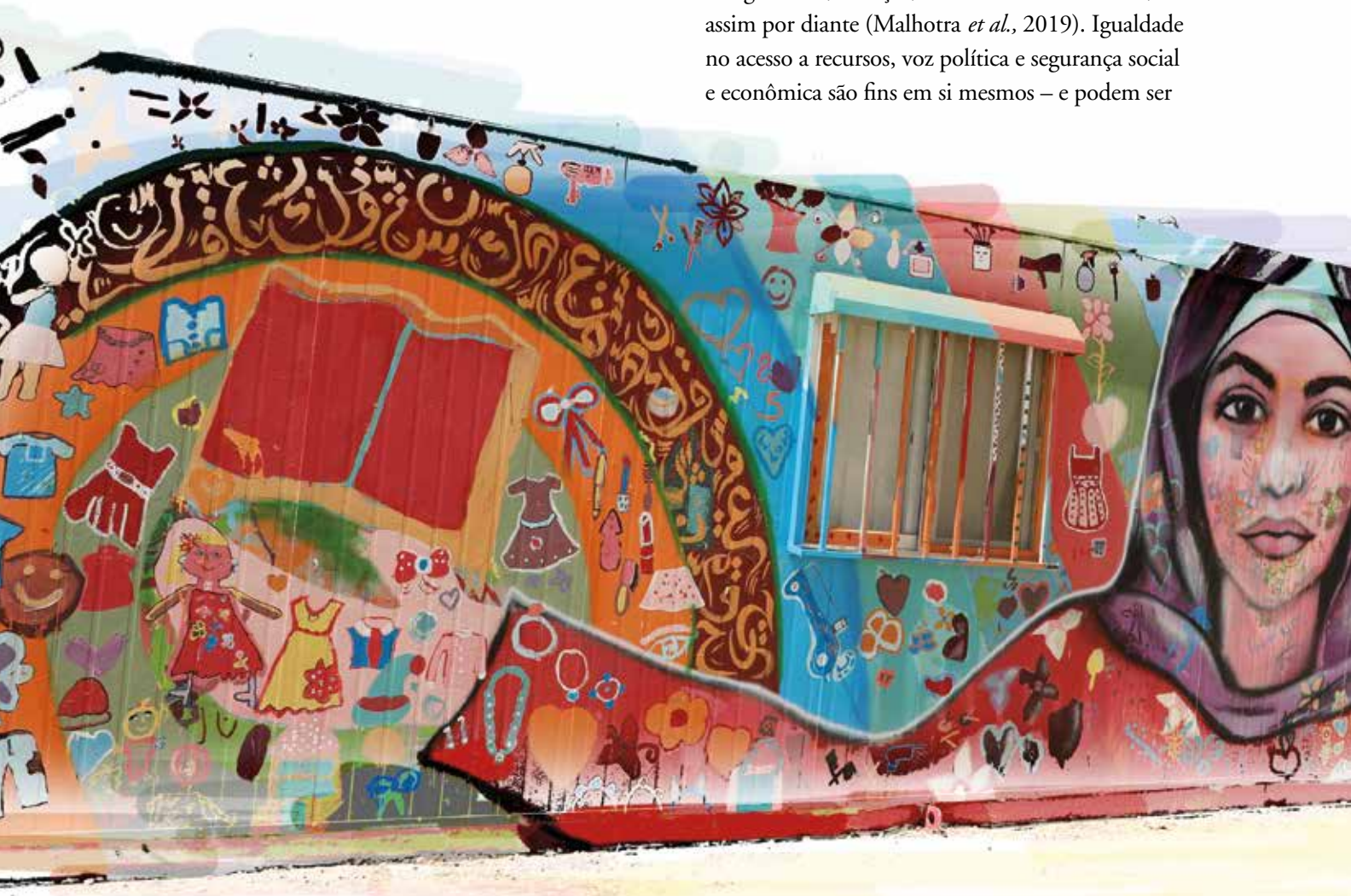
Mudar mentes – e vidas

A discriminação de gênero – e as práticas nocivas – prosperam com normas e estereótipos tendenciosos. Embora normas ou estereótipos sejam apenas ideias, podem ser forças poderosas e destrutivas. Ao mesmo tempo, por serem ideias, podem ser alteradas, não importando quão profundamente enraizadas estejam.

Até o momento, muitos programas têm trabalhado com as comunidades para transformar normas acerca de práticas nocivas. Embora algum progresso tenha sido alcançado, o foco relativamente estreito não é suficiente. Normas mais amplas sobre gênero e o status de subordinação das mulheres operam não apenas dentro de uma comunidade, mas também além dela, cruzando-se com sistemas de poder que prendem milhões de mulheres e meninas em situações de opressão e violações diárias de sua humanidade (George *et al.,* 2019).

Dar andamento a mudanças mais abrangentes

Embora seja importante continuar insistindo que indivíduos e comunidades mudem sua maneira de pensar e agir, como se tem feito por meio de iniciativas de mudança social e comportamental, a mudança de normas em uma escala maior – no nível exigido para erradicar práticas nocivas – depende do reequilíbrio nas disparidades de poder nas economias, nos governos, serviços, no mercado de trabalho, e assim por diante (Malhotra *et al.,* 2019). Igualdade no acesso a recursos, voz política e segurança social e econômica são fins em si mesmos – e podem ser



argumentos justos e convincentes para afastar normas e práticas prejudiciais.

Algumas mudanças mais amplas nas normas acontecem organicamente ao longo do tempo, como é o caso do crescimento explosivo da tecnologia. As meninas sabem mais do que nunca sobre seus direitos e escolhas porque as informações são acessíveis por meio de um telefone celular, na palma da mão. Outras mudanças são uma questão de políticas públicas deliberadas, como a escolha de investir em uma educação universal e de alta qualidade. As meninas são expostas a novas ideias e, ao mesmo tempo, podem demonstrar, para que todos vejam, o quanto elas podem alcançar. Em pouco tempo, especialmente se as meninas puderem sustentar suas realizações educacionais encontrando trabalho decente algum dia, várias comunidades em toda a sociedade talvez comecem a concordar, por exemplo, que as meninas devam permanecer na escola em vez de se casar (Malhotra *et al.,* 2019).

Foto ©UNFPA Jordan

Incentivar serviços e comunidades

Saúde, educação e outros prestadores de serviços, com seus muitos soldados atingindo comunidades remotas, podem servir como incentivadores eficazes de mudanças nas normas sociais. A contratação de mais professoras onde elas são uma minoria pode oferecer exemplos positivos para meninas e comunidades (Malhotra *et al.,* 2019). Os prestadores de serviços de saúde podem ser recrutados para interromper a medicalização da mutilação genital feminina e transmitir mensagens consistentes para famílias e pacientes individuais acerca das muitas consequências negativas de tais práticas nocivas para a saúde.

Nas comunidades, muito mais pode ser feito para vincular as intervenções de mudança social e comportamental às instituições e serviços locais que podem levá-las adiante (Malhotra *et al.,* 2019). Na Etiópia, os mecanismos de vigilância comunitária e os grupos de desenvolvimento das mulheres estão envolvidos no acompanhamento de meninas recém-nascidas para protegê-las da mutilação genital feminina e na notificação de casos que porventura ocorram (UNICEF, 2020a).

Utilizar o poder da informação

O mundo de hoje está inundado de linguagem e imagens violentas e sexistas que aprofundam o domínio da discriminação de gênero, estereótipos e o risco de práticas nocivas. A mídia, a tecnologia, as grandes empresas e as agências de publicidade precisam assumir papéis de liderança na interrupção de tais representações e, com a comunidade empresarial mais ampla, começar a mudar a dependência corporativa do sexismo para obter lucro (George *et al.,* 2019). As empresas criativas poderiam empregar suas habilidades em marketing social e desenvolver campanhas inovadoras para celebrar o progresso das mulheres e demonstrar novas formas de pensar.

Repensar o casamento e a formação da família

O casamento e a família são frequentemente vistos como elementos-chave para a sobrevivência e o bem-estar de meninas e mulheres. No entanto, eles também são um ambiente de discriminação e violência, inclusive de práticas danosas. Na Cúpula de Nairóbi de 2019 sobre a CIPD25, realizada para marcar e revigorar a ação no Programa de Ação da CIPD, houve uma convocação para examinar o que acontece em casa, a portas fechadas, e uma ênfase nos jovens que lideram mudanças na "cultura" de relacionamentos. Uma questão adicional é que, quando o casamento é visto como o único relacionamento legítimo, outras formas de viver podem ser desvalorizadas e levar à negação dos direitos das pessoas (Burton, 2017).

Como os Estados geralmente aprovam o casamento por meio da legislação, eles também deveriam usar leis para proibir o casamento de pessoas com menos de 18 anos, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança. Mas eles também poderiam iniciar um exame mais amplo para verificar se o casamento, na prática, está alinhado aos direitos das mulheres e à igualdade de gênero, de acordo com a Convenção das Mulheres. Isso poderia levar a uma investigação sobre como as políticas públicas, os currículos educacionais, o pronto acesso a cuidados de saúde reprodutiva e ferramentas como campanhas de conscientização poderiam melhor proteger e apoiar as mulheres e meninas ao irem além das configurações padrão e a fazer suas próprias escolhas.

Algum "repensar" está acontecendo naturalmente em lugares onde as mudanças sociais e econômicas deram às mulheres e meninas alternativas ao casamento e mais controle sobre a formação da família. Em outros lugares, poderia ser encorajado com o discurso público sobre como o casamento pode ser uma fonte de recursos e respeito, mas outras fontes incluem garantir às mulheres igualdade no acesso à terra, ao trabalho remunerado, à herança e à educação.

Na Europa Oriental e na Ásia Central, um renascimento do patriarcado e das famílias patrilineares coincidiu com a retirada dos serviços do Estado e as crescentes desigualdades de renda, saúde e padrões de vida. A isso, seguiu-se instantaneamente um rápido aumento nas proporções enviesadas entre os sexos nos nascimentos, causado pela seleção de sexo baseada em gênero (UNFPA, 2015a). Para combater a desvalorização das filhas e a perpetuação da discriminação, as campanhas do UNFPA e da ONU Mulheres em alguns países da região usaram programas de televisão, exemplos masculinos bem conhecidos e outras técnicas para exigir dos homens maior responsabilidade pelas tarefas domésticas e modelar uma dinâmica familiar igualitária. Duas prioridades na maioria dos países do mundo são atuar para que se tenha assistência infantil e familiar universalmente disponível, como parte do esforço para libertar as mulheres e meninas do ônus do trabalho não remunerado que recai sobre elas, e estabelecer políticas flexíveis de licença parental para homens (UNFPA, s.d.).

Canalizar o poder da próxima geração, especialmente de meninas e mulheres jovens

Jovens estão entre os defensores mais eficazes do abandono de práticas prejudiciais e do fim da discriminação de gênero. Eles e elas sabem mais do que nunca sobre as consequências e seus direitos, e têm mais opções para se conectar com colegas e obter apoio diante da pressão social para se conformar. Evidências emergentes sugerem que as gerações mais jovens rejeitam estereótipos baseados

em gênero e a preferência por filhos homens na China e em outros lugares (OMS, 2011). Em países com alta prevalência de mutilação genital feminina, as meninas adolescentes são mais propensas que as mulheres mais velhas a se opor à prática, na proporção de pelo menos 50% em alguns países (UNICEF, 2020).

Em todo o mundo, jovens feministas "nativas digitalmente" estão na vanguarda das demandas por mudanças sistêmicas que levem à justiça e à sustentabilidade (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). Entre elas, há mulheres jovens que sobreviveram a práticas nocivas e que podem ser um exemplo poderoso na qualidade de defensoras da erradicação de tais práticas. Governos, organizações internacionais e filantropos poderiam fazer muito mais para investir nelas, para que tenham os recursos e as habilidades necessárias para criar organizações e movimentos que possam levar sua geração a uma nova direção.

Nas escolas, a educação sexual abrangente, apropriada para a idade, deve estar disponível universalmente, capacitando os/as jovens com pleno conhecimento de seus direitos e de suas escolhas, e garantindo uma ênfase central na igualdade de gênero e no empoderamento das meninas. Os clubes para meninas adolescentes dentro e fora da escola podem oferecer oportunidades para cultivar conhecimento e autoconfiança, desenvolver orientação e expandir as redes sociais. Eles e elas podem desenvolver habilidades para a vida, inclusive por meio do esporte, bem como alfabetização e habilidades matemáticas. Algumas evidências sugerem que os clubes femininos contribuem para as habilidades de liderança e podem ser um trampolim para a ação cívica (Marcus *et al.,* 2017).

Em Uganda, alguns clubes de 1.500 meninas oferecem jogos, música, educação sexual, alfabetização financeira, estudo profissionalizante e acesso a microfinanças para jovens mulheres que tentam se tornar empreendedoras. As meninas que são sócias dos clubes há dois anos têm 58% menos probabilidade de se casar cedo (Banco Mundial, 2017).

Mobilizar homens e meninos na luta contra práticas nocivas

Seja noiva-criança ou mulher "limpa" por mutilação genital feminina, o fato é que homens e meninos são os "beneficiários pretendidos" de práticas nocivas (Sonke Gender Justice, s.d.). Eles também ocupam muitas das plataformas mais poderosas para contestá-las, como chefes de família, músicos ou atletas, ou líderes religiosos, tradicionais ou políticos. Felizmente, alguns são cada vez mais visíveis ao assumirem sua posição contrária às práticas prejudiciais, servindo como precursores e mobilizadores de outros homens e meninos.

Para homens que ainda não são feministas comprometidos, o interesse próprio pode ser um argumento persuasivo para a mudança. Por exemplo, as consequências sexuais e de saúde da mutilação genital feminina. Isso afeta as mulheres em primeiro lugar, mas também há implicações para seus parceiros masculinos. Um estudo no Iêmen, por exemplo, atribuiu um declínio no apoio à mutilação genital feminina entre os homens à sua participação na educação em saúde e nos programas de saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Al-Khulaidi *et al.,* 2013).

Em alguns países, os grupos de homens oferecem oportunidades para homens que, de outra forma, nunca discutiriam tais questões, nem falariam mais abertamente sobre elas, aprenderiam mais sobre escolhas e direitos sexuais e reprodutivos, e começariam a questionar e a mudar comportamentos, como o uso da violência para exercer poder (Salam, 2019). A educação em geral pode estar associada à mudança das atitudes dos homens em relação à mutilação genital feminina, como um estudo na

Etiópia que descobriu que uma menina tem duas vezes mais chances de ser cortada se o pai não tiver educação do que se ele tiver frequentado o ensino médio (Tamire e Molla, 2013).

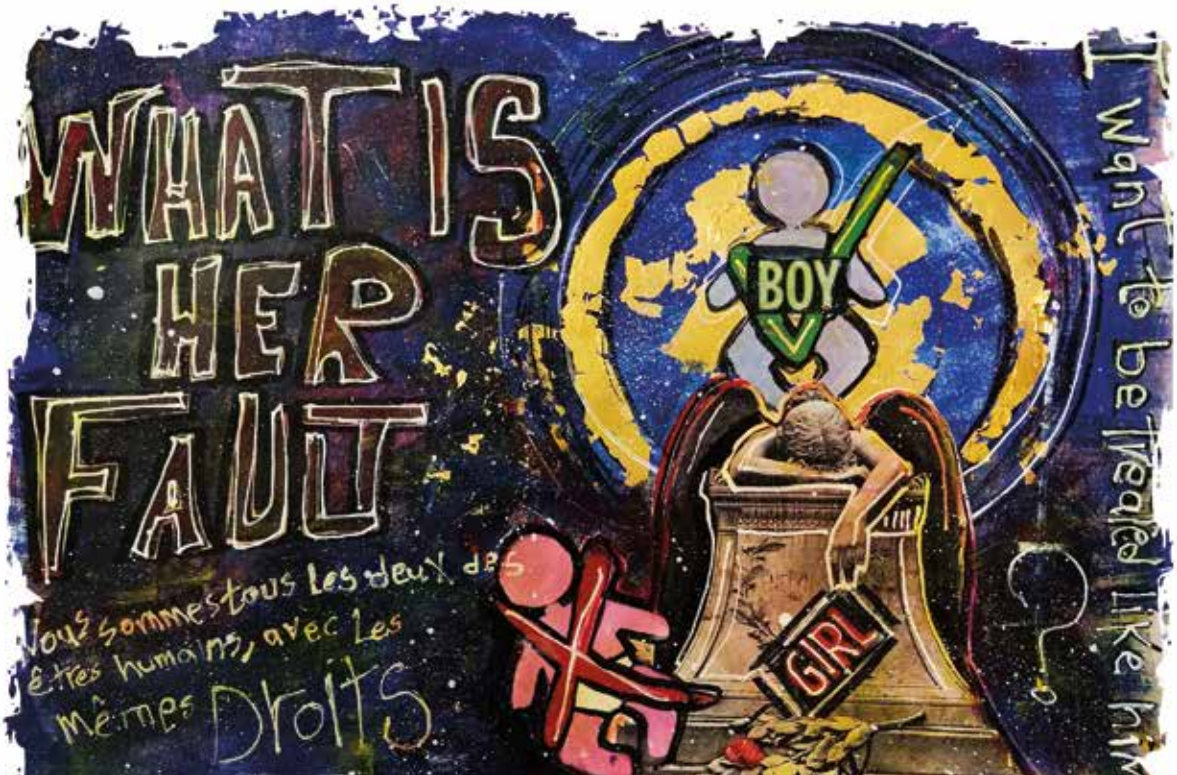
Um envolvimento mais efetivo e duradouro de homens e meninos, no entanto, depende de uma análise mais aprofundada dos padrões de discriminação e poder de gênero – inclusive aqueles inseridos na economia e na sociedade em geral (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). Os homens precisam falar não apenas sobre a definição de novas maneiras de se expressar, mas também se afastar de fato dos privilégios injustos. Mesmo em comunidades que como um todo estão em desvantagem, o gênero ainda torna mulheres e meninas mais marginalizadas e vulneráveis, inclusive a práticas danosas. Em tempos de crise, quando as pressões são extremas, são principalmente as meninas que são enviadas para casamentos precoces ou traficadas por sexo, não os meninos.

Reunir mulheres, homens, meninas e meninos para desconstruir e entender a dinâmica de gênero provou-se, afinal, ser mais eficaz do que iniciativas para homens e meninos apenas (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). No Senegal, o diálogo comunitário entre sexos e gerações tem sido um fator-chave para melhorar essas dinâmicas, com os homens explicando que agora estão mais engajados nos "problemas das mulheres" e podem entender melhor os problemas a partir da perspectiva da mulher (UNFPA e UNICEF, 2013). No entanto, são necessárias mais pesquisas sobre como esses tipos de modelos baseados na comunidade podem ser ampliados e quais atividades podem complementá-los e aumentar seu impacto na prevenção de práticas nocivas (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020).

Fazer a tecnologia funcionar para o bem, não para o mal

A violência *on-line* contra as mulheres é uma preocupação crescente, estando as mais jovens em maior risco (Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020). A tecnologia da internet é usada em alguns casos para perpetrar práticas nocivas, inclusive a venda de noivas infantis. Plataformas com conteúdo sexista reforçam padrões mais amplos de discriminação de gênero que sustentam práticas nocivas.

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan



Em 2018, o Conselho de Direitos Humanos da ONU lembrou aos Estados e empresas da internet que a violência *on-line*, não importa a forma, viola o direito universalmente reconhecido de viver livre da violência. Estipulou que a lei internacional de direitos humanos se aplica integralmente aos espaços digitais e fez uma série de recomendações para promulgar novas leis, novos regulamentos e sua correspondente aplicação. Ressaltou que as empresas têm a obrigação de proteger os direitos das mulheres, inclusive por meio da moderação de conteúdo e atuação em resposta a reclamações, entre outras medidas (Comissão sobre o Status da Mulher 2020; HRC da ONU 2018a).

O Conselho também destacou o grande potencial dos espaços digitais para acelerar a realização dos direitos das mulheres (UN HRC, 2018a). Se algumas plataformas oferecem conteúdo misógino, outras fornecem espaço para que meninas e mulheres jovens aprendam e elaborem movimentos para reivindicar seus direitos. No Quênia, por exemplo, cinco meninas desenvolveram o aplicativo i-Cut para auxiliar sobreviventes e possíveis vítimas de mutilação genital feminina a procurar ajuda médica e jurídica, denunciar casos e encontrar centros de resgate (Expoente Africano, 2020).

A codificação de *boot camps* e *hackathons* para meninas oferece oportunidades para o desenvolvimento de mais soluções como essas, além de facilitar a entrada de meninas no mercado de trabalho de ciência e tecnologia, o que as posicionará para um dia transformar setores ainda fortemente dominados por homens.

Adotar uma política externa feminista

Alguns doadores internacionais têm desempenhado papéis influentes no financiamento de programas para acabar com práticas nocivas em vários países, em conformidade com os compromissos com os direitos humanos e a assistência oficial ao desenvolvimento. Nessa perspectiva, o fato de vários países terem adotado uma "política externa feminista" é promissor. Isso inclui o potencial de aumentar a assistência oficial ao desenvolvimento para obter a igualdade de gênero como objetivo principal do programa, a partir da atual média global de apenas 4% da ajuda externa em geral (Thompson e Clement, s.d.). O apoio em larga escala, inclusive na assistência humanitária, poderia abranger programas para impedir práticas nocivas, uma vez que nove dos 10 países com as maiores taxas de casamento infantil são afetados por conflitos ou crises (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2016; Comissão sobre o Status das Mulheres, 2020).

Todavia, uma "política externa feminista" não deve se limitar principalmente à assistência internacional ao desenvolvimento, como ocorre com alguns modelos. Uma aplicação mais ampla e significativa valeria para todas as interações entre Estados e pessoas. Priorizaria a igualdade de gênero e os direitos das mulheres, e visaria a um mundo equitativo, lastreado por recursos suficientes para alcançar esses objetivos. Usaria diferentes alavancas de influência – não apenas ajuda, mas também comércio, defesa e diplomacia – para interromper estruturas de poder que sustentam a discriminação e manifestações de gênero, tais como as práticas nocivas. Seria rotineiramente subsidiada com informações a partir das perspectivas feministas.

Na prática, essa abordagem exigiria examinar certas questões, tais como os programas de austeridade fiscal exigidos internacionalmente que cortam os serviços sociais, inclusive aqueles destinados a prevenir e atuar em resposta às práticas nocivas entre mulheres e meninas pobres (Thompson e Clement, sd).

Seus direitos, suas escolhas, seus corpos

Não existe uma "solução mágica" para impedir práticas prejudiciais – e, como são resultado de uma confluência de fatores, é improvável que uma seja encontrada. É necessário mais entendimento sobre o que funciona, inclusive para guiar práticas específicas em sociedades extremamente diversas. Só o que sabemos é que, para chegar a zero, precisamos andar muito mais rápido.

Um elemento fundamental é investir nos compromissos assumidos, reconhecendo que, sem isso, os custos serão bem maiores. Estes se acumularão em termos financeiros devido aos gastos com saúde e prejuízos para a produtividade econômica, mas o custo maior são as vidas perdidas ou permanentemente prejudicadas. Os montantes necessários são relativamente pequenos. Para 31 países em que as meninas têm maior probabilidade de sofrer mutilação genital feminina, o custo para encerrar a prática seria relativamente pequeno: US$ 2,4 bilhões em 10 anos. Erradicar o casamento infantil em âmbito mundial custaria cerca de US$ 35 bilhões (UNFPA, 2020). Um maior investimento em educação e medidas para alcançar a igualdade de gênero poderiam catalisar esses investimentos e acelerar o progresso.

A boa notícia é que a maré está virando. Mais e mais pessoas estão desafiando o domínio persistente de práticas prejudiciais. Parlamentares estão aprovando leis eficazes. Praticantes tradicionais estão largando suas ferramentas. Mães e pais estão optando por manter as filhas na escola. Líderes comunitários estão dizendo a amigos e vizinhos para protegerem as meninas de violações à sua humanidade.

Os direitos, as escolhas e os corpos das meninas são delas – e somente delas. Quando esse princípio for plenamente realizado, em todos os países e em todas as comunidades, sem exceção, o mal terá sido, finalmente, erradicado.

Arte cortesia de Fatma Mahmoud Salama Raslan

Indicadores

Indicadores de monitoramento dos objetivos da CIPD: saúde página 130

Indicadores de monitoramento dos objetivos da CIPD: dignidade e direitos humanos página 136

Indicadores demográficos página 142

Notas técnicas página 148

Monitoramento dos objetivos da CIPD: saúde

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO						
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
Mundo e áreas regionais	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2020	2019
Mundo	**211**	**199**	**243**	**81**	**49**	**63**	**45**	**57**	**9**	**11**	**77**	**55**	**73**
Regiões mais desenvolvidas	12	11	13	99	59	71	53	62	7	9	80	–	84
Regiões menos desenvolvidas	232	219	268	79	47	62	43	56	9	12	76	54	69
Países menos desenvolvidos	415	396	477	61	32	42	28	37	16	20	59	50	71
Regiões do UNFPA													
Estados Árabes	151	121	208	90	34	53	29	45	10	16	65	–	53
Ásia e Pacífico	120	108	140	85	52	67	48	62	7	9	80	59	72
Leste Europeu e Ásia Central	20	18	22	99	46	64	36	48	8	12	66	75	82
América Latina e Caribe	74	70	80	94	59	75	55	70	8	10	83	74	66
África Oriental e Meridional	391	361	463	64	34	42	31	38	16	21	62	53	75
África Ocidental e Central	717	606	917	55	20	21	17	18	17	22	45	37	70
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Afeganistão	638	427	1010	59	18	25	16	22	17	24	46	–	54
África do Sul	119	96	153	97	50	57	50	57	11	14	81	65	95
Albânia	15	8	26	–	30	43	4	5	12	17	9	69	82
Alemanha	7	5	9	99	61	78	60	78	5	5	91	–	–
Angola	241	167	346	47	16	16	15	15	27	36	34	62	66
Antígua e Barbuda	42	24	69	100	45	63	42	61	10	13	78	–	–
Arábia Saudita	17	10	30	99	18	29	15	23	16	26	44	–	–
Argentina	39	35	43	94	59	71	57	67	9	11	84	–	–
Argélia	112	64	206	–	35	64	31	56	6	9	76	–	–
Armênia	26	21	32	100	39	59	20	31	8	12	43	66	87
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Áustria	5	4	7	98	64	70	62	68	6	8	88	–	–
Austrália	6	5	8	97	58	67	56	64	8	11	85	–	–
Azerbaijão	26	21	32	99	36	56	14	22	9	14	31	–	–
Bahamas	70	48	110	99	45	67	43	65	9	12	79	–	–
Bangladesh	173	131	234	53	54	65	48	57	9	11	75	–	–
Barbados	27	17	39	99	50	63	47	60	12	15	75	–	44
Barém	14	10	21	100	31	67	22	45	5	11	59	–	–
Belize	36	26	48	94	44	56	41	53	14	18	71	–	42
Bélgica	5	4	7	–	59	67	59	66	6	8	90	–	–
Benin	397	291	570	78	16	18	13	14	25	31	32	36	91
Bielorrússia	2	1	4	100	60	70	52	58	6	8	78	–	87
Bolívia (Estado Plurinacional da)	155	113	213	72	47	67	35	48	12	16	58	–	–
Bósnia e Herzegovina	10	5	16	100	37	48	18	20	11	14	37	–	–
Botsuana	144	124	170	100	56	69	56	68	8	11	86	–	–
Brasil	60	58	61	99	65	80	63	77	6	8	89	–	–
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgária	10	6	14	100	65	79	50	56	5	7	70	–	–
Burkina Faso	320	220	454	80	29	33	28	32	20	24	57	20	72

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO						
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Burundi	548	413	728	85	19	30	16	26	18	29	45	44	64
Butão	183	127	292	96	38	60	37	58	9	13	79	–	–
Cabo Verde	58	45	75	92	48	67	47	65	11	12	79	–	–
Camarões, República da	529	376	790	69	26	22	21	17	16	23	50	38	–
Camboja	160	116	221	89	42	62	31	45	8	11	62	76	98
Canadá	10	8	14	98	74	82	70	77	3	5	91	–	–
Catar	9	6	14	100	30	47	25	40	10	16	63	–	–
Cazaquistão	10	8	12	100	42	53	40	50	11	15	75	–	63
Chade	1140	847	1590	24	7	7	6	7	18	24	24	27	75
Chile	13	11	14	100	63	77	58	71	6	8	85	–	–
China	29	22	35	100	69	85	67	83	5	4	91	–	–
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	80	–	–
China, RAE de Macau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cingapura	8	5	13	100	40	69	35	60	6	10	77	–	–
Colômbia	83	71	98	99	64	82	60	77	6	7	87	–	97
Comores	273	167	435	–	19	26	15	21	20	30	40	21	–
Congo, República Democrática do	473	341	693	80	22	24	12	11	21	26	27	31	–
Coréia, República Popular Democrática da	89	38	203	100	58	74	55	71	8	9	84	–	83
Costa Rica	27	24	31	99	54	73	53	71	9	11	84	–	62
Costa do Marfim	617	426	896	74	26	25	22	21	21	27	48	25	63
Croácia	8	6	11	100	51	71	36	46	7	8	61	–	–
Cuba	36	33	40	100	70	75	69	74	7	8	89	–	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	4	3	5	95	65	77	61	73	5	7	88	–	90
Djibuti	248	116	527	–	16	28	15	27	15	27	49	–	–
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egito	37	27	47	92	44	61	42	59	9	12	80	–	44
El Salvador	46	36	57	100	51	73	49	69	8	10	81	–	83
Emirados Árabes Unidos	3	2	5	100	35	50	28	40	12	17	60	–	–
Equador	59	53	65	96	59	81	53	73	6	6	82	87	–
Eritreia	480	327	718	–	9	13	8	12	18	29	31	–	–
Eslováquia	5	4	7	98	56	79	47	66	4	6	79	–	–
Eslovênia	7	5	9	–	54	80	45	66	6	5	76	–	–
Espanha	4	3	5	–	60	63	58	62	9	13	84	–	–
Estados Unidos da America	19	17	21	99	64	76	57	66	5	6	83	–	–
Estônia	9	5	13	99	57	65	52	57	7	12	80	–	–
Eswatini	437	255	792	–	54	68	53	66	10	13	83	49	–
Etiópia	401	298	573	28	28	40	28	40	15	21	65	45	–
Federação Russa	17	13	23	100	49	68	41	57	7	10	75	–	–
Fiji	34	27	43	100	35	51	30	44	12	16	64	–	–
Filipinas	121	91	168	84	35	56	26	42	10	16	58	81	75

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO						
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Finlândia	3	2	4	100	79	82	74	77	3	5	90	–	98
França	8	6	9	98	65	78	63	75	4	4	91	–	–
Gabão	252	165	407	–	37	37	29	26	19	24	52	48	58
Gâmbia	597	440	808	–	11	15	11	14	17	25	37	40	83
Gana	308	223	420	78	27	35	23	30	19	27	50	52	–
Geórgia	25	21	29	99	32	46	23	33	13	19	51	–	93
Granada	25	15	39	100	44	63	41	59	10	13	76	–	–
Grécia	3	2	4	100	54	74	38	50	6	7	64	–	54
Guadalupe	–	–	–	–	45	59	41	53	11	15	72	–	–
Guam	–	–	–	–	41	66	36	55	7	11	74	–	–
Guatemala	95	86	104	70	42	63	35	53	9	13	70	65	–
Guiana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	169	132	215	96	33	45	32	43	17	26	62	71	75
Guiné Equatorial	301	181	504	–	17	17	15	14	23	32	36	–	–
Guiné-Bissau	667	457	995	45	29	19	27	19	16	20	60	–	70
Guiné	576	437	779	55	12	9	10	8	20	25	32	29	–
Haiti	480	346	680	42	27	37	25	34	24	35	49	59	65
Honduras	65	55	76	74	52	75	46	67	7	9	78	70	–
Hungria	12	9	16	100	49	70	44	63	6	9	80	–	–
Iémen	164	109	235	–	26	41	20	31	15	25	47	–	63
Ilhas Salomão	104	70	157	86	24	32	20	27	13	17	54	–	–
Ilhas Turcas e Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens Americanas	–	–	–	–	52	75	48	70	8	8	81	–	–
Índia	145	117	177	81	43	57	38	50	9	12	74	–	–
Indonésia	177	127	254	95	44	62	42	59	8	11	81	–	–
Irã (Republica Islâmica do Irã)	16	13	20	99	58	81	46	64	4	5	75	–	–
Iraque	79	53	113	96	37	56	26	39	9	13	57	–	39
Irlanda	5	3	7	100	66	70	63	66	6	9	88	–	–
Islândia	4	2	6	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	3	2	4	–	39	74	31	56	5	8	68	–	–
Itália	2	1	2	100	59	66	48	51	7	9	72	–	–
Jamaica	80	67	98	100	41	67	39	64	9	11	78	–	–
Japão	5	3	6	100	47	55	40	43	12	16	67	–	83
Jordânia	46	31	65	100	30	53	21	38	8	14	56	61	–
Kiribati	92	49	158	–	19	26	16	21	18	26	44	–	–
Kuwait	12	8	17	100	41	59	34	49	10	14	67	–	–
Lesoto	544	391	788	87	52	65	51	64	11	15	81	61	–
Letônia	19	15	26	100	61	72	54	62	6	9	81	–	70
Líbano	29	22	40	–	29	62	21	45	6	13	61	–	–
Libéria	661	481	943	–	27	29	26	28	25	28	50	67	–
Líbia	72	30	164	–	25	38	16	24	17	26	37	–	33
Lituânia	8	5	12	100	46	66	37	53	8	11	70	–	88

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos: QUALQUER MÉTODO		Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos: MÉTODO MODERNO		Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Luxemburgo	5	3	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedônia do Norte	7	5	10	100	40	48	21	20	13	17	39	–	–
Madagáscar	335	229	484	46	40	49	35	43	15	16	64	74	–
Malawi	349	244	507	90	48	64	47	63	13	16	77	47	76
Maldivas	53	35	84	100	15	21	12	16	22	30	32	58	45
Mali	562	419	784	67	17	19	17	18	21	24	44	8	79
Malta	6	4	11	100	63	85	49	66	4	3	73	–	90
Malásia	29	24	36	100	34	57	24	40	9	15	56	–	81
Marrocos	70	54	91	87	42	70	36	60	7	11	73	–	–
Martinica	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–	–
Mauritânia	766	528	1140	69	11	17	10	15	18	29	34	–	62
Maurícia	61	46	85	100	43	66	28	42	8	10	55	–	73
México	33	32	35	96	55	73	53	70	10	10	81	–	–
Micronésia (Estados Federados da)	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldávia, República da	19	15	24	100	53	64	41	49	9	12	66	–	–
Mongólia	45	36	56	99	41	56	37	50	13	16	69	63	–
Montenegro	6	3	10	99	26	25	18	15	17	22	43	–	52
Moçambique	289	206	418	73	25	27	24	26	19	23	55	49	94
Myanmar	250	182	351	60	33	57	32	55	8	14	78	67	82
Namíbia	195	144	281	–	52	61	51	60	10	15	83	71	96
Nepal	186	135	267	58	43	54	37	47	17	22	62	48	48
Nicarágua	98	77	127	96	53	82	51	79	5	6	88	–	–
Níger	509	368	724	39	16	18	15	17	15	18	48	7	–
Nigéria	917	658	1320	43	17	19	13	14	15	19	40	46	–
Noruega	2	2	3	99	67	86	63	79	4	4	89	–	–
Nova Caledônia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	9	7	11	97	65	80	61	75	5	5	88	–	94
Omã	19	16	22	99	20	34	14	23	15	26	39	–	–
Países Baixos	5	4	7	–	63	73	61	71	6	7	89	–	98
Palestina[1]	–	–	–	100	40	61	31	47	8	11	64	–	60
Panamá	52	45	59	93	47	60	45	56	14	17	73	79	–
Papua Nova Guiné	145	67	318	56	27	38	23	31	18	25	50	–	–
Paquistão	140	85	229	69	24	36	18	27	12	17	51	40	65
Paraguai	84	72	96	98	58	72	54	66	9	9	81	–	–
Peru	88	69	110	92	55	76	41	56	5	7	69	–	–
Polinésia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polônia	2	2	3	100	53	73	42	56	6	8	72	–	–
Porto Rico	21	16	29	–	57	82	52	74	6	5	82	–	–
Portugal	8	6	11	99	61	75	52	65	7	7	78	–	–
Quênia	342	253	476	62	46	63	45	62	12	15	77	56	–
Quirguistão	60	50	76	100	29	41	27	38	13	18	65	77	73
Reino Unido	7	6	8	–	74	82	67	74	4	5	87	–	92

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO						
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
Países, territórios, outras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Republica da Coréia	11	9	13	100	56	81	51	73	6	5	82	–	–
República Árabe da Síria	31	20	50	–	37	61	27	45	8	13	61	–	77
República Centro-Africana	829	463	1470	–	23	26	17	19	18	22	41	–	77
República Democrática Popular do Laos	185	139	253	64	38	60	34	54	8	12	74	–	96
República Dominicana	95	88	102	100	57	72	55	70	9	11	84	77	–
República Tcheca	3	2	5	100	63	85	56	76	3	4	84	–	70
República do Congo	378	271	523	91	42	43	28	26	15	19	48	27	53
Reunião	–	–	–	–	49	72	47	70	9	9	83	–	–
Romênia	19	14	25	97	55	72	45	57	5	8	74	–	–
Ruanda	248	184	347	91	33	57	30	52	12	17	68	70	–
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	43	20	97	83	17	29	16	27	24	42	38	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lúcia	117	71	197	100	48	61	45	57	12	15	75	–	–
São Cristóvão e Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Martinho	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	130	73	217	93	35	45	33	42	21	28	58	46	54
São Vicente e Granadinas	68	44	100	99	50	66	47	64	10	12	80	–	81
Senegal	315	237	434	74	22	30	21	28	16	22	55	7	–
Serra Leoa	1120	808	1620	87	27	24	26	24	20	24	56	40	65
Sérvia	12	9	17	98	49	56	32	29	10	13	55	–	86
Seychelles	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somália	829	385	1590	–	16	27	7	10	16	27	21	–	–
Sri Lanka	36	31	41	100	45	67	37	55	5	7	73	–	89
Sudão	295	207	408	78	10	15	9	14	18	28	33	–	57
Sudão do Sul	1150	789	1710	–	6	7	5	7	20	30	20	–	16
Suécia	4	3	6	–	62	73	57	66	6	9	83	–	100
Suíça	5	3	7	–	72	73	68	68	4	7	89	–	92
Suriname	120	96	144	98	33	45	32	45	15	23	67	–	45
Tailândia	37	32	44	99	56	80	54	78	4	5	91	–	–
Tajiquistão	17	10	26	95	23	31	21	29	16	22	54	33	–
Tanzânia, República Unida da	524	399	712	64	36	43	31	38	16	20	60	47	–
Timor-Leste, República Democrática do	142	102	192	57	18	30	16	28	14	24	51	40	–
Togo	396	270	557	69	24	26	22	23	23	31	46	30	73
Tonga	52	24	116	–	20	37	17	31	13	25	51	–	–
Trindade e Tobago	67	50	90	100	40	48	35	44	15	20	65	–	32
Tunísia	43	33	54	100	30	58	26	50	8	13	69	–	–
Turquemenistão	7	5	10	100	36	54	34	51	10	15	74	–	–
Turquia	17	14	20	98	48	71	33	49	7	10	60	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrânia	19	14	26	100	53	68	44	54	6	9	74	81	88
Uganda	375	278	523	74	34	43	31	39	19	26	58	62	–

SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos)[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais baixa[a]	Intervalo de incerteza da MMR (UI 80%), estimativa mais alta[a]	Nascimentos atendidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem	Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres entre 15 e 49 anos				Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres entre 15 e 49 anos		Proporção de demanda atendida com métodos modernos, mulheres entre 15 e 49 anos	Tomada de decisão sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem	Leis e normas que garantem acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informações e educação, porcentagem
					QUALQUER MÉTODO		MÉTODO MODERNO						
					Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas	Casadas ou em união	Todas		
	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Uruguai	17	14	21	100	57	79	55	77	6	7	87	–	99
Usbequistão	29	23	37	100	49	69	46	65	6	9	83	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	36	48	31	40	15	20	60	–	–
Venezuela (República Bolivariana da)	125	97	170	99	56	76	52	71	8	10	82	–	–
Vietnã	43	32	61	94	59	80	50	67	4	5	79	–	54
Zâmbia	213	159	289	63	36	52	35	49	15	19	67	47	91
Zimbábue	458	360	577	86	49	69	49	68	8	10	85	60	–

NOTAS

– Dados não disponíveis.

a A MMR [taxa de mortalidade materna] foi arredondada de acordo com o seguinte esquema: <100, arredondada para o 1 mais próximo; 100-999, arredondada para o 1 mais próximo; e 1.000, arredondada para o 10 mais próximo.

1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução nº 67/2019, que concedeu à Palestina o "status de Estado observador não membro nas Nações Unidas..."

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Taxa de mortalidade materna: número de mortes maternas durante um determinado período de tempo, por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. (Indicador 3.1.1 dos ODS)

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado: porcentagem de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeiro ou parteira). (Indicador ODS 3.1.2)

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

Taxa de prevalência de contraceptivos, método moderno: porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que atualmente usam qualquer método contraceptivo moderno.

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

Proporção de demanda atendida com os métodos modernos: porcentagem da demanda total de planejamento familiar entre mulheres de 15 a 49 anos atendida pelo uso da contracepção moderna. (Indicador ODS 3.7.1)

Tomada de decisão em saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos que são casadas (ou estão em uma união), que tomam suas próprias decisões em três áreas – assistência médica, uso de contraceptivos e relações sexuais com seus parceiros. (Indicador ODS 5.6.1)

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

(Indicador ODS 5.6.2)

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

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

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

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

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

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

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

Tomada de decisão em saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos: UNFPA.

Leis e normas que garantem o acesso a assistência médica em saúde sexual e reprodutiva, informação e educação: UNFPA.

Monitoramento dos objetivos da CIPD: dignidade e direitos humanos

ADOLESCENTES E JOVENS

	Taxa de nascimentos entre adolescentes por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento infantil até 18 anos de idade, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino primário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino primário, 2018	Taxa líquida de matrículas, ensino secundário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino secundário
Mundo e áreas regionais	2020	2019	2019	male	female	2018	male	female	2018
Mundo	**41**	**20**	–	**91**	**89**	**0.98**	**66**	**66**	**1.00**
Regiões mais desenvolvidas	12	–	–	96	96	1.00	90	91	1.01
Regiões menos desenvolvidas	45	27	–	91	89	0.97	63	63	1.00
Países menos desenvolvidos	91	38	–	83	79	0.95	40	36	0.89
Regiões do UNFPA									
Estados Árabes	48	20	55	85[b]	83[b]	0.97[b]	64	59	0.93
Ásia e Pacífico	23	26	–	95	93	0.99	68	69	1.02
Leste Europeu e Ásia Central	27	12	–	95	95	1.00	88	87	0.98
América Latina e Caribe	61	25	–	95	95	1.01	76	79	1.04
África Oriental e Meridional	95	32	24	85	83	0.98	34	32	0.95
África Ocidental e Central	108	39	23	79	70	0.89	42	37	0.88
Países, territórios, outras áreas	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2009–2019		2009–2019	2009–2019		2009–2019
Afeganistão	62	28	–	–	–	–	63	37	0.58
África do Sul	41	4	–	90	95	1.05	65	79	1.20
Albânia	16	12	–	94	97	1.03	84	89	1.06
Alemanha	6	–	–	90	92	1.02	86	85	0.99
Angola	163	30	–	92	71	0.78	13	10	0.80
Antígua e Barbuda	28	–	–	96	99	1.02	88	90	1.02
Arábia Saudita	9	–	–	95	95	1.00	99	94	0.96
Argentina	54	–	–	–	–	–	89	93	1.05
Argélia	10	3	–	–	–	–	–	–	–
Armênia	21	5	–	91	91	1.00	87	88	1.01
Aruba	26	–	–	94	98	1.04	73	81	1.10
Áustria	7	–	–	88	90	1.02	87	87	1.00
Austrália	10	–	–	96	97	1.01	92	93	1.01
Azerbaijão	45	11	–	93	92	1.00	89	88	0.99
Bahamas	29	–	–	73	75	1.03	60	65	1.09
Bangladesh	74	59	–	–	–	–	61	72	1.18
Barbados	50	29	–	99	98	0.98	91	97	1.07
Barém	14	–	–	99	97	0.98	87	94	1.08
Belize	64	34	–	99	99	1.00	69	73	1.06
Bélgica	6	–	–	99	99	1.00	95	95	1.00
Benin	108	31	2	–	–	–	53	40	0.75
Bielorrússia	14	5	–	95	95	1.00	95	96	1.01
Bolívia (Estado Plurinacional da)	71	20	–	93	93	1.00	76	77	1.01
Bósnia e Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botsuana	50	–	–	87	89	1.02	–	–	–
Brasil	53	26	–	97	97	1.00	80	83	1.04
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	81	84	1.03
Bulgária	38	–	–	88	88	1.00	90	88	0.97
Burkina Faso	132	52	58	80	78	0.98	30	32	1.04
Burundi	58	19	–	92	95	1.03	24	31	1.29
Butão	28	26	–	89	91	1.02	64	77	1.19

ADOLESCENTES E JOVENS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de nascimentos entre adolescentes por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento infantil até 18 anos de idade, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino primário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino primário, 2018	Taxa líquida de matrículas, ensino secundário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino secundário
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	masculino	feminino	2009–2019	masculino	feminino	2009–2019
Cabo Verde	80	18	–	94	93	0.98	66	74	1.12
Camarões, República da	119	31	0.4	97	89	0.91	49	43	0.88
Camboja	57	19	–	91	91	1.00	–	–	–
Canadá	8	–	–	–	–	–	100	100	1.00
Catar	9	4	–	97	99	1.03	96	92	0.96
Cazaquistão	26	7	–	–	–	–	93	93	1.01
Chade	179	67	32	83	64	0.78	25	12	0.48
Chile	26	–	–	95	95	1.00	87	90	1.03
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	2	–	–	–	–	–	96	97	1.01
China, RAE de Macau	3	–	–	96	96	1.00	85	88	1.05
Chipre	4	–	–	97	98	1.01	95	95	1.00
Cingapura	3	–	–	–	–	–	100	100	1.00
Colômbia	61	23	–	97	98	1.01	75	80	1.07
Comores	70	32	–	82	82	1.00	49	52	1.05
Congo, República Democrática do	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Coréia, República Popular Democrática da	1	–	–	98	98	1.00	–	–	–
Costa Rica	50	21	–	97	97	1.00	81	84	1.05
Costa do Marfim	123	27	27	98	90	0.92	45	35	0.77
Croácia	9	–	–	96	98	1.02	91	94	1.04
Cuba	52	26	–	98	98	1.00	82	87	1.06
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	3	–	–	98	99	1.01	90	92	1.03
Djibuti	21	5	80	67	67	1.00	38	37	0.97
Dominica	48	–	–	90	93	1.04	84	91	1.08
Egito	52	17	70	98	99	1.00	82	83	1.01
El Salvador	74	26	–	81	82	1.01	61	63	1.02
Emirados Árabes Unidos	5	–	–	92	95	1.03	95	90	0.95
Equador	71	20	–	–	–	–	83	86	1.03
Eritreia	76	41	69	54	49	0.91	43	40	0.94
Eslováquia	27	–	–	82	84	1.02	84	85	1.01
Eslovênia	4	–	–	98	99	1.01	95	97	1.02
Espanha	7	–	–	97	98	1.01	96	98	1.02
Estados Unidos da America	19	–	–	96	96	1.00	92	93	1.01
Estônia	11	–	–	93	95	1.01	93	95	1.02
Eswatini	87	5	–	83	82	1.00	36	47	1.30
Etiópia	80	40	47	88	82	0.93	31	30	0.97
Federação Russa	22	–	–	97	98	1.01	90	91	1.01
Fiji	23	–	–	99	99	0.99	80	89	1.10
Filipinas	39	17	–	95	95	1.00	60	71	1.19
Finlândia	5	–	–	99	99	1.00	96	96	1.01
França	9	–	–	99	100	1.01	94	95	1.01
Gabão	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gâmbia	86	26	75	78	86	1.10	–	–	–

ADOLESCENTES E JOVENS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de nascimentos entre adolescentes por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento infantil até 18 anos de idade, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino primário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino primário, 2018	Taxa líquida de matrículas, ensino secundário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino secundário
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	masculino	feminino	2009–2019	masculino	feminino	2009–2019
Gana	75	21	2	86	87	1.01	57	58	1.02
Geórgia	32	14	–	98	98	1.01	95	97	1.02
Granada	36	–	–	–	–	–	93	83	0.89
Grécia	9	–	–	98	98	1.00	94	93	0.98
Guadalupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	89	90	1.01	45	43	0.96
Guiana Francesa	76	–	–	–	–	–	–	–	–
Guiana	74	30	–	97	94	0.97	80	84	1.05
Guiné Equatorial	176	30	–	44	45	1.02	–	–	–
Guiné-Bissau	106	24	42	75	71	0.95	–	–	–
Guiné	120	47	92	85	71	0.83	39	26	0.66
Haiti	55	15	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	80	81	1.02	41	47	1.14
Hungria	23	–	–	96	97	1.00	89	90	1.01
Iémen	67	32	16	90	79	0.88	55	40	0.73
Ilhas Salomão	78	21	–	67	68	1.01	–	–	–
Ilhas Turcas e Caicos	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens Americanas	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Índia	11	27	–	97	99	1.02	61	62	1.02
Indonésia	36	16	–	97	92	0.95	78	80	1.03
Irã (Republica Islâmica do Irã)	33	17	–	98	98	0.99	82	80	0.98
Iraque	82	28	4	–	–	–	–	–	–
Irlanda	7	–	–	–	–	–	97	99	1.01
Islândia	6	–	–	100	99	1.00	90	92	1.02
Israel	10	–	–	–	–	–	98	100	1.02
Itália	4	–	–	97	97	1.00	94	95	1.01
Jamaica	52	8	–	81	82	1.01	72	76	1.06
Japão	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordânia	27	10	–	82	80	0.98	62	64	1.03
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	6	–	–	84	93	1.11	85	89	1.05
Lesoto	94	16	–	90	92	1.02	33	50	1.53
Letônia	16	–	–	96	98	1.01	93	95	1.02
Líbano	13	6	–	–	–	–	–	–	–
Libéria[a]	150	36	26	44	45	1.01	17	15	0.87
Líbia	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituânia	13	–	–	–	–	–	98	98	1.00
Luxemburgo	4	–	–	98	98	1.01	82	85	1.04
Macedônia do Norte	15	7	–	96	96	1.00	–	–	–
Madagáscar	152	40	–	–	–	–	29	31	1.08
Malawi	138	42	–	–	–	–	34	35	1.03
Maldivas	9	2	1	94	96	1.02	–	–	–
Mali	164	54	86	62	56	0.90	33	27	0.81
Malta	13	–	–	–	–	–	92	94	1.03

ADOLESCENTES E JOVENS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de nascimentos entre adolescentes por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento infantil até 18 anos de idade, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino primário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino primário, 2018	Taxa líquida de matrículas, ensino secundário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino secundário
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	masculino	feminino	2009–2019	masculino	feminino	2009–2019
Malásia	9	–	–	100	100	1.00	69	75	1.09
Marrocos	19	14	–	97	97	1.00	64	64	1.00
Martinica	17	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritânia	84	37	63	79	81	1.03	30	32	1.05
Maurícia	24	–	–	95	97	1.02	82	87	1.07
México	71	26	–	–	–	–	80	83	1.03
Micronésia (Estados Federados da)	44	–	–	85	86	1.00	–	–	–
Moldávia, República da	21	12	–	90	90	1.01	78	78	0.99
Mongólia	33	12	–	97	96	0.99	–	–	–
Montenegro	10	6	–	96	97	1.01	88	90	1.01
Moçambique	180	53	–	95	92	0.97	19	19	1.00
Myanmar	28	16	–	90	88	0.99	61	67	1.08
Namíbia	64	7	–	95	98	1.03	–	–	–
Nepal	88	40	–	–	–	–	61	63	1.03
Nicarágua	92	35	–	95	98	1.03	45	52	1.17
Níger	154	76	1	69	58	0.85	23	17	0.74
Nigéria	106	43	14	72	60	0.84	–	–	–
Noruega	3	–	–	100	100	1.00	96	96	1.00
Nova Caledônia	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	14	–	–	98	99	1.01	96	98	1.02
Omã	12	4	–	98	100	1.02	99	93	0.94
Países Baixos	3	–	–	99	99	1.01	93	94	1.01
Palestina[1]	48	15	–	97	97	1.00	83	91	1.09
Panamá	76	26	–	87	86	0.99	62	66	1.07
Papua Nova Guiné	68	27	–	78	73	0.93	35	29	0.82
Paquistão	46	18	–	74	62	0.84	40	34	0.85
Paraguai	72	22	–	88	88	1.00	66	66	1.00
Peru	44	17	–	96	97	1.01	91	88	0.96
Polinésia Francesa	42	–	–	–	–	–	–	–	–
Polônia	11	–	–	97	97	1.00	94	94	1.00
Porto Rico	22	–	–	77	80	1.04	73	79	1.09
Portugal	8	–	–	98	97	0.99	94	95	1.01
Quênia	96	23	11	79	83	1.04	49	46	0.93
Quirguistão	34	13	–	98	97	0.99	85	84	0.99
Reino Unido	12	–	–	100	99	1.00	97	97	1.00
Republica da Coréia	1	–	–	98	98	1.00	98	98	1.00
República Árabe da Síria	54	13	–	73	71	0.98	49	48	0.98
República Centro-Africana	229	68	18	72	56	0.77	16	10	0.62
República Democrática Popular do Laos	83	33	–	92	91	0.98	61	59	0.98
República Dominicana	51	36	–	94	94	1.00	67	75	1.12
República Tcheca	12	–	–	87	89	1.03	90	91	1.02
República do Congo	111	27	–	85	93	1.09	–	–	–
Reunião	30	–	–	–	–	–	–	–	–
Romênia	38	–	–	86	86	1.00	82	83	1.01
Ruanda	41	7	–	95	96	1.01	33	39	1.18

ADOLESCENTES E JOVENS

Países, territórios, outras áreas	Taxa de nascimentos entre adolescentes por 1.000 meninas entre 15 e 19 anos	Casamento infantil até 18 anos de idade, porcentagem	Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem	Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino primário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino primário, 2018	Taxa líquida de matrículas, ensino secundário, porcentagem, 2018		Índice de paridade entre gêneros, ensino secundário
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	masculino	feminino	2009–2019	masculino	feminino	2009–2019
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	39	11	–	–	–	–	82	90	1.10
San Marino	1	–	–	–	–	–	70	63	0.89
Santa Lúcia	36	24	–	97	100	1.03	81	82	1.01
São Cristóvão e Nevis	46	–	–	–	–	–	96	100	1.04
São Martinho	–	–	–	–	–	–	68	72	1.06
São Tomé e Príncipe	92	35	–	94	94	1.00	62	69	1.12
São Vicente e Granadinas	52	–	–	–	–	–	87	92	1.05
Senegal	78	29	21	72	81	1.12	36	39	1.10
Serra Leoa	101	30	64	98	98	1.00	43	41	0.96
Sérvia	15	3	–	98	98	1.00	92	93	1.01
Seychelles	68	–	–	–	–	–	78	83	1.06
Somália	123	45	97	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	21	10	–	98	97	0.98	90	92	1.03
Sudão do Sul	158	52	–	40	30	0.76	6	4	0.70
Sudão	87	34	82	62	61	0.98	32	31	0.95
Suécia	5	–	–	–	–	–	100	99	1.00
Suíça	2	–	–	99	100	1.01	87	84	0.97
Suriname	57	36	–	84	88	1.04	52	64	1.23
Tailândia	38	23	–	98	98	1.00	77	78	1.01
Tajiquistão	54	9	–	98	97	0.99	87	79	0.90
Tanzânia, República Unida da	139	31	5	81	84	1.04	26	27	1.06
Timor-Leste, República Democrática do	42	15	–	94	97	1.03	59	67	1.14
Togo	89	25	1	97	92	0.95	49	33	0.69
Tonga	30	6	–	–	–	–	81	84	1.04
Trindade e Tobago	38	11	–	99	98	0.99	–	–	–
Tunísia	4	2	–	97	100	1.02	–	–	–
Turquemenistão	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquia	21	15	–	95	95	0.99	88	86	0.97
Tuvalu	27	10	–	91	84	0.92	62	71	1.14
Ucrânia	19	9	–	91	93	1.02	85	86	1.01
Uganda	132	34	0.1	94	97	1.03	–	–	–
Uruguai	36	25	–	97	97	1.00	85	91	1.07
Usbequistão	19	7	–	98	96	0.99	91	90	0.99
Vanuatu	51	21	–	92	93	1.01	48	50	1.04
Venezuela (República Bolivariana da)	95	–	–	90	90	1.00	70	77	1.10
Vietnã	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Zâmbia	135	29	–	83	87	1.05	–	–	–
Zimbábue	78	34	–	–	–	–	49	49	0.99

NOTAS

– Dados não disponíveis.

a Porcentagem de meninas de 15 a 19 anos que são membros da sociedade Sande. Ser membro da sociedade Sande é um indicativo de mutilação genital feminina.

b O ano de referência é 2017.

1 Em 29 de novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução nº 67/2019, que concedia à Palestina "status de Estado observador não membro nas Nações Unidas..."

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Taxa de natalidade adolescente: número de nascimentos por 1.000 meninas adolescentes de 15 a 19 anos. (Indicador ODS 3.7.2)

Casamento infantil até os 18 anos: proporção de mulheres entre 20 e 24 anos que se casaram ou se uniram antes dos 18 anos (Indicador ODS 5.3.1)

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

Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino fundamental: porcentagem de crianças da faixa etária escolar oficial que estão matriculadas no ensino fundamental ou médio.

Índice de paridade de gênero, ensino fundamental: proporção de valores entre mulheres e homens na taxa líquida ajustada de matrículas na escola primária.

Taxa líquida de matrículas, ensino médio: porcentagem de crianças da faixa etária escolar oficial que estão matriculadas no ensino médio.

Índice de paridade de gênero, ensino médio: proporção de valores entre mulheres e homens na taxa líquida de matrículas na escola secundária.

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

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

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

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos: UNFPA.

Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino fundamental: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Índice de paridade de gênero, ensino fundamental: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Taxa líquida de matrículas, ensino médio: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS).

Índice de paridade de gênero, ensino médio: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS)

Indicadores Demográficos

	POPULAÇÃO	VARIAÇÃO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO				PROPORÇÃO ENTRE OS SEXOS	FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA
	População total em milhões	Taxa média anual de variação populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População com 65 anos ou mais, porcentagem	Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimentos de mulheres	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, em anos
Mundo e áreas regionais	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Mundo	**7,795**	**1.1**	**25.4**	**23.7**	**65.2**	**9.3**	**1.068**	**2.4**	**73**
Regiões mais desenvolvidas	1,273	0.3	16.4	16.6	64.3	19.3	–	1.6	80
Regiões menos desenvolvidas	6,521	1.3	27.2	25.1	65.4	7.4	–	2.6	71
Países menos desenvolvidos	1,057	2.3	38.8	31.8	57.6	3.6	–	3.9	66
Regiões do UNFPA									
Estados Árabes	377	1.9	34.0	27.6	61.0	5.0	–	3.3	72
Ásia e Pacífico	4,083	0.9	23.6	23.5	68.0	8.4	–	2.1	73
Leste Europeu e Ásia Central	250	0.9	23.4	21.2	66.3	10.2	–	2.1	74
América Latina e Caribe	650	1.0	23.9	24.5	67.2	8.9	–	2.0	76
África Oriental e Meridional	617	2.6	41.2	32.3	55.6	3.2	–	4.2	64
África Ocidental e Central	459	2.7	43.1	32.2	54.1	2.8	–	5.0	58
Países, territórios, outras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Afeganistão	38.9	2.5	41.8	35.3	55.5	2.6	1.059	4.2	65
África do Sul	59.3	1.4	28.8	25.9	65.7	5.5	1.031	2.4	64
Albânia	2.9	-0.1	17.2	20.5	68.1	14.7	1.083	1.6	79
Alemanha	83.8	0.5	14.0	14.9	64.4	21.7	1.054	1.6	81
Angola	32.9	3.3	46.4	32.8	51.4	2.2	1.027	5.4	61
Antígua e Barbuda	0.1	0.9	21.8	21.9	68.8	9.3	1.031	2.0	77
Arábia Saudita	34.8	1.9	24.7	20.7	71.8	3.5	1.050	2.2	75
Argentina	45.2	1.0	24.4	23.5	64.2	11.4	1.057	2.2	77
Argélia	43.9	2.0	30.8	22.2	62.5	6.7	1.044	2.9	77
Armênia	3.0	0.3	20.8	18.4	67.4	11.8	1.117	1.8	75
Aruba[1]	0.1	0.5	17.4	20.2	68.0	14.6	1.045	1.9	76
Áustria	9.0	0.7	14.4	15.4	66.4	19.2	1.064	1.6	82
Austrália[2]	25.5	1.3	19.3	18.5	64.5	16.2	1.057	1.8	84
Azerbaijão[3]	10.1	1.0	23.5	20.3	69.7	6.7	1.134	2.0	73
Bahamas	0.4	1.0	21.6	24.7	70.6	7.7	1.029	1.7	74
Bangladesh	164.7	1.1	26.8	27.9	68.0	5.2	1.055	2.0	73
Barbados	0.3	0.1	16.8	19.2	66.5	16.7	1.037	1.6	79
Barém	1.7	4.3	18.3	16.1	79.1	2.7	1.041	1.9	77
Belize	0.4	1.9	29.2	29.5	65.8	5.0	1.050	2.2	75
Bélgica	11.6	0.5	17.0	17.0	63.7	19.3	1.050	1.7	82
Benin	12.1	2.7	41.9	32.1	54.8	3.3	1.042	4.7	62
Bielorrússia	9.4	0.0	17.2	14.3	67.2	15.6	1.063	1.7	75
Bolívia (Estado Plurinacional da)	11.7	1.4	30.2	28.8	62.3	7.5	1.042	2.7	72
Bósnia e Herzegovina	3.3	-0.9	14.5	17.1	67.6	17.9	1.067	1.2	78
Botsuana	2.4	2.1	33.4	28.7	62.1	4.5	1.031	2.8	70
Brasil	212.6	0.8	20.7	22.7	69.7	9.6	1.044	1.7	76
Brunei Darussalam	0.4	1.1	22.3	22.9	72.1	5.6	1.072	1.8	76
Bulgária	6.9	-0.7	14.7	14.2	63.9	21.5	1.061	1.6	75
Burkina Faso	20.9	2.9	44.4	33.2	53.2	2.4	1.041	5.0	62
Burundi	11.9	3.1	45.3	31.7	52.4	2.4	1.023	5.2	62
Butão	0.8	1.2	24.9	27.3	68.9	6.2	1.051	1.9	72

	POPULAÇÃO	VARIAÇÃO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO				PROPORÇÃO ENTRE OS SEXOS	FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA
	População total em milhões	Taxa média anual de variação populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População com 65 anos ou mais, porcentagem	Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimentos de mulheres	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, em anos
Países, territórios, outras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Cabo Verde	0.6	1.2	28.1	26.2	67.1	4.8	1.033	2.2	73
Camarões, República da	26.5	2.6	42.1	32.4	55.2	2.7	1.026	4.4	60
Camboja	16.7	1.5	30.9	27.7	64.2	4.9	1.052	2.5	70
Canadá	37.7	0.9	15.8	16.8	66.1	18.1	1.056	1.5	83
Catar	2.9	2.3	13.6	16.2	84.7	1.7	1.044	1.8	80
Cazaquistão	18.8	1.3	29.1	20.3	63.0	7.9	1.061	2.7	74
Chade	16.4	3.0	46.5	33.9	51.0	2.5	1.039	5.6	55
Chile	19.1	1.2	19.2	20.4	68.5	12.2	1.043	1.6	80
China[4]	1,439.3	0.5	17.7	17.6	70.3	12.0	1.143	1.7	77
China, RAE de Hong Kong[5]	7.5	0.8	12.7	12.4	69.1	18.2	1.078	1.4	85
China, RAE de Macau[6]	0.6	1.5	14.4	12.8	73.7	12.0	1.084	1.2	84
Chipre[7]	1.2	0.8	16.6	19.5	69.0	14.4	1.065	1.3	81
Cingapura	5.9	0.9	12.3	15.4	74.3	13.4	1.065	1.2	84
Colômbia	50.9	1.4	22.2	24.6	68.8	9.1	1.045	1.8	77
Comores	0.9	2.2	39.0	31.1	57.9	3.1	1.032	4.1	65
Congo, República Democrática do	89.6	3.2	45.8	32.1	51.2	3.0	1.022	5.7	61
Coréia, República Popular Democrática da	25.8	0.5	19.8	21.3	70.8	9.3	1.062	1.9	72
Costa Rica	5.1	1.0	20.8	22.0	68.9	10.3	1.043	1.7	80
Costa do Marfim	26.4	2.5	41.5	32.8	55.6	2.9	1.030	4.5	58
Croácia	4.1	-0.6	14.5	15.7	64.2	21.3	1.058	1.4	79
Cuba	11.3	0.0	15.9	17.2	68.2	15.9	1.073	1.6	79
Curaçao[1]	0.2	0.5	18.2	18.9	64.2	17.7	1.045	1.7	79
Dinamarca[8]	5.8	0.4	16.3	18.1	63.6	20.2	1.057	1.8	81
Djibuti	1.0	1.6	28.9	27.3	66.4	4.7	1.038	2.6	67
Dominica	0.1	0.2	–	–	–	–	1.030	–	–
Egito	102.3	2.0	33.9	26.2	60.7	5.3	1.054	3.2	72
El Salvador	6.5	0.5	26.6	27.7	64.8	8.7	1.064	2.0	74
Emirados Árabes Unidos	9.9	1.3	14.8	15.8	83.9	1.3	1.050	1.4	78
Equador	17.6	1.7	27.4	26.5	65.0	7.6	1.046	2.4	77
Eritreia	3.5	1.2	41.1	32.3	54.4	4.5	1.031	3.9	67
Eslováquia	5.5	0.1	15.6	15.3	67.7	16.7	1.055	1.5	78
Eslovênia	2.1	0.1	15.1	14.1	64.1	20.7	1.059	1.6	81
Espanha[9]	46.8	0.0	14.4	15.0	65.6	20.0	1.065	1.4	84
Estados Unidos da America[10]	331.0	0.6	18.4	19.5	65.0	16.6	1.047	1.8	79
Estônia	1.3	0.2	16.5	14.7	63.1	20.4	1.057	1.6	79
Eswatini	1.2	1.0	37.4	33.6	58.5	4.0	1.027	2.9	61
Etiópia	115.0	2.6	39.9	33.6	56.5	3.5	1.055	4.0	67
Federação Russa	145.9	0.1	18.4	15.0	66.1	15.5	1.059	1.8	73
Fiji	0.9	0.6	29.0	25.7	65.2	5.8	1.069	2.7	68
Filipinas	109.6	1.4	30.0	28.7	64.4	5.5	1.080	2.5	71
Finlândia[11]	5.5	0.2	15.9	16.6	61.6	22.6	1.051	1.5	82
França[12]	65.3	0.3	17.7	17.7	61.6	20.8	1.049	1.8	83
Gabão	2.2	2.7	37.3	27.1	59.2	3.5	1.020	3.9	67
Gâmbia	2.4	2.9	44.0	32.5	53.5	2.5	1.031	5.1	62
Gana	31.1	2.2	37.1	30.5	59.7	3.1	1.040	3.8	64

	POPULAÇÃO	VARIAÇÃO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO				PROPORÇÃO ENTRE OS SEXOS	FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA
	População total em milhões	Taxa média anual de variação populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População com 65 anos ou mais, porcentagem	Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimentos de mulheres	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, em anos
Países, territórios, outras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Geórgia[13]	4.0	-0.2	20.2	17.7	64.5	15.3	1.065	2.0	74
Granada	0.1	0.5	23.8	22.1	66.4	9.8	1.032	2.0	72
Grécia	10.4	-0.4	13.7	15.3	64.1	22.3	1.062	1.3	82
Guadalupe[14]	0.4	0.0	18.4	21.7	62.2	19.4	1.032	2.1	82
Guam[15]	0.2	0.8	23.9	24.3	65.6	10.5	1.073	2.3	80
Guatemala	17.9	1.9	33.3	31.7	61.6	5.0	1.039	2.8	75
Guiana Francesa[14]	0.3	2.7	31.8	27.7	62.6	5.6	1.035	3.3	80
Guiana	0.8	0.5	27.7	28.3	65.3	7.0	1.041	2.4	70
Guiné Equatorial	1.4	3.7	36.8	28.8	60.8	2.4	1.031	4.3	59
Guiné-Bissau	2.0	2.5	41.9	32.1	55.2	2.9	1.036	4.3	59
Guiné	13.1	2.8	43.0	34.3	54.0	3.0	1.041	4.6	62
Haiti	11.4	1.3	32.5	29.9	62.4	5.2	1.031	2.8	64
Honduras	9.9	1.7	30.6	31.1	64.4	5.0	1.052	2.4	75
Hungria	9.7	-0.2	14.4	15.4	65.4	20.2	1.058	1.5	77
Iémen	29.8	2.4	38.8	32.4	58.2	2.9	1.058	3.6	66
Ilhas Salomão	0.7	2.6	40.0	30.5	56.3	3.7	1.067	4.3	73
Ilhas Turcas e Caicos	0.04	1.5	–	–	–	–	–	–	–
Ilhas Virgens Americanas[15]	0.1	-0.1	19.3	19.6	60.2	20.5	1.039	2.0	81
Índia	1,380.0	1.0	26.2	27.2	67.3	6.6	1.098	2.2	70
Indonésia	273.5	1.1	25.9	25.2	67.8	6.3	1.060	2.3	72
Irã (Republica Islâmica do Irã)	84.0	1.4	24.7	20.6	68.7	6.6	1.052	2.1	77
Iraque	40.2	2.5	37.7	31.1	58.8	3.4	1.053	3.5	71
Irlanda	4.9	1.2	20.8	19.4	64.6	14.6	1.050	1.8	82
Islândia	0.3	0.7	19.4	19.6	65.0	15.6	1.048	1.7	83
Israel	8.7	1.6	27.8	23.4	59.8	12.4	1.058	3.0	83
Itália	60.5	0.0	13.0	14.3	63.7	23.3	1.059	1.3	84
Jamaica	3.0	0.5	23.4	24.6	67.6	9.1	1.037	2.0	75
Japão	126.5	-0.2	12.4	13.7	59.2	28.4	1.054	1.4	85
Jordânia	10.2	1.9	32.9	30.6	63.2	4.0	1.051	2.6	75
Kiribati	0.1	1.5	35.9	28.9	59.9	4.2	1.067	3.5	69
Kuwait	4.3	2.1	21.5	17.3	75.5	3.0	1.046	2.1	76
Lesoto	2.1	0.8	32.2	29.5	62.8	4.9	1.027	3.1	55
Letônia	1.9	-1.1	16.4	13.7	62.9	20.7	1.059	1.7	75
Líbano	6.8	0.9	25.1	25.3	67.4	7.5	1.052	2.1	79
Libéria	5.1	2.5	40.4	32.4	56.3	3.3	1.038	4.2	64
Líbia	6.9	1.4	27.8	25.1	67.7	4.5	1.056	2.2	73
Lituânia	2.7	-1.5	15.5	13.8	63.9	20.6	1.053	1.7	76
Luxemburgo	0.6	2.0	15.6	16.9	70.1	14.4	1.060	1.4	82
Macedônia do Norte	2.1	0.0	16.3	17.5	69.2	14.5	1.073	1.5	76
Madagáscar	27.7	2.7	40.1	32.6	56.8	3.1	1.036	4.0	67
Malawi	19.1	2.7	43.0	34.4	54.4	2.6	1.013	4.1	65
Maldivas	0.5	3.4	19.6	20.4	76.8	3.6	1.066	1.8	79
Mali	20.3	3.0	47.0	33.5	50.5	2.5	1.033	5.7	60
Malta	0.4	0.4	14.4	14.9	64.3	21.3	1.067	1.5	83
Malásia[16]	32.4	1.3	23.4	24.7	69.4	7.2	1.066	2.0	76

	POPULAÇÃO	VARIAÇÃO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO				PROPORÇÃO ENTRE OS SEXOS	FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA
	População total em milhões	Taxa média anual de variação populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População com 65 anos ou mais, porcentagem	Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimentos de mulheres	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, em anos
Países, territórios, outras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Marrocos	36.9	1.3	26.8	24.3	65.6	7.6	1.069	2.4	77
Martinica[14]	0.4	-0.2	15.7	19.1	62.6	21.7	1.029	1.8	83
Mauritânia	4.6	2.8	39.7	30.6	57.1	3.2	1.032	4.4	65
Maurícia[17]	1.3	0.2	16.8	21.2	70.7	12.5	1.037	1.4	75
México	128.9	1.1	25.8	25.8	66.5	7.6	1.037	2.1	75
Micronésia (Estados Federados da)	0.1	1.1	31.2	30.4	64.4	4.4	1.067	3.0	68
Moldávia, República da[18]	4.0	-0.2	15.9	16.4	71.6	12.5	1.062	1.3	72
Mongólia	3.3	1.8	31.1	22.2	64.6	4.3	1.051	2.8	70
Montenegro	0.6	0.0	18.0	19.1	66.2	15.8	1.072	1.7	77
Moçambique	31.3	2.9	44.1	33.6	53.1	2.9	1.018	4.7	61
Myanmar	54.4	0.6	25.5	27.0	68.3	6.2	1.066	2.1	67
Namíbia	2.5	1.9	36.8	30.3	59.6	3.6	1.011	3.3	64
Nepal	29.1	1.5	28.8	32.1	65.4	5.8	1.073	1.8	71
Nicarágua	6.6	1.3	29.5	27.5	64.8	5.7	1.034	2.3	75
Níger	24.2	3.8	49.7	33.0	47.7	2.6	1.040	6.7	63
Nigéria	206.1	2.6	43.5	31.9	53.8	2.7	1.036	5.2	55
Noruega[19]	5.4	0.8	17.3	18.4	65.2	17.5	1.057	1.7	83
Nova Caledônia[14]	0.3	1.0	22.1	23.3	68.2	9.7	1.060	1.9	78
Nova Zelândia[20]	4.8	0.9	19.4	19.7	64.2	16.4	1.056	1.9	82
Omã	5.1	3.6	22.5	16.8	75.0	2.5	1.043	2.8	78
Países Baixos[21]	17.1	0.2	15.7	17.4	64.3	20.0	1.054	1.7	82
Palestina[22]	5.1	2.4	38.4	31.5	58.4	3.2	1.053	3.5	74
Panamá	4.3	1.7	26.5	24.9	65.0	8.5	1.050	2.4	79
Papua Nova Guiné	8.9	2.0	35.1	30.8	61.3	3.6	1.067	3.5	65
Paquistão	220.9	2.0	34.8	30.0	60.8	4.3	1.064	3.4	67
Paraguai	7.1	1.3	28.9	28.2	64.3	6.8	1.051	2.4	74
Peru	33.0	1.6	24.7	23.5	66.6	8.7	1.040	2.2	77
Polinésia Francesa[14]	0.3	0.6	22.2	23.4	68.7	9.1	1.055	1.9	78
Polônia	37.8	-0.1	15.2	15.0	66.0	18.7	1.059	1.4	79
Porto Rico[15]	2.9	-3.3	15.8	18.8	63.4	20.8	1.057	1.2	80
Portugal	10.2	-0.3	13.1	15.3	64.2	22.8	1.054	1.3	82
Quênia	53.8	2.3	38.6	33.4	58.9	2.5	1.021	3.4	67
Quirguistão	6.5	1.8	32.6	24.8	62.6	4.7	1.060	2.9	72
Reino Unido[23]	67.9	0.6	17.7	17.3	63.7	18.7	1.055	1.7	81
Republica da Coréia	51.3	0.2	12.5	15.5	71.7	15.8	1.056	1.1	83
República Árabe da Síria	17.5	-0.6	30.8	28.2	64.4	4.9	1.052	2.7	74
República Centro-Africana	4.8	1.4	43.5	36.2	53.7	2.8	1.031	4.6	54
República Democrática Popular do Laos	7.3	1.5	31.9	29.7	63.8	4.3	1.054	2.6	68
República Dominicana	10.8	1.1	27.4	26.5	65.0	7.5	1.045	2.3	74
República Tcheca	10.7	0.2	15.8	14.3	64.1	20.1	1.055	1.7	80
República do Congo	5.5	2.6	41.3	31.4	56.0	2.8	1.025	4.3	65
Reunião[14]	0.9	0.7	22.4	22.6	64.9	12.7	1.035	2.2	81
Romênia	19.2	-0.7	15.5	16.0	65.2	19.2	1.061	1.6	76
Ruanda	13.0	2.6	39.5	31.6	57.4	3.1	1.027	3.9	69
Saara Ocidental	0.6	2.5	27.2	24.9	69.4	3.4	1.050	2.3	71

Demographic indicators

	POPULAÇÃO	VARIAÇÃO POPULACIONAL	COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO				PROPORÇÃO ENTRE OS SEXOS	FECUNDIDADE	EXPECTATIVA DE VIDA
	População total em milhões	Taxa média anual de variação populacional, porcentagem	População de 0 a 14 anos, porcentagem	População de 10 a 24 anos, porcentagem	População de 15 a 64 anos, porcentagem	População com 65 anos ou mais, porcentagem	Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimentos de mulheres	Taxa de fecundidade total, por mulher	Expectativa de vida no nascimento, em anos
Países, territórios, outras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Samoa	0.2	0.5	37.2	29.5	57.7	5.1	1.067	3.8	73
San Marino	0.3	0.4	–	–	–	–	1.067	–	–
Santa Lúcia	0.2	0.5	18.0	21.9	71.8	10.3	1.036	1.4	76
São Cristóvão e Nevis	0.1	0.8	–	–	–	–	1.037	–	–
São Martinho[1]	0.04	1.4	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé e Príncipe	0.2	1.9	41.8	33.2	55.2	3.0	1.028	4.2	71
São Vicente e Granadinas	0.1	0.3	21.9	24.1	68.2	9.9	1.029	1.9	73
Senegal	16.7	2.8	42.6	32.1	54.3	3.1	1.033	4.5	68
Serra Leoa	8.0	2.1	40.3	32.9	56.7	2.9	1.032	4.1	55
Sérvia[24]	8.7	-0.3	15.4	17.5	65.6	19.1	1.071	1.4	76
Seychelles	0.1	0.7	23.8	20.6	68.2	8.1	1.034	2.4	73
Somália	15.9	2.8	46.1	34.4	50.9	2.9	1.043	5.9	58
Sri Lanka	21.4	0.5	23.7	22.8	65.1	11.2	1.039	2.2	77
Sudão do Sul	11.2	0.9	41.3	32.6	55.3	3.4	1.034	4.5	58
Sudão	43.8	2.4	39.8	32.6	56.5	3.7	1.041	4.3	66
Suécia	10.1	0.7	17.6	16.5	62.0	20.3	1.058	1.8	83
Suíça	8.7	0.8	15.0	15.2	65.9	19.1	1.055	1.5	84
Suriname	0.6	1.0	26.7	25.7	66.2	7.1	1.031	2.4	72
Tailândia	69.8	0.3	16.6	19.1	70.5	13.0	1.064	1.5	77
Tajiquistão	9.5	2.4	37.3	27.5	59.6	3.2	1.061	3.5	71
Tanzânia, República Unida da[25]	59.7	3.0	43.6	32.4	53.8	2.6	1.027	4.8	66
Timor-Leste, República Democrática do	1.3	1.9	36.8	33.1	58.9	4.3	1.070	3.9	70
Togo	8.3	2.5	40.6	32.1	56.5	2.9	1.028	4.2	61
Tonga	0.1	1.0	34.8	31.4	59.3	5.9	1.079	3.5	71
Trindade e Tobago	1.4	0.4	20.1	19.4	68.4	11.5	1.040	1.7	74
Tunísia	11.8	1.1	24.3	20.8	66.8	8.9	1.054	2.2	77
Turquemenistão	6.0	1.6	30.8	24.4	64.4	4.8	1.063	2.7	68
Turquia	84.3	1.4	23.9	24.1	67.1	9.0	1.054	2.0	78
Tuvalu	0.01	1.2	–	–	–	–	1.068	–	–
Ucrânia[26]	43.7	-0.5	16.0	14.9	67.1	16.9	1.062	1.4	72
Uganda	45.7	3.6	46.0	34.5	52.0	2.0	1.024	4.7	64
Uruguai	3.5	0.4	20.3	21.1	64.6	15.1	1.051	2.0	78
Usbequistão	33.5	1.6	28.8	24.6	66.4	4.8	1.078	2.4	72
Vanuatu	0.3	2.5	38.4	30.2	58.0	3.6	1.067	3.7	71
Venezuela (República Bolivariana da)	28.4	-1.1	27.3	25.5	64.8	8.0	1.054	2.2	72
Vietnã	97.3	1.0	23.2	21.0	68.9	7.9	1.122	2.0	75
Zâmbia	18.4	2.9	44.0	34.3	53.9	2.1	1.013	4.5	64
Zimbábue	14.9	1.5	41.9	33.2	55.1	3.0	1.023	3.5	62

NOTES

– Dados não disponíveis.

1 Para fins estatísticos, os dados para os Países Baixos não incluem esta área.

2 Inclusive Ilha Christmas, Ilhas Cocos (Keeling) e Ilha Norfolk.

3 Inclusive Nagorno-Karabakh.

4 Para fins estatísticos, os dados da China não incluem Hong Kong e Macau, Regiões Administrativas Especiais (SAR) da China e Província de Taiwan da China.

5 Em 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China. Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem essa área.

6 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China. Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem essa área.

7 Refere-se a todo o país.

8 Para fins estatísticos, os dados da Dinamarca não incluem as Ilhas Faroé ou a Groenlândia.

9 Inclusive Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.

10 Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens dos Estados Unidos.

11 Inclusive Ilhas Åland.

12 Para fins estatísticos, os dados da França não incluem Guiana Francesa, Polinésia Francesa, Guadalupe, Martinica, Maiote, Nova Caledônia, Reunião, São Pedro e Miquelon, São Bartolomeu, São Martinho (parte francesa) ou Ilhas Wallis e Futuna.

13 Inclusive Abkhazia e Ossétia do Sul.

14 Para fins estatísticos, os dados da França não incluem esta área.

15 Para fins estatísticos, os dados dos Estados Unidos da América não incluem esta área.

16 Inclusive Sabah e Sarawak.

17 Inclusive Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.

18 Inclusive a Transnístria.

19 Inclusive as Ilhas Svalbard e Jan Mayen.

20 Para fins estatísticos, os dados da Nova Zelândia não incluem as Ilhas Cook, Niue ou Tokelau.

21 Para fins estatísticos, os dados para os Países Baixos não incluem Aruba, Bonaire, Santo Eustáquio e Saba, Curaçao ou São Martinho (parte holandesa).

22 Inclusive Jerusalém Oriental.

23 Refere-se ao Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte. Para fins estatísticos, os dados do Reino Unido não incluem Anguilla, Bermudas, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Ilhas do Canal, Ilhas Malvinas, Gibraltar, Ilha de Man, Montserrat, Santa Helena ou Ilhas Turcas e Caicos.

24 Inclusive o Kosovo.

25 Inclusive Zanzibar.

26 Refere-se ao território do país na época do censo de 2001.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

População total: tamanho estimado da população nacional no meio do ano.

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

População de 0 a 14 anos, porcentagem: proporção da população entre os 0 e os 14 anos.

População de 10 a 24 anos, porcentagem: proporção da população entre os 10 e os 24 anos.

População entre 15 e 64 anos, porcentagem: proporção da população entre os 15 e os 64 anos.

População com 65 anos ou mais, porcentagem: proporção da população com 65 anos ou mais.

Proporção entre os sexos ao nascimento: número de nascidos vivos do sexo masculino por cada um do sexo feminino.

Taxa total de fecundidade: número de filhos que nasceriam, por mulher, se ela vivesse até o fim dos anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas prevalecentes de fecundidade específicas da idade.

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

PRINCIPAIS FONTES DE DADOS

População total: Divisão de População das Nações Unidas.

Taxa média anual de variação populacional: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

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

População entre 10 e 24 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

População entre 15 e 64 anos, porcentagem: cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas.

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

Proporção entre os sexos ao nascimento: Chao, F.; Gerland, P.; Cook, A.R.; & Alkema, L. (2019). Avaliação sistemática da proporção entre os sexos ao nascimento para todos os países e estimativa de desequilíbrios nacionais e níveis de referência regionais. Anais da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América, 116 (27), 13700. https://doi.org/10.1073/pnas.1908359116

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

Expectativa de vida no nascimento: Divisão de População das Nações Unidas.

Notas Técnicas

As tabelas estatísticas no relatório Situação da População Mundial 2020 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) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) nas áreas de saúde materna, acesso à educação e à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, essas tabelas incluem uma variedade de indicadores demográficos. As tabelas estatísticas servem de apoio ao enfoque do UNFPA no progresso e nos resultados a fim de proporcionar um mundo onde toda gravidez é desejada, todo parto é seguro e o potencial de cada jovem é realizado.

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

As tabelas estatísticas baseiam-se em pesquisas domiciliares representativas nacionalmente, tais como Pesquisas de Demografia e de Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas dos organismos das Nações Unidas e estimativas entre agências. Elas também incluem as estimativas e projeções populacionais mais recentes das Perspectivas Mundiais de População [* Perspectivas da População Mundial]: a versão de 2019 e as Estimativas e Projeções Baseadas em Modelos de Indicadores de Planejamento Familiar 2020 (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas estatísticas do relatório Situação da População Mundial 2020 refletem no geral as informações disponíveis em março de 2020.

Indicadores para o monitoramento dos objetivos da CIPD

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos

Taxa de mortalidade materna (MMR) (mortes por 100.000 nascidos vivos) e intervalo de incerteza de MMR (UI 80%), estimativas mais baixas e mais altas.
Fonte: Grupo Interagencial das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Materna (MMEIG, em inglês). A MMR indica o número de mortes maternas durante determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período. As estimativas são produzidas pelo MMEIG usando dados de sistemas de registro civil, pesquisas domiciliares e censos populacionais. UNFPA, OMS, Banco Mundial, UNICEF e Divisão de População das Nações Unidas são membros do MMEIG. As estimativas e metodologias são avaliadas regularmente pelo MMEIG e por outras agências e instituições acadêmicas e são revisadas, quando necessário, como parte do processo contínuo de melhoria dos dados de mortalidade materna. As estimativas não devem ser comparadas com estimativas anteriores entre agências.

Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, porcentagem.
Fonte: Base de dados global conjunta sobre atendimento qualificado no parto, 2020, UNICEF e OMS. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados dessa mesma fonte. A porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado (médico, enfermeiro ou parteira) é a porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde treinado para fornecer assistência obstétrica que salva vidas, inclusive a supervisão, o atendimento e aconselhamento necessários às mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto e no período pós-parto; realizar partos por conta própria; e cuidar de recém-nascidos (indicador ODS 3.1.2). As assistentes de parto tradicionais, mesmo que recebam um breve curso de treinamento, não estão incluídas.

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que atualmente usam qualquer método contraceptivo. As estimativas baseadas em modelo são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisa por amostragem. Os dados da pesquisa estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (inclusive mulheres em uniões consensuais), que atualmente utilizam qualquer método contraceptivo.

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que atualmente usam qualquer método contraceptivo moderno. As estimativas baseadas em modelo consideram dados derivados de relatórios de pesquisa por amostragem. Os dados da pesquisa estimam a proporção de todas as mulheres em idade reprodutiva e mulheres casadas (inclusive mulheres em uniões consensuais), que atualmente utilizam métodos modernos de contracepção. Os métodos modernos de contracepção incluem esterilização feminina e masculina, dispositivo intrauterino (DIU), implante, injetáveis, pílulas contraceptivas orais, preservativos masculinos e femininos, métodos de barreira vaginal (incluindo diafragma, tampa cervical, e espuma, geleia, creme e esponja espermicida), o método de amenorreia na lactação, contracepção de emergência e outros métodos modernos não relatados separadamente.

Necessidade não atendida de planejamento familiar, mulheres de 15 a 49 anos.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que desejam interromper ou postergar a gravidez, mas não estão usando um método contraceptivo. As estimativas baseadas em modelo são baseadas em dados derivados de relatórios de pesquisa por amostragem. Mulheres que estão usando um método tradicional de contracepção não são consideradas como tendo uma necessidade não atendida de planejamento familiar. Presume-se que todas as mulheres ou todas as mulheres casadas e aquelas que estão em algum tipo de união sejam sexualmente ativas e correm risco de gravidez. A premissa de exposição universal a uma possível gravidez entre todas as mulheres ou todas as mulheres casadas, ou que estejam em uma união pode levar a estimativas mais baixas em comparação com os riscos reais entre as mulheres expostas. Pode ser possível – em particular, em baixos níveis de prevalência contraceptiva – que, quando a prevalência contraceptiva aumentar, a necessidade não atendida de planejamento familiar também aumente. Ambos os indicadores, portanto, precisam ser interpretados em conjunto.

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

Tomada de decisão em saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos, porcentagem.
Fonte: UNFPA. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que são casadas ou estão em algum tipo de união e que tomam suas próprias decisões em três áreas: cuidados de saúde, uso de contracepção e relações sexuais com seus parceiros (indicador ODS 5.6.1).

Leis e normas que garantem o acesso a assistência em saúde sexual e reprodutiva, a informação e a educação, porcentagem.
Fonte: UNFPA. Até que ponto os países têm leis e normas nacionais que garantem acesso total e igual a mulheres e homens com 15 anos ou mais de idade a assistência em saúde sexual e reprodutiva, a informação e a educação (Indicador ODS 5.6.2).

Adolescentes e jovens

Taxa de natalidade de adolescentes por 1.000 meninas de 15 a 19 anos.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Número de nascimentos por 1.000 meninas adolescentes de 15 a 19 anos (indicador ODS 3.7.2). A taxa de natalidade de adolescentes representa o risco de engravidar entre meninas de 15 a 19 anos. Para o registro civil, as taxas estão sujeitas a limitações que dependem da integridade do registro de nascimento, do tratamento de bebês nascidos vivos, mas que morrem antes do registro ou nas primeiras 24 horas de vida, da qualidade das informações relatadas relacionadas à idade da mãe e à inclusão de nascimentos de períodos anteriores. As estimativas populacionais podem sofrer limitações relacionadas a informações errôneas sobre a idade e a amplitude de tais estimativas. Para dados de pesquisas e censos, o numerador e o denominador provêm da mesma população. As principais limitações dizem respeito à declaração incorreta de idade, omissões de nascimento, declaração incorreta da data de nascimento da criança e variabilidade da amostragem no caso de pesquisas.

Casamento infantil até os 18 anos, porcentagem.
Fonte: UNICEF. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados do UNICEF. Proporção de mulheres de 20 a 24 anos casadas ou em algum tipo de união antes dos 18 anos. (Indicador ODS 5.3.1)

Prevalência de mutilação genital feminina entre meninas de 15 a 19 anos, porcentagem.
Fonte: UNFPA. Proporção de meninas de 15 a 19 anos que sofreram mutilação genital feminina. (Indicador SDG 5.3.2).

Taxa líquida ajustada de matrículas, ensino fundamental, porcentagem.
Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Percentual de crianças da faixa etária escolar oficial que estão matriculadas no ensino fundamental e médio.
Índice de paridade de gênero, ensino fundamental (2009-2019).
Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Proporção de valores entre mulheres e homens na proporção líquida ajustada de matrículas no ensino fundamental.

Taxa líquida de matrículas, ensino médio, porcentagem (2009-2019).
Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Percentual de crianças da faixa etária escolar oficial que estão matriculadas no ensino médio.

Índice de paridade de gênero, ensino médio (2009-2019).
Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). Proporção de valores entre mulheres e homens na proporção líquida de matrículas no ensino médio.

Indicadores demográficos

População

População total em milhões.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Tamanho estimado da população nacional em meados do ano.

Variação populacional

Taxa anual média de variação populacional, porcentagem.
Fonte: Cálculo do UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Taxa média de crescimento exponencial da população em determinado período, com base em uma projeção de variante média.

Composição da população

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

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

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

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

Proporção entre os sexos

Proporção entre os sexos no nascimento, por nascimento de mulheres.
Fonte: Chao et al., 2019. "Avaliação sistemática da proporção entre os sexos ao nascer para todos os países e estimativa de desequilíbrios nacionais e níveis de referência regionais". Anais da Academia Nacional de Ciências 116 (27); 13700. Número de nascidos vivos do sexo masculino por um nascido vivo do sexo feminino.

Fecundidade

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

Expectativa de vida

Expectativa de vida no nascimento, em anos.
Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Número de anos em que os recém-nascidos viveriam se sujeitos aos riscos de mortalidade prevalecentes para a seção transversal da população no momento de seu nascimento.

Classificações Regionais

As médias do UNFPA apresentadas no início das tabelas estatísticas são calculadas usando-se dados de países e áreas como classificados abaixo.

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

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

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

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

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

As regiões mais desenvolvidas destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um país ou uma área específica no processo de desenvolvimento, incluindo as regiões da Divisão de População das Nações Unidas, Europa, América do Norte, Austrália / Nova Zelândia e do Japão.

As regiões menos desenvolvidas destinam-se a fins estatísticos e não expressam um julgamento sobre o estágio alcançado por um país ou uma área específica no processo de desenvolvimento, incluindo todas as regiões da Divisão de População das Nações Unidas na África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe, além de Melanésia, Micronésia e Polinésia.

Os países menos desenvolvidos, como definido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18), incluíram 47 países (em dezembro de 2018): 33 na África, nove na Ásia, quatro na Oceania e um na América Latina e no Caribe – Afeganistão; Angola; Bangladesh; Benim; Butão; Burkina Faso; Burundi; Camboja; República Centro-Africana; Chade; Comores; Congo, República Democrática do; Djibuti; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Guiné; Guiné-Bissau; Haiti; Kiribati; República Democrática Popular do Laos; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malaui; Mali; Mauritânia; Moçambique; Myanmar; Nepal; Níger; Ruanda; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Ilhas Salomão; Somália; Sudão do Sul; Sudão; Tanzânia, República Unida da; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Iêmen; Zâmbia. Esses países também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas. Mais informações estão disponíveis em: http://unohrlls.org/about-ldcs/.

Referências bibliográficas

Abdulcadir, Jasmine and others, 2016. "Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-sectional Study." *Journal of Sexual Medicine* 13(2): 226–237.

Adhikari, Rojita, 2020. "Bringing an End to Deadly 'Menstrual Huts' is Proving Difficult in Nepal." *BMJ* 368: m536.

Adler, Nancy and others, 2007. *Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the US.* San Francisco: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. Website: macses.ucsf.edu/downloads/reaching_for_a_healthier_life.pdf, accessed 12 July 2016.

African Exponent, 2020. "Kenyan Girls Who Developed App to Fight Female Genital Mutilation Nominated for Sakharov Prize." Website: africanexponent.com/post/4357-kenyan-girls-who-developed-app-to-fight-female-genital-mutilation-nominated-for-sakharov-prize, accessed 16 March 2020.

Ahanonu, E.L. and O. Victor, 2014. "Mothers' Perceptions of Female Genital Mutilation." *Health Education Research* 29(4): 683–689.

Alesina, Alberto and Paola Giuliano, 2014. "Family Ties." In *Handbook of Economic Growth, vol. 2*, Aghion, Philippe and Steven Durlauf, eds. Amsterdam: Elsevier, pp. 177–215.

Alexander-Scott, Michaeljon and others, 2016. *DFID Guidance Note: Shifting Social Norms to Tackle Violence Against Women and Girls (VAWG).* London: VAWG Helpdesk. Website: oecd.org/dac/gender-development/VAWG%20HELPDESK_DFID%20GUIDANCE%20NOTE_SOCIAL%20NORMS_JAN%202016.pdf, accessed 23 April 2020.

Alhassan, Yussif Nagumse and others, 2016. "Belief Systems Enforcing Female Genital Mutilation in Europe." *International Journal of Human Rights in Healthcare* 9(1): 29–40.

Al-Hinai, Habiba, 2014. "Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman." Research Study. Website: stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf, accessed 27 March 2020.

Alkema, Leontine and others, 2014. "National, Regional, and Global Sex Ratios of Infant, Child, and under-5 Mortality and Identification of Countries with Outlying Ratios: A Systematic Assessment." *The Lancet Global Health* 2(9): e521–e530.

Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, and others, 2013. "Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen." *PLoS ONE* 8(12): e83140.

Almond, Douglas and others, 2009. "Son Preference and the Persistence of Culture: Evidence from Asian Immigrants to Canada." NBER Working Paper 15391. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Alsibiani, Sharifa A. and Abdulrahim A. Rouzi, 2010. "Sexual Function in Women with Female Genital Mutilation." *Fertility and Sterility* 93(3): 722–224.

Amatya, Prabisha and others, 2018. "Practice and Lived Experience of Menstrual Exiles (Chhaupadi) Among Adolescent Girls in Far-western Nepal." *PLoS One* 13(12): e0208260.

Amin, Sajeda, 2011. *Empowering Adolescent Girls in Rural Bangladesh: Kishori Abhijan.* New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/TABriefs/13_KishoriAbhijan.pdf, accessed 28 September 2017.

Arango, Diana and others, 2014. "Interventions to Prevent or Reduce Violence against Women and Girls: A Systematic Review of Reviews." Women's Voice and Agency Research Series, No. 10. Washington, D.C.: World Bank Group. Website: worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/Arango%20et%20al%202014.%20Interventions%20to%20Prevent%20or%20Reduce%20VAWG%20-%20A%20Systematic%20Review%20of%20Reviews.pdf, accessed 27 March 2020.

Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51–74.

Asadullah, M. Niaz and Zaki Wahhaj, 2019. "Early Marriage, Social Networks and the Transmission of Norms." *Economica* 86(344): 801–831.

Ashimi, Adewale O. and others, 2015. "Prevalence and Predictors of Female Genital Mutilation Among Infants in a Semi Urban Community in Northern Nigeria." *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(4): 243–248.

Askew, Ian and others, 2016. "A Repeat Call for Complete Abandonment of FGM." *Journal of Medical Ethics* 42: 619–620.

Australian Institute of Health and Welfare, 2019. "Towards Estimating the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Australia." Cat. no. PHE 230. Canberra: AIHW.

Ayaz, Sultan and Sengul Yaman Efe, 2008. "Potentially Harmful Traditional Practices During Pregnancy and Postpartum." *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 13(3): 282–288.

Bailey-King, Ettie, 2018. *Child Marriage and the Syrian Conflict: Seven Things You Need to Know.* London: Girls Not Brides.

Banda, Joyce and Priscilla Atansah, 2016. *An Agenda for Harmful Cultural Practices and Girls' Empowerment.* Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/sites/default/files/agenda-harmful-cultural-practices-and-girls-empowerment_0.pdf, accessed 27 March 2020.

Bandiera, Oriana and others, 2018. *Women's Empowerment in Action: Evidence from a Randomized Control Trial in Africa.* Washington, D.C.: World Bank. Website: documents.worldbank.org/curated/en/707081502348725124/pdf/118203-WP-ELA-PUBL

Banks, E. and others, 2006. "Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries." *Lancet* 367: 1835–1841.

Barbara, Giussy and others, 2015. "'The First Cut is the Deepest'. A Psychological, Sexological, and Gynecological Perspective on Female Genital Cosmetic Surgery." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 94(9): 915–920.

Becquet, Valentine and Christophe Z. Guilmoto, 2018. "Sex Imbalance at Birth in Vietnam: Rapid Increase Followed by Stabilization." *Population* 73(3): 519–544.

Behrendt, Alice and Steffen Moritz, 2005. "Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation." *American Journal of Psychiatry* 162(5): 1000–1002.

Bélanger, Danièle, 2002. "Son Preference in a Rural Village in North Vietnam." *Studies in Family Planning* 33(4): 321–334.

Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2012. "Interventions to Reduce the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in African Countries." *Campbell Systematic Reviews* 8(1): 1–155.

Berg, Rigmor C. and others, 2014. "An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting." *Obstetrics and Gynecology International* 1: 1–8.

Berg, Rigmor C. and others, 2014a. "Effects Of Female Genital Cutting On Physical Health Outcomes: A Systematic Review And Meta-analysis." *BMJ Open* 4: e006316.

Berg, Rigmor C. and others, 2010. *Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review of Quantitative Studies.* Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Bhat, PN Mari and AJ Francis Zavier, 2007. "Factors Influencing the Use of Prenatal Diagnostic Techniques and the Sex Ratio at Birth in India." *Economic and Political Weekly* 42(24): 2292–2303.

Blanc, Ann K. and others, 2013. "New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries." *Public Library of Science* 8(4): e59864.

Blessing, Anumaka I. and Beatrice Sironko, 2014. "Female Genital Mutilation and Girls' Participation in School Activities in Isinya district, Kajiado County, Kenya." *African Multidisciplinary Journal* 2

Bogale, Daniel and others, 2014. "Prevalence Of Female Genital Mutilation And Its Effect On Women's Health In Bale Zone, Ethiopia: A Cross-sectional Study." *BMC Public Health* 14: 1076.

Bongaarts, John, 2013. "The Implementation of Preferences for Male Offspring." *Population and Development Review* 39(2): 185–208.

Bongaarts, John and Christophe Z. Guilmoto, 2015. "How Many More Missing Women? Excess Female Mortality and Prenatal Sex Selection, 1970–2050." *Population and Development Review* 41(2): 241–269.

Boosey, Robyn and Emily Wilson, 2014. *The Menstrual Hygiene Management and the International Human Rights System: A Vicious Cycle of Silence. Consultation for the World Bank.* Website: consultations.worldbank.org/sites/default/files/consultation-template/update-world-bank-group-gender-strategy-consultations/submissions/a_vicious_cycle_of_silence_final_version_of_paper_0.pdf, accessed 27 March 2020.

Brady, Martha and others, 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt.* New York: Population Council. Website: pdfs.semanticscholar.org/fa90/f24486aaf15be15d5444bf5f2ff5072f0d22.pdf, accessed 3 August 2018.

Brahme, Dhanashri, 2016. "Learnings From a Decade of Research, Advocacy and Action to Address Son Preference and Gender Biased Sex Selection in India." Presentation. New Delhi: UNFPA

Browne, Tamara K., 2017. "How Sex Selection Undermines Reproductive Autonomy." *Bioethical Inquiry* 14: 195–204.

Burton, Neel, 2017. "A Feminist Critique of Marriage." *Psychology Today*. Website: psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201708/feminist-critique-marriage, accessed 16 March 2020.

Cai, Yong and William Lavely, 2003. "China's Missing Girls: Numerical Estimates and Effects on Population Growth." *China Review* 3(2): 13–29.

Catino, Jennifer and others, 2012. "Abriendo Oportunidades in Guatemala." In *The Cost of Reaching the Most Disadvantaged Girls: Programmatic Evidence from Egypt, Ethiopia, Guatemala, Kenya, South Africa, and Uganda*, Sewall-Menon, Jessica and Judith Bruce, eds. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2012PGY_CostOfReachingGirls.pdf, accessed 3 August 2018.

Chaaban, Jad and Wendy Cunningham, 2011. "Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend." Policy Research 5753. Washington, D.C.: World Bank. Website: elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753, accessed 28 September 2017.

Chae, Sophia and Thoai Ngo, 2017. "The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage." GIRL Centre Research Brief, No. 1. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_GIRLCenterResearchBrief_01.pdf, accessed 31 January 2020.

Chahnazarian, Anouch, 1988. "Determinants of the Sex Ratio at Birth: Review of Recent Literature." *Social Biology* 35(3–4): 214–235.

Chao, Fengqing and others, 2019. "Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for All Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 116(19): 9303–9311.

Chen, Lincoln C. and others, 1981. "Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh." *Population and Development Review* 7: 55–70.

Chiplunkar, Gaurav and Jeffrey Weaver, 2019. *Prevalence and Evolution of Dowry in India.* Working Paper. New Delhi: Ideas for India.

Chung, Woojin and Monica Das Gupta, 2007. "The Decline of Son Preference in South Korea: The Roles of Development and Public Policy." *Population and Development Review* 33(4): 757–783.

Cislaghi, Beniamino, 2019. *The Potential of a Community-led Approach to Change Harmful Gender Norms in Low- and Middle-income Countries.* ALIGN, Advancing Learning and Innovation on Gender Norms. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: alignplatform.org/sites/default/files/201901/community_led_approach_report.pdf, accessed 23 April 2020.

Commission on the Status of Women, 2020. *Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General.* Website: undocs.org/E/CN.6/2020/3, accessed 26 March 2020.

Cook, Rebecca and others, 2004. "Obstetric Fistula: the Challenge to Human Rights." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 87(1): 72–77.

Cook, Rebecca J. and others, 2002. "Female Genital Cutting (Mutilation/Circumcision): Ethical and Legal Dimensions." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 79(3): 281–287.

Corno, Lucia and Alessandra Voena, 2016. "Selling Daughters: Age of Marriage, Income Shocks and Bride Price Tradition." Institute for Fiscal Studies Working Paper W16/08. London: Institute for Fiscal Studies.

Costello Susie, and others, 2015. "In the Best Interests of the Child: Preventing Female Genital Cutting (FGC)." *British Journal of Social Work* 45(4): 1259–1276.

Crawford, Mary and others, 2014. "'This is a Natural Process': Managing Menstrual Stigma in Nepal." *Culture, Health & Sexuality* 16(4): 426–439.

Creighton, S. and A. Gill. 2010. "'Harmful' Traditional Practices: Interventions to Address Gendered Forms of Violence Against Women and Girls." *Injury Prevention* 16: A276.

Crisman Ben and others, 2016. "The Impact of Legislation on the Hazard of Female Genital Mutilation/Cutting: Regression Discontinuity Evidence from Burkina Faso." Working Paper 432. Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/publication/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity, accessed 23 April 2020.

Croll, Elisabeth, 2000. *Endangered Daughters: Discrimination and Development in Asia.* Routledge: London.

Cusak, Simone, 2013. "Gender Stereotyping as a Human Rights Violation." Research Report submitted to the OHCHR. Website: esem.org.mk/pdf/Najznachajni%20vesti/2014/3/Cusack.pdf, accessed 26 March 2020.

Dahal, Bhola P. and others, 2017. "Chhaupadi and Health of Women and Girls: A Study on Effects of Chhaupadi Practices on Health Status of Women and Girls in Karnali, Nepal." Kathmandu: Action Works Nepal & BEE Group. Website: actionworksnepal.org/wp-content/uploads/2018/09/A-Research-Report-on-Chhaupadi-and-Health.pdf, accessed 23 April 2020.

Dahal, Khagendra, 2008. "Nepalese Woman Dies After Banishment to Shed During Menstruation." *BMJ* 337: a2520.

Dahlui, M., 2012. "The Practice of Female Circumcision in Malaysia." Paper presented at Universiti Sains Malaysia (USM), Penang, 10 May 2012.

Das Gupta, Monica, 2019. "Is Banning Sex-selection the Best Approach for Reducing Prenatal Discrimination?" *Asian Population Studies* 15(3): 319–336.

Das Gupta, Monica and others, 2003. "Why Is Son Preference so Persistent in East and South Asia? A Cross-Country Study of China, India and the Republic of Korea." *Journal of Development Studies* 40(2): 153–187.

Dehghankhalili, Maryam and others, 2015. "Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran." *International Society for Sexual Medicine* 12(7):1577–1583.

Delprato, Marcos and others, 2017. "Intergenerational Education Effects of Early Marriage in Sub-Saharan Africa." *World Development* 91: 173–192.

Delprato, Marcos and others, 2015. "On the Impact of Early Marriage and Schooling Outcomes in Sub-Saharan Africa and South West Asia." *International Journal of Economic Development* 44: 42–55.

Den Boer, Andrea and Valerie Hudson, 2017. "Patrilineality, Son Preference, and Sex Selection in South Korea and Vietnam." *Population and Development Review* 43(1): 119–147.

Dennis, CIndy-Lee and others, 2007. "Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review." *Women's Health* 3(4): 487–502.

Diamond-Smith, Nadia and Kara Rudolph, 2018. "The Association Between Uneven Sex Ratios and Violence: Evidence From 6 Asian Countries." *PLoS One* 13(6): e0197516.

Diop, Nafissatou and Ian Askew, 2009. "The Effectiveness of a Community-based Education Program on Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal." *Studies in Family Planning* 40: 307–318.

Diop, Nafissatou and others, 2004. "The Tostan Program: Evaluation of a Community-based Education Program in Senegal." FRONTIERS Final Report. Washington, D.C.: Population Council.

D'Souza, Stan and Lincoln C. Chen, 1980. "Sex Differentials in Mortality in Rural Bangladesh." *Population and Development Review* 6(2):257–270.

Dube, Leela, 1997. *Women and Kinship: Comparative Perspectives on Gender in South and South-East*. Tokyo: United Nations University Press.

Dubuc, Sylvia and David Coleman, 2007. "An Increase in The Sex Ratio Of Births To India-Born Mothers In England And Wales: Evidence For Sex-Selective Abortions". *Population and Development Review* 33(2): 383–400.

Duflo, Esther, 2011. *Women's Empowerment and Economic Development*. NBER Working Paper No. 17702 December 2011, Revised January 2012 JEL No. D1,O1,O1. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Ebenstein, Avraham. 2010. "The 'Missing Girls' of China and the Unintended Consequences of the One Child Policy." *Journal of Human Resources* 45(1): 87–115.

EIGE (European Institute for Gender Equality), 2019. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union. Step-by-Step Guide, 2nd Edition.* Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition, accessed 27 March 2020.

EIGE (European Institute for Gender Equality), 2015. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union: Report.* Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report, accessed 27 March 2020.

Eldin, Ahmed Gamal and others, 2018. *FGM/C Decision-making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan.* Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.

Elmusharaf Susan and others, 2006. "Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study." *BMJ:* bmj;bmj.38873.649074.55v1

Elnashar, R.A. and R. Abdelhady, 2007. "The Impact of Female Genital Cutting on Health of Newly Married Women." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 97: 238–244.

Equality Now, 2014. *Protecting the Girl Child: Using the Law to End Child, Early and Forced Marriage and Related Human Rights Violations.* London: Equality Now. Website: equalitynow.org/protecting_the_girl_child_using_the_law_to_end_child_early_and_forced_marriage_and_related_human_rights_violations, accessed 23 April 2020.

Erulkar, Annabel and Eunice Muthengi, 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35: 6-14.

Erulkar, Annabel and others, 2017. *The Impact and Cost of Child Marriage Prevention in Three African Settings.* New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_ChildMarriageAfrica_brief.pdf, accessed 7 August 2018.

Fall, Caroline and others, 2015. "Association between Maternal Age at Childbirth and Child and Adult Outcomes in the Offspring." *Lancet Global Health* 3(7): 366–377.

Feldmans-Jacobs, Charlotte, 2013. *Ending Female Genital Mutilation/Cutting: Lessons From A Decade of Progress.* Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Website: assets.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf, accessed 23 April 2020.

Field, Erica and Attila Ambrus, 2008. "Early Marriage, Age of Menarche and Female Schooling Attainment in Bangladesh." *Journal of Political Economy* 116(5): 881–930.

Frost, Melanie Dawn and others, 2013. "Falling Sex Ratios and Emerging Evidence of Sex-selective Abortion in Nepal: Evidence from Nationally Representative Survey Data." *BMJ Open* 3(5): e002612.

Fuse, Kana, 2010. "Variations in Attitudinal Gender Preferences for Children Across 50 Less-developed Countries." *Demographic Research* 23: 1031–1048.

Gage, Anastasia Jessica, 2013. "Association of Child Marriage with Suicidal Thoughts and Attempts Among Adolescent Girls in Ethiopia." *Journal of Adolescent Health* 52(5): 654–665.

Gammeltoft, Tine M. and Ayo Wahlberg, 2014. "Selective Reproductive Technologies." *Annual Review of Anthropology* 43: 201–216.

Ganatra, B., 2008. "Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia." *Reproductive Health Matters* 16(31): 90–98.

Garg, Suneela, and Tanu Anand, 2015. "Menstruation Related Myths in India: Strategies for Combating It." *Journal of Family Medicine and Primary Care* 4(2): 184–186.

Gebremicheal, Kiros and others, 2018. "Sequela of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes in Jijiga Town, Ethiopian Somali Region: A Prospective Cohort Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 305.

George, Asha S and others, 2019. "Gender Equality and Health: Laying the Foundations for Change." *The Lancet* 393(10189): P2369–2371.

Girls Not Brides, 2019. *Working with Religious Leaders to Address Child Marriage*. London: Girls Not Brides.

Girls Not Brides, 2016. *Fear of Female Sexuality: Addressing an Unspoken Driver of Child Marriage.* London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/fear-of-female-sexuality-unspoken-driver-child-marriage/, accessed 17 March 2020.

Girls Not Brides, n.d. *How Can We End Child Marriage? Mobilise Families and Communities.* London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/how-can-we-end-child-marriage/#mobilise-families-and-communities, accessed 17 March 2020.

Goldberg, Howard and others, 2016. "Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk, 2012." *Public Health Reports* 131(2): 340–347.

Goodkind, Daniel, 2011. "Child Underreporting, Fertility, and Sex Ratio Imbalance in China." *Demography* 48(1): 291–316.

Greene, Margaret E. and others, 2018. *The Centrality of Sexuality for Understanding Child, Early and Forced Marriage*. Washington, D.C. and New York: GreeneWorks and American Jewish World Service. Website: ajws.org/wp-content/uploads/2018/05/centrality_of_sex__final.pdf, accessed 27 March 2020.

Grosz, Elizabeth, 1994. *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.

Gruskin, Sofia and others, 2010. "'Rights-based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities, and Assessment." *Journal of Public Health Policy* 31(2): 129–145.

GSO (General Statistics Office), 2011. *Sex Ratio at Birth in Viet Nam: New Evidence on Patterns, Trends and Differentials.* Ha Noi: Ministry of Planning and Investment.

Guilmoto, Christophe Z., 2015. "The Masculinization of Births. Overview and Current Knowledge." *Population* 70(2): 185–243.

Guilmoto, Christophe Z., 2012. "Son Preference and Kinship Structures in Viet Nam." *Population and Development Review* 38(1): 31–54.

Guilmoto, Christophe Z., 2012a, "Skewed Sex Ratios at Birth and Future Marriage Squeeze in China and India, 2005–2100." *Demography* 49(1): 77–100.

Guilmoto, Christophe Z. 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia." *Population and Development Review* 35(3): 519–549.

Guilmoto, Christophe Z. and Géraldine Duthé, 2013. "Masculinization of Birth in Eastern Europe." *Population and Societies* 506.

Guilmoto, Christophe Z. and others, 2018. "Excess Under-5 Female Mortality Across India: a Spatial Analysis Using 2011 Census Data." *The Lancet Global Health* 6(6):e650–e658.

Hadi, Amal Abdel, 1998. *We Are Decided: The Struggle of an Egyptian Village to Eradicate Female Circumcision.* Cairo: Cairo Institute for Human Rights Studies.

Hayford, Sarah R. and Jenny Trinitapoli, 2011. "Religious Differences in Female Genital Cutting: A Case Study from Burkina Faso." *Journal for the Scientific Study of Religion* 50(2): 252-271.

Hennegan, Julie and Paul Montgomery, 2016. "Do Menstrual Hygiene Management Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low and Middle Income Countries? A Systematic Review." *PLoS ONE* 11(2): e0146985.

Heise, Lori and Karima Manji, 2016. "Social Norms." GSDRC Professional Development Reading Pack no. 31. Birmingham, UK: University of Birmingham. Website: gsdrc.org/professional-dev/social-norms/, accessed 23 April 2020.

Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): P2522–2534.

Hilber, Adriane and others, 2019. *Rapariga Biz: Final Report, March 2019.* Maputo: Technical Assistance Facility (TAF).

Hudson Valerie M. and Andrea M. den Boer, 2004. *Bare Branches: Security Implications of Asia's Surplus Male Population.* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Ibrahim, Zakia M. and others, 2013. "Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Egyptian Women." *Archives of Gynecology and Obstetrics* 287: 1173–1180.

ICRW (International Center for Research on Women), 2016. *Leveraging Education to End Female Genital Mutilation/Cutting Worldwide.* Washington, D.C.: ICRW.

ICRW (International Center for Research on Women), 2016a. *A Life Not Chosen: Early Marriage and Mental Health.* Washington, D.C.: ICRW.

Indonesia, Republic of, 2013. National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Basic Health Research (RISKESDAS).

IPPF (international Planned Parenthood Federation), 2006. *Ending Child Marriage: A Guide for Global Policy Action.* London: IPPF.

Ismail, N. H. A., 1999. "Urinary Leakage and Other Complications of Female Genital Mutilation (FGM) Among Somali girls in Sweden." Master of Science Program Thesis, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University. Uppsala, Sweden.

Jayachandran, Seema, 2014. *Fertility Decline and Missing Women*. NBER working paper 20272. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Jayachandran, Seema and Ilyana Kuziemko, 2011. "Why Do Mothers Breastfeed Girls Less than Boys? Evidence and Implications for Child Health in India." *The Quarterly Journal of Economics* 126(3): 1485–1538.

Johansen, R. Elise and others, 2013. "What Works and What Does Not: a Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation." *Obstetrics and Gynecology International* Website: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655658/pdf/OGI2013-348248.pdf, accessed 17 March 2020.

John, Mary E and others, 2008. *Planning Families, Planning Gender: the Adverse Child Sex Ratio in Selected Districts of Madhya Pradesh, Rajasthan, Himachal Pradesh, Haryana, and Punjab.* New Delhi: Action Aid and IDRC

Johnson-Agbakwu, Crista and Nicole Warren, 2017. "Interventions to Address Sexual Function in Women Affected by Female Genital Cutting: A Scoping Review." *Current Sexual Health Reports* 9(1):20–31.

Kadariya, Shanti and Arja R. Aro, 2015. "Chhaupadi Practice in Nepal – Analysis of Ethical Aspects." *Medicolegal and Bioethics* 5: 53–58.

Kalamar, Amash and others, 2016. "Interventions to Prevent Child Marriage among Young People in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Grey Literature." *Journal of Adolescent Health* 59(3 Suppl): S16–S21.

Kandala, Ngianga-Bakwin and others, 2019. "A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting Among 0–14-Year-Old Girls in Kenya." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(21): 4155.

Karam, Azza, 2015. "Faith-Inspired Initiatives to Tackle the Social Determinants of Child Marriage." *The Review of Faith International Affairs* 13(3): 59–68.

Karmaker, Bue and others, 2011. "Factors Associated with Female Genital Mutilation in Burkina Faso and its Policy Implications." *International Journal for Equity in Health* 10: 20.

Kaser, Karl, 2008. *Patriarchy after Patriarchy: Gender Relations in Turkey and in the Balkans, 1500-2000.* Münster, Germany: LIT Verlag.

Kaur, Ravinder, ed. 2016. *Too Many Men, Too Few Women: Social Consequences of Gender Imbalance in India and China*. Hyderabad, India: Orient BlackSwan.

Kaur, Ravinder, 2013. "Mapping the Adverse Consequences of Sex Selection and Gender Imbalance in India and China." *Economic and Political Weekly* 31 August 2013, pp 37–44.

Khanna, Tina and others, 2013. *Child Marriage in South Asia: Realities, Responses and the Way Forward.* Bangkok: UNFPA Asia Pacific Regional Office, ICRW. Website: n2r4h9b5.stackpathcdn.com/wp-content/uploads/2016/10/Child_marriage_paper-in-South-Asia.2013.pdf, accessed 3 February 2020.

Khoja-Moolji, Shenila, 2018. *Forging the Ideal Educated Girl: The Production of Desirable Subjects in Muslim South Asia.* University of California Press.

Kidman, Rachel, 2017. "Child Marriage and Intimate Partner Violence: a Comparative Study of 34 Countries." *International Journal of Epidemiology* 46(2): 662–675.

Kizilhan, Jan Ilhan, 2011. "Impact of Psychological Disorders After Female Genital Mutilation Among Kurdish Girls in Northern Iraq." *European Journal of Psychiatry* 25(2): 92–100.

Koutroulis, Glenda, 2001. "Soiled Identity: Memory-Work Narratives of Menstruation." *Health* 5(2): 187–205.

Krieger, Nancy, 2000. "Discrimination and Health." *Social Epidemiology* 1: 36–75.

Kulkarni, Purushottam M., 2019. *Sex Ratio at Birth in India – Recent Trends and Patterns.* unpublished report prepared for the United Nations Population Fund, Delhi.

Kumar, Sanjay, and K. M. Sathyanarayana, 2012. "District-Level Estimates of Fertility and Implied Sex Ratio at Birth in India." *Economic & Political Weekly* 47(33): 66–72.

Kvello, A. and L. Sayed, 2002. "Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner?" ("Concerning Female Circumcision in the United Arab Emirates: Is Clitoridectomy in a Traditional Context an Assault Against Women?") Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo. Oslo, Norway.

Lee-Rife, Susan and others, 2012. "What Works to Prevent Child Marriage: A Review of the Evidence." *Studies in Family Planning* 43(4): 287–303.

Lemmon, Gayle Tzemach, 2014. "Fragile States, Fragile Lives: Child Marriage amid Disaster and Conflict." Working Paper. New York: Council on Foreign Relations.

Lemmon, Gayle Tzemach and Rebecca Hughes, 2018. "Sixteen and Married: Why Identity Matters for Syrian Girls." Blog Post, 16 July 2018: New York: Council on Foreign Relations. Website: cfr.org/blog/sixteen-and-married-why-identity-matters-syrian-girls, accessed 27 March 2020.

LeStrat, Yann and others, 2011. "Child Marriage in the United States and Its Association with Mental Health in Women." *Pediatrics* 128(3): 524–530.

Leye, Else and others, 2019. "Debating Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): Learning From (Policy) Experiences Across Countries." *Reproductive Health* 16: 158.

Lloyd, Cynthia and Barbara Mensch, 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62(1): 1–13.

Lundh, Christer, 2003. *Swedish Marriages: Customs, Legislation and Demography in the Eighteenth and Nineteenth Centuries.* Lund Papers in Economic History, no. 88. Lund, Sweden: Lund University Department of Economic History.

Macfarlane, A. J. and E. Dorkenoo, 2015. *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and Local Estimates*. London: City University London in association with Equality Now. Website: openaccess.city.ac.uk/12382/, accessed 17 March 2020.

Mackie, Gerry, 2009. *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory.* Innocenti Working Papers no. 2009-06. New York: United Nations. Website: oecd-ilibrary.org/content/paper/9813d82b-en, accessed 27 March 2020.

Magangi, Magdaline G., 2015. "Effects of Female Genital Cutting on School Attendance and Retention of Primary School Girls in Kuria West District, Kenya." *African Journal of Education and Human Development* 1: 1

Mahmoud, Manal, 2016. "Effect of Female Genital Mutilation on Female Sexual Function." *Alexandria Journal of Medicine* 52(1): 55–59.

Malhotra, Anju, 2011. *The Causes, Consequences and Solutions to Forced Child Marriage in the Developing World.* Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/files/images/Causes-Consequences-and%20Solutions-to-Forced-Child-Marriage-Anju-Malhotra-7-15-2010.pdf, accessed 3 February 2020.

Malhotra, Anju and others, 2019. "Catalyzing Gender Norm Change for Adolescent Sexual and Reproductive Health: Investing in Interventions for Structural Change." *The Journal of Adolescent Health* 64(4 Suppl): S1–S15.

Marcus, Rachel and others, 2017. *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes.* London: Gender and Adolescence: Global Evidence. Website: gage.odi.org/publication/rigorous-review-girls-clubs-life-skills-programmes/, accessed 23 April 2020.

Meyer-Rochow, Victor Benno, 2009. "Food Taboos: Their Origins and Purposes." *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 5:18.

Miller, Barbara D., 2001. Female-selective Abortion in Asia: Patterns, Polices, and *American Anthropologist* 103(4): 1083–1095.

Miller, Barbara D., 1981. *The Endangered Sex: Neglect of Female Children in Rural North India*. Ithaca: Cornell University Press.

Miller, Suellen and others, 2005. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health* 50(4): 286–294.

Misunas, Christina and others, 2019. "Child Marriage Among Boys in High-prevalence Countries: An Analysis of Sexual and Reproductive Health Outcomes." *BMC International Health and Human Rights* 19: 25.

Mitike, Getnet and Wakgari Deressa, 2009. "Prevalence and Associated Factors of Female Genital Mutilation Among Somali Refugees in Eastern Ethiopia: A Cross-sectional Study." *BMC Public Health* 9(1): 264.

Mitra, Aparna, 2014. "Son Preference in India: Implications for Gender Development." *Journal of Economic Issues* 48(4): 1021–1037.

Modrek, Sepideh and Jenny X. Liu, 2013. "Exploration of Pathways Related to the Decline in Female Circumcision in Egypt." *BMC Public Health* 13(1): 921-929.

Mohammed, Ghada F. and others, 2014. "Female Genital Mutilation/Cutting." *Journal of Sexual Medicine* 11: 2756–2763.

Morison, Linda and others, 2001. "The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-based Survey." *Tropical Medicine & International Health* 6(8): 643–653.

Muchomba, Felix M., 2019. "Sex Composition of Children and Spousal Sexual Violence in Sub-Saharan Africa." *Maternal and Child Health Journal* 23: 1130–1139.

Murphy, Rachel and others, 2011. "Son Preference in Rural China: Patrilineal Families and Socio-Economic Change." *Population and Development Review* 37(4): 665–690.

Nabaneh, Satang and A. S. Muula, 2019. "Female Genital Mutilation/Cutting in Africa: A Complex Legal and Ethical Landscape." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 145: 253–257.

Naved, Ruchira T. and others, 2001. "The Effects of Migration and Work on Marriage of Female Garment Workers in Bangladesh." *International Journal of Population Geography* 7(2): 91–104.

Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2014. *The Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa.* Washington, D.C.: World Bank. Website: ais.volumesquared.com/wp-content/uploads/2015/02/OOSC-2014-QW-Child-Marriage-final.pdf, accessed 4 February 2020.

Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012. *Child Marriage and Education: A Major Challenge*. Washington, D.C.: World Bank.

Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012a. *Estimating the Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa*. Washington, D.C.: World Bank.

Nour, Nawal, 2009. "Child Marriage: A Silent Health and Human Rights Issue." *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 2(1): 51–56.

Nour, Nawal M, 2008. "Female Genital Cutting: a Persisting Practice." *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1(3): 135.

NWCCW (National Working Committee on Children and Women) and others, 2018. *Children in China: An Atlas of Social Indicators.* Beijing: UNICEF.

Nyabero, C. and others, 2016. "Alternative Rites of Passage Potency in Enhancing Girl Child Self-esteem and Participation in Education in Primary Schools in Kisii County, Kenya. *African Journal of Education and Human Development* 2(1): 1–9.

Obaji, Philip 2020. " 'No Girl is Safe' The Mothers Ironing Their Daughters' Breasts." Al Jazeera News, 3 February 2020. Website: aljazeera.com/indepth/features/girl-safe-mothers-ironing-daughters-breasts-200128130832821.html, accessed 27 March 2020.

OHCHR (UN Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. *International Human Rights Law*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/internationallaw.aspx, accessed 27 March 2020.

Onduru, Erick, 2019. "The Dowry System and Child Marriage." Blog post. Dublin: Actionaid, 6 March 2019. Website: actionaid.ie/dowry-system-child-marriage/, accessed 26 March 2020.

Onyango, Monica A. and others, 2010. "Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study." *African Journal of Reproductive Health* 14(4): 33–43.

Osinowo, H. O. and A. O. Taiwo, 2003. "Impact of Female Genital Mutilation on Sexual Functioning, Self-esteem and Marital Instability of Women in Ajegunle." *IFE Psychologla* 11(1): 123–130.

Ouldzeidoune, Nacerdine and others, 2013. "A Description of Female Genital Mutilation and Force-Feeding Practices in Mauritania: Implications for the Protection of Child Rights and Health." *PLoS ONE* 8(4): e60594.

Padhye, S. and others, 2003. "A Profile of Menstrual Disorders in a Private Set Up." *Kathmandu University Medical Journal* 1(1): 20–26.

Palitza, Kristin, 2014. *Traditional Leaders Wield the Power, and They are Almost All Men: The Importance of Involving Traditional Leaders in Gender Transformation.* Johannesburg: Sonke Gender Justice Network. Website: genderjustice.org.za/publication/traditional-leaders-wield-the- power-and-they-are-almost-all-men/, accessed 23 April 2020.

Pande, Rohini and Anju Malhotra, 2006. *Son Preference and Daughter Neglect in India: What Happens to Living Girls?* Washington, D. C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/publications/son-preference-and-daughter-neglect-in-india/, accessed 17 March 2020.

Parsons, Jennifer and others, 2015. "Economic Impacts of Child Marriage." *Review of Faith and International Affairs* 13(3): 12–22.

Pew Research Center, 2016. "Marriage Laws around the World." Washington, D.C.: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 23 April 2020.

Piperata, Barbara A., 2008. "Forty Days and Forty Nights: a Biocultural Perspective on Postpartum Practices in the Amazon." *Social Science and Medicine* 67(7): 1094–1103.

Piroozi, Bakhtiar and others, 2020. "Effect of Female Genital Mutilation on Mental Health: A Case-control Study." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 25(1): 33–36.

Rahm, Laura, 2020. *Gender-Biased Sex Selection in South Korea, India and Vietnam.* Springer, Cham.

Rahman, Widad and others, 2018. *Understanding the Key Elements for Designing and Implementing Social Marketing Campaigns to Inform the Development of Creative Approaches for FGM/C Abandonment in Sudan.* Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_SocialMarketingCampaignsSudan.pdf, accessed 23 April 2020.

Raj, Anita and others, 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-sectional, Observational Study." *The Lancet* 373(9678): 1883–1889.

Ramalingaswami, Vulimiri and others, 1997. *The Asian Enigma. The Progress of Nations.* New York: UNICEF.

Ranabhat, Chhabi and others, 2015. "Chhaupadi Culture and Reproductive Health of Women in Nepal." *Asia Pacific Journal of Public Health* 27(7): 785–795.

Reiss, Fraidy, 2015. "America's Child-Marriage Problem." *The New York Times*, 13 October 2015.

Robinson, Hannah, 2015. "Chaupadi: The Affliction of Menses in Nepal." *International Journal of Women's Dermatology* 1(4): 193–194.

SADC-PF (Southern African Development Community Parliamentary Forum) and others, 2018. *A Guide to Using the SADC Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage.*" Gaborone, Botswana: SADC-PF. Website: esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/J7288E%20-%20SADC%20Model%20Law%20Toolkit%20final.pdf, accessed 27 March 2020.

Sakeah, Evelyn and others, 2019. "Persistent Female Genital Mutilation Despite its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana." *PLoS One* 14(4): e0214923.

Salam, Maya, 2019. "What Is Toxic Masculinity?" *The New York Times*, 22 January 2019. Website: nytimes.com/2019/01/22/us/toxic-masculinity.html, accessed 17 March 2020.

Santhya, K. G. and others, 2010. "Association between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132–139.

Schurmann, Anna, 2009. "Review of the Bangladesh Female Secondary School Stipend Project Using a Social Exclusion Framework." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27(4): 505–517.

Sen, Gita, 2009. *Gender Biased Sex Selection: Key Issues for Action.* Briefing Paper for WHO. Geneva, Switzerland: WHO.

Sen, Gita and P. Ostlin, 2008. "Gender Inequality in Health: Why it Exists and How We Can Change It." *Global Public Health* 3(S1): 1–12.

Shi, Yaojiang and John James Kennedy, 2016. "Delayed Registration and Identifying the 'Missing Girls' in China." *The China Quarterly* 228:1018–1038.

Siega-Riz, Anna Maria and others, 2009. "A Systematic Review of Outcomes of Maternal Weight Gain According to the Institute of Medicine Recommendations: Birthweight, Fetal Growth, and Postpartum Weight Retention." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 201(339): e1–14.

Sieverding, Maia and Asmaa Elbadawy, 2016. "Empowering Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: Impacts and Lessons Learned from the Ishraq Program in Rural Upper Egypt." *Studies in Family Planning* 47: 129–144.

Smith, Alex Duval, 2009. "Girls Being Force-fed for Marriage as Fattening Farms Revived." *The Guardian*. 28 February 2009. Website: guardian.co.uk/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage/print, accessed 27 March 2020.

Sonke Gender Justice. n.d. *Involvement of Men and Tough Action by African Leaders Needed to End FGM.* 5 February 2020. Website: genderjustice.org.za/news-item/involvement-of-men-and-tough-action-by-african-leaders-needed-to-end-fgm/, accessed 27 March 2020.

South, Scott J. and others, 2014. "Skewed Sex Ratios and Criminal Victimization in India." *Demography* 51(3): 1–22.

Spadacini, Beatrice and Pamela Nichols, 1998. "Campaigning Against Female Genital Mutilation in Ethiopia Using Popular Education." *Gender & Development* 6(2): 44–52.

Sperling, Gene and Rebecca Winthrop, 2015. *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.

Spindler, E., 2015. "'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia." EMERGE Case Study 3. Brighton, UK: Promundo-US, Sonke Gender Justice, and the Institute of Development Studies. Website: opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/7067, accessed 23 April 2020.

Srinivasan, Sharada and Shuzhuo Li, eds. 2017. *Scarce Women and Surplus Men in China and India: Macro Demographics Versus Local Dynamics.* Springer.

Stellar, Carmen and others, 2016. "A Systematic Review and Narrative Report of the Relationship Between Infertility, Subfertility, and Intimate Partner Violence." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 133(1): 3–8.

Subramanian, Laura and others, 2018. "Increasing Contraceptive Use Among Young Married Couples in Bihar, India: Evidence From a Decade of Implementation of the PRACHAR Project."*Global Health: Science and Practice* 6(2): 330–344.

Svanemyr Joar and others, 2013. *The Contribution of Laws to Change the Practice of Early Marriage in Africa*. Geneva: WHO.

Tafuro, Sara and Christophe Z. Guilmoto, 2019. "Skewed Sex Ratios at Birth: A Review of Global Trends." *Early Human Development* 141: 104868.

Tamire, Mulugeta and Mitike Molla, 2013. "Prevalence and Belief in the Continuation of Female Genital Cutting Among High School Girls: a Cross-sectional Study in Hadiya Zone, Southern Ethiopia." *BMC Public Health* 13: 1120.

Thabet, Saeed and Ahmed Thabet, 2003. "Defective Sexuality and Female Circumcision: The Cause and the Possible Management." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 29(1): 12–19.

Thompson, Lyric and Rachel Clement. n.d. *Defining Feminist Foreign Policy*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

Thomson, Jennifer and others, 2019. "What's Missing in MHM? Moving Beyond Hygiene in Menstrual Hygiene Management." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 12–15.

Tucker, Joseph D. and others, 2005. "Surplus Men, Sex Work, and the Spread of HIV in China." *Aids* 19(6): 539–547.

Twenty-Eight (28) Too Many, 2018. "The Law and FGM, September 2018." Website: 28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_(september_2018).pdf, accessed 27 March 2020.

UN CAT (United Nations Committee Against Torture), 2011. "Concluding Observations of the Committee against Torture: Bulgaria, 14 December 2011." CAT/C/BGR/CO/4-5. Website: refworld.org/docid/4f1d594a2.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2017. "CEDAW General Recommendation No. 35 on Gender-based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." CEDAW/C/GC/35. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_35_8267_E.pdf, accessed 27 March 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2014. "Concluding Observations on the Combined Seventh and Eighth Periodic Reports of China." CEDAW/C/CHN/CO/7-8. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/CHN/CO/7-8&Lang=En, accessed 14 April 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2011. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Montenegro, 4 November 2011." CEDAW/C/MNE/CO/1. Website: refworld.org/docid/4eea24822.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women) 2011a. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Zambia, 19 September 2011." CEDAW/C/ZMB/CO/5-6. Website: refworld.org/docid/4eeb489a2.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, 1992. "CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against Women." Website: refworld.org/docid/52d920c54.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18; Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/kaurGC/31/CRC/C/GC/18, accessed 27 March 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2012. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention. Concluding Observations: Togo." CRC/C/TGO/CO/3-4. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2009. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention: Convention on the Rights of the Child: Concluding Observations: Mauritania." CRC/C/MRT/CO/2. Website: refworld.org/docid/4a8e97805.html, accessed 1 February 2020.

UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Tackling Social Norms: A Game Changer for Gender Inequalities.* Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hd_perspectives_gsni.pdf.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *Costing the Three Transformative Results*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. "Menstruation and Human Rights – Frequently Asked Questions." New York: UNFPA. Website: unfpa.org/menstruationfaq#Taboos%20and%20Myths%20about%20menstuations, accessed 27 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. *Campaign to End Fistula*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019b. *Beyond the Crossing: Female Genital Mutilation Across Borders.* New York: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/beyond-crossing-female-genital-mutilation-across-borders.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation: Accelerating Change, Performance Analysis for Phase II.* New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-UNICEF-Phase2Performance_2018_web_0.pdf, accessed 18 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Trends in the Sex Ratio at Birth. An Overview Based on the 2014 General Population Census Data.* Tbilisi: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2015. *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2015a. "Preventing Gender-biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia." Issues Brief #4. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GBSS_Brief_WEB.pdf, accessed 6 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2013. *Sex Imbalances at Birth in Armenia. Demographic Evidence and Analysis.* Yerevan: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012. *Sex Imbalances at Birth. Current Trends, Consequences and Policy Implications*. Bangkok: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012a. *Marrying Too Young: End Child Marriage.* New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf, accessed 3 February 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. *Son Preference in Viet Nam: Ancient Desires, Advancing Technologies. Qualitative Research Report to Better Understand the Rapidly Rising Sex Ratio at Birth in Viet Nam*. Ha Noi: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2011a. *Project Embera-wera: An Experience of Culture Change to Eradicate Female Genital Mutilation in Colombia – Latin America*. UNFPA. Website: colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf, accessed 27 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Preventing Son Preference and the Undervaluing of Girls in Asia and the Pacific.* UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *Preventing Gender-Biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia*. UNFPA. Website: unfpa.org/resources/preventing-gender-biased-sex-selection-eastern-europe-and-central-asia, accessed 27 March 2020.

UNFPA and The European Union for Georgia, 2019. *Social Economic Policy Analysis with Regard to Son Preference and GBSS.* UNFPA Georgia. Website: georgia.unfpa.org/en/publications/social-economic-policy-analysis-regard-son-preference-and-gbss, accessed 27 March 2020.

UNFPA–UNICEF (United Nations Population Fund–United Nations Children's Fund), 2013. *Joint Evaluation UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change (2008-2012).* New York and Geneva: UNFPA and UNICEF.

UNFPA and others, 2018. "Child Marriage in Humanitarian Settings: Spotlight on the Situation in the Arab Region." Website: unicef.org/mena/sites/unicef.org.mena/files/2018-08/CM%20in%20humanitarian%20settings%20MENA.pdf, accessed 27 March 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 10 April 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes And Consequences on Online Violence Against Women and Girls from a Human Rights Perspective." A/HRC/38/47. Website: ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session38/Pages/ListReports.aspx, accessed 17 March 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2015. "Good Practices and Major Challenges in Preventing and Eliminating Female Genital Mutilation, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights." A/HRC/29/20. Website: refworld.org/docid/558407fc4.html, accessed 28 January 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Preventing and Eliminating Child, Early and Forced Marriage: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights." A/HRC/26/22. Website: refworld.org/docid/53999c1b4.html, accessed 19 January 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Committee), 2000. "CCPR General Comment No. 28: Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), 29 March 2000." CCPR/C/21/Rev.1/Add.10. Website: refworld.org/docid/45139c9b4.html, accessed 7 June 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund, 2020. *Female Genital Mutilation: A New Generation Calls for Ending an Old Practice.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. *A Profile of Female Genital Mutilation in Ethiopia.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020b. *A Profile of Female Genital Mutilation in Kenya.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing Well in a Changing World.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019a. "UNICEF Global Database: Child Marriage." New York: UNICEF, updated March 2019. Retrieved 31 January 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019b. *A Profile of Child Marriages and Early Unions in Latin America and the Caribbean.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019c. *Ending Child Marriage: A Profile of Progress in India.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. *Latest Trends and Future Prospects.* New York: UNICEF. Website: data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends-and-future-prospects/, accessed 23 April 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2017. *Falling Through The Cracks: The Children Of Yemen.* New York: UNICEF.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2012. *Progress In Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting And Child Marriage In Self-Declared Woredas, in Ethiopia.* Website: itacaddis.org/docs/2013_09_24_08_09_26_Ethiopia_FGM_Final.pdf, accessed 9 April 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2010. *The Dynamics of Social Change: Towards the Abandonment of FGM/C in Five African Countries.* Innocenti Insights. Website: unicef-irc.org/publications/618-the-dynamics-of-social-change-towards-the-abandonment-of-fgm-c-in-five-african-countries.html, accessed 9 April 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2005. *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice.* New York: UNICEF. Website: unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12.lo.pdf, accessed 3 August 2018.

UNICEF (United Nations Children's Fund) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Key Drivers of the Changing Prevalence of Child Marriage in Three Countries in South Asia: Working Paper.* Kathmandu: UNICEF, 2018.

UN Nepal, 2011. *Field Bulletin: Chaupadi in the Far-west.* Kathmandu, Nepal: United Nations Resident and Humanitarian Coordinator's Office. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Water/Contributionsstigma/others/field_bulletin_-_issue1_april_2011_-_chaupadi_in_far-west.pdf, accessed 18 March 2020.

UN Women, 2017. *Abolishing Chhaupadi, Breaking the Stigma of Menstruation in Rural Nepal.* New York: UN Women. Website: unwomen.org/en/news/stories/2017/4/feature-abolishing-chhaupadi-breaking-the-stigma-of-menstruation-in-rural-nepal, accessed 27 March 2020.

UN Women, n.d. "Global Gender Equality Constitutional Database." New York: UN Women. Website: constitutions.unwomen.org/en, accessed 18 March 2020.

Upreti, Aruna, 2005. "Custom-made Injustice." *Nepali Times* Issue 247 (13 May 2005 – 19 May 2005). Website: archive.nepalitimes.com/news.php?id=267#.XpmCui2B00o, accessed 23 April 2020.

Vangen, Siri and others, 2002. "Perinatal Complications Among Ethnic Somalis in Norway." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 81(4): 317–322.

Varol, Nesrin and others, 2015. "The Role of Men in Abandonment of Female Genital Mutilation: A Systematic Review." *BMC Public Health* 15: 1034.

Vloeberghs, Erick and others, 2011. *Veiled Pain. A Study in the Netherlands on the Psychological, Social and Relational Consequences of Female Genital Mutilation.* Utrecht: Pharos.

Wall, Lewis. 2012, "Overcoming Phase 1 Delays: the Critical Component of Obstetric Fistula Prevention Programs in Resource-poor Countries." *BMC Pregnancy and Childbirth* 12: 68.

WaterAid, 2009. *Is Menstrual Hygiene And Management An Issue For Adolescent Girls? A Comparative Study Of Four Schools In Different Settings Of Nepal.* WaterAid in Nepal. Website: menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/Wateraid_menstrual-hygiene-school-adolesencegirls-Nepal_2009.pdf, accessed 23 April 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. *Female Genital Mutilation, Key Facts*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.

WHO (World Health Organization), 2019. *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf, accessed 18 March 2020.

WHO (World Health Organization), 2018. "Eliminating Virginity Testing: an Interagency Statement." No. WHO/RHR/18.15. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf, accessed 18 March 2020.

WHO (World Health Organization), 2018a. *Adolescents: Health Risks and Solutions*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions, accessed 17 February 2020.

WHO (World Health Organization), 2016. *WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2011. "Preventing Gender-biased Sex Selection: An Interagency Statement. OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO." Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/9789241501460/en/, accessed 18 March 2020.

WHO (World Health Organization), 2008. "Adolescent Pregnancy." Making Pregnancy Safer (MPS) Notes. 1(1). Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 1997. "Female Genital Mutilation: a Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement." Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41903/9241561866.pdf, accessed 18 March 2020.

WHO (World Health Organization), n.d. *Health Risks of Female Genital Mutilation*. Website: who.int/sexual-and-reproductive-health/health-risks-of-female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.

Winkler, Inga and Virginia Roaf, 2014. *Bringing the Dirty Bloody Linen Out of the Closet - Menstrual Hygiene as a Priority for Achieving Gender Equality*. Rochester, New York: Cardozo Journal of Law and Gender.

Wodon, Quentin and others, 2018. *Estimating the Economic Impacts and Costs of Child Marriage Globally*. Washington, D.C.: World Bank.

Wodon, Quentin and others, 2018a. *Educating Girls and Ending Child Marriage: A Priority for Africa*. Washington, D.C.: World Bank.

Wodon, Quentin and others, 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women.

Wodon, Quentin and others, 2017a. *Economic Impacts of Child Marriage: Fertility and Population Growth*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women. Website: icrw.org/wp-content/uploads/2018/02/ICRW_Brief_FertilityPopGrowth.pdf, accessed 4 February 2020.

Women's Refugee Commission, 2016. *A Girl No More: The Changing Norms of Child Marriage in Conflict*. New York: Women's Refugee Commission.

World Bank, 2019. "Despite Gains, Women Face Setbacks in Legal Rights Affecting Work." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2019/02/27/despite-gains-women-face-setbacks-in-legal-rights-affecting-work, accessed 27 March 2020.

World Bank. 2018. "Many Governments Take Steps to Improve Women's Economic Inclusion, Although Legal Barriers Remain Widespread." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2018/03/29/many-governments-take-steps-to-improve-womens-economic-inclusion-although-legal-barriers-remain-widespread, accessed 27 March 2020.

World Bank. 2017. "Educating Girls, Ending Child Marriage." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/immersive-story/2017/08/22/educating-girls-ending-child-marriage, accessed 27 March 2020.

World Bank and ICRW (International Center for Research on Women), 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington D. C.: ICRW. Website: icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/, accessed 23 April 2020.

World Economic Forum. 2020. *Global Gender Gap Report 2020*. Geneva, Switzerland, World Economic Forum. Website: weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2020, accessed 27 March 2020.

Yaya, Sanni and others, 2019. "Prevalence of Child Marriage and Its Impact on Fertility Outcomes in 34 Sub-Saharan African Countries." *BMC International Health and Human Rights* 19: 33.

Yola, Amir Imam, 2011. "Yankan Gishiri (Salt Cut)." *International Journal of Obstetric Trauma* 1(1).

Young, Frank and Albert Bacdayan, 1965. "Menstrual Taboos and Social Rigidity." *Ethnology* 4(2): 225–240.

Yu, Soo Hyun and others, 2016. "Differential Effects of Young Maternal Age on Child Growth." *Global Health Action* 9: 31171.

Zayed, Abeer and Abla Ali, 2012. "Abusing Female Children by Circumcision is Continued in Egypt." *Journal of Forensic and Legal Medicine* 19(4): 196–200.

ASSEGURANDO DIREITOS
E ESCOLHAS PARA
TODOS E TODAS

Fundo de População
das Nações Unidas

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil
Casa da ONU
Setor de Embaixadas Norte - SEN
Quadra 802 Conjunto C Lote 17
Brasília - DF
unfpa.org.br
@unfpabrasil

ISBN 978-65-87917-00-9

ISBN: 978-65-87917-00-9
9 786587 917009