

A photograph of a woman wearing a beige headscarf and a dark blue long-sleeved top. She is holding a young child in a pink hoodie and a blue patterned jacket. They are positioned behind a strand of barbed wire. The background is slightly blurred, showing other people and an outdoor setting.

ABRIGO DA TEMPESTADE

Uma agenda transformadora
para mulheres e meninas em
um mundo propenso a crises

Situação da População Mundial 2015

PESQUISADORA CHEFE

Therese McGinn

Departamento Heilbrunn de População e Saúde da Família, Escola de Saúde Pública Mailman, Universidade de Columbia

PESQUISADORES E AUTORES

Jacqueline Bhabha

Escola de Saúde Pública T.H. Chan de Harvard; Centro François-Xavier Bagnoud para a Saúde e os Direitos Humanos, Universidade de Harvard; Faculdade de Direito da Universidade de Harvard

Richard Garfield

Divisão de Resposta e Recuperação em Casos de Emergência, Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; Universidades de Columbia e Emory

Dra. Kirsten Johnson

Departamento de Medicina da Família, Universidade McGill, Montreal (Canadá); Humanitarian U

Gretchen Luchsinger

Lisa Oddy

Humanitarian U

Monica Adhiambo Onyango

Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston, Departamento de Saúde Global

Sarah Shteir e Louise Searle

Humanitarian Advisory Group

APOIO À PESQUISA

Amiya Bhatia

Escola de Saúde Pública T.H. Chan de Harvard,

Chantilly Wijayasinha

Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston, Departamento de Saúde Global

Melanie Coutu

Iniciativa de Estudos Humanitários, Universidade McGill

GRUPO DE ACESSORIA DO UNFPA

Prudence Chaiban

Howard Friedman

Henia Dakkak

Ann Leoncavallo

Ugochi Daniels

Jacqueline Mahon

Abubakar Dungus

Rachel Snow

Danielle Engel

EQUIPE EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editora Associada e Gerente de Edição Digital: Katheline Ruiz

Desenvolvedor Digital: Hanno Ranck

Design, Publicação e Página Web Interativa: Prographics, Inc.

AGRADECIMENTOS

Mengjia Liang, Edilberto Loaiza e Rachel Snow da Divisão de População e Desenvolvimento do UNFPA analisaram e coletaram dados na seção de indicadores do relatório e forneceram estimativas do número de gestantes em países afetados por conflitos e desastres naturais.

Os dados para elaboração da seção de indicadores do relatório foram fornecidos pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, e pela Organização Mundial da Saúde.

Ramiz Alakbarov, Björn Andersson e Arthur Erken do UNFPA analisaram as minutas e ajudaram na elaboração do relatório.

Colegas dos escritórios do UNFPA em Amã, Bangkok, Bogotá, Cairo, Dakar, Istambul, Joanesburgo, Catmandu, Monróvia, Cidade do Panamá e Escócia apoiaram ou orientaram o desenvolvimento das reportagens em destaque e das fotografias incluídas no relatório: Ghifar Al Alem, Tamara Alrifai, Daniel Baker, Mile Bosnjakovski, Santosh Chhetri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Adebayo Fayoyin, Gema Granados, Habibatou M. Gologo, Calixte Hessou, Ruba Hikmat, Jorge Parra, Elina Rivera, Shible Sahbani, Alvaro Serrano, Sonja Tanevska, Giulia Vallese e Roy Wadia.

Anna Maltby foi autora do artigo sobre a crise do Ebola na Libéria.

Fotógrafos e cinegrafistas contratados:

Nake Batev (Antiga República Iugoslava da Macedônia)

Daniel Baldotto (Colômbia)

Abbas Dulleh, AP Images (Libéria)

Salah Malkawi (Jordânia)

MAPAS E DESIGNAÇÕES

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

Foto da capa: © UNFPA/Nake Batev

UNFPA

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



ABRIGO DA TEMPESTADE

Uma agenda transformadora para mulheres e meninas em um mundo propenso a crises

Prefácio	página 2
Visão Geral	página 4
1 Um mundo frágil	página 12
2 O fardo desproporcional carregado por mulheres e meninas adolescentes	página 36
3 A evolução da resposta: da atenção básica à atenção integral	página 56
4 Fortalecer a resiliência e eliminar a lacuna entre a ajuda humanitária e o desenvolvimento	página 74
5 Novas direções para o financiamento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em contextos humanitários	página 90
6 Uma visão transformadora para reduzir riscos e melhorar a resposta e a resiliência	página 102
Indicadores	página 115
Bibliografia	página 131

Prefácio

Mais de 100 milhões de pessoas necessitam de ajuda humanitária, o número mais alto já registrado desde o fim da Segunda Guerra Mundial. Entre as pessoas obrigadas a se deslocarem devido a conflitos ou desastres, há dezenas de milhões de mulheres e meninas adolescentes. Este relatório é uma chamada à ação para satisfazer suas necessidades e garantir o exercício dos seus direitos.

Embora grande progresso tenha sido feito ao longo da última década no que diz respeito à proteção da saúde e dos direitos de mulheres e meninas adolescentes em cenários humanitários, o aumento da necessidade superou o aumento dos recursos financeiros e serviços disponíveis. Ainda assim, esses serviços são de suma importância, especialmente para meninas adolescentes muito jovens, que são as mais vulneráveis e as menos capazes de confrontar os diversos desafios que se apresentam, mesmo em épocas mais estáveis.

Em alguns países em desenvolvimento, em circunstâncias normais, uma menina de 10 anos de idade, por exemplo, pode ser forçada a se casar, pode acabar refém do tráfico humano, pode ser separada de sua família e de todo o apoio social, além de ter acesso limitado à educação, saúde ou oportunidades de uma vida melhor. Em situações de crise, esses riscos se multiplicam, bem como as vulnerabilidades dessas meninas. Suas perspectivas só pioram. Elas podem se tornar alvos de violência sexual, podem ser infectadas com HIV, ou engravidarem assim que atingirem a puberdade. O futuro delas fica comprometido.

Todas as meninas de 10 anos de idade, independente de onde estiverem, têm direito à saúde, dignidade e segurança, e 179 governos se comprometeram, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em garantir esses direitos, em

toda e qualquer situação. Contudo, há muitos anos a ajuda humanitária tem deixado essas meninas para trás, vulneráveis a partos inseguros e à violência, com consequências devastadoras. O acesso à saúde sexual e reprodutiva e o acesso à informação são essenciais para que todas as meninas tenham uma transição segura da adolescência à fase adulta. Imagine essas meninas de 10 anos de idade daqui a 15 anos, com seus direitos e saúde intactos. Agora, imagine-as em um mundo onde conflitos armados, destruições e deslocamentos forçados lhes impedem de usufruir seus direitos humanos, aproveitar oportunidades e preservar sua dignidade.

Abandoná-las, ou abandonar suas comunidades ou países, não é uma opção. Somos, acima de tudo, parte do mesmo mundo, e os governos têm a responsabilidade de proteger os direitos humanos e seguir leis internacionais. Como cidadãos globais, temos o dever de oferecer apoio e solidariedade.

Atualmente, cerca de três quintos de todas as mortes maternas acontecem em contextos humanitários e de fragilidade. Todos os dias, 507 mulheres e meninas adolescentes morrem devido a complicações relacionadas à gestação ou ao parto em situações de emergência e em Estados fragilizados. Além disso, a violência de gênero continua a causar danos brutais, despedaçando vidas e perspectivas de paz e recuperação. Juntos, devemos transformar a ação humanitária e colocar os direitos das

mulheres e jovens no centro de nossas prioridades. Ao mesmo tempo, devemos investir decisivamente em instituições e ações que contribuam para o desenvolvimento do capital humano dessas meninas e mulheres, bem como na resiliência em longo prazo de comunidades e nações, para que as perturbações e os deslocamentos possam ser minimizados e a recuperação seja acelerada em caso de novas crises.

De sua parte, o UNFPA continua comprometido com a plena realização da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos de todas as mulheres e meninas, independente de onde estiverem, e em quaisquer condições, crises ou situações, sempre. O grande número de conflitos e desastres que testemunhamos hoje faz com que o UNFPA destine boa parte de seus serviços a locais afetados por crises.

Quando mulheres e meninas possuem acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, e são beneficiadas pelos diversos programas humanitários que trabalham deliberadamente para eliminar as desigualdades, os benefícios das intervenções

aumentam exponencialmente e permanecem após o período agudo da crise, conforme os países e as comunidades se erguem novamente, e as pessoas voltam a ter controle sobre suas vidas.

Juntos, devemos lutar por um mundo no qual mulheres e meninas não sejam mais desfavorecidas de diversas formas, mas sejam igualmente empoderadas para realizar todo o seu potencial e contribuir para o desenvolvimento e a estabilidade de suas comunidades e nações - antes, durante e após uma crise.

Dr. Babatunde Osotimehin

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



Foto © UNFPA/Nezih Tavlas

Visão Geral

Mais de um bilhão de pessoas atualmente já viram suas vidas mudarem drasticamente devido a uma crise. Guerras, instabilidade, epidemias e desastres deixaram um longo rastro de danos e destruição.

Neste momento, há mais pessoas deslocadas devido a crises do que na catastrófica Segunda Guerra Mundial: estima-se que sejam 59,5 milhões. Os desastres naturais afetam 200 milhões de pessoas por ano.

Para alguns, os contratemplos são temporários. Para outros, eles podem durar a vida toda. Refugiados passam atualmente uma média de 20 anos longe de suas terras.

Gravidez e parto são outras causas de vulnerabilidade para mulheres e meninas em locais atingidos por conflitos e crises. Sessenta por cento das mortes maternas evitáveis acontecem entre mulheres que lutam para sobreviver a conflitos, desastres naturais e deslocamentos forçados.

Em uma série de acordos internacionais, o mundo tem reafirmado o compromisso com a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres e meninas. Tal promessa leva à defesa e garantia desses direitos em todos os casos, em todas as ocasiões; crises humanitárias não diminuem essa responsabilidade. Cumprir essa promessa significa garantir que mulheres e meninas tenham acesso a serviços abrangentes antes, durante e após uma crise. Países afetados por crises precisam de comprometimento e ação em maior escala.

Em um mundo frágil, mulheres e meninas pagam um preço desproporcional

Segundo diversos indicadores, hoje se considera que há mais países frágeis do que há cinco ou seis anos,



RISCO

Foto © UNFPA/Sawiche Wamunza



uma situação que os torna mais vulneráveis a conflitos ou aos efeitos de um desastre.

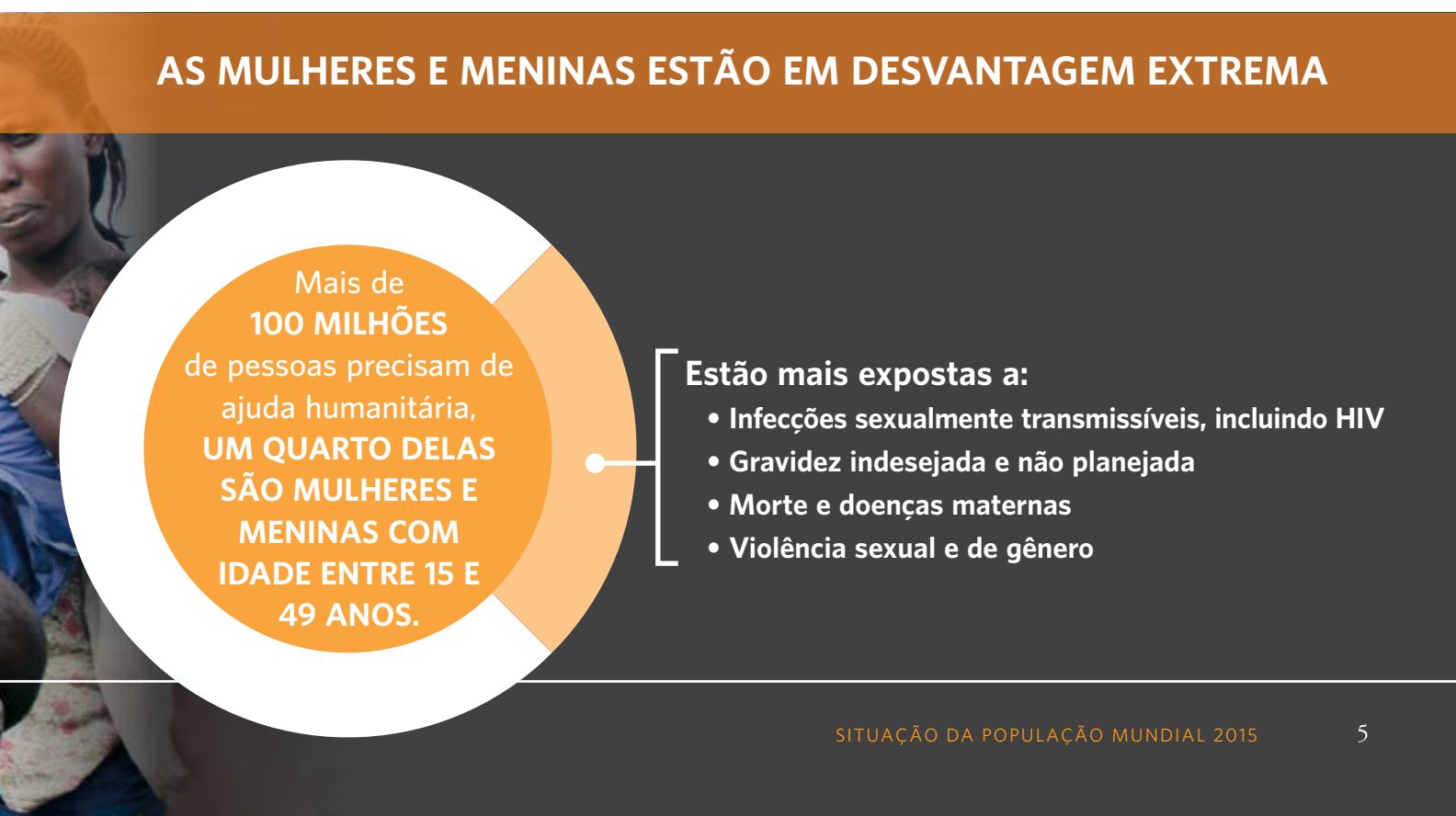
Diversos fatores tornam pessoas e países vulneráveis. Ser pobre é um deles - mais de 1 bilhão de pessoas ainda vivem em condição de extrema pobreza. Esse cenário aprisiona pessoas, e até mesmo países inteiros, em um patamar tão baixo de desenvolvimento que qualquer conquista ou melhoria se torna um sonho extremamente distante. Isso significa que não há trabalho descente disponível e que a qualidade dos serviços é imprevisível.

A geografia é outro fator. Alguns países estão localizados no meio do caminho dos desastres naturais, que estão aumentando drasticamente devido às mudanças climáticas. Níveis históricos de urbanização elevaram os riscos dos habitantes das cidades, especialmente os que não possuem boas condições financeiras; muitos dos quais moram em assentamentos precariamente construídos, localizados em áreas frágeis, como encostas de montanhas com risco de deslizamento.

No caso das mulheres e meninas, a discriminação e a desigualdade de gênero também se somam a esses e outros fatores. Para começar, elas possuem menos de quase tudo: renda, terras e outros bens, acesso a serviços de saúde, educação, relacionamentos sociais, voz política, proteção igualitária perante a lei e a garantia de direitos humanos básicos.

Quando uma crise se instala, mulheres e meninas estão em situação de desvantagem desproporcional, estão menos preparadas ou possuem menos capacidade de sobreviver ou se recuperar

AS MULHERES E MENINAS ESTÃO EM DESVANTAGEM EXTREMA



Mais de **100 MILHÕES** de pessoas precisam de ajuda humanitária, **UM QUARTO DELAS SÃO MULHERES E MENINAS COM IDADE ENTRE 15 E 49 ANOS.**

Estão mais expostas a:

- Infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV
- Gravidez indesejada e não planejada
- Morte e doenças maternas
- Violência sexual e de gênero

Desta forma, quando uma crise se instala, elas estão em uma situação de desvantagem desproporcional, estão menos preparadas ou possuem menos capacidade de sobreviver ou se recuperar. Durante e após qualquer tipo de crise, pode haver o aumento da violência de gênero, incluindo seu uso como arma de guerra.

Dificuldades financeiras extremas, agravadas por desastres ou conflitos, podem levar as mulheres a realizarem sexo transacional ou torná-las vulneráveis ao tráfico. A falta até mesmo de serviços básicos de saúde sexual e reprodutiva faz com que o ato de dar à luz em situações de crise se torne um desafio potencialmente fatal, ainda mais para meninas adolescentes.

Todos esses perigos possuem uma causa comum: desrespeito aos direitos humanos que todas as pessoas merecem usufruir, independente do gênero, idade ou qualquer outra característica. Esses direitos incluem os direitos reprodutivos acordados por 179 governos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, que culminou em um Programa de Ação inovador, que norteia do trabalho do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas.

Mulheres e meninas enfrentam obstáculos à saúde sexual e reprodutiva antes, durante e após crises

Das mais de 100 milhões de pessoas que precisaram de ajuda humanitária em 2015, estima-se que um quarto delas sejam mulheres e meninas em idade reprodutiva. Uma ajuda que não atende a todas as necessidades dessa parcela da população, incluindo necessidades específicas ao gênero e à idade, dificilmente pode ser considerada uma ajuda efetiva.

Até o momento, a oferta de assistência voltada a atender as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas não conseguiu acompanhar a demanda. Grande progresso foi alcançado ao longo da última década no que diz respeito aos serviços humanitários destinados a mulheres e meninas. Contudo, ainda há grandes lacunas a serem preenchidas, em termos de ação e arrecadação de recursos.

A desigualdade de gênero e a discriminação (por gênero, idade ou outros fatores) estão entre algumas das explicações, manifestando-se até mesmo em respostas humanitárias bem intencionadas. Intervenções que não



RESPOSTA

Foto © Pános/Chris de Bode



levam em consideração as diferentes formas pelas quais desastres e conflitos podem afetar diferentes grupos acabam por perpetuar as desigualdades; por exemplo, quando, em uma situação de crise, são prestados serviços gerais de saúde, mas não os serviços obstétricos ou de contracepção, fazendo com que as mulheres e meninas que já se encontram em desvantagem fiquem em situação ainda mais precária.

Na fase inicial e tumultuada de uma crise, alimentos, abrigo e primeiros-socorros normalmente são vistos como primeira necessidade. Isso dá margem para que o assunto da discriminação de gênero ou de qualquer outro tipo seja colocado de lado, aguardando um dia mais tranquilo para ser discutido. Entretanto, pensar dessa forma pode impedir que uma ação humanitária enxergue as realidades locais, incluindo aquelas que impedem que mulheres e meninas recebam assistência ou aquelas que as deixam vulneráveis à violência.

A falta de atenção direcionada é alimentada, em parte, por uma quantidade muito limitada de dados desagregados por sexo e outros parâmetros, e por uma

Grande progresso foi alcançado ao longo da última década no que diz respeito aos serviços humanitários destinados a mulheres e meninas. Contudo, ainda há grandes lacunas a serem preenchidas em termos de ação e arrecadação de recursos.

falta de conhecimento das especificidades de gênero por parte da maioria das equipes responsáveis pelo atendimento inicial.

Considerando a proporção das crises no mundo de hoje, e considerando quem são as principais vítimas, é necessário mudar a abordagem convencional, transformando-a em uma abordagem que considere a diversidade das populações afetadas e que aproveite essa diversidade para redução de riscos, acelerar a recuperação e aumentar a resiliência.

ACÇÕES E SERVIÇOS ESSENCIAIS DESDE O INÍCIO DE UMA CRISE

SERVIÇOS PRIORITÁRIOS

- Cuidados obstétricos e neonatais;
- Sistema de encaminhamento para emergências obstétricas;
- Suprimentos para realização de partos com higiene e segurança;
- Contracepção;
- Preservativos;
- Antirretrovirais;
- Cuidado clínico para sobreviventes de estupro.

OBJETIVOS



Prevenir a mortalidade materna e infantil;



Reduzir a transmissão de HIV;



Prevenir e controlar as consequências da violência sexual.

Colocando a saúde sexual e reprodutiva no centro da ação humanitária

Há apenas 20 anos, a saúde sexual e reprodutiva era colocada em segundo lugar em relação a prioridades como água, alimentos e abrigo em ações humanitárias. Entretanto, diversas pesquisas e evidências, coletadas desde o início da década de 1990, ajudaram a tornar a saúde de mulheres e meninas bem mais visível. Hoje, muitas intervenções humanitárias atendem as necessidades obstétricas e procuram prevenir e eliminar vulnerabilidades à violência sexual ou de gênero, além das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV.

Além de o atendimento dessas necessidades ser mais amplamente aceito como algo imprescindível nas ações humanitárias e uma questão de defesa e respeito aos direitos humanos, também está cada vez mais claro que garantir o acesso à saúde sexual e reprodutiva é um dos caminhos para a recuperação, redução de riscos e maior resiliência. Os benefícios se estendem às mulheres e meninas e vão muito além. Quando elas conseguem receber atendimento em saúde sexual

É necessário haver grandes mudanças: não apenas reagir a desastres e conflitos conforme surgem e se arrastam por décadas, mas sim focar na prevenção, preparação e empoderamento das pessoas e comunidades para que consigam suportar os percalços e se recuperar.

e reprodutiva, bem como o suporte dos diversos programas humanitários que trabalham deliberadamente para eliminar desigualdades, os efeitos positivos são sentidos em todos os aspectos da ação humanitária.

RESILIÊNCIA

Foto © UNFPA/Ben Manser

O financiamento não sustentável clama por mudanças nas ações humanitárias

Grande parte de toda a ação humanitária é coordenada e controlada pelos principais atores mundiais, incluindo as Nações Unidas, e é tradicionalmente financiada por países doadores, membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Entretanto, outros países e doações privadas estão começando também a exercer um papel importante. A demanda por ajuda humanitária tem crescido a cada ano desde 2011, mas o financiamento não aumentou no mesmo ritmo, criando lacunas sem precedentes, que se traduzem em respostas inadequadas ou insuficientes a milhões de necessitadas/os.

As lacunas não param de aumentar e sugerem que os esquemas atuais de financiamento talvez sejam insustentáveis. O mesmo pode ser dito da abordagem tradicional da ação humanitária. As crises não cessam e necessidades extremas sempre precisarão ser atendidas. Contudo, é necessário haver grandes mudanças: não apenas reagir a desastres e conflitos conforme surgem e se arrastam por décadas, mas sim focar na

prevenção, preparação e empoderamento das pessoas e comunidades para que consigam suportar os percalços e se recuperar.

Prevenção, preparação e resiliência devem ser mais importantes que reação e resposta

Devemos buscar um mundo mais resiliente e menos vulnerável. Em um mundo desse tipo, o desenvolvimento nacional e internacional seria totalmente inclusivo e igualitário, e defenderia os direitos de todas as pessoas. Um mundo no qual mulheres e meninas não fossem mais desfavorecidas de diversas formas, mas sim, igualmente empoderadas para realizarem todo o seu potencial e contribuírem para o desenvolvimento e a estabilidade de suas comunidades e nações.

Seria um mundo no qual todos os países pudessem gerir suas economias e políticas para garantir a todas as pessoas o acesso a empregos e serviços básicos de alta qualidade, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva. Entre aqueles que elaboram políticas públicas, haveria um consenso de que investir em

PREVENÇÃO, PREPARAÇÃO E EMPODERAMENTO



Gerir melhor os riscos



Eliminar a desigualdade de gênero



Promover a resiliência das pessoas por meio da educação e saúde



Capacitar as instituições antes da ocorrência de desastres



Facilitar a efetivação da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos



Lutar por um desenvolvimento inclusivo e igualitário de longo prazo

desenvolvimento igualitário e inclusivo seria o melhor e certamente o mais justo e humano investimento que se pode fazer. Os extensos benefícios incluiriam a redução dos riscos e impactos da crise.

Enquanto as desigualdades e iniquidades impedirem as mulheres e meninas de exercer seus direitos, habilidades e oportunidades, elas permanecerão entre as que mais necessitam de ajuda humanitária e continuarão a ser as menos preparadas para contribuir na recuperação ou resiliência.

A transformação para um mundo mais resiliente e menos vulnerável também depende de um melhor controle dos riscos e da capacitação das instituições muito antes do surgimento das crises. O primeiro passo é conhecer os riscos de forma ampla. Somente depois é possível investir em medidas para reduzi-los.

Para os riscos que não podem ser completamente evitados, é necessário haver uma preparação proativa para mitigar suas piores consequências. Uma das estratégias mais centrais na redução de riscos, em todos os países, é impulsionar a resiliência da população frente a esses riscos. As perspectivas das pessoas saudáveis, instruídas, que possuem renda adequada e que usufruem todos os direitos humanos são muito melhores quando os riscos se tornam realidade.

Quebrar o ciclo vicioso da discriminação e desigualdade

Atualmente, uma das áreas mais débeis de resiliência se encontra entre as mulheres e meninas, e entre



SEGUIR EM FRENTE

Foto © Panos/Sven Torfinn



as instituições que as atendem. Enquanto as desigualdades e iniquidades impedirem as mulheres e meninas de exercer seus direitos, habilidades e oportunidades, elas permanecerão entre as que mais necessitam de ajuda humanitária e continuarão a ser as menos preparadas para contribuir na recuperação ou resiliência.

Eliminar a divisão artificial entre ação humanitária e desenvolvimento

O grande número de crises e turbulências ao redor do mundo exige atualmente que nos empenhemos muito mais. Precisamos de desenvolvimento mais eficiente, de ação humanitária mais efetiva, de um controle de riscos mais ativo, de melhor atenção à prevenção, preparação e resiliência, e de uma melhor inter-relação entre todos esses itens. A abordagem dessas questões deve ser realizada em conjunto: a igualdade de gênero e todas as demais formas de igualdade, alcançadas em parte por meio da plena realização da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos, levam

as pessoas e sociedades como um todo a uma situação de muito menos vulnerabilidade e mais resiliência.

A distinção atual entre resposta humanitária e desenvolvimento é falsa. A ação humanitária pode construir a base para o desenvolvimento em longo prazo. O desenvolvimento que beneficia a todas e todos, permitindo que usufruam seus direitos, incluindo os direitos reprodutivos, pode ajudar as pessoas, as instituições e as comunidades a suportarem os tempos de crise. Também pode ajudar a acelerar a recuperação.

O desenvolvimento igualitário, inclusivo e baseado em direitos, e a resiliência promovida por ele, podem, em muitos casos, dispensar a necessidade de intervenções humanitárias. Com o início da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, acordada globalmente, e com a proximidade da Conferência Mundial de Ajuda Humanitária em 2016, é hora de agir e reformular o conceito de ação humanitária, tendo a saúde e os direitos das mulheres e meninas como pontos centrais.

UMA NOVA VISÃO PARA A AÇÃO HUMANITÁRIA



A saúde sexual e reprodutiva e os direitos estão no centro dos elementos inter-relacionados da ação humanitária, da resposta à resiliência e ao desenvolvimento.

Um mundo frágil

Desastres naturais, especialmente inundações e tempestades, ocorrem com duas vezes mais frequência hoje do que há 25 anos. Conflitos, sobretudo os que ocorrem dentro das fronteiras nacionais, estão retirando milhões de pessoas de suas casas.

Conflitos, violência, instabilidade, pobreza extrema e vulnerabilidade a desastres são condições profundamente inter-relacionadas, que hoje impedem que mais de 1 bilhão de pessoas usufruam os enormes ganhos sociais e econômicos alcançados desde o fim da Segunda Guerra Mundial.

Quando não há tempo a perder: o atendimento às necessidades básicas de saúde de gestantes em busca de refúgio



Ashur com sua família em Gevgelija.

Foto © UNFPA/Nake Batev

“Eu estava grávida de três meses e me preocupava com os efeitos que essa viagem poderia causar ao meu bebê, mas não tinha escolha. Precisávamos partir”, disse Leyla Ashur, uma das poucas centenas de sírias e sírios que receberam autorização para cruzar a Antiga República Iugoslava da Macedônia a partir da Grécia, em um dia de agosto.

Ashur, 35, seu marido e seus quatro filhos fugiram dos conflitos em sua cidade natal de Dayr Az-Zawr, na Síria, em 2012, e moraram no Iraque por cerca de um ano. Mas o medo da violência causada pelo autoproclamado Estado Islâmico do Iraque e Levante, ou ISIL, os forçou a cruzar mais uma fronteira, desta vez para a Turquia, onde ficaram por três anos até a situação se tornar insustentável. Ela contou que eles não só sentiam medo da violência que

se intensificava ao longo da fronteira, mas também se sentiam explorados e indesejados na comunidade anfitriã.

“Quando eles viram que éramos sírios, tivemos que pagar o triplo do aluguel que o resto das pessoas estava pagando”, conta ela. “E todos ficam nos dizendo: ‘Vão embora, vão embora!’”

Então, os seis deixaram o país com alguns pertences abarrotados em suas mochilas. A viagem pela Turquia durou 10 dias, com pouco descanso e muito pouco o que comer no caminho. “Não recebemos ajuda de ninguém,” disse Ashur.

Quando ela e sua família chegaram à cidade costeira de Bodrum, na Turquia, eles e outras 20 pessoas arrecadaram dinheiro para pagar 10 mil euros a um traficante para que ele os levasse em



Leyla Ashur e sua família.
Foto © UNFPA/Nake Batev

um bote inflável pelo Mar Egeu até a ilha grega de los. De lá, eles chegaram à Antiga República Iugoslava da Macedônia.

A partir da cidade de Gevgelija ao sul, Ashur e sua família iniciaram o próximo trecho da viagem até o norte, com o objetivo de cruzar a Sérvia e a Hungria e chegar até a Bélgica, onde mora sua cunhada.

“Chegaremos ao nosso destino ou morreremos no caminho”.

Enquanto centenas de pessoas se acotovavam em trens e ônibus superlotados, ou simplesmente percorriam a pé os 178 quilômetros até a cidade fronteiriça de Kumanovo ao norte, Ashur e sua família encontraram um táxi disposto a levá-los por 100 euros. Seus dois filhos mais novos se despediram acenando da janela de trás.

Sírios como Ashur e sua família representam cerca de 80% das pessoas em trânsito pelo país. Afegãos e iraquianos, cada, representam cerca de 5%. Demais nacionalidades incluem paquistaneses, somaleses, palestinos e outros cinco países da África Subsaariana.

Entre junho e agosto de 2015, uma média de 700 refugiadas/os e migrantes seguiu o mesmo caminho para o norte da Europa através da Antiga República Iugoslava da Macedônia todos os dias. Deste número, cerca de uma em cada quatro pessoas é mulher e, em média, 6% dessas mulheres estão grávidas.

Muitas das gestantes ficam preocupadas com a saúde por caminharem longas distâncias no calor, com alimentação inadequada, desidratação e falta de saneamento, sendo que todos esses

fatores podem levar a complicações na gravidez ou até mesmo causar aborto. E muitas estão traumatizadas, disse Suzana Paunovska, que trabalha para a Cruz Vermelha na capital, Escócia. “Você olha para elas e sabe imediatamente.”

Em junho, o governo anunciou que refugiadas/os e migrantes poderiam ter acesso gratuito à assistência médica, incluindo serviços obstétricos e ginecológicos, em centros de saúde e hospitais públicos, incluindo o de Gevgelija. Entretanto, devido ao fato de refugiadas/os e migrantes estarem apressados para chegar à fronteira com a Sérvia em até 72 horas, tempo concedido pelo governo para transitarem pelo país, preferem não aproveitar os serviços gratuitos, pois não querem correr o risco de perder um dos poucos trens ou ônibus que viajam até o norte.

Nosso mundo vive um paroxismo de violência, instabilidade e turbulências não visto desde o final da Segunda Guerra Mundial. Ao longo das últimas duas décadas, bilhões de pessoas foram afetadas por desastres, incluindo os relacionados a eventos climáticos extremos. Crises, como a movimentação massiva de pessoas devido à pobreza extrema e a sociedades instáveis, estão cada vez mais visíveis atualmente.

Regiões inteiras do mundo parecem estar em um estado de caos. Em um planeta mais conectado, até mesmo pessoas em zonas estáveis se sentem mais inseguras do que antes.

Muitas crises duram décadas, sem nenhuma solução real em vista. Refugiados estão fora de casa há 20 anos em média, sem acesso a soluções duráveis e subsistência sustentável. Em alguns casos, as crises persistem por gerações (Milner e Loescher, 2011).

Cada crise, seja ela uma guerra, uma epidemia fatal, um terremoto ou uma inundação, traz desafios únicos à saúde, segurança, subsistência e aos direitos das pessoas, famílias e comunidades.

Os conflitos, as devastações causadas por desastres, a instabilidade, e a vulnerabilidade ambiental e econômica da atualidade geraram uma demanda sem precedentes por ação humanitária por parte dos governos, da sociedade civil e de organizações internacionais.

Inundações e tempestades: os desastres naturais mais frequentes

O número de desastres naturais triplicou entre 1980 e 2000, seguido por uma discreta redução, mas hoje ainda é o dobro do número registrado há 25 anos, de acordo com dados do Centro de Pesquisa sobre a Epidemiologia de Desastres.

Na maioria dos anos, há entre um e três desastres de grande escala que causam um número de mortes bem mais alto do que outros eventos. Na maioria das décadas, há também um ou dois desastres de proporções tão grandes e tão impressionantes que são considerados mega desastres.

Para cada pessoa que morre em um desastre, há outras centenas que são afetadas por ele e precisam

Gestantes somente utilizam serviços rápidos onde se pode chegar facilmente por transporte próximo ao cruzamento das fronteiras, diz Bojan Jovanovski, chefe da Associação de Educação e Pesquisa em Saúde, ou HERA, na capital Escócia.



Lidija Jovcevska

Foto © UNFPA/Nake Batev

A HERA leva, uma vez por semana, a sua única unidade móvel de saúde à fronteira com a Grécia, a algumas centenas de metros de Gevgelija, para fornecer serviços ginecológicos básicos, rápidos e gratuitos a refugiadas e migrantes. O UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, ajuda a cobrir as despesas operacionais da unidade móvel.

Lidija Jovcevska é médica ginecologista-obstetra sediada em Kumanovo e trabalha como voluntária uma vez por semana na unidade móvel de saúde. As cinco ou seis mulheres que ela atende por dia, em sua maioria, querem saber se seus bebês estão saudáveis. Ela utiliza um equipamento de ultrassom para tranquilizar a maioria das gestantes, mas também lhes avisa sobre possíveis

complicações. Algumas mulheres que viajaram por dias, e às vezes meses, também solicitam suplementos vitamínicos para aumentarem as chances de seus bebês nascerem saudáveis. Infecções vaginais ou do trato urinário são comuns. Jovcevska prescreve antibióticos e outros medicamentos.

Por vezes, alguns casos são mais sérios e exigem atendimento hospitalar. Jovcevska encaminha esses casos ao hospital mais próximo, capaz de atender emergências e realizar partos.

A clínica móvel também oferece métodos contraceptivos, embora poucas mulheres os utilizem, disse Vesna Matevska, coordenadora de um programa da HERA. As refugiadas e migrantes

ter suas necessidades básicas atendidas, como acesso a alimentos, água, abrigo, saneamento ou assistência médica imediata. As vítimas de desastres normalmente perdem suas casas e seu meio de vida, se separam de seus familiares, enfrentam problemas de saúde por toda a vida, incapacidades, passam a ter menos oportunidades e têm que deixar suas comunidades.

Considerando o crescimento populacional, a probabilidade de uma pessoa ser deslocada devido a um desastre hoje é 60% mais alta do que há quatro décadas. Ao longo dos últimos 20 anos houve uma média de 340 desastres por ano, que afetaram 200 milhões de pessoas e custaram a vida de 67.500 pessoas anualmente.

Inundações causaram 43% dos desastres relatados no banco de dados EM-DAT do Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres entre 1994 e 2014, afetando



Para cada pessoa que morre em um desastre, há outras centenas que são afetadas por ele e precisam ter suas necessidades básicas atendidas, como acesso a alimentos, água, abrigo, saneamento ou assistência médica imediata.

quase 2,5 bilhões de pessoas. Tempestades são o segundo tipo mais frequente de desastre, tendo matado um total de mais de 244 mil pessoas, com danos somando US\$ 936 bilhões ao longo de um período de nove anos. Isso faz das tempestades o tipo de desastre mais dispendioso das últimas duas décadas e o segundo desastre que mais mata pessoas.

Terremotos (incluindo tsunamis) mataram mais pessoas do que todos os outros tipos de desastres combinados, tirando quase 750 mil vidas entre 1994 e 2013. Tsunamis foram o subtipo de terremoto mais fatal, com uma média de 79 mortes a cada 1.000 pessoas afetadas, comparado a 4 mortes a cada 1.000 afetadas por movimentos terrestres. Isso torna os tsunamis quase 20 vezes mais fatais do que os terremotos em terra.

As secas afetaram mais de 1 bilhão de pessoas entre 1994 e 2014, ou cerca de uma a cada quatro pessoas

que ela atende normalmente são pessoas bem reservadas, relutantes em solicitar ou aceitar preservativos ou pílulas, mesmo gratuitos e oferecidos por prestadores totalmente isentos. Ela comenta que esse senso de privacidade, além das barreiras impostas pelo idioma, impede as mulheres de falarem a respeito ou relatarem casos de violência contra elas.

Além dos serviços fornecidos por organizações não governamentais e pelo ministério da saúde do país, há também serviços oferecidos informalmente por pessoas como Lence Zdravkin, 48, que se descreve como uma ativista e diz já ter ajudado centenas de gestantes durante sua jornada até o norte do país para chegarem à fronteira com a Sérvia.

Até junho de 2015, o uso de trens, ônibus ou táxis por refugiadas/os e migrantes era ilegal, então a maioria simplesmente caminhava todo o percurso, normalmente na ferrovia mais movimentada, que fica a 10 metros da casa de Zdravkin.

Zdravkin começou oferecendo comida e água às refugiadas/os e abriu sua casa a pessoas que precisavam descansar. Ela chegou a levar gestantes a uma clínica local para exames de rotina ou para tratar os ferimentos inevitáveis causados por dias de caminhada no calor do verão.

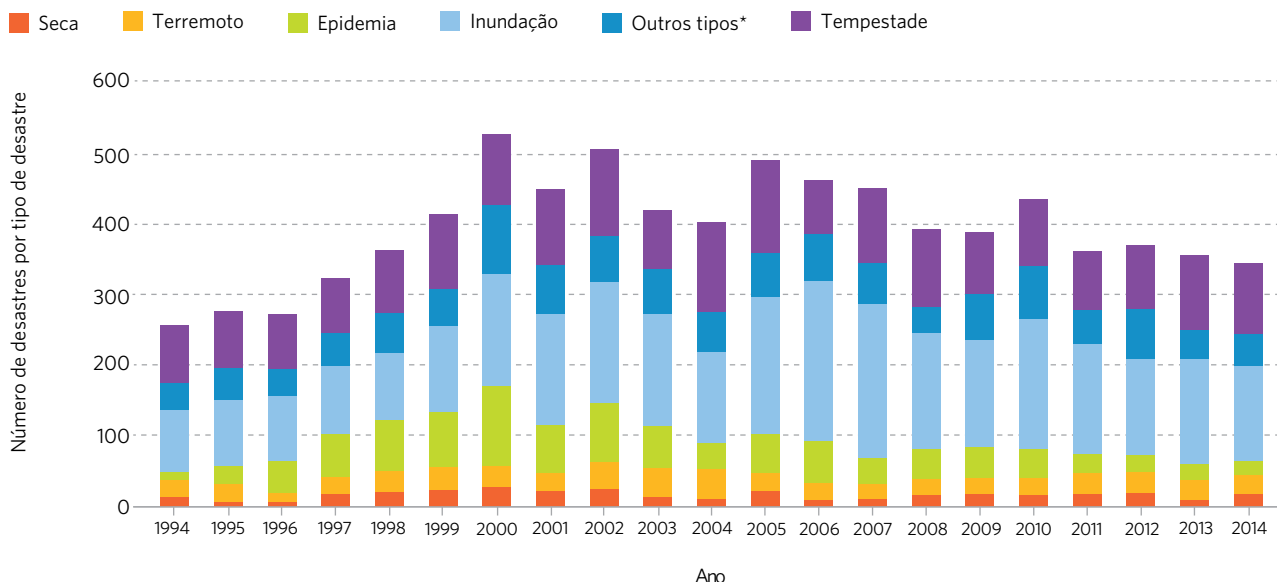
“Tudo estava acontecendo bem na minha frente,” disse Zdravkin. “Não consegui fechar meus olhos para isso.”

Lence Zdravkin

Foto © UNFPA/Nake Batev

DESASTRES NATURAIS REGISTRADOS EM TODO O MUNDO, POR TIPO

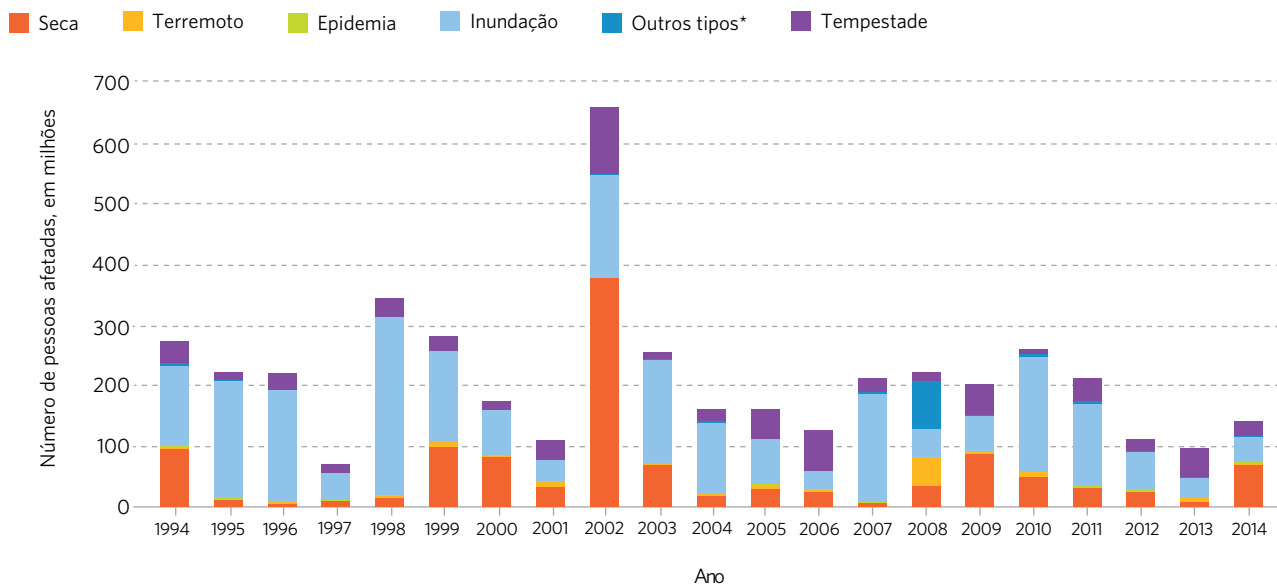
1994 A 2014



* Os números incluem desastres como infestação de insetos, temperaturas extremas, deslizamentos, atividade vulcânica e queimadas. (Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres, 2015)

NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS AFETADAS POR DESASTRES NATURAIS, POR TIPO

1994 A 2014



* Os números incluem desastres como infestação de insetos, temperaturas extremas, deslizamentos, atividade vulcânica e queimadas. (Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres, 2015)

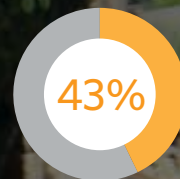
atingidas por desastres naturais. Apesar disso, representaram apenas 5% de todas as ocorrências de desastres. Cerca de 41% dos desastres relacionados à seca nesse período foram registrados na África.

Em números absolutos, os Estados Unidos e a China registraram a maior parte dos desastres naturais entre 1994 e 2014, devido, principalmente, ao tamanho desses países, à variedade de terrenos e à alta densidade populacional. Entre os continentes, a Ásia foi a que mais sofreu com desastres, com 3,3 bilhões de pessoas afetadas apenas na China e na Índia. Se os dados forem padronizados para refletir o número de pessoas afetadas a cada 100 mil, a Eritreia e a Mongólia seriam os países não insulares mais afetados do mundo. O Haiti sofreu o maior número de mortes em termos absolutos e em relação ao tamanho de sua população devido aos danos do terremoto de 2010.

Enquanto nos últimos 20 anos foram registrados desastres mais frequentes, na realidade o número médio de pessoas afetadas diminuiu, passando de uma a cada 23 entre 1994 e 2003, para cerca de uma a cada 39 entre 2004 e 2014.

Mortes relacionadas a desastres são mais altas em países mais pobres

Os dados do Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres também demonstram como a renda impacta o número de mortes em desastres. Em média, o número de pessoas mortas em países de baixa renda é mais de três vezes maior (332 mortes por desastre) do que em países de alta renda (105 mortes por desastre). Um padrão semelhante é evidenciado quando países de baixa e média baixa renda são agrupados e comparados a países de alta e média alta renda. Considerados em conjunto, os países de alta renda sofreram 56% dos desastres e perderam 32% das vidas, ao passo que países de baixa renda sofreram



Inundações causaram 43% dos desastres relatados entre 1994 e 2014, afetando quase 2,5 BILHÕES DE PESSOAS



A seca afetou mais de 1 BILHÃO de pessoas entre 1994 e 2014, ou cerca de UMA A CADA QUATRO PESSOAS atingidas por todos os desastres naturais



TSUNAMIS
79
MORTES

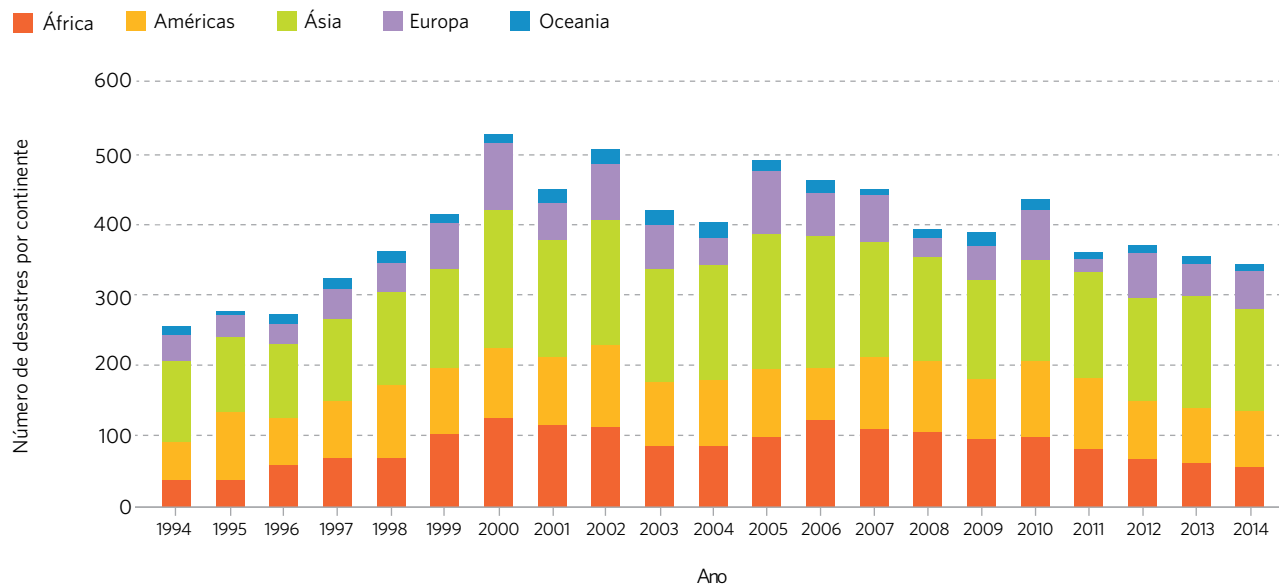


TERREMOTOS
4
MORTES

para
cada 1 mil pessoas afetadas

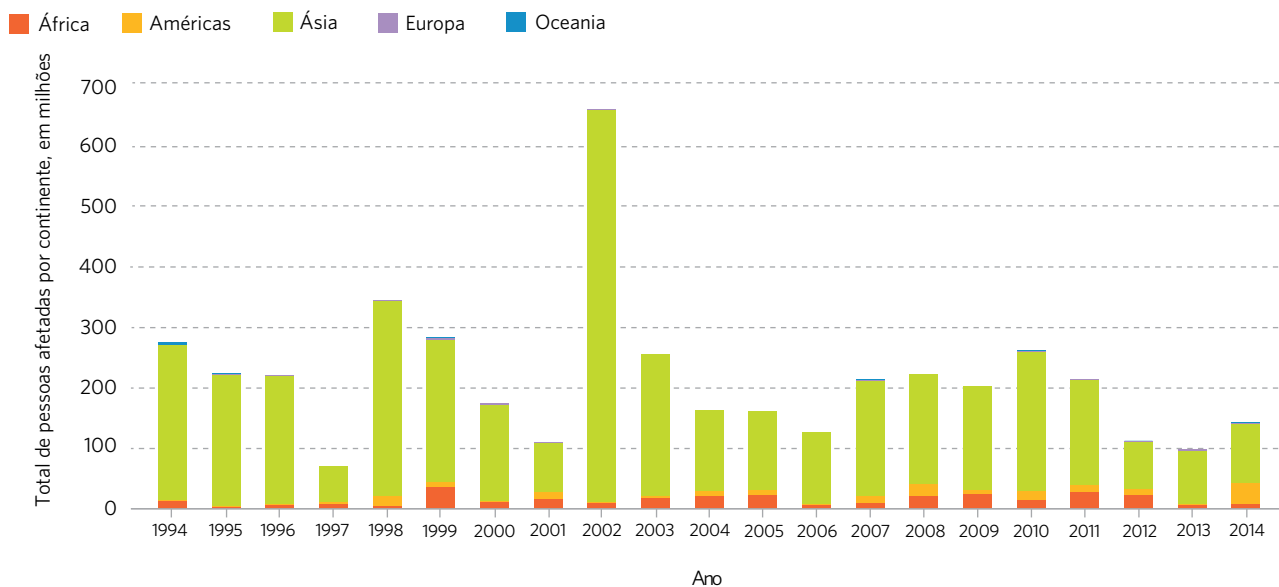
Isso torna os tsunamis quase 20 VEZES mais fatais do que os terremotos em terra, ao longo de duas décadas

DESASTRES NATURAIS REGISTRADOS, POR REGIÃO 1994 A 2014



(Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres, 2015)

NÚMERO ESTIMADO DE PESSOAS AFETADAS POR DESASTRES NATURAIS, POR REGIÃO 1994 TO 2014



(Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres, 2015)

O aumento de conflitos nacionais faz crescer o número de civis mortos

A Segunda Guerra Mundial, o maior conflito do mundo moderno, continua a ser um ponto de referência para a humanidade em termos de danos em massa. Cerca de 3% da população mundial morreu como resultado direto dessa guerra ou do período que a antecedeu e a sucedeu. Além disso, mais de um terço da população mundial foi afetada por ela. Portanto, para cada morte, 10 outras vidas foram radicalmente perturbadas.

Após a Segunda Guerra Mundial, o número de conflitos internacionais foi drasticamente reduzido, ao passo que os conflitos dentro das fronteiras do próprio país e guerras de descolonização aumentaram nas décadas de 1950 e 1960 (*Center for Systemic Peace*, 2015).

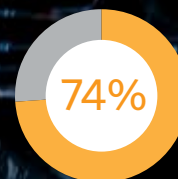
O aumento de conflitos internos e a redução de guerras internacionais ajudam a explicar o aumento no número de mortes de civis e a redução no número de mortes de combatentes. Independente de o conflito ocorrer dentro de um país ou entre países, ele invariavelmente impacta a vida de muitas pessoas de forma extremamente negativa, causando uma sensação duradoura de insegurança e incerteza, que por sua vez afeta a qualidade de vida, a coesão social, a subsistência, os direitos e o potencial de desenvolvimento de todas as pessoas.

Ao final da Segunda Guerra Mundial, 940 milhões de pessoas, ou 40% da população mundial da época, viviam em áreas de conflito. Até 1956, o número havia caído de modo acentuado para 210 milhões, ou 8% da população mundial. Posteriormente, o número voltou a subir, alcançando cerca de 1 bilhão de pessoas atualmente (Garfield et al., 2012).



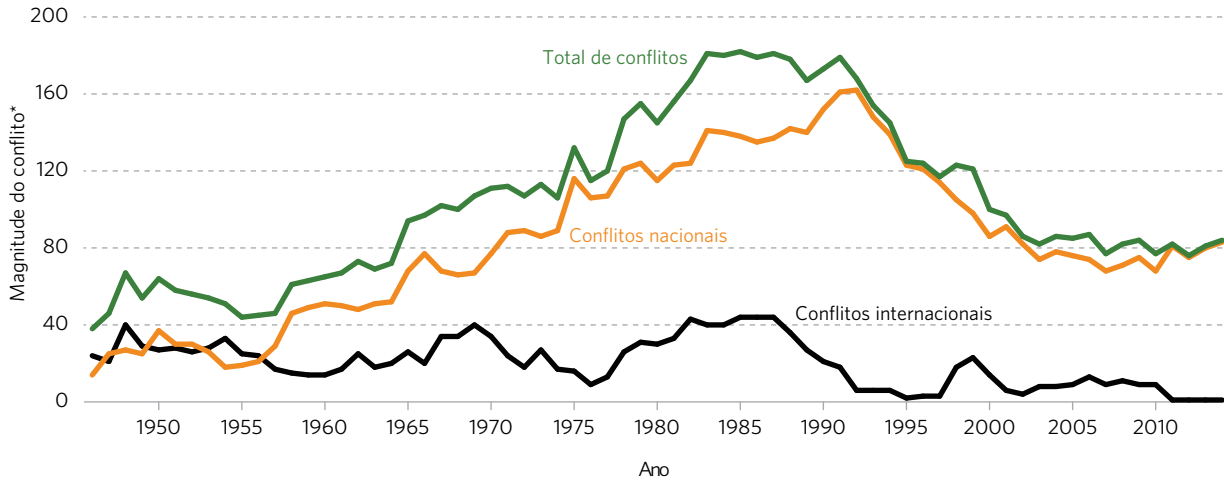
Atualmente, **1 DE CADA 3** refugiados vive em um acampamento. Dois de cada 3 vivem em zonas urbanas

Hoje, **1 BILHÃO DE PESSOAS**, ou cerca de 14% da população mundial, vivem em áreas de conflito



Setenta e quatro por cento das mortes diretas causadas por conflitos entre 1989 e 2008 ocorreram na África Central, África Oriental, Oriente Médio e Norte da África e Ásia Meridional

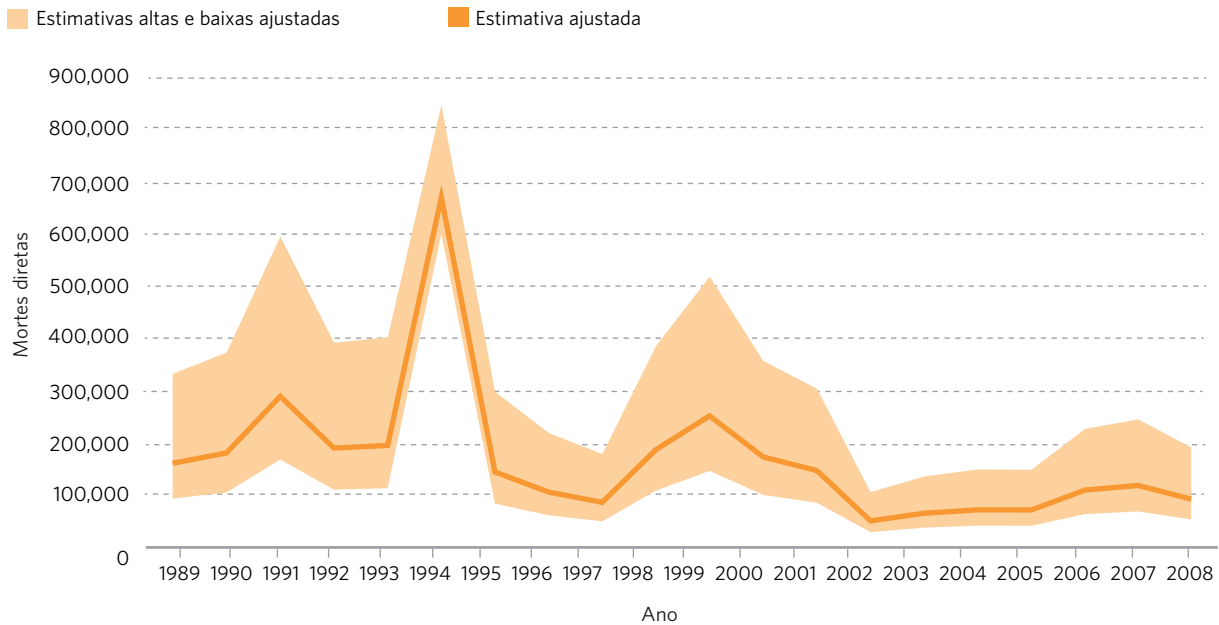
TENDÊNCIAS GLOBAIS EM CONFLITOS ARMADOS 1946 A 2014



(Marshall e Cole, 2014)

* A magnitude de um conflito é medida pelos efeitos no país ou países diretamente afetados, incluindo número e perda de combatentes, área afetada, população deslocada e extensão dos danos em infraestrutura.

MORTES DIRETAS RELACIONADAS A CONFLITOS



(Garfield R., Blore J., 2009)

IMPACTO DOS CONFLITOS EM MULHERES E HOMENS

Dados globais sobre conflitos discriminados por gênero são escassos e, quando estão disponíveis, normalmente não são confiáveis. Ainda assim, pesquisas locais coletaram dados que demonstram que os homens têm muito mais chances de morrerem diretamente e durante conflitos, ao passo que mulheres morrem ou são de outra forma impactadas mais frequentemente por causas indiretas após o conflito (Ormhaug, 2009). Todas as estimativas de mortes diretas causadas por conflitos sugerem que mais de 90% de todas as perdas ocorrem entre jovens adultos do sexo masculino (Cummings et al., sem data).

	IMPACTOS DIRETOS	IMPACTOS INDIRETOS
HOMENS	<ul style="list-style-type: none">• Taxas mais altas de morbidade e mortalidade devido a mortes em batalhas• Maior probabilidade de serem presos ou desaparecerem• Violência sexual e de gênero: massacres seletivos com base no sexo; alistamento ou recrutamento forçado; sujeitos a tortura, estupro e mutilação; forçados a cometer violência sexual contra terceiros• Taxas mais altas de incapacidade causada por ferimentos	<ul style="list-style-type: none">• Risco de envolvimento de ex-combatentes em atividades criminosas ou ilegais; dificuldade de encontrar um meio de vida• Maior prevalência de outras formas de violência, especialmente violência doméstica
COMUM	<ul style="list-style-type: none">• Depressão, trauma e desgaste emocional	<ul style="list-style-type: none">• Perda de bens e renda• Maior tendência à migração• Alteração dos padrões de casamento e fertilidade• Perda das redes familiares e sociais, incluindo mecanismos de proteção• Educação interrompida• Deterioração do bem-estar, principalmente por más condições de saúde e incapacidade devido à pobreza e má nutrição
MULHERES	<ul style="list-style-type: none">• Maior probabilidade de serem desalojadas e refugiadas• Violência sexual: vulneráveis a estupros, tráfico e prostituição; casamento e gravidez forçados	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de saúde reprodutiva• Os papéis de reprodução e cuidado das mulheres ficam sob estresse• Alteração da participação no mercado de trabalho devido à morte de familiares e "efeito trabalhador adicional"• Maior incidência de violência doméstica• Possibilidade de maior participação política• Maior participação da mulher na economia devido a uma alteração nos papéis do homem e da mulher durante o conflito

(Anderlini, 2010)

As mortes diretas causadas por conflitos atingem em média 168.100 ao ano

O número de mortes é um dos indicadores da intensidade ou magnitude de um conflito. Uma geração de pesquisadores tentou fazer estimativas confiáveis do número de pessoas mortas em conflitos. Fazê-las é especialmente complicado, pois conflitos são cada vez mais travados por civis em áreas remotas, normalmente em países com instituições precariamente equipadas para registrar as perdas de forma precisa.

Entre 1989 e 2008, foi estimado um total de 3.362.000 mortes diretas causadas por conflitos, ou uma média de 168.100 mortes por ano (Garfield R., Blore J., 2009). Setenta e quatro por cento das mortes diretas causadas por conflitos entre 1989 e 2008 ocorreram na África Central, África Oriental, Oriente Médio e Norte da África e Ásia Meridional.

Desde 2008, a quantidade cada vez maior de conflitos no Oriente Médio elevou o número total de mortes diretas causadas por conflitos para mais de 200 mil ao ano (Price, 2014). Em 2012, duas de cada cinco pessoas

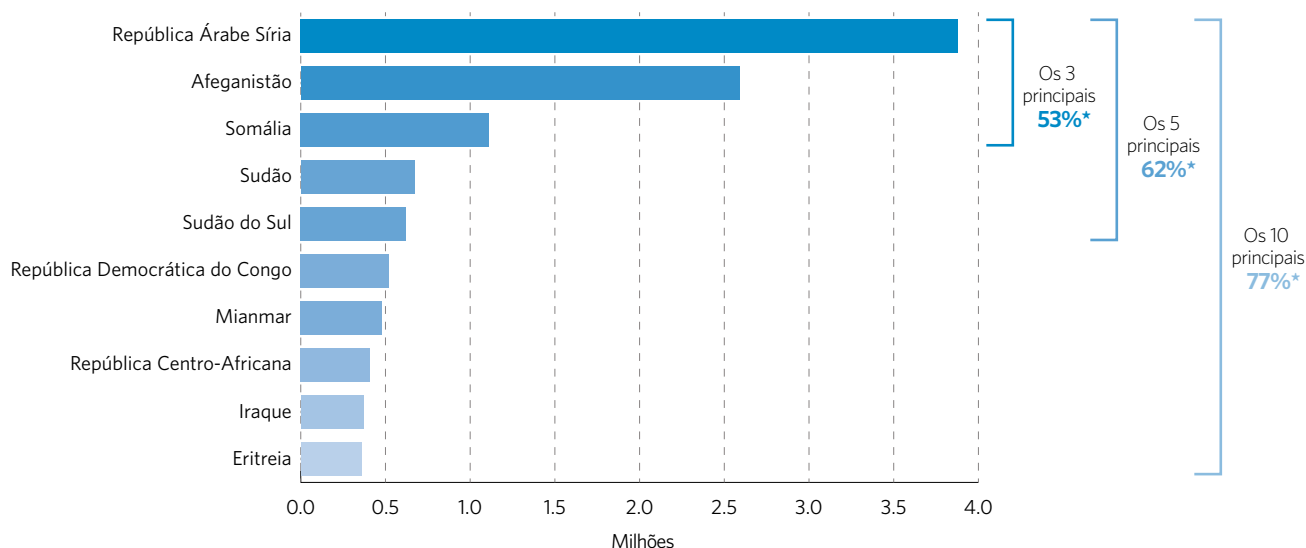
que morreram em combate no mundo estavam na Síria.

Além disso, as mortes resultantes de conflitos, mas não diretamente causadas por batalhas, ultrapassam o número de mortes diretas causadas por conflitos, em alguns países a uma relação de três para um. A maior parte dessas mortes indiretas ocorre em países de baixa renda, onde civis vulneráveis deixam de ser beneficiados por programas de vacinação, nutrição infantil e acesso à água limpa.

Outros tipos de violência armada

A violência armada não associada a conflitos também causa sérios danos à vida. O relatório Carga Global da Violência Armada 2011 tentou contabilizar todas as mortes causadas por armas de fogo registradas por sistemas civis em países ao redor do mundo, chegando a uma estimativa de 400 mil mortes relacionadas a armas de fogo fora de situações de conflito. Insegurança e medo da violência armada foram os fatores que mais contribuíram para o deslocamento e a migração

PRINCIPAIS PAÍSES DE ORIGEM DE REFUGIADOS



(Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2015)

* Reflete a proporção em relação ao número global de refugiados no final de 2014.

em alguns países recentemente, dando início a uma situação que lembra uma crise humanitária.

Deslocamentos causados por conflitos

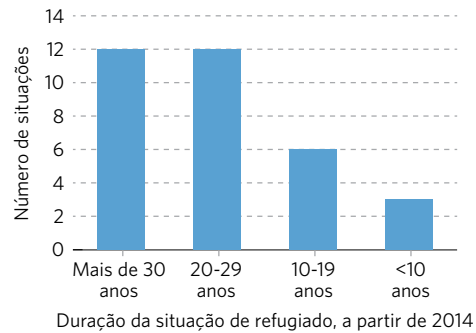
Em 2014, o número total de refugiados e deslocados internos em todo o mundo alcançou 59,5 milhões, o número mais alto desde a Segunda Guerra Mundial (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2015). O número de deslocados interno dobrou de 2010 a 2015.

Mais da metade de todos os novos refugiados em 2014 vieram da Síria, Afeganistão, Somália e Sudão. Mais da metade de todas as pessoas deslocadas internamente vivem na Síria, Colômbia, Iraque e Sudão (Centro de Monitoramento de Deslocamento Interno, 2015). Hoje, cerca de uma em cada quatro pessoas no Líbano e uma em cada dez na Jordânia são refugiadas/os.

Atualmente, apenas cerca de uma em cada três refugiadas/os está abrigada/o em acampamentos. Duas pessoas em cada três moram em áreas urbanas.

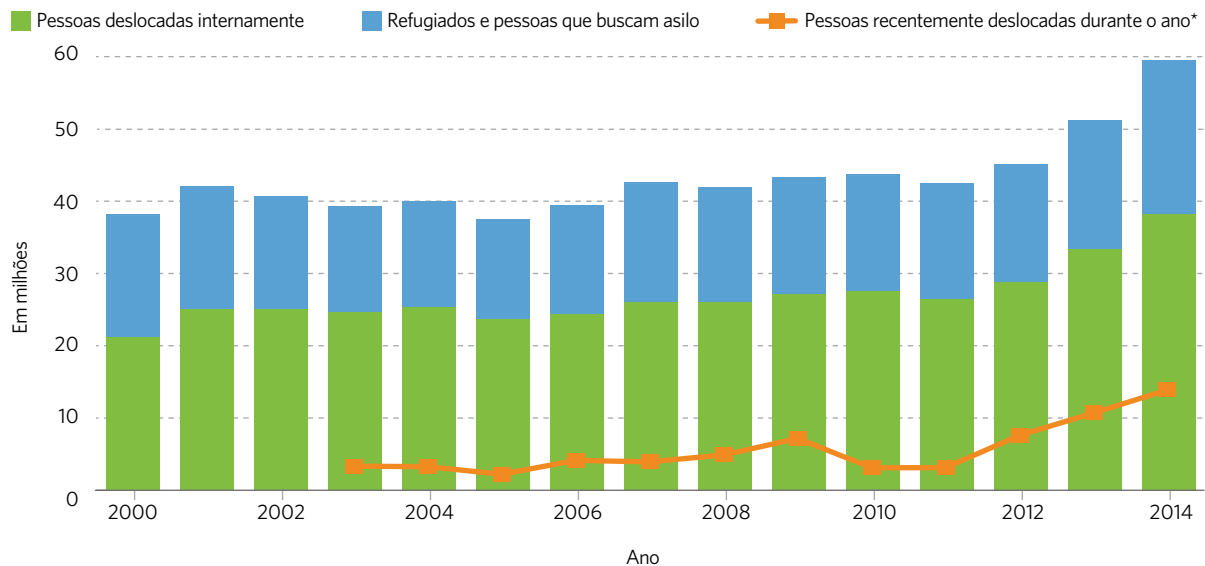
Cerca de dois terços de todas/os as/os refugiadas/os do mundo estão em “situação de exílio aparentemente interminável” (Milner e Loescher, 2011). Os 25 países mais afetados pela presença prolongada de refugiadas/os estão todos localizados no mundo em desenvolvimento. Hoje, há cerca de 30 situações

SITUAÇÕES DE PRESENÇA PROLONGADA DE REFUGIADOS, POR TEMPO DE DURAÇÃO



(Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2015)

DESLOCAMENTOS NO SÉCULO XXI 2000 A 2014



(Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2015)

* Deslocadas internamente e entre fronteiras internacionais. Dados sobre pessoas recentemente deslocadas disponíveis apenas a partir de 2003.

principais de presença prolongada de refugiadas/os, com duração média aproximando-se dos 20 anos. Entretanto, essa média não inclui grande parte das populações deslocadas de forma crônica e em longo prazo, como pessoas em áreas urbanas ou deslocadas em áreas rurais. Também não inclui milhões de refugiadas/os palestinas/os sob a responsabilidade da Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina (UNRWA).

Desastres deslocam 26,4 milhões de pessoas anualmente

De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 26,4 milhões de pessoas em todo o

mundo foram deslocadas em média por ano devido a desastres desde 2008. A maior parte desse deslocamento ocorreu em países de baixa e média renda.

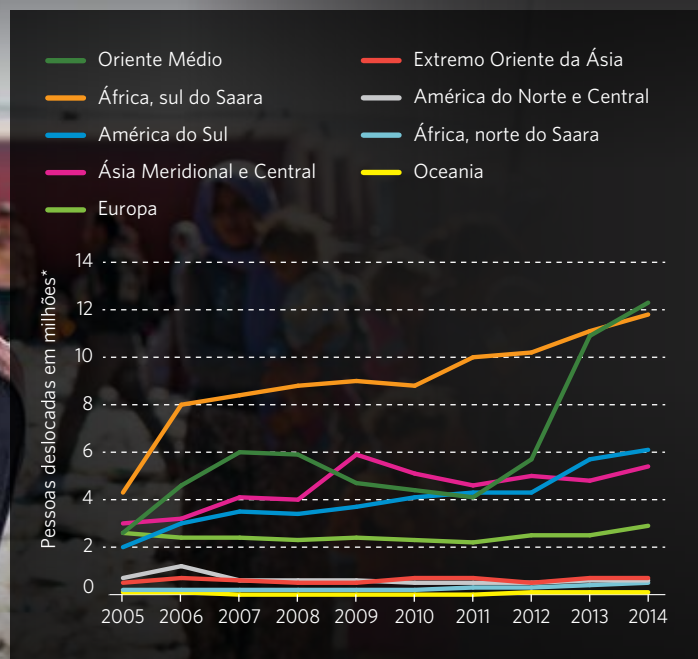
Embora a frequência de desastres geofísicos (terremotos, tsunamis, erupções vulcânicas) tenha permanecido bem estável nos últimos anos, eventos relacionados ao clima, como inundações e tempestades, estão aumentando. De 2000 até a presente data, houve uma média de 341 desastres relacionados ao clima por ano, cerca de 44% a mais que a média registrada entre 1994 e 2000.

O Centro de Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres estima que 19,3 milhões de pessoas foram deslocadas devido a desastres em 2014.



Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

NÚMERO DE PESSOAS DESLOCADAS POR REGIÃO 2005 A 2014



(Iniciativas de Desenvolvimento, 2015)

* "Pessoas deslocadas" incluem refugiados e pessoas em situações análogas a de refugiados, pessoas deslocadas internamente e pessoas que buscam asilo. Pessoas deslocadas internamente incluem apenas pessoas protegidas/assistidas pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Dados organizados de acordo com as definições do país/território de asilo. Os países são organizados de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

Ao longo dos últimos sete anos, 85% desses movimentos induzidos por desastres foram causados por eventos climáticos, principalmente inundações e tempestades. Cerca de 15% se devem a terremotos.

As forças da fragilidade

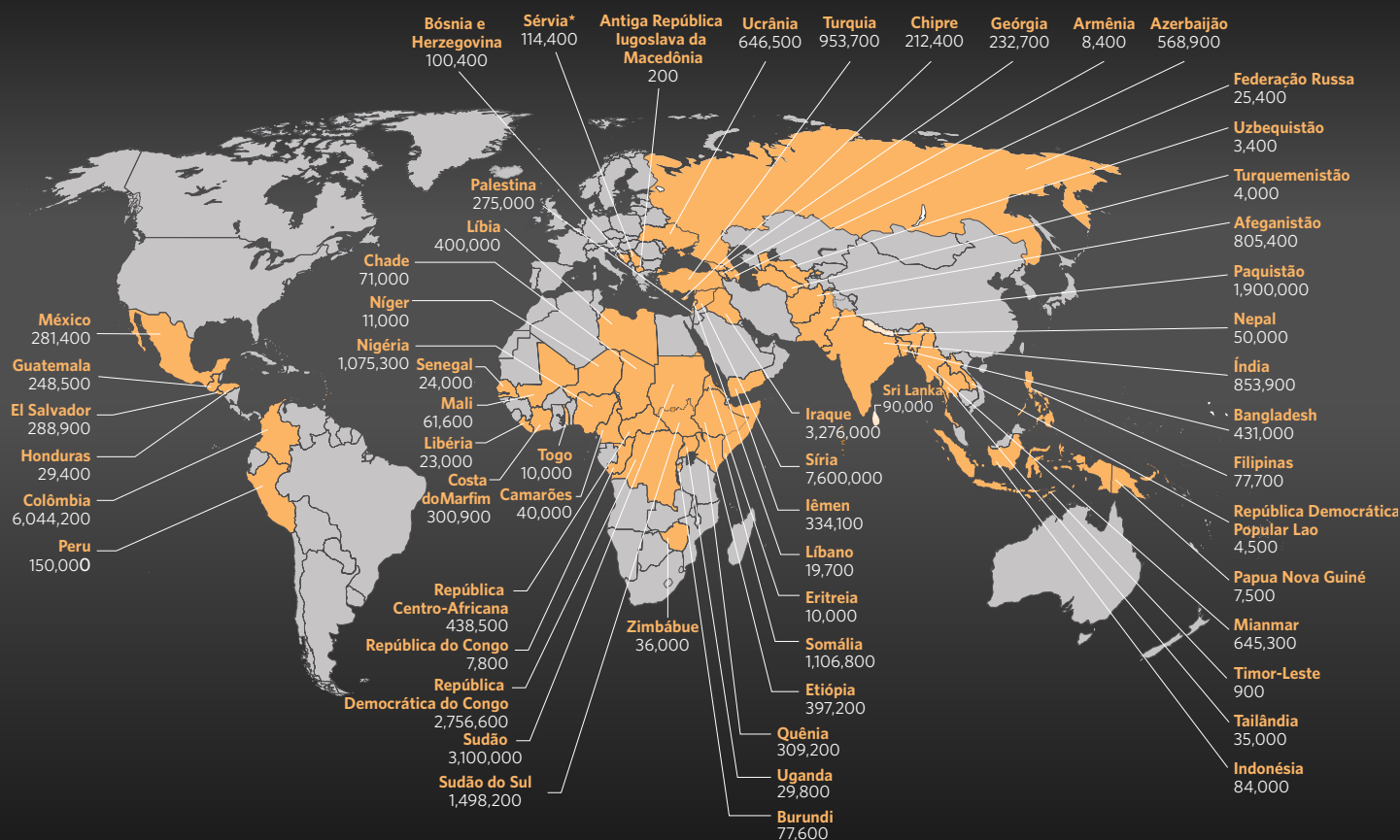
Por que há tantas cidades em crise no mundo hoje? Por que o mundo de repente parece tão frágil?

Há muitas explicações sobre a fragilidade e suas causas. Mas independente da definição, a fragilidade está fortemente relacionada a forças como pobreza, desigualdade e exclusão, que afetam mulheres e meninas de modo desproporcional.

Estados frágeis são o lar de uma em cada três pessoas pobres

A fragilidade se manifesta de diversas formas e em países com qualquer nível de renda. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, “uma região ou Estado frágil possui pouca capacidade de realizar funções governamentais básicas, e não consegue desenvolver relações mutuamente construtivas com a sociedade”. Estados frágeis são mais vulneráveis a impactos internos e externos, como crises econômicas ou desastres naturais (OCDE, 2013). A relação entre o estado e a sociedade pode ser abalada como resultado de fatores de estresse internos e externos,

PESSOAS DESLOCADAS INTERNAMENTE POR CONFLITOS E VIOLÊNCIA EM 2014



(Conselho Norueguês para Refugiados, Centro de Monitoramento de Deslocamento Interno, 2015)
* O número inclui Kosovo.

incluindo modificações demográficas, inovação tecnológica e mudanças climáticas.

Há uma década, os Estados mais frágeis possuíam baixa renda. De acordo com estimativas recentes, cerca de metade dos Estados frágeis e afetados por conflitos são atualmente países de renda média. Apesar dessa alteração no nível de renda, a pobreza permanece concentrada em Estados frágeis (OCDE, 2013). Países frágeis de renda média compartilham características comuns, como altos níveis de urbanização e violência criminosa, crescimento das megacidades violentas e populações jovens em grande número e sem emprego (Castillejo, 2015).

Estados frágeis abrigam um terço das pessoas pobres do mundo. Mais de 1 bilhão de pessoas, ou cerca de 15% da população mundial, vivem em condições de extrema pobreza, de acordo com estimativas do Banco Mundial (Banco Mundial, 2015). A pobreza extrema, anteriormente concentrada na Ásia Oriental, se deslocou para a África subsaariana e a Ásia Meridional, que hoje representam 80% das pessoas em condição de pobreza do mundo, a maioria das quais são mulheres e crianças (Banco Mundial, 2015).

As pessoas menos favorecidas economicamente são especialmente vulneráveis aos efeitos de conflitos, e diversas medidas de fragilidade sugerem que altos níveis de pobreza e desigualdade de renda podem contribuir para um cenário de instabilidade. Os pobres possuem menos recursos econômicos, sociais e outros para ajudá-los a suportar ou se recuperar de conflitos, o que pode, por sua vez, exacerbar a pobreza.

Dois a cada três partos não assistidos acontecem em Estados frágeis

Apesar do progresso econômico e social do mundo nas últimas décadas, há uma grande e crescente parcela da humanidade que vive em situação de mais insegurança e instabilidade. Os principais desafios para o alcance da estabilidade, desenvolvimento e progresso social se fazem presentes nesses países. Gates et al. (2010) resumiram o impacto com dados que demonstram

que quase a metade da população dos países de baixa renda viviam em 2010 em Estados frágeis, afetados por conflitos ou se recuperando de conflitos. Nessas mesmas regiões estavam 60% das pessoas do mundo com subnutrição, 77% das crianças que não frequentavam a escola primária, e se registravam 70% das mortes infantis e 64% dos partos não assistidos.

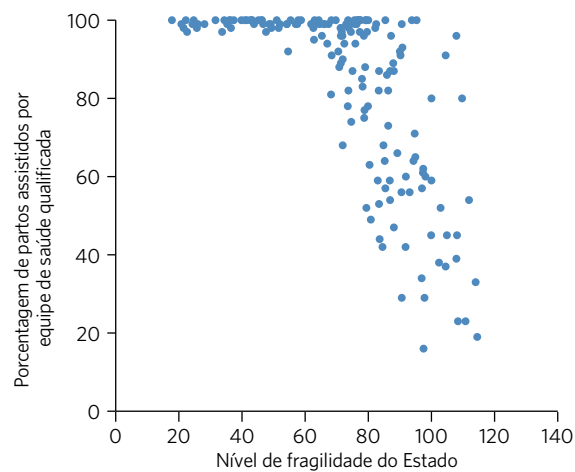
Ao se comparar a fragilidade dos Estados com os principais indicadores de saúde reprodutiva, surgem correlações demonstrando que, em países extremamente frágeis, há mais probabilidade de ocorrerem menos partos assistidos por profissionais, taxas mais altas de gravidez na adolescência e mais necessidades não satisfeitas de planejamento da vida reprodutiva.

Avaliando a fragilidade

Diversos grupos desenvolveram formas de avaliar se um Estado é frágil e, assim, vulnerável a conflitos ou aos efeitos de desastres. (OCDE, 2015).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) emite a cada ano um Índice de Estados Frágeis, que demonstra a vulnerabilidade de

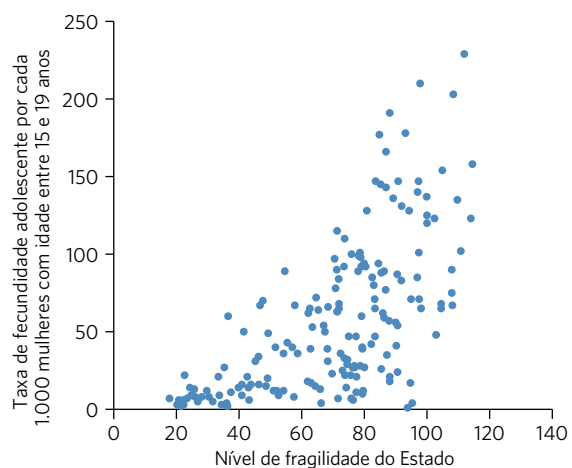
O PERCENTUAL DE PARTOS ASSISTIDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS É MAIS BAIXO EM ESTADOS FRÁGEIS



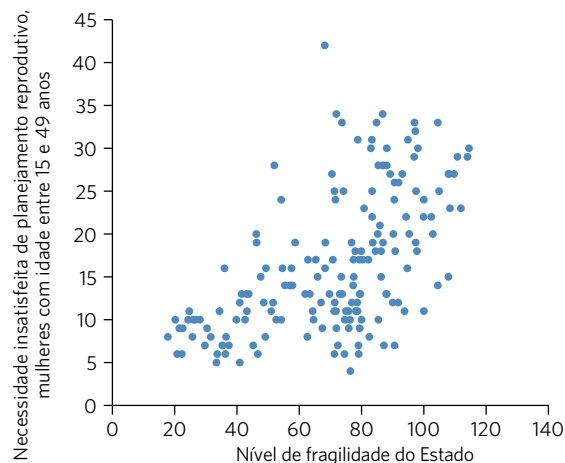


Sapana Suwal, 25, com seus filhos em um abrigo para sobreviventes de um terremoto em Bhaktapur, Nepal.
Fotos © Panos/Brian Sokol

AS TAXAS DE FECUNDIDADE DE ADOLESCENTES TENDEM A SER MAIS ALTAS EM ESTADOS FRÁGEIS



AS NECESSIDADES INSATISFEITAS DE PLANEJAMENTO DA VIDA REPRODUTIVA TENDEM A SER MAIORES NOS ESTADOS MAIS FRÁGEIS



DIMENSÕES DA FRAGILIDADE

ÍNDICE DE ESTADOS FRÁGEIS 2015 DA ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Esse índice demonstra a vulnerabilidade de países e territórios a conflitos e desastres com base em cinco dimensões: nível de violência; nível de acesso à justiça e ao Estado de Direito; efetividade, responsabilidade e inclusividade de instituições nacionais; nível de estabilidade econômica; e nível de resiliência para suportar e se adaptar a impactos e desastres.

VULNERABILIDADE EM DIMENSÕES:

-  **VIOLÊNCIA**
-  **JUSTIÇA**
-  **INSTITUIÇÕES**
-  **RESILIÊNCIA**
-  **BASE ECONÔMICA**

9 PAÍSES



República Centro-Africana
Chade
República Democrática do Congo
Costa do Marfim
Guiné
Haiti
Sudão
Suazilândia
Iêmen

5 DIMENSÕES

13 PAÍSES



Guiné Equatorial
Eritreia
Guiné-Bissau
Mauritânia
Togo
Zimbábue

4 DIMENSÕES



Afeganistão
Burundi
Nepal
Sudão do Sul



Etiópia
Nigéria
Somália

26 PAÍSES



Argélia
República Árabe Síria



Camarões
República Democrática
Popular Lao



Angola
Libéria



Quênia
Uganda



Comores
Madagascar
República do Congo
Serra Leoa



Bangladesh
Líbia
Mianmar
Paquistão
Venezuela



Gâmbia
Malawi
Moçambique
Níger
Timor-Leste



Honduras
Lesoto
Mali
Palestina

3 DIMENSÕES

22 PAÍSES



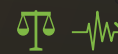
Índia
Panamá
Sérvia (Kosovo)



Irã
Iraque



Djibuti



Papua Nova Guiné
Ilhas Salomão
Zâmbia



Benim
Burkina Faso
Kiribati
São Tomé e Príncipe
Suriname



Camboja
Fiji
Tajiquistão
Turquemenistão



Colômbia
Guatemala
Paraguai
Ruanda

2 DIMENSÕES

países e territórios a conflitos e desastres com base em cinco dimensões: nível de violência; nível de acesso à justiça e ao Estado de Direito; efetividade, responsabilidade e inclusividade de instituições nacionais; nível de estabilidade econômica; e nível de resiliência para suportar e se adaptar a impactos e desastres.

Nove dos 50 lugares mais frágeis possuem baixa avaliação em todas as cinco dimensões (OCDE, 2015).

Outra medida, o Índice de Paz Global, avalia o nível de paz em 162 países. O índice, publicado pelo Instituto de Economia e Paz, analisa o nível de segurança na sociedade, a extensão dos conflitos nacionais e internacionais, e o grau de militarização. Entre 2013 e 2014, 78 países se tornaram menos pacíficos, de acordo com esse índice (IEP, 2014).

O Índice de Estados Frágeis do Fundo pela Paz analisa 12 dimensões de vulnerabilidade, incluindo a igualdade ou desigualdade do desenvolvimento econômico, respeito aos direitos humanos e liberdades, extensão da pobreza e declínio econômico, frequência de desastres, e se os principais serviços, especialmente educação e saúde, estão disponíveis a todas as pessoas. De acordo com esse índice, quatro países estão em “alerta muito alto”, com o Sudão do Sul liderando a lista, seguido pela Somália, República Centro-Africana e Sudão. Entre 2013 e 2014, as medidas de fragilidade nesse índice pioraram de alguma forma em 67 países (FFP, 2015).

Independente do índice, mais e mais países são considerados frágeis, ficando mais vulneráveis a conflitos ou aos efeitos de um desastre.

Avaliando os riscos

Nem sempre é possível prevenir crises humanitárias e desastres, mas o impacto causado pode ser drasticamente reduzido. Compreender o risco de surgimento de crises e ocorrência de desastres é uma etapa importante na redução e controle desses eventos. A avaliação de risco tem como objetivo identificar e priorizar pessoas e localidades em maior risco de desastre, e encontrar formas de reduzir e controlar os riscos enfrentados (INFORM, 2015).



Residentes de Union Balsalito, Colômbia.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

O Índice de Gestão de Risco (INFORM), um projeto conjunto das Nações Unidas, organizações internacionais e bilaterais e instituições de pesquisa, utiliza 50 indicadores diferentes para avaliar os perigos e a exposição das pessoas a esses perigos, a vulnerabilidade, e a quantidade e tipo de recursos disponíveis para ajudar no enfrentamento aos riscos (INFORM, 2015).

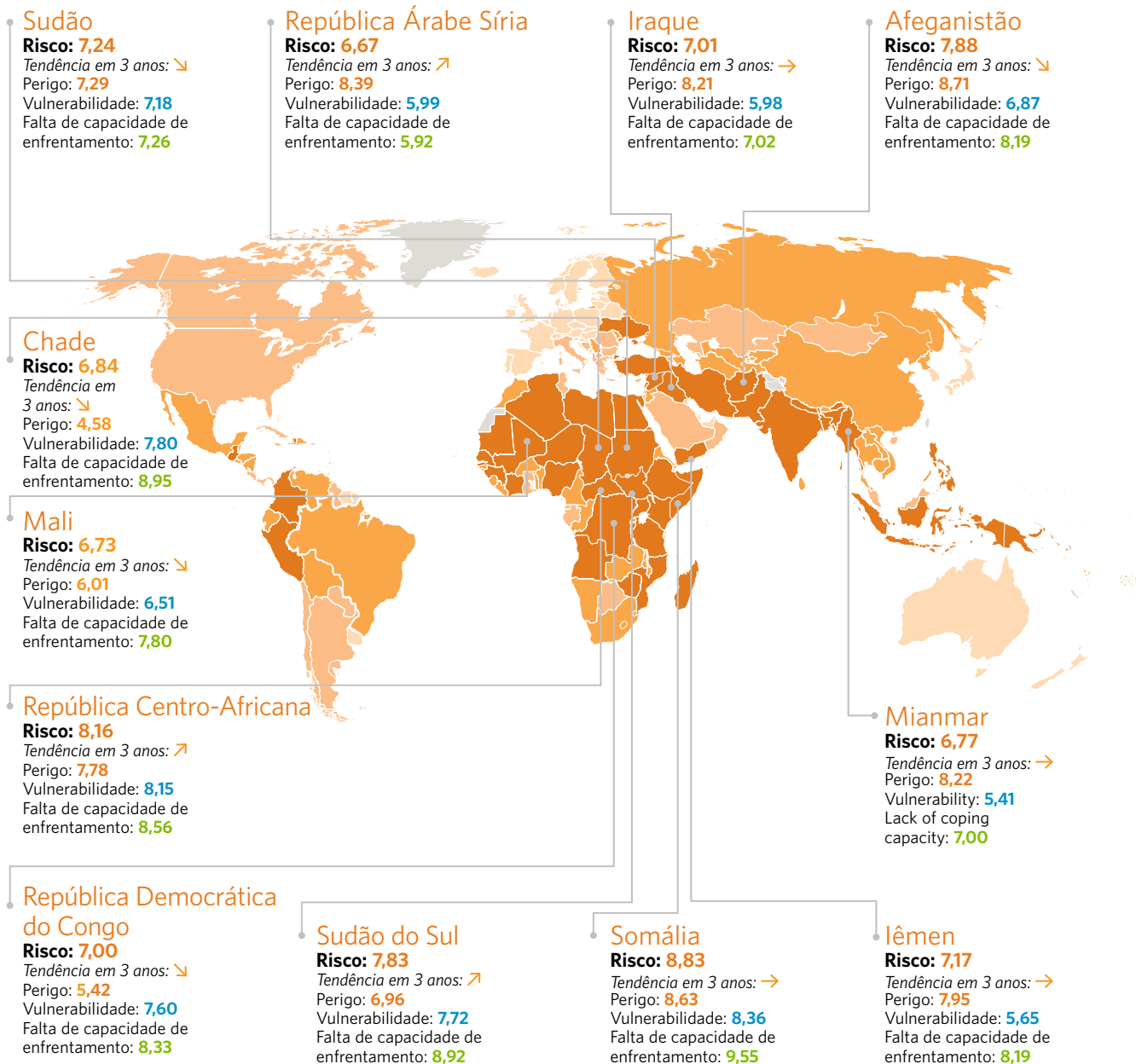
Os dados do INFORM demonstram que o risco de crises humanitárias aumentou em três países de baixa renda, seis países de renda média, quatro países de renda média alta e dois países de renda alta que não são membros da OCDE (INFORM, 2015).

O INFORM também demonstra que os riscos diminuíram significativamente em 22 países de baixa renda, 28 países de renda média baixa, 43 países de renda média alta, e 16 países de renda alta que não são membros da OCDE, e em 29 membros da OCDE de renda alta (INFORM, 2015).

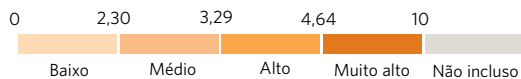
Os onze países que mais correm risco de pobreza induzida por desastres são Bangladesh, República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Madagascar, Nepal, Nigéria, Paquistão, Sudão do Sul, Sudão e Uganda, de acordo com o Instituto de Desenvolvimento Internacional (ODI, 2013).

Ao excluirmos a exposição a terremotos e ciclones, e avaliarmos apenas os perigos da seca, temperaturas extremas e inundações, é possível observar que 319 milhões de pessoas em condições de extrema pobreza estarão vivendo nos 45

O índice de risco geral identifica países em risco de surgimento de crises humanitárias e ocorrência de desastres que podem sobrecarregar a capacidade de resposta nacional. Ele é composto de três dimensões: perigos e exposição, vulnerabilidade e falta de capacidade de enfrentamento. O mapa abaixo apresenta dados dos 12 países em maior risco geral.



ÍNDICE DE RISCO INFORM

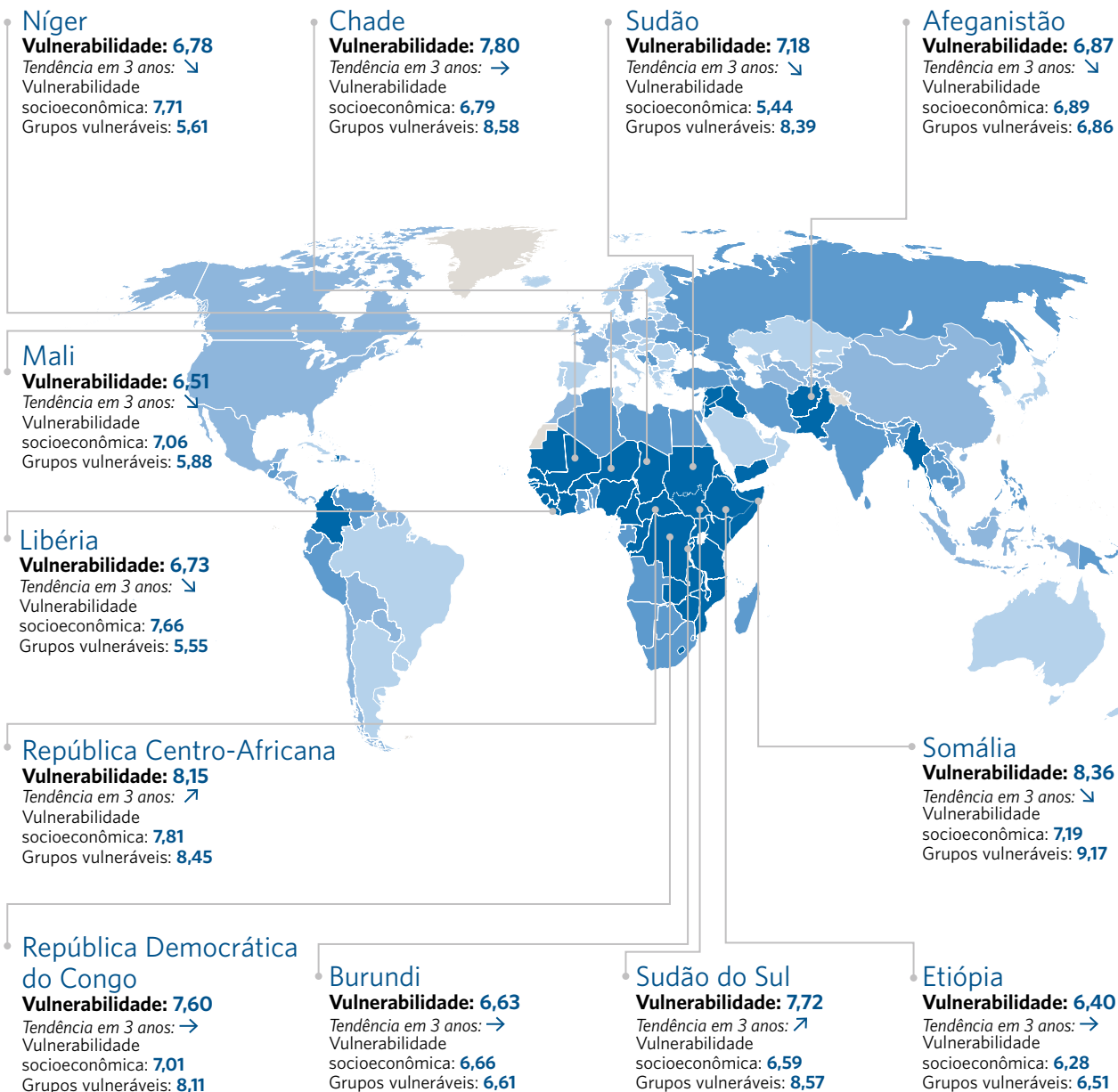


CHAVE ↗ Risco crescente → Estável ↘ Risco decrescente

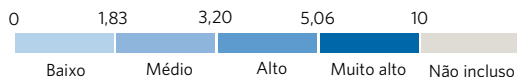
(INFORM, 2015)

VULNERABILIDADE EM 2015

Essa dimensão mede a susceptibilidade das pessoas a perigos em potencial. Ela é composta de duas categorias: vulnerabilidade socioeconômica e grupos vulneráveis. O mapa abaixo apresenta dados dos 12 países com os valores mais altos na dimensão vulnerabilidade.



ÍNDICE DE VULNERABILIDADE INFORM



CHAVE ↗ Risco crescente → Estável ↘ Risco decrescente

(INFORM, 2015)

TENDÊNCIAS DE RISCO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, POR GRUPO DE RENDA DO BANCO MUNDIAL, 2011-2015

	Tendências de risco nos últimos cinco anos, por grupo de renda do Banco Mundial, 2011-2015 - INFORM				
	Baixa renda (35)	Renda média baixa (47)	Renda média alta (55)	Renda alta: não membros da OCDE (22)	Renda alta: OCDE (31)
Aumento significativo (>0,5)	3	6	4	2	0
Estável (< 0,5 / >-0,5)	10	13	8	4	2
Redução significativa (<-0,5)	22	28	43	16	29

(INFORM, 2015)

países mais expostos a esses perigos até 2030. Essa é uma grande preocupação, pois a seca e as inundações estão entre os impactos mais potentes em termos de empobrecimento (ODI, 2013).

Em todo o mundo, os desastres naturais estão ficando cada vez mais graves e mais dispendiosos. Relacionados a eventos climáticos ou geofísicos, os desastres naturais ocorrem quando perigos naturais afetam a vida humana e sua subsistência. Atualmente, os desastres naturais são principalmente atribuídos ao aumento de desastres relacionados a eventos climáticos, incluindo tempestades e inundações (Centro de Pesquisa sobre a Epidemiologia de Desastres - CRED, 2015).

O relatório *Turn Down the Heat* (Reduzir o Calor) do Banco Mundial destaca os efeitos dramáticos do clima global e das condições climáticas extremas conforme as temperaturas do mundo sobem (Banco Mundial, 2013). O impacto do aumento das temperaturas globais está desproporcionalmente concentrado em países de baixa e média renda, e em pequenas ilhas em desenvolvimento. As populações mais pobres e vulneráveis têm mais chances de serem as mais afetadas e possuem menos capacidade ou acesso a recursos para se adaptarem ou se recuperarem.

A frequência de secas aumentou gradualmente na África Oriental ao longo dos últimos 50 anos, porém, diminuiu na África Ocidental. Somália, Burundi, Níger, Etiópia, Mali e Chade foram

classificados como os países com mais alta vulnerabilidade relativa à seca, com base em um indicador que mede esse tipo de vulnerabilidade (Shiferaw, 2014).

Na África subsaariana, 90% dos alimentos e das rações animais são produzidos por agricultura que depende das chuvas, o que também representa mais de 70% da principal subsistência da população (Shiferaw, 2014). A vida e a subsistência das populações pobres, especialmente das mulheres - que respondem por até 70% da produção de alimentos na região -, estão mais ameaçadas pela seca, pois essas populações possuem pouca capacidade de adaptação devido aos altos níveis de pobreza crônica. (Gawaya, 2008).

Gênero, urbanização e crises humanitárias

A urbanização está transformando o nosso mundo e a natureza das crises humanitárias, além dos processos de resposta a elas. Pela primeira vez na história, mais da metade da população mundial vive em cidades. Conforme mais pessoas se abrigam nas favelas das megacidades dos países em desenvolvimento, mais elas ficam na linha de frente dos desastres. O rápido crescimento das populações urbanas, o influxo sem precedentes causado pelo deslocamento de pessoas e o aumento das chances de graves eventos climáticos elevam o risco de desastres humanitários urbanos.

O crescimento da população urbana tem se concentrado cada vez mais em países em desenvolvimento,

onde 1,2 milhão de pessoas migram para as cidades a cada semana (UN-HABITAT, 2013). A África Subsaariana e a Ásia têm atingido níveis inéditos de urbanização, mas também são as regiões menos desenvolvidas, mais despreparadas e menos equipadas para controlar esse influxo.

A rápida urbanização, o planejamento inadequado e a falta de terrenos forçam as populações pobres e vulneráveis a viver em favelas ou assentamentos informais, em áreas mais suscetíveis a desastres.

Estima-se que 1 bilhão de pessoas vivam em assentamentos informais, 90% dos quais estão localizados em países em desenvolvimento (Conselho Norueguês para Refugiados, 2015a).

Migrantes, refugiadas/os e pessoas deslocadas internamente representam uma proporção significativa e crescente de pessoas que se estabeleceram informalmente em áreas urbanas por não conseguirem uma moradia melhor. Muitos dos assentamentos estão localizados em áreas onde os serviços são precários ou não possuem infraestrutura, como serviços de saúde, acesso à água limpa e saneamento.

Pessoas que vivem em assentamentos informais são mais vulneráveis às consequências dos desastres naturais, como terremotos, do que a população geral, pois são normalmente forçados a viver em moradias de baixa qualidade, não construídas para suportar os impactos. As moradias provisórias estão, em sua maior parte, localizadas em áreas perigosas, como aterros industriais, planícies inundadas e encostas instáveis, mais propensas a serem afetadas por desastres naturais.

Há uma tendência que indica que um maior número de mulheres está migrando das áreas rurais para os centros urbanos por conta própria. Os fatores subjacentes que impulsionam a migração urbana das mulheres e suas consequências estão relacionados a questões de desigualdade social e de gênero. Homens e mulheres migram para cidades em busca de uma vida melhor, em termos de oportunidades econômicas e acesso a serviços. Diversos fatores ligados ao gênero podem forçar

mulheres a migrarem para cidades, como o despejo e o aumento da violência doméstica, além de práticas nocivas como casamento precoce ou problemas de saúde relacionados ao HIV e a AIDS (COHRE, 2008).

Mulheres e meninas são desproporcionalmente afetadas pelas condições precárias das favelas urbanas e moradias abaixo dos padrões, pois passam mais tempo em casa e na comunidade cuidando de suas famílias. A saúde e a segurança da mulher são questões importantes em assentamentos urbanos informais, pois elas ficam expostas a condições precárias de saneamento, riscos de segurança, maior violência sexual e ao impacto de desastres, como inundações e incêndios (COHRE, 2008). Iluminação pública deficiente, transporte público inadequado, falta de policiamento e ausência de portas com trancas nas moradias contribuem para a violência sexual e tornam as mulheres mais vulneráveis a estupros (Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos, 2013).

A parcela da população urbana que vive em favelas continua a aumentar em países afetados por conflitos



Centro Magbenteh de Tratamento do Ebola, Serra Leoa.
Foto © Foto ONU/Martine Perret

ou que acabaram de sair de um. Um estudo recente descobriu que em 41 dos 75 países com dados discriminados por gênero, as mulheres são mais propensas a viver na pobreza.

Setores de saúde debilitados e fragilidade

Países frágeis possuem os piores indicadores de saúde e as condições precárias de saúde podem contribuir para a fragilidade. Adicionalmente, a fragilidade de um Estado pode gerar altas taxas de doenças e mortalidade como resultado de serviços ineficazes (Haar, 2012).

A maior epidemia de Ebola da história assolou a África Ocidental em 2014. Os países mais afetados, Guiné, Libéria e Serra Leoa, são Estados frágeis (UNDP, 2015).

Um conflito devastador que durou 14 anos destruiu boa parte da infraestrutura da Libéria. Desta forma, quando a epidemia de Ebola começou, o setor de saúde já era precário e não possuía recursos humanos para controlar a crise (UNDP, 2015).

Os indicadores de saúde reprodutiva são baixos em países frágeis devido à debilidade dos serviços de saúde e à falta de profissionais, problemas que, juntos, podem levar a um menor acesso à assistência ginecológica e obstétrica, suplementos e informações. Apenas US\$ 1,30 per capita foi dedicado anualmente à saúde reprodutiva em 18 países afetados por conflitos entre 2003 e 2006 (Patel, et al. 2009).

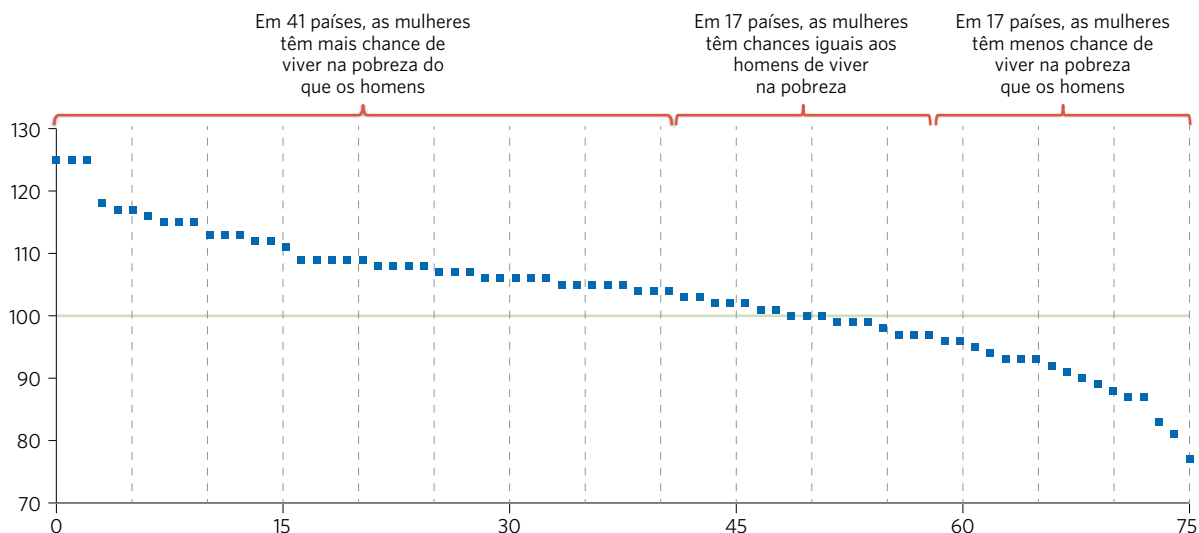
As crises atrapalham o desenvolvimento e causam profunda vulnerabilidade

Conflitos, violência, instabilidade, pobreza extrema e vulnerabilidade a desastres são condições profundamente inter-relacionadas, que impedem hoje que mais de 1 bilhão de pessoas usufruam os enormes ganhos sociais e econômicos alcançados desde o fim da Segunda Guerra Mundial.

Um cenário complexo, com perigos que muitas vezes se sobrepõem uns aos outros, contribui para

AS MULHERES ENFRENTAM GRANDE RISCO DE VIVER NA POBREZA

Relação mulher-homem em idade produtiva (20 a 59) no quintil mais baixo de prosperidade, considerando todas as residências, em países em desenvolvimento selecionados, 2000-2013



Observações: Esse indicador é ponderado pela relação mulheres-homens com idade entre 20 e 59 anos, em todas as residências, para refletir o fato de que as mulheres podem ser super-representadas em toda a população. Ele utiliza o índice de prosperidade das Pesquisas Demográficas e de Saúde e das Pesquisas Agrupadas de Indicadores Múltiplos como medida da pobreza. Valores acima de 103 indicam que as mulheres são super-representadas no quintil mais baixo de prosperidade, ao passo que valores abaixo de 97 indicam que os homens são super-representados no quintil mais baixo de prosperidade. Valores entre 97 e 103 indicam igualdade.

(Nações Unidas, 2015) Reimpresso com permissão das Nações Unidas.



Barco no Estreito da Sicília, a 64 quilômetros da costa do Líbano.
Foto © VIII Foto/Franco Pagetti

o deslocamento de pessoas e determina padrões de movimentação e necessidades em países frágeis e afetados por conflitos. Outros aspectos da vulnerabilidade - gênero, etnia, renda e residência - parecem estar associados a mais chances de danos em longo prazo e recuperação difícil. Além disso, sobrepondo-se a todos os aspectos da exclusão social, a pobreza e a falta de educação criam profunda vulnerabilidade.

Os países frágeis, em conflito ou afetados por desastres são os que mais ficaram para trás na busca dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. E são nesses Estados frágeis onde ocorrem a maioria das mortes maternas do mundo, devido à falta de serviços de emergência capazes de salvar vidas ou falta de acesso a eles.

As crises envolvendo refugiados e migrantes em 2015 e a epidemia de Ebola são lembretes de como as situações emergenciais acontecem, interrompem e abalam vidas, eliminam as perspectivas de desenvolvimento dos países e podem impactar toda a comunidade internacional. Abandonar países e comunidades abalados por conflitos e desastres não é uma opção.

Embora o número de desastres e conflitos não tenha aumentado nos últimos anos, sua escala, complexidade e impacto cresceram, especialmente nos países mais pobres; e as mulheres e meninas têm sido desproporcionalmente afetadas porque são desfavorecidas ao extremo em termos de acesso a serviços (incluindo de saúde sexual e reprodutiva e de planejamento da vida reprodutiva), recursos e instituições econômicas e sociais de que precisam para construir seu capital social e se equiparem para suportar e se recuperar das crises.

A fragilidade e a vulnerabilidade a conflitos e aos efeitos de desastres são exacerbadas por diversos aspectos, incluindo pobreza, desenvolvimento desigual, desrespeito aos direitos humanos e instituições sem recursos. A fragilidade é um desafio multidimensional, que exige uma resposta à altura.

De uma forma ou outra, vivemos no mesmo mundo e nosso progresso será constantemente prejudicado a não ser que consigamos mitigar ou prevenir e gerir melhor as situações de instabilidade, conflito e desastre.

O fardo desproporcional carregado por mulheres e meninas adolescentes

Uma crise pode agravar a vulnerabilidade de mulheres e meninas à infecção por HIV, gravidez indesejada e não planejada, morte materna, violência sexual, casamento precoce, estupro e tráfico.

O ciclo vicioso de conflitos, pobreza e isolamento afeta a saúde e os direitos de mulheres e meninas na Colômbia



“Comecei a trabalhar como parteira há 37 anos,” disse Neida Waitotó, uma das quatro parteiras em Docordó, uma comunidade ribeirinha com cerca de 1.200 residentes, em sua maioria afrodescendentes, em uma área florestal remota da Colômbia, a duas horas de barco da cidade mais próxima.

“Em 1978, as freiras vieram, nos ensinaram a fazer partos e nos forneceram suprimentos.” Desde então, disse ela, as parteiras de Docordó receberam algum treinamento adicional, mas nenhum novo equipamento. Ainda assim conseguiram, ao longo desses anos, fazer o parto de centenas de bebês com segurança. “E nenhuma mãe morreu”,

Nimia Teresa Vargas

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

diz Waitotó, que, há uma semana, ajudou a dar à luz um casal de gêmeos.

As parteiras são essenciais à sobrevivência de mulheres e bebês em Docordó e em diversas outras comunidades remotas da Colômbia que foram excluídas dos serviços públicos de saúde não só pela localização geográfica, mas também devido aos conflitos armados e à violência que têm destruído grandes extensões do país há mais de 50 anos. Os conflitos já deslocaram cerca de 7 milhões de pessoas. Nove em cada dez pessoas deslocadas são de tribos indígenas.

Grupos não estatais - como as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC), o Exército de Libertação Nacional (ELN), paramilitares e grupos



Neida Waitotó, esquerda, e Maria-Estela Ibarгүйen, Docordó, Colômbia
Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

envolvidos em crime organizado - e as Forças Armadas da Colômbia lutam há décadas, deixando muitas comunidades literalmente no meio do fogo cruzado e muito mais vulneráveis à coerção, exploração, intimidação e abuso.

A taxa de morte materna é mais alta em zonas afetadas por conflitos

Os conflitos e a violência - e o consequente isolamento gerado - também prejudicaram drasticamente a saúde das mulheres. As mortes maternas são quase oito vezes maiores em comunidades com a presença de grupos armados. Outros indicadores de saúde também ilustram o impacto negativo que os problemas de segurança têm na saúde sexual e reprodutiva de suas habitantes: as mortes por HIV e AIDS são três vezes maiores do que o índice

nacional, e a gravidez na adolescência, entre meninas com menos de 15 anos, é duas vezes mais frequente do que em outras partes do país.

Waitotó diz que alguns partos em Docordó são muito complicados para ela atender sozinha. A intervenção médica é necessária para salvar vidas. Mas, devido à situação de segurança na área e ao isolamento extremo, a comunidade sofre frequentemente com a falta de médicos. "Quando os médicos vêm, não ficam por muito tempo," comenta. Recentemente, a comunidade ficou quatro meses sem médicos ou outros profissionais de saúde.

Isso significa que algumas mulheres têm que viajar de barco por horas para chegarem ao hospital em

Buenaventura, a um custo demasiadamente alto para a maioria. E se surgem complicações à noite, a viagem ao hospital nem chega a ser possível devido à ameaça de violência após o escurecer. Os medicamentos que normalmente salvam a vida de mães e bebês estão, na maioria das vezes, indisponíveis, e já era assim mesmo antes do posto de saúde local fechar por falta de recursos.

Maria-Estela Ibarгүйen é outra parteira em Docordó. Ela e Waitotó fizeram o parto uma da outra. Ela se preocupa com o envelhecimento das parteiras da comunidade, sem que nenhuma jovem se interesse em assumir o lugar delas. "Como será no futuro quando a geração mais velha tiver partido?"

Crisis humanitárias impactam mulheres e meninas adolescentes de forma desproporcional. Sejam repentinas ou prolongadas, as crises expõem mulheres e meninas – assim como seus direitos de saúde sexual e reprodutiva - a uma acumulação excessiva de riscos.

Conflitos e desastres podem tornar uma situação ruim ainda pior. Para mulheres e meninas adolescentes, o advento de uma crise pode gerar um risco ainda maior de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, gravidez indesejada e não planejada, morbidade e mortalidade materna, além de outros riscos à saúde de mães e recém-nascidos. As mulheres e meninas adolescentes também correm mais risco de violência sexual, incluindo violência doméstica, estupro, casamento precoce e tráfico.

A falta de serviços e a desigualdade de gênero agravam a vulnerabilidade

Nem sempre as mulheres e jovens têm a mesma história para contar. Suas experiências são influenciadas por

uma intersecção complexa de fatores como idade, sexo, estado civil, status econômico ou local de residência. Também são vulneráveis as/os membros de minorias étnicas, as pessoas HIV positivas/os, com alguma incapacidade, refugiadas/os ou forçadas/os a se deslocar internamente, pobres, e aquelas/es que têm familiares ou dependentes sob sua responsabilidade.

A confluência desses fatores, normalmente de forma complexa e diversa, influencia os riscos e vulnerabilidades que as pessoas enfrentam.

Pesquisas e experiência estão ajudando a entender melhor essas diferenças e apresentar uma perspectiva com mais nuances sobre como as mulheres e as jovens, especialmente as meninas adolescentes, são afetadas pelas crises. Ainda assim, a análise dessas experiências diversas é dificultada pela escassez de dados robustos, pois é complicado coletá-los em cenários de crise.

Embora haja importantes diferenças entre mulheres e jovens em qualquer tipo de crise, há dois fatores comuns que contribuem para o aumento do risco: o primeiro é a desigualdade de gênero, que não apenas

As condições de saúde das mulheres são ainda mais difíceis na outra margem do rio, em Union Balsalito, uma comunidade indígena Wounaan com cerca de 360 moradores. Lá, as parteras utilizam métodos tradicionais, mas não possuem os suprimentos mais básicos, como luvas de látex.

Para as mulheres de Union Balsalito, o acesso a serviços, até mesmo em Buenaventura, é especialmente difícil: a maioria não fala espanhol e possui ainda menos recursos que seus vizinhos da margem contrária. Os que conseguiram viajar até alguma cidade em busca de serviços sentiram na pele a discriminação dos profissionais.

O governo promove campanhas

itinerantes de saúde ao longo do país para prestar serviços básicos aos menos favorecidos e marginalizados, em locais como Docordó. Mas a situação da segurança torna impossível alcançar muitas das comunidades mais necessitadas.

O acesso a suprimentos, medicamentos e serviços, incluindo atendimento obstétrico de emergência e planejamento da vida reprodutiva, é frequentemente interrompido por conflitos e violência, bem como por desastres naturais, especialmente inundações e deslizamentos comuns nessa área, que recebe uma média de 10 mil milímetros de chuva anualmente.

Apenas nos primeiros seis meses de 2015, cerca de 2 milhões de pessoas “sofreram limitações de acesso ou

mobilidade” como resultado de “122 eventos relacionados a ações armadas, desastres naturais ou protestos em massa”, de acordo com as Nações Unidas.

Brandindo a arma da violência sexual

Enquanto os conflitos impedem o acesso aos serviços de saúde, eles também prejudicam a saúde, as vidas e a sobrevivência de milhares de mulheres e meninas.

Um estudo da Oxfam and House of Women estima que 500 mil mulheres e meninas foram estupradas ou sofreram outras formas de violência sexual ao longo dos conflitos, que já duram décadas. Em determinadas ocasiões, o estupro foi empregado como arma

se mantém durante uma crise humanitária, como normalmente aumenta.

Em muitas sociedades a desigualdade e a discriminação de gênero estão profundamente enraizadas, fazendo com que mulheres e meninas tenham menos poder e status em suas famílias e comunidades do que homens e meninos. A desigualdade se traduz em menos acesso à educação, recursos econômicos e políticos, e contato social. Ela também pode ser fatal - quando os pais, ao enfrentarem a falta de alimentos, direcionam toda, ou boa parte da alimentação, aos meninos.

Ao contrário de meninos adolescentes, as meninas normalmente possuem menos acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, redes de relacionamento com semelhantes, e oportunidades e recursos que as ajudariam a desenvolver suas habilidades, capacidades e aptidões (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014a). A desigualdade de gênero coloca as mulheres e meninas em situações de maior risco e vulnerabilidade, e limita sua capacidade de

“ Desastres naturais e conflitos armados são... processos altamente discriminatórios que afetam mulheres, homens, meninas e meninos de formas significativamente diferentes. ”

Mazurana et al., 2011

desenvolver-se com segurança nos ambientes afetados pela crise (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014a; *Plan International*, 2013).

O segundo fator que eleva o risco é a precariedade da infraestrutura e dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em cenários de crise, e as dificuldades em acessar esses serviços, onde eles ainda existem, como resultado do caos ou da insegurança.

de guerra. Em outras, foi utilizado para intimidar comunidades inteiras, com criminosos ameaçando atacar membros da comunidade que se recusassem a apoiar um ou outro grupo armado. Dados disponíveis sugerem que um a cada dez sobreviventes de violência sexual em áreas afetadas por conflitos seja do sexo masculino.

“Conforme as mulheres começaram a aprender sobre seus direitos em nossos

grupos de discussão, um número maior delas começou a falar sobre suas histórias de sobrevivência à violência sexual”, disse Vargas. “Começaram a aparecer casos sobre criminosos armados tentando controlar as comunidades, fazendo uso da violência sexual como estratégia para demonstrar poder.”

Ela conta que, com frequência, criminosos estupram mulheres em frente aos seus maridos, ou meninas em frente aos seus pais, para assegurar controle e demonstrar o que pode acontecer a outros membros da comunidade que não obedecem às ordens do grupo armado que os estiver ameaçando.

Em resposta, a organização de Vargas começou a formar grupos de apoio às vítimas, mas também começou a relatar sistematicamente as ocorrências às autoridades governamentais e certificar-se de que as mulheres Chococo tivessem acesso não apenas a suporte médico e psicológico de qualidade, mas também à justiça.

Os grupos armados responsáveis pela violência sexual já ameaçaram a vida de Vargas inúmeras vezes e, em determinada ocasião, mataram uma mulher que participou de um de seus programas de treinamento e posteriormente se tornou uma líder ativista.

Waitotó (à esquerda) com a mãe cujo filho ela ajudou a nascer.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto



“É a pura verdade que os desastres reforçam, perpetuam e aumentam a desigualdade de gênero, tornando situações ruins ainda piores para as mulheres.”

Margareta Wahlström

Representante Especial do Secretário-Geral para a Redução do Risco de Desastres.

Acesso limitado a serviços de saúde sexual e reprodutiva quando as mulheres mais precisam

Crises humanitárias normalmente implicam em perda de acesso a serviços essenciais e de qualidade voltados à saúde sexual e reprodutiva. Isso acontece devido a inúmeros fatores. A rede de assistência médica pode ser abalada ou destruída. Os funcionários da área da saúde podem ter sido mortos, feridos, sofrido desgaste emocional que os impeça de trabalhar, terem se deslocado ou

simplesmente fugido. Em ambientes de crise afetados pela violência, as instituições de saúde podem estar sujeitas a ataques aéreos e tiroteios, e os profissionais podem estar expostos a agressões físicas, ameaças e violência sexual (Comitê Internacional da Cruz Vermelha, 2015).

Os serviços, quando eles existem, podem ser demorados ou suspensos pela falta de medicamentos e outros suprimentos, ou podem ficar inacessíveis devido à insegurança e limitações de movimentação. Essas circunstâncias podem gerar consequências graves, e até mesmo fatais, a sobreviventes de violência sexual, a pessoas forçadas a adotarem estratégias arriscadas de sobrevivência (como sexo transacional), a populações HIV positivas, a meninas casadas, a mulheres e meninas grávidas, a mães que acabaram de dar à luz e seus bebês.

O acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva varia bastante entre diferentes cenários afetados por crises (Casey et al., 2015). Mulheres e jovens podem enfrentar grandes diferenças no acesso e na qualidade do atendimento obstétrico e neonatal de emergência, atendimento médico a mulheres vítimas de estupro



Essa lei também levou à criação de uma Unidade Governamental para Atenção e Reparação Integral de Vítimas, ou UARIV, destinada ao apoio de vítimas de conflitos armados, incluindo sobreviventes de violência sexual.

Sobreviventes que relatam seus casos à UARIV têm direito a uma indenização e acesso a serviços integrados, incluindo atendimento médico, psicológico, de reabilitação e outros serviços de apoio, todos prestados de forma a respeitar sua privacidade. Os que procuram a unidade também aprendem sobre seus direitos, normalmente pela primeira vez na vida.

De acordo com Licet Ciénfuegos, do grupo de mulheres e gênero da UARIV, os sobreviventes que procuram os serviços oferecidos “reconhecem que não estão sozinhos, que são cidadãos com direitos e que são agentes de mudança.”

Ela disse que muitos continuaram o trabalho e criaram seus próprios grupos de defesa ou apoio. “Estamos tentando ajudar as mulheres a se enxergarem como responsáveis pela mudança e capazes de transformar o futuro de sua própria comunidade.”

Desde setembro de 2015, 9.892 mulheres, 863 homens e 53 pessoas que se identificaram como lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneras relataram os atos de violência sexual sofridos. Alguns desses atos ocorreram nos últimos dois anos, mas muitos aconteceram anos atrás.

O UNFPA colaborou com a UARIV no desenvolvimento de um programa de treinamento para agentes humanitários,

Mulher Wounaan, Union Balsalito, Colômbia.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

para que prestassem apoio psicológico considerando as particularidades culturais de cada local. “Nós os ensinamos a abordar as vítimas sem revitimizá-las,” disse Ciénfuegos.

O conflito também teve um impacto indireto, mas talvez mais negativo, na saúde e nos direitos das mulheres e meninas em Chocó.

e serviços de planejamento da vida reprodutiva, incluindo contracepção, dependendo da situação - se estão em um cenário de refúgio estável, em uma área urbana ou rural, em uma comunidade que as acolheu ou num acampamento para deslocados internos. Residentes de campos de refugiados em condições estáveis podem ter melhor acesso a atendimento do que nas comunidades anfitriãs vizinhas ou em seus países de origem antes da crise (Chynoweth, 2015). Para piorar, nem todos os campos de refugiados fornecem o mesmo nível de acesso e qualidade, e isso também acontece para os campos destinados aos deslocados internos.

Em cenários de deslocamento forçado, o acesso também varia dependendo de fatores como idade e incapacidade. Populações com incapacidade físicas, psicológicas ou de desenvolvimento têm mais dificuldade de acesso aos serviços. Para mulheres e meninas refugiadas portadoras de incapacidades, atitudes negativas e falta de respeito dos profissionais de saúde foram identificadas como “as principais

barreiras que impedem” o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (Consortium, 2015).

Mulheres e meninas são especialmente vulneráveis à má nutrição e às doenças, que são exacerbadas pela perda de suporte à saúde sexual e reprodutiva. Por exemplo, o Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários estima que haja quase 1 milhão de gestantes e lactantes na República Democrática do Congo afetadas por má nutrição aguda (Save the Children, 2014).

As mulheres são fisiologicamente mais propensas à deficiência de vitaminas e ferro, incluindo anemia. Essas deficiências são exacerbadas em situações de crise, quando há escassez de alimentos, pois as mulheres e meninas são as primeiras a passarem fome. Para mulheres e meninas gestantes e lactantes, que necessitam maior consumo alimentar, a má nutrição ou a subnutrição pode levar a complicações no parto e a problemas na amamentação que oferecem risco à saúde dos recém-nascidos. Para mulheres e meninas grávidas, a

O impacto na saúde da pobreza causada por conflitos

A violência ou a ameaça de violência sufocou as economias locais da região, deixando muitas pessoas e famílias com pouca, ou nenhuma, oportunidade de emprego ou subsistência. A pobreza multiplica as vulnerabilidades, especialmente para mulheres e meninas adolescentes.

Em alguns casos, mulheres e meninas recorrem ao sexo transacional com grupos armados para obterem alimentos ou outros itens essenciais à sobrevivência. Em outros, mulheres e meninas são forçadas à prostituição.

Já houve casos em que um grupo armado realizou o que pareciam ser gestos de caridade em uma comunidade, fornecendo alimentos ou outros bens. Mas após certo tempo, eles exigiram que os favores fossem recompensados, por vezes

com as filhas das famílias locais, que acabam virando escravas sexuais ou combatentes armadas.

A pobreza causada pelos conflitos também leva homens moradores de comunidades remotas às cidades em busca de emprego. Alguns retornam às suas casas infectados por doenças sexualmente transmissíveis e as transmitem para suas parceiras. A escassez de assistência médica na maioria dessas comunidades implica na falta de diagnóstico e tratamento de doenças desse tipo.

“Os conflitos afetaram todos de alguma forma”, disse Jorge Parra, Representante do UNFPA. “Mas afetaram desproporcionalmente as mulheres e meninas, negando-lhes seus direitos básicos à saúde e à segurança e tirando-lhes a autonomia para decidirem

se desejam ter filhos, quantos filhos querem ter e quando”, complementa. “O trabalho que temos pela frente é monumental, mas com os recursos certos e vontade política, conseguiremos chegar até as mulheres e meninas mais vulneráveis de todo o país.”

Residentes de Dacoró, Colômbia.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto





Mãe e filhos, Campo de Domiz, Iraque.
Foto © UNFPA/Aral Kaki

anemia aumenta o risco de mortalidade materna, parto prematuro e baixo peso ao nascer (*Save the Children*, 2014).

Necessidade insatisfeita de planejamento da vida reprodutiva

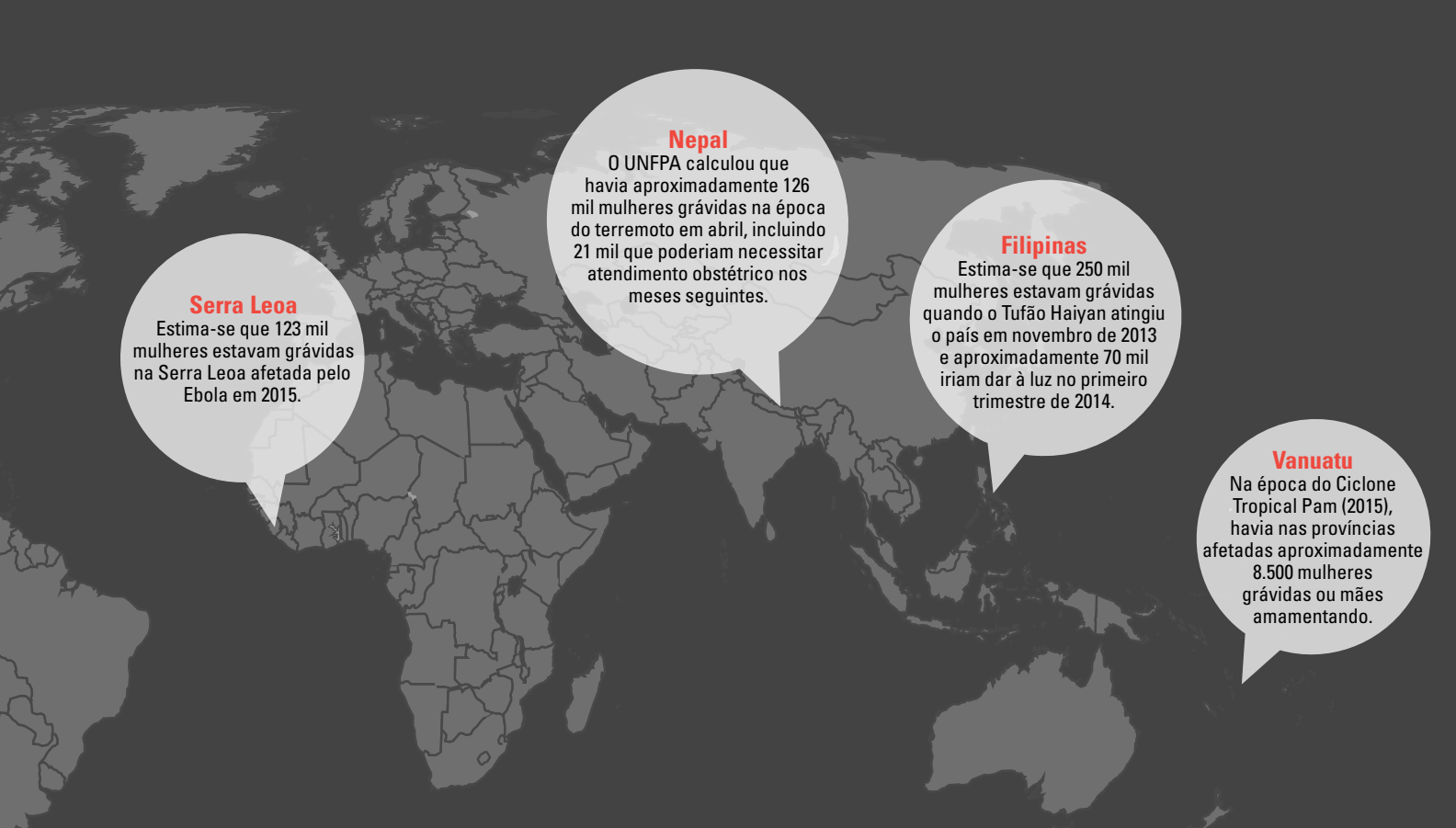
O planejamento da vida reprodutiva é uma intervenção que salva vidas: ele previne a gravidez indesejada e não planejada e ainda reduz os riscos à saúde associados ao parto e à realização de abortos inseguros. Alguns de seus métodos também reduzem o risco de infecções sexualmente transmissíveis (*Save the Children*, 2014).

Esse tipo de intervenção é crucial durante as crises humanitárias, normalmente caracterizadas por violência sexual, violência doméstica, casamento precoce e comportamentos de alto risco, como sexo transacional, comercial e por sobrevivência. Contudo, em muitos cenários de crise, os serviços de planejamento da vida reprodutiva, incluindo

contracepção, são normalmente limitados, inadequados ou até mesmo inexistentes (Casey, et al., 2015).

Mesmo onde são oferecidos serviços de planejamento da vida reprodutiva, em muitas sociedades a condição de submissão da mulher e das jovens em suas famílias impede seu acesso a esses serviços porque não conseguem negociar seu uso com seus parceiros (Klasing, 2011; *Plan International*, 2013). Mulheres solteiras e adolescentes podem enfrentar dificuldades específicas para terem acesso a serviços de planejamento da vida reprodutiva, incluindo contracepção, devido à regras de gênero que consideram essa atividade e o interesse sexual comportamentos femininos inadequados (Casey et al., 2015). Essas regras também podem influenciar o comportamento dos profissionais de saúde e prejudicar o atendimento prestado (Casey et al., 2015).

Escolas, até mesmo em situações de deslocamento, são uma fonte importante de educação sexual e conscientização sobre contracepção. No entanto, o sistema



escolar pode ser gravemente abalado durante uma crise, resultando em lacunas significativas e limitações na educação sexual.

Vulnerabilidade na forma de gravidez indesejada e não planejada

Mulheres e meninas correm maior risco de gravidez indesejada e não planejada em cenários afetados por crises. Elas podem engravidar de forma indesejada como resultado de um estupro, atividade sexual por motivos de sobrevivência, falta de acesso a planejamento da vida reprodutiva, incluindo contracepção, e incapacidade de negociar o uso de contraceptivos, incluindo preservativos, com seus parceiros. Meninas desacompanhadas são especialmente vulneráveis em cenários de deslocamento (*Plan International*, 2013). Um estudo realizado no Haiti após o terremoto descobriu uma taxa de gravidez três vezes mais alta em campos de desabrigados em comparação à taxa média urbana antes

da crise, sendo que aproximadamente 66% das gestações foram indesejadas ou não planejadas (citado em Klasing, 2011). Em muitos países, a gravidez indesejada e não planejada expõe as mulheres, e especialmente as adolescentes, aos riscos de um aborto realizado em condições inseguras.

Gravidez sem atendimento adequado no período pré-natal e durante o parto

Estar grávida durante uma crise humanitária é normalmente uma condição de ameaça à vida. Mulheres grávidas podem ficar sem acesso a instalações limpas e seguras, atendimento pré-natal e obstétrico, equipamentos e suprimentos essenciais, como transfusões de sangue, e profissionais qualificados para assisti-las (Casey et al., 2015). Sem acesso a atendimento pré-natal e durante o parto, mulheres e meninas ficam vulneráveis a infecções, abortos espontâneos, partos prematuros, bebês natimortos, abortos inseguros, grave morbidade em longo prazo - como fistula

obstétrica - e morte. Sem atendimento obstétrico de emergência, complicações, que em outros casos seriam amplamente evitáveis e tratáveis, podem ser fatais para a mãe e o bebê. O estresse da crise também pode afetar fisicamente mulheres e meninas grávidas e fazê-las entrar em trabalho de parto prematuro. Nas Filipinas, por exemplo, taxas anormalmente altas de pré-eclâmpsia (pressão sanguínea alta durante a gravidez) foram registradas e atribuídas ao estresse causado pelo Tufão Haiyan (*Save the Children*, 2014).

Meninas, especialmente com menos de 16 anos, possuem uma pelve imatura, o que torna o parto mais difícil e perigoso. A imaturidade física dessas meninas pode causar obstrução durante o parto e, quando não há atendimento obstétrico de emergência, ou esse serviço é demorado, pode levar à ocorrência de fístula obstétrica, ruptura uterina, hemorragia e morte da mãe e do bebê (*Save the Children* e UNFPA, 2009). As mães adolescentes também correm maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro e de dar à luz um bebê natimorto (*Save the Children* e UNFPA, 2009).

Durante crises humanitárias, os serviços e a infraestrutura de assistência pré-natal e obstétrica que as mulheres e meninas grávidas necessitam podem ter sido destruídos, danificados ou abalados. Nas Filipinas, o Tufão Haiyan devastou as unidades de saúde obstétrica nas áreas afetadas. A província de Leyte perdeu a maior parte de seus centros de parto. Em uma avaliação de 52 unidades de saúde reprodutiva, mais da metade havia sofrido graves danos estruturais (*Save the Children*, 2014). Em Gaza, em 2014, seis hospitais foram danificados e seis maternidades foram fechadas (UNFPA, 2014).

Na República Democrática do Congo, quase duas décadas de conflitos dizimaram o sistema de saúde

do país. De acordo com a *Save the Children*, muitas, se não a maioria, das unidades de saúde em áreas afetadas por conflitos não têm estrutura para realizar cesarianas (*Save the Children*, 2014).

Mulheres e meninas grávidas necessitam de profissionais qualificadas/os para garantir sua própria segurança e a segurança de seus bebês durante a gravidez e o parto. Contudo, as/os profissionais de saúde também são afetadas/os pela crise. Há a possibilidade delas/es terem sido feridas/os ou mortas/os. Na África Ocidental, as/os profissionais de saúde correram o risco de serem infectadas/os pelo Ebola ao ajudarem mulheres a darem à luz, já que o parto é uma forma de transmissão do vírus (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, 2015).



Considerando os danos, as turbulências, o desgaste, as perdas e o medo trazidos por uma crise humanitária, muitas mulheres e meninas grávidas dão à luz sem qualquer assistência de profissionais habilitadas/os.

As crises podem levar ao aumento do número de partos não assistidos

Considerando os danos, as turbulências, o desgaste, as perdas e o medo trazidos por uma crise humanitária, muitas mulheres e meninas grávidas dão à luz sem qualquer assistência de profissionais habilitadas/os. Essa falta de assistência é um importante fator que contribui

para a mortalidade materna. Na Síria, antes do conflito, profissionais habilitadas/os assistiam 96% dos partos. Atualmente, o acesso à assistência pré-natal, parto seguro e serviços obstétricos de emergência se tornou extremamente limitado; em algumas áreas, incluindo certas partes de Homs, não existe qualquer tipo de serviço de saúde reprodutiva (*Save the Children*, 2014).

Na África Ocidental, onde os índices de morte materna já estavam entre os mais altos do mundo, a epidemia de Ebola causou um grande aumento na mortalidade materna (Diggins e Mills, 2015): Um recente relatório das Nações Unidas descreveu o

acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva como “drasticamente reduzido” (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015). Na Libéria, o número de partos assistidos foi significativamente reduzido de 52%, em 2013, para cerca de 38% de maio a agosto de 2014; na Guiné, caiu de 20% para 7% durante período semelhante (Comitê Permanente Interagência, 2015).

A atenção pós-natal e neonatal é normalmente limitada

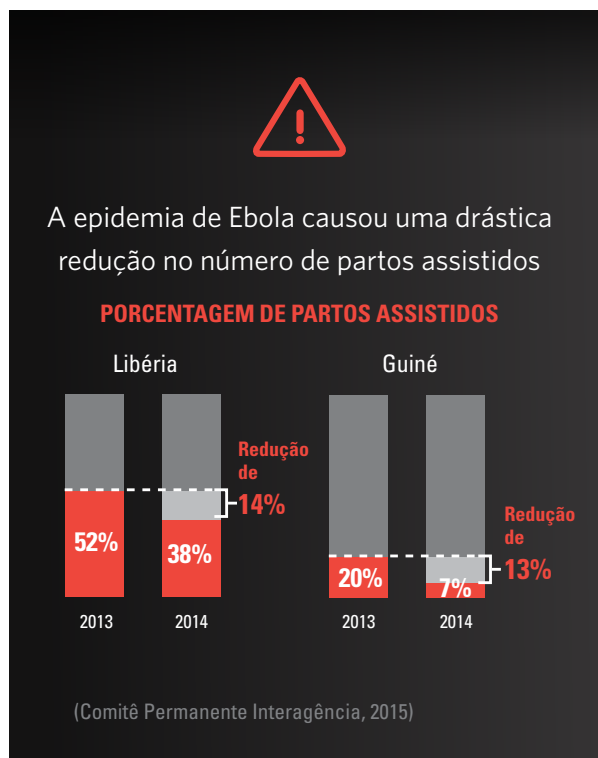
O atendimento no período pós-natal e ao recém-nascido, incluindo apoio à amamentação, é limitado em muitos cenários de crise. Mães que acabaram de dar à luz também necessitam de cuidados pós-natais, especialmente em caso de complicações durante o parto.

Tornar-se mãe e recuperar-se do parto já são situações delicadas o suficiente sem os riscos e vulnerabilidades associados às crises humanitárias. Tudo fica ainda mais difícil para mães jovens. As crises podem

apresentar “obstáculos e desincentivos” à amamentação (*Save the Children*, 2014). Esses obstáculos e desincentivos explicam porque as taxas de amamentação caem em alguns ambientes em crise. Uma boa amamentação exige instruções, orientações e apoio individual personalizado. Esses recursos normalmente não estão disponíveis ou são limitados em tempos de crise.

Problemas de lactação também podem aumentar durante as emergências humanitárias. Condições de má nutrição severa podem reduzir a produção de leite. Além disso, o estresse pode atrapalhar o fluxo de leite (*World Vision*, sem data). As crises também prejudicam o abastecimento dos produtos que substituem o leite. Tudo isso, somado aos problemas na amamentação e lactação, pode causar a subnutrição de bebês e colocá-los em maior risco de doenças e morte.

As crises aumentam o risco de infecções sexualmente transmissíveis



Crises humanitárias são propícias à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, e as mulheres, especialmente as meninas mais jovens, ficam desproporcionalmente vulneráveis. Violência sexual e de gênero, incluindo estupro e escravidão sexual, são um dos fatores de risco mais significativos na transmissão do HIV: para as mulheres e especialmente as meninas, sexo forçado ou violento facilita a disseminação desse vírus (UNFPA, sem data). Outros fatores que levam a um maior risco de infecção por HIV entre mulheres e meninas são o tráfico de pessoas, violência doméstica e estratégias de sobrevivência de alto risco, como sexo transacional e prostituição.

Até mesmo antes de uma crise, mulheres e meninas já são desproporcionalmente vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis devido à susceptibilidade biológica e à grande desigualdade de gênero ainda presente em muitas sociedades (UNFPA, sem data). Sua condição submissa lhes impede de terem autonomia em seus relacionamentos e em outras interações para influenciarem sua atividade sexual e a de seus parceiros, incluindo o uso de preservativos, em especial quando meninas jovens se relacionam com homens mais velhos (*Plan International*, 2013; UNFPA, sem data). As regras de gênero que ditam os comportamentos femininos adequados podem negar a mulheres solteiras e a adolescentes o acesso à informações sobre saúde sexual e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (*Plan International*, 2013; UNFPA, sem data). Uma avaliação dos cenários de deslocamento forçado em Burkina Faso, República Democrática do Congo e Sudão do Sul descobriu que jovens solteiras são as “que menos sabem” sobre HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e formas de minimizar sua transmissão, incluindo o uso de preservativos (Casey et al., 2015). As regras de gênero também tornam jovens e meninos vulneráveis a infecções, pois eles são



Crises humanitárias são propícias à disseminação de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV.

encorajados a assumirem um comportamento sexual arriscado, dominante e agressivo (UNFPA, sem data).

As crises podem comprometer o acesso a tratamentos de prevenção e à informação, e assim aumentar a vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV. Até mesmo em ambientes anteriormente estáveis, o acesso à prevenção pode se tornar limitado, inadequado ou até deixar de existir como resultado de uma crise humanitária (UNAIDS/PCB; 2015).

Os dados coletados pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados demonstraram que 56 campos para refugiados tiveram fornecimento irregular de preservativos de 2007 a 2013 (Chynoweth, 2015).

A existência de serviços não garante a prevenção.

Mulheres e meninas vítimas de estupro podem escolher não buscar profilaxia pós-exposição para evitar a transmissão do HIV por medo de serem estigmatizadas por terem sido abusadas (Chynoweth, 2015).

No caso de populações HIV positivas que vivem uma situação de emergência humanitária, a crise pode impedir o acesso ao tratamento que preserva vidas.

Manter o tratamento pode ser difícil quando antirretrovirais não estão regularmente disponíveis, e são fornecidos apenas a grandes hospitais, e não a unidades básicas de atendimento (Chynoweth, 2015).

Os estoques de medicamento e de sangue seguro podem ser destruídos ou tornarem-se indisponíveis, especialmente durante deslocamentos (*Plan International*, 2013; UNFPA, sem data). O deslocamento também interrompe regimes terapêuticos. Outras infecções sexualmente transmissíveis, como clamídia, gonorreia e sífilis, quando não tratadas, podem levar a complicações na gravidez, problemas de infertilidade, câncer nos órgãos reprodutivos e intensificação da transmissão de HIV (Chynoweth, 2015).

Gestantes e mães que acabaram de dar à luz e que são HIV positivas precisam de acesso a atendimento

pré-natal e medicamentos para prevenir a transmissão do vírus ao bebê. Contudo, as crises podem interromper esses serviços essenciais e a disponibilidade de medicamentos. Em uma avaliação conduzida na República Democrática do Congo, nenhuma das unidades de saúde pesquisadas fornecia serviços adequados de prevenção da transmissão da mãe para o bebê devido à falta de suprimentos e equipe treinada (Casey et al., 2015).

Mulheres e adolescentes com incapacidades e HIV

Mulheres e adolescentes com incapacidades enfrentam vulnerabilidades especiais em relação à transmissão de HIV em ambientes afetados por crises, e podem ter acesso limitado a serviços de saúde sexual e reprodutiva e à informação necessária para se protegerem, inclusive medicamentos antirretrovirais. Durante uma pesquisa realizada com mulheres com incapacidades no norte de Uganda, a *Human Rights Watch* conversou com duas mulheres com incapacidades que haviam sido estupradas e elas disseram que “não fizeram o teste de HIV porque não havia uma clínica a seu alcance” (*Human Rights Watch*, 2010).

A percepção social sobre mulheres e meninas com incapacidades como sendo “seres assexuados” pode restringir seu acesso à educação sexual, incluindo informações sobre como identificar comportamentos inapropriados (Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2012). Mulheres e jovens mentalmente incapazes enfrentam grandes desafios relacionados à conscientização sobre infecções sexualmente transmissíveis e contracepção (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014b).

Maior risco de violência de gênero

A violência contra mulheres e meninas normalmente aumenta durante crises humanitárias. Em cenários tão diversos quanto Mianmar, Somália e Síria, a violência sexual é descrita como “difundida”, “prevalente”, “dominante” e “uma ameaça significativa” (Conselho

de Segurança das Nações Unidas, 2015). Entretanto, a violência de gênero não é algo novo que aparece apenas nas crises. Ela é parte de um processo contínuo vivenciado por mulheres e meninas em seu dia a dia, mas que pode se tornar prevalente durante as crises.

Mulheres e meninas refugiadas e deslocadas internamente correm risco especialmente elevado em campos para refugiados, abrigos temporários e centros de evacuação.

Em situações de conflito armado, mulheres e meninas podem sofrer violência de gênero quando suas casas são invadidas e vasculhadas, durante varreduras em bairros residenciais, em pontos de controle e revista, quando são detidas, durante ataques armados às suas vilas, quando são forçadas a se deslocarem, e como parte de uma campanha sistemática de dominação, intimidação e terror dos grupos armados. Os ofensores podem ser seus parceiros, parentes, as forças armadas governamentais e civis, oficiais dos campos para refugiados, professores e, em alguns casos, até mesmo ativistas e agentes humanitários. E a violência pode ser causada por homens ou mulheres.

Os riscos de violência sexual e de gênero aumentam quando o Estado de Direito e as infraestruturas colapsam ou se enfraquecem. Em

“ De janeiro a setembro de 2014, o UNFPA registrou 11.769 casos de violência sexual e de gênero nas províncias de Kivu do Norte, Kivu do Sul, Orientale, Katanga e Maniema; 39% desses casos foram considerados como diretamente relacionados à dinâmica do conflito, perpetrado por indivíduos armados.

(Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015)

conflitos prolongados, uma cultura de violência e impunidade normalmente emerge, apoiada pela fácil disponibilidade de armas pequenas e leves. Sistemas e redes de apoio à família e à comunidade são frequentemente abalados ou destruídos, e as famílias são separadas. Quando as próprias famílias funcionam como fonte de proteção, a separação ou a morte de parentes pode criar insegurança. Pobreza, falta de alimentos, dificuldades financeiras, desgaste emocional, trauma, perda, infelicidade, falta de privacidade e condições de superlotação se tornam realidades diárias que influenciam o comportamento na família ou na comunidade, incluindo a adoção de mecanismos negativos ou extremos de enfrentamento.

Discriminação dupla e tripla

A discriminação múltipla e cruzada baseada em gênero, idade, situação econômica, minoria étnica e outros fatores pode aumentar as vulnerabilidades de mulheres e meninas à violência sexual e de gênero em cenários de crise (Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2011).

Para meninas adolescentes, ser jovem e do sexo feminino faz com que se tornem objeto do que a *Plan International* (2013) descreve como “discriminação dupla”, que por sua vez as expõe a maior risco de violência de gênero durante crises, incluindo estupro, casamento precoce, exploração sexual, sequestro e tráfico humano (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014a).

Crianças e adolescentes de até 18 anos de idade normalmente compõem a maioria das vítimas de

violência sexual em países tomados por conflitos (*Save the Children*, 2014).

O Secretário-Geral das Nações Unidas descreveu a violência sexual contra meninas adolescentes em situações de conflito em 2014 como uma “tendência perturbadora” (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015). Ser uma menina refugiada ou uma deslocada interna adiciona à equação diversos outros elementos de risco. Meninas desacompanhadas que perderam ou foram separadas de seus pais enfrentam riscos adicionais, pois não têm a proteção normalmente fornecida pelos membros de sua família. Esse tipo de risco foi observado durante a epidemia de Ebola, na qual algumas crianças foram deixadas sozinhas em suas casas após seus pais terem morrido ou ficarem incapacitados (Comitê Permanente Interagência, 2015). Uma situação semelhante pode ocorrer em um contexto de falta de alimentos se os pais são forçados a deixarem seus filhos em casa, especialmente com meninas mais velhas encarregadas, para irem à busca de alimentos ou renda (*Plan International*, 2013).

Mulheres e meninas com incapacidades físicas ou de desenvolvimento são especialmente vulneráveis durante as crises, quando o suporte da comunidade e da família é perdido e o Estado de Direito se deteriora (Comissão



Ayan, 16, Campo de Minkaman, Sudão do Sul: “Me sinto insegura quando saio porque geralmente há homens que estupram mulheres.”

Foto © Panos/Chris de Bode

“A linha de partida não é a mesma para todo mundo. Quase todos partem com vantagem se compararmos com as meninas adolescentes.”

Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014a.

A FALTA DE PRIVACIDADE AUMENTA OS RISCOS

Em muitos cenários de deslocamento, a falta de privacidade pode ter sérias implicações para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas. Sem privacidade, muitas mulheres e meninas podem evitar usar as latrinas ou as instalações de banho antes de escurecer. Isso acontece especialmente com meninas adolescentes menstruadas (*Plan International*, 2013). Isso as coloca em maior risco de violência de gênero (UNIFEM, 2010; *Plan International*, 2013). Iluminação inadequada e sensação de insegurança podem impedir que mulheres e meninas usem as latrinas à noite (Grupo de Trabalho para a Proteção de Crianças e contra Violência de Gênero, Jordânia, 2013). Seja por falta de privacidade, insegurança ou falta de higiene, as mulheres e meninas podem suprimir a necessidade de usar o banheiro, por vezes resultando em infecção do trato urinário e outras infecções (Pincha, 2008; *Plan International*, 2013).

Mulheres e meninas menstruadas podem se sentir incapazes de realizar uma higiene adequada, trocar os absorventes ou até mesmo lavar absorventes de pano, o que pode causar erupções cutâneas na região e infecções do trato urinário, além de afetar a autoestima e a confiança (Organização Mundial da Saúde, 2002; *Plan International*, 2013). A falta de privacidade também pode causar desconforto e estresse em mães que estão amamentando. Isso pode atrapalhar a produção de leite, abalar a confiança da mãe e, conseqüentemente, a nutrição, saúde e sobrevivência do bebê (*World Vision*, sem data). Após o terremoto de 2005 e as inundações de 2010 no Paquistão, relatórios sugerem que muitas mulheres pararam de amamentar como resultado da falta de privacidade e desconforto de alimentar o bebê em frente a parentes distantes ou outros homens em abrigos compartilhados (Bradshaw e Fordham, 2013; UNIFEM, 2010).

de Mulheres Refugiadas, 2013; Ortoleva e Lewis, 2012). De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 49% de todos os sobreviventes adultos de estupro nos campos para refugiados butaneses no Nepal, entre 2009 e 2011, eram pessoas com incapacidade ou comprometimento físico ou de desenvolvimento (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2013).

Mulheres e meninas com incapacidades são identificadas como um grupo especial em risco de violência sexual devido à mobilidade reduzida, à menor capacidade de se comunicar, à exclusão social e às maiores probabilidades de pobreza dessas pessoas (Alto

Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011b; Consortium, 2015; Comissão de Mulheres Refugiadas, 2013; *Human Rights Watch*, 2010). Neste grupo, há subgrupos que também podem enfrentar riscos devido ao que pode ser chamado de discriminação tripla: mulheres mais velhas com incapacidades, membros de minorias étnicas, linguísticas ou religiosas com incapacidades, e lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros com incapacidades (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011b; Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2012).

“Não temos portas para trancar”

Quando terremotos, ciclones, inundações, violência e guerra forçam as pessoas a saírem de suas casas e comunidades, muitas procuram por proteção em campos para refugiados e deslocados, abrigos temporários, moradias temporárias, assentamentos espontâneos, favelas urbanas, centros de evacuação e locais de trânsito. Fatores de risco para violência de gênero são normalmente encontrados em muitos

“ Eu tinha vergonha porque após o desastre eu não conseguia mais me lavar e tinha vazamentos que todos podiam ver. ”

Mirasol, 16 anos, Filipinas

desses locais. A violência sexual ocorre até mesmo em campos para refugiados já estabelecidos. No campo para refugiados de Dadaab, no Quênia, por exemplo, o ritmo de aumento da população ultrapassou o ritmo da instalação de iluminação e construção de cercas nas novas seções do campo, levando a um aumento na violência sexual (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015). As condições de moradia e as instalações físicas nesses ambientes são uma fonte real de perigo para mulheres e meninas.

Em locais destinados ao abrigo de populações deslocadas por desastres ou conflitos, certas características são comumente identificadas como fatores de risco para violência de gênero: superpopulação, falta de privacidade, portas sem trancas, banheiros e dormitórios compartilhados, instalações sanitárias e de banho inadequadas, falta de iluminação adequada ou cortes de energia (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014a.; CARE, 2015b; CARE, 2014; *Plan International*, 2013; Centro de Monitoramento de Deslocamento Interno e Comitê Internacional de Resgate, 2015; Grupo de Coordenação Intersetores, 2014; UNFPA, 2014; Grupo de Trabalho para a Proteção de Crianças e contra a Violência de Gênero, Jordânia, 2013). “Não temos portas para trancar,” disse uma residente do campo de refugiados Za’atari na Jordânia (*Save the Children*, 2014).

“ Minha filha tem 16 anos...
estávamos muito preocupados
com ela. Eles estavam atacando
as mulheres. Não conseguíamos
protegê-la, então tivemos que
casá-la... Ela não queria se casar,
ela queria estudar.

Mãe síria no Líbano

Após o Ciclone Pam em Vanuatu, em março de 2015, os centros de evacuação na Ilha Emae ficaram “superlotados, sem privacidade e sem iluminação, especialmente nos banheiros...” (CARE, 2015b). Em áreas afetadas pelo Tufão Haiyan em 2013 nas Filipinas, mulheres e crianças foram abrigadas em locais “superlotados” com “segurança limitada, instalações sanitárias e de banho inadequadas, além de falta de privacidade” (Grupo de Coordenação Intersetores, 2014). A *Plan International* (2011) relatou que, em Bangladesh, os abrigos para as vítimas de ciclone “normalmente não possuem dormitórios separados para homens e mulheres, nem acesso a banheiros separados e seguros.”

“Não conseguíamos protegê-la, então tivemos que casá-la”

O impacto dos conflitos armados e dos desastres naturais pode levar a um aumento no número de casamentos precoces, nos locais em crise e em campos de refugiados. De acordo com a *World Vision*, o medo é a “principal causa do casamento precoce” em contextos frágeis, incluindo medo da violência sexual e de passar fome (*World Vision UK*, 2013). Devido à idade e ao sexo, as meninas são extremamente vulneráveis a essa prática. Na Síria, o casamento precoce é uma prática tradicional e amplamente aceitável por mulheres e homens (ONU Mulheres, 2013). Embora esse tipo de casamento seja praticado há muito tempo, as crises podem aumentar sua incidência, especialmente em cenários de deslocamento prolongado, incluindo famílias que não considerariam essa prática antes e ameaçando meninas até mesmo mais jovens (CARE, 2015a).

Em situações de escassez de alimentos devido à extrema pobreza ou seca, algumas famílias escolhem casar suas filhas para terem menos bocas para alimentar, e como forma de gerar renda, pois recebem um dote em dinheiro pela noiva (*Save the Children*, 2014; CARE 2015a). Essa prática também pode ser

vista como forma de proteger a “honra” das filhas, que podem estar em risco se a falta de alimentos as obrigarem a recorrer ao sexo transacional ou sexo para sobrevivência (*Plan International*, 2013).

A crise na Síria levou a um aumento no número de casamentos precoces entre meninas sírias refugiadas na Jordânia, bem como no Líbano e no Egito (CARE, 2015a). Entre refugiados sírios, a perpetração e o medo da violência sexual, especialmente contra meninas, são citados como os primeiros motivos para sair da Síria (CARE, 2015a; Comitê Internacional de Resgate, 2013).

O casamento precoce traz riscos e desvantagens consideráveis para os seus direitos reprodutivos de meninas, sua saúde, seu próprio bem-estar e o de seus filhos.

Devido à idade, as meninas que se casam possuem poder e influência limitados para determinar o que acontecerá com seus corpos. Elas normalmente não conseguem tomar decisões sobre contracepção, frequência das relações sexuais, intervalo entre as gravidezes e número de filhos (CARE, 2015a). As consequências dessa falta de autonomia são significativas e, por vezes, fatais. Essas meninas correm risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, e de sucumbirem à morbidade e mortalidade materna.

Violência doméstica

As crises geralmente causam mudanças nas relações entre homem e mulher dentro da família o que, por sua vez, pode aumentar o risco de violência doméstica. Essas mudanças são especialmente proeminentes em cenários de deslocamento forçado (UNFPA, 2010). Ao passo que os homens enfrentam o desemprego, a perda da subsistência, ociosidade e frustração, as mulheres podem assumir a responsabilidade de prover o sustento. Como beneficiárias preferidas das ações de arrecadação de alimentos, elas podem ter novas oportunidades, antes inexistentes, através dos programas oferecidos por organizações humanitárias (Comitê Internacional de Resgate, 2015). Essa mudança pode levar a uma “crise de identidade” em alguns



Campo Bachid Kendal, Zakho, Iraque.
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

homens (Anderlini, 2010). No leste da República Democrática do Congo, onde essa mudança nos papéis dos homens e mulheres foi observada e relatada, os homens congolezes descreveram sentimentos de humilhação, fracasso e “perda do valor pessoal” (Lwambo, 2011). A prática da violência contra suas parceiras, filhos e filhas é vista por alguns homens como uma forma de retomar o poder, a dominância e a masculinidade.

Estresse, sentimento de perda, tédio e frustração entre homens em cenários de deslocamento também podem levar ao alcoolismo e ao abuso de drogas, além de outros mecanismos negativos de enfrentamento. Tudo isso, por sua vez, aumenta a violência doméstica. Meninas casadas, que ocupam uma posição de “extrema” dependência e que não

possuem qualquer autonomia, somado ao fato de serem do sexo feminino e jovens demais, são expostas a um grande risco de violência doméstica (Comitê Internacional de Resgate, 2015; CARE, 2015a).

Evidências cada vez maiores sugerem que a violência doméstica é o tipo de violência mais comum contra as mulheres em cenários humanitários (Comitê Internacional de Resgate, 2015). Em alguns ambientes afetados por conflitos, a violência doméstica, incluindo estupro dentro do casamento e violência sexual por membros da família, é mais frequente do que a violência sexual praticada por combatentes (Wood, 2015; Projeto Relatório da Segurança Humana, 2012). Em uma avaliação realizada no Campo de Refugiados Za'atari na Jordânia em 2013, por exemplo, membros da comunidade e prestadores de serviço identificaram a violência doméstica como o “tipo de violência mais prevalente” e uma “questão proeminente” entre os refugiados sírios, sendo que as meninas de 12 a 18 anos são as mais

afetadas (Grupo de Trabalho para a Proteção de Crianças e contra Violência de Gênero, Jordânia, 2013).

Observa-se um aumento da violência após a ocorrência de desastres naturais, incluindo os mais recentes:

- **Terremoto no Nepal:** Embora não haja números oficiais, conselheiros e outros agentes humanitários no Nepal observaram um “drástico aumento” da violência sexual e doméstica contra a mulher desde o terremoto (ONU Mulheres, 2015).
- **Ciclones Vania e Atu:** Em Vanuatu, que já possui altas taxas de violência de gênero, incluindo violência doméstica, um centro de aconselhamento registrou um aumento de 300% em encaminhamentos após os Ciclones Vania e Atu em 2011 (CARE, 2015b).
- O aumento da violência doméstica também foi relatado após os incêndios florestais do Sábado Negro



Campo em Dohuk, Iraque.

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

na **Austrália** (2009), o terremoto Christchurch na **Nova Zelândia** (2011), o furacão Katrina nos **Estados Unidos** (2005), o **tsunami no oceano Índico** (2004) e no terremoto do **Japão** (2011).

“O que podemos fazer?”

O risco de sexo transacional aumenta em ambientes afetados por crises, em especial em cenários de deslocamento, onde as oportunidades de subsistência são bem limitadas. Nesses ambientes, a prática sexual se torna uma estratégia de sobrevivência e um mecanismo extremo e negativo de enfrentamento para algumas mulheres e meninas. Ao enfrentarem dificuldades financeiras e falta de alimentos, sem acesso a nenhum tipo de geração de renda, não é incomum que mulheres, meninas adolescentes e também meninos vendam seus corpos para garantir a própria sobrevivência e a de seus dependentes, sejam eles seus próprios ou dependentes de parentes falecidos (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011a). A prática sexual se torna moeda de troca para itens essenciais, como alimentos, medicamentos ou produtos de higiene, presentes ou acesso a pontos de distribuição (Klasing 2011; Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 2011a).

O sexo transacional em cenários de crise foi observado, por exemplo, na República Democrática do Congo, no Sudão do Sul, nas Filipinas, no Haiti e na Somália (UNAIDS, Conselho de Coordenação de Programas, 2015; CARE, 2014a; The Inquirer, 2015; Grupo de Coordenação Intersetores para a Equipe Nacional Humanitária, 2014; Klasing, 2011).

Mulheres e meninas também podem entrar para a prática sexual comercial como fonte de geração de renda. A presença de forças de paz ou agentes humanitários internacionais aumenta o risco de exploração sexual, dada a disparidade em termos de prosperidade (*Human Rights Watch*, 2015b). Meninas desacompanhadas, além de mulheres e meninas com incapacidades, são especialmente

vulneráveis (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2013). Uma pesquisa realizada pela *Plan International* descobriu que, durante períodos de seca na Etiópia, as meninas recorrem à prostituição para ganhar a vida (*Plan International*, 2011). No Haiti, após o terremoto, meninas, em especial meninas desacompanhadas, estabeleceram relacionamentos com homens para obterem segurança financeira (Klasing, 2011).

Maior risco de tráfico

Conflitos e desastres naturais são uma oportunidade para os envolvidos em tráfico humano explorarem as vulnerabilidades das populações afetadas. A Organização Internacional para as Migrações (2015) descreve os campos de refugiados e deslocados internos como “locais produtores de vítimas do tráfico”, e assentamentos informais e comunidades anfitriãs como “locais especialmente de risco” (2015). Mulheres e meninas são os alvos preferidos dos traficantes. Elas são forçadas a trabalhar em bordéis, viram escravas sexuais e são submetidas a trabalhos forçados (Organização Internacional para as Migrações, 2015). Elas podem ser iludidas com a promessa de emprego ou podem ser sequestradas. Correm maior risco de serem vítimas do tráfico pessoas que recorrem a estratégias arriscadas de sobrevivência, como sexo transacional, meninas desacompanhadas que

“As pessoas tentam sobreviver como podem. As mulheres se relacionam com homens para poderem alimentar seus filhos. Isso acontece muito... A prostituição não é algo bom, mas o que podemos fazer? Precisamos comer.”

Residente de um campo em Croix-de-Bouquets, Haiti



Khokhana, nos arredores de Catmandu, após o terremoto.
Foto © Panos/Vlad Sokhin

não possuem a proteção de suas famílias, e crianças em geral que não possuem a estrutura e a proteção do ambiente escolar (Organização Internacional para as Migrações, 2015). A discriminação também pode ser um fator de risco importante, refletido nas minorias étnicas e religiosas, como o grupo *Yazidi* no Iraque (Organização Internacional para as Migrações, 2015).

As Nações Unidas relataram um aumento no tráfico de meninas adolescentes nas áreas afetadas por conflitos no Mianmar (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015). O tráfico também foi relatado após os recentes desastres no Nepal (Burke, 2015) e nas Filipinas (Grupo de Coordenação Intersetores para a Equipe Nacional Humanitária, 2014). Entretanto, nas Filipinas, a UNICEF não encontrou nenhum aumento significativo na incidência como resultado do tufão (Erakit, 2014). A relação entre tráfico e crise ainda não foi bem esclarecida: sua prevalência não é bem documentada e os dados são limitados (Organização Internacional para as Migrações, 2015).

Vítimas de violência sexual precisam de cuidados, mas podem não obtê-los durante uma crise

Vítimas de violência sexual precisam ter acesso a atendimento médico de qualidade após a ocorrência de estupro, incluindo profilaxia pós-exposição (em até 72 horas) para minimizar as chances de contração do HIV, contracepção de emergência, antibióticos para prevenir infecções sexualmente transmissíveis, atendimento médico amplo, além de apoio psicológico e legal (Casey et al., 2015).

Entretanto, as crises podem impedir que as vítimas sejam adequadamente atendidas após a ocorrência de estupro.

As unidades de saúde podem ter sido destruídas, pode haver acesso humanitário restrito ou a falta de treinamento relevante da equipe médica disponível. O atendimento pode ser comprometido pela falta de suprimentos, incluindo medicamentos. As vítimas podem não conseguir chegar aos serviços por problemas de mobilidade. Até mesmo onde os serviços estão disponíveis, as vítimas podem desconhecê-los ou podem escolher não buscar ajuda devido ao clima de medo e silêncio que continua relacionado à violência sexual em muitas sociedades (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 2015; Casey et al., 2015).

“Prêmios de guerra”

No norte do Iraque e no leste da Síria, o autoproclamado Estado Islâmico do Iraque e Levante (ISIL) institucionalizou a violência sexual, em particular o estupro, a escravidão sexual e o casamento forçado contra os “infiéis” em áreas sob seu controle (Reinl, 2015). Mulheres e meninas da minoria religiosa *Yazidi* têm sido escolhidas (Anistia Internacional, 2014), embora outras comunidades não árabes e não sunitas, como grupos minoritários compostos por cristãos, xiitas turcomanos e xiitas *shabak*, pareçam estar também

vulneráveis a essas violações dos direitos humanos (Nações Unidas no Iraque, 2014).

Mulheres e meninas são sequestradas como “prêmios de guerra”, estupradas por membros do ISIL, forçadas a “se casar”, vendidas em leilões a combatentes locais e estrangeiros do ISIL, às vezes inúmeras vezes, e dadas como “presentes” (*Human Rights Watch*, 2015a; Alto Comissariado para Refugiados, 2015). A prática não é apenas vista como “espiritualmente benéfica”, mas também se tornou algo estabelecido para o recrutamento de soldados do ISIL (Callimacho e Limaaug, 2015).

Trauma

O interesse sobre os efeitos do trauma nas pessoas, nas populações, entre gerações, e na paz e na segurança está crescendo. Ideias sobre como o trauma e o trauma coletivo não resolvido podem causar impactos de uma geração para a outra, além de novos ciclos de violência e conflitos, estão ganhando espaço. A saúde mental e o bem-estar das pessoas ficam abalados após uma crise ou conflito, e diversos fatores precisam ser esclarecidos sobre os impactos na saúde, violência intergeracional, se a experiência de violência pode ou não levar à prática futura, e como as necessidades psicossociais se relacionam à consolidação da paz na comunidade (Instituto da Justiça e Reconciliação, 2015).

É necessário mudar

Apesar de tudo o que sabemos sobre desigualdade de gênero, violência de gênero e discriminação, as mulheres e meninas continuam a ser desproporcionalmente afetadas por desastres, conflitos e deslocamento.

Seja em casa, em cenários de deslocamento ou em suas comunidades, a saúde sexual e reprodutiva e os direitos das mulheres e meninas são muito mais afetados do que os dos homens.

Além disso, a exposição ao perigo e a diferentes experiências não é a mesma. Mulheres e meninas

adolescentes correm mais risco dependendo da etnia, idade, condição de saúde e incapacidade, situação econômica e fatores como deslocamento e migração.

Agentes humanitários envolvidos na elaboração de políticas e implementação de programas precisam honrar seus compromissos para proteger as mulheres e meninas adolescentes dos altos riscos que correm, riscos esses que pioram ainda mais em situações de separação e perda do apoio familiar, da comunidade e do governo após uma crise. É necessário haver mudanças em alguns aspectos da resposta humanitária para garantir o atendimento das necessidades de mulheres e meninas adolescentes com relação à saúde sexual e reprodutiva através, por exemplo, do restabelecimento do acesso a serviços e suprimentos, como métodos contraceptivos.

As crises podem reduzir o acesso a contraceptivos e ao planejamento da vida reprodutiva, mas também podem criar oportunidades de melhor acesso por meio de programas humanitários direcionados (*Plan International*, 2013). Contudo, os esforços empreendidos para reduzir os riscos exigem investimentos em longo prazo e vontade política para eliminar a desigualdade entre os gêneros, que multiplica os riscos.

Embora nas situações de crise existam fatores que ampliem os riscos, há elementos que podem criar oportunidades de mudança. Com relação ao HIV, por exemplo, as crises podem ser oportunidades para melhor atendimento ou inclusão de pessoas que antes não possuíam qualquer acesso. (UNAIDS/PCB, 2015). Em acampamentos bem gerenciados e dotados de recursos, as populações deslocadas podem ter proteção, educação e serviços de saúde melhores do que antes da crise.

Meninas adolescentes possuem vulnerabilidades específicas e os agentes humanitários devem reconhecer desde o início os riscos envolvidos, além de priorizarem ações que atendam às suas necessidades, garantam sua segurança e preservem sua dignidade.

A evolução da resposta: da atenção básica à atenção integral

Quando mulheres e meninas possuem acesso à saúde sexual e reprodutiva, e são beneficiadas pelos diversos programas humanitários que trabalham deliberadamente para eliminar as desigualdades, os benefícios das intervenções aumentam exponencialmente e permanecem após o período agudo da crise, conforme os países e as comunidades se erguem novamente, e as pessoas voltam a ter controle sobre suas vidas.

Salvando a vida de mulheres e meninas adolescentes sírias na Jordânia



Reema Diab com uma paciente

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Em uma manhã de agosto no campo Za'atari, na Jordânia, milhares de refugiadas /os sírios iniciavam suas rotinas antes de as temperaturas atingirem níveis altíssimos no meio do dia.

Às 11h, a temperatura externa já era de 30°C. Porém, em uma das quatro clínicas de saúde reprodutiva do UNFPA localizadas no campo, um aparelho de ar condicionado mantinha a temperatura agradável para cinco futuras mães enquanto suas contrações se intensificavam.

Em média, nascem dez bebês por dia no centro obstétrico de Za'atari, de acordo com a ginecologista obstetra Reema Diab. Os centros são projetados, gerenciados e monitorados pelo UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas, em conjunto com uma organização não governamental, a *Jordan Health Aid*

Society, com doações da Comissão Europeia e dos Estados Unidos.

Diab é uma das cinco médicas que, com a ajuda de 17 parteiras, fazem o parto de centenas de bebês todos os meses, apesar das condições desafiadoras dos campos de refugiados. Até o momento, nenhuma mãe faleceu durante a gestação ou parto em Za'atari.

Mas já houve muitos casos graves.

Diab disse que uma das cinco mulheres em trabalho de parto naquela manhã de agosto apresentou pré-eclâmpsia, uma condição que pode ser fatal, e teve que ser transferida a um hospital com sala de cirurgia, anestesia e outros recursos para a realização de partos complexos e cesarianas. Às vezes, os casos são encaminhados a um hospital jordaniano próximo. Mas, na maior parte das vezes,



Clínica da família, Deir Allah, Jordânia.
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

as mulheres são transferidas do campo a um hospital dirigido pelas Forças Armadas do Marrocos. O hospital realiza uma média de três cesarianas por dia e os cirurgiões também são treinados para tratar lacerações do colo uterino e fístulas obstétricas.

Sajah, 25, é uma das diversas mulheres beneficiadas pelo atendimento especializado do hospital marroquino. Ela foi recentemente transferida para lá para realização de um parto de alto risco, após ter apresentado cinco abortos. Uma cesariana possibilitou o nascimento seguro de um bebê saudável.

Atendimento integrado e abrangente

Os centros obstétricos são apenas um aspecto da rede abrangente de serviços de saúde sexual e reprodutiva disponíveis aos residentes do Za'atari, onde uma a cada quatro pessoas é mulher ou menina adolescente em idade reprodutiva.

As mulheres no campo também recebem assistência pré-natal e serviços de acompanhamento pós-parto. Mulheres, homens e jovens podem obter informações sobre planejamento da vida reprodutiva e métodos contraceptivos modernos sem custo algum. A equipe de saúde dos centros foi treinada para identificar e prestar atendimento clínico a casos de violência sexual e de gênero, e a encaminhar as vítimas aos centros de aconselhamento e gerenciamento do campo.

Ainda assim, a vida no acampamento é uma luta. Mesmo com serviços prontamente disponíveis, mulheres e meninas refugiadas enfrentam diversos obstáculos à boa saúde física e psicológica, desde o trauma persistente causado pelo deslocamento às consequências dos mecanismos negativos de adaptação ou casamento infantil forçado.

Uma perda atrás da outra

Naquela manhã, no centro obstétrico, duas meninas de 16 anos deram à luz. Gravidez na adolescência é algo comum em Za'atari. Omar Laghzaoui, cirurgião obstetra chefe no hospital marroquino, disse que cerca de um terço dos nascimentos assistidos por ele são de mães com 15 anos de idade ou menos. "A mais nova que eu já vi tinha 12", comentou ele. A gravidez na adolescência traz um maior risco de complicações e, geralmente, necessidade de cesariana.

Desafios especiais para adolescentes e jovens

A gravidez na adolescência normalmente está relacionada a casamentos precoces ocorridos no acampamento, diz Asma Nemrawi, uma psicóloga que atende jovens do campo.

Imagine estar com nove meses de gravidez, sozinha, separada da família e dos amigos, a quilômetros de distância de um médico ou de alguém que possa ajudar e começar a sentir contrações. Você acaba se deparando com a possibilidade de dar à luz sozinha.

Esse cenário inimaginavelmente assustador já foi uma realidade para milhares de mulheres afetadas por conflitos ou desastres há apenas 20 anos.

Até recentemente, a resposta humanitária se resumia em atender as necessidades básicas, incluindo água, alimentos e abrigo. Outras necessidades, incluindo as relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e ao nascimento, eram consideradas, por muitos, secundárias.

Mas para a mulher que dá à luz sozinha, a necessidade de uma parteira ou de um ambiente limpo com instrumentos para ajudar a prevenir infecções é primária.

A ausência de saúde sexual e reprodutiva em crises era a norma, não a exceção. Por exemplo, uma análise em 1994 demonstrou que quase não havia serviços de saúde sexual e reprodutiva em diversos

locais destinados a refugiadas/os e deslocadas/os internos em oito países (Wulf, 1994).

Entretanto, desde então agentes humanitários têm reconhecido a importância de garantir uma boa saúde sexual e reprodutiva e direitos em cenários de crise, não apenas como parte essencial da resposta humanitária, como também como forma de alavancar um planejamento humanitário mais efetivo entre diferentes setores, e como base para a recuperação, reabilitação e resiliência a longo prazo.

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, endossado por 179 governos, ajudou a chamar a atenção para as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas em cenários humanitários: “A assistência à saúde reprodutiva deve estar disponível em todas as situações e se basear nas necessidades e exigências expressas dos refugiados, especialmente das mulheres, com total respeito às diversas religiões, valores éticos e tradições culturais dos refugiados, ao passo que também deve atender os direitos humanos internacionais

Os pais normalmente arranjam casamentos para suas filhas para não terem que sustentá-las ou devido a uma noção incorreta de que o marido irá protegê-las melhor contra a violência sexual. Nemrawi vê, com frequência, meninas casadas ou que estão prestes a se casar. Algumas têm apenas 14 anos de idade. “Algumas querem aprender como ter filhos”, disse ela. “Outras já estão grávidas e querem apoio psicológico.”

Nemrawi já ouviu algumas meninas dizerem que querem ter filhos para recompensar as perdas que tiveram na vida. Outras contam que temem pela agressividade do marido ou divórcio se não tiverem filhos. Para essas situações delicadas, ela tenta atender a menina e o marido juntos para conversar sobre os benefícios à saúde, psicológicos e

econômicos de se adiar a gravidez, chamando atenção aos desafios de criar um filho em um campo de refugiados.

Nemrawi também conversa com as jovens do campo sobre planejamento da vida reprodutiva. “No começo, elas não queriam saber de planejamento”, conta ela. Mas seu trabalho, que envolve explicar como ele funciona e como é bom para a saúde da mãe, está trazendo resultados. Cerca de 60% das jovens que frequentaram uma de suas sessões saem convencidas de que devem fazer o planejamento da vida reprodutiva.

Estendendo a mão para as pessoas que estão fora dos campos

Za'atari é lar para cerca de 80 mil refugiadas/os sírios. Quatro outros campos

abrigam mais 30 mil delas/es. Porém, esses residentes combinados representam apenas cerca de 18% de todas/os as/os refugiadas/os sírios na Jordânia. Outras/os 82% vivem em cidades, vilas e áreas rurais espalhadas pelo país, onde muitas/os lutam para ter acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Prestar serviços a refugiadas/os não abrigadas/os em campos é complicado. As populações estão dispersas e muitas pessoas estão além do alcance das instituições que servem as cidades da Jordânia.

Além disso, os serviços oferecidos nos hospitais e clínicas públicos da Jordânia são gratuitos apenas a cidadãos segurados. Sírias/os e refugiadas/os de outros países precisam pagar uma taxa, que não é alta comparada ao custo dos

NO TERRÍVEL DESPERTAR DO TUFÃO, MULHERES CONTINUARAM A DAR À LUZ EM SEGURANÇA NAS FILIPINAS

Quando os alertas do Tufão Haiyan foram emitidos, a encarregada do Hospital Memorial Felipe Abrigo não perdeu tempo. A Dra. Lilia Daguinod coletou medicamentos essenciais do hospital e montou uma pequena farmácia na sala da frente de sua pequena casa.

Como médica obstetra, a Dra. Daguinod sabia que as mulheres continuariam a dar à luz e a correrem riscos, independente do que acontecesse. “Eu tinha que estar pronta,” disse ela.

Nos primeiros dias após o tufão ter destruído a cidade e deixado seu hospital em ruínas, a Dra. Daguinod fez o parto de três bebês em sua sala.

“Graças a Deus não houve nenhuma complicação.”

Após a instalação de uma unidade temporária de obstetria ao lado de um hospital sem telhado, ela continuou a atender mães e seus bebês em sua casa.

Quatro milhões de pessoas perderam suas casas por causa do Haiyan, conhecido localmente como Yolanda, em novembro de 2014.

Centenas de mulheres desabrigadas davam à luz todos os dias, e muitas tiveram complicações potencialmente fatais. A maior parte das unidades de saúde restabeleceu os serviços logo após a crise, mas em muitos locais foi difícil para as/os profissionais atenderem às/aos pacientes sem equipamentos ou eletricidade, com poucas ambulâncias e escassez de suprimentos.

Em resposta à crise, o UNFPA priorizou serviços para garantir a segurança de gestantes e mulheres que haviam acabado de dar à luz. O UNFPA forneceu equipamentos e suprimentos médicos essenciais, incluindo medicamentos, kits higienizados para partos e kits de higiene, a parceiros governamentais e não governamentais para ajudar o sistema de saúde nas regiões mais afetadas.

serviços privados, mas ainda assim é muito cara para muitas/os.

Uma alternativa é o acesso a serviços prestados por instituições sem fins lucrativos, como o Institute for Family Health (IFH), que possui uma rede nacional de clínicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva para mulheres sírias e jordanianas. O IFH implementa programas apoiados pelo UNFPA.

Hanin Zoubi é gerente do programa IFH-UNFPA. “Temos uma abordagem integrada”, disse ela. O programa oferece atendimento pré e pós-natal gratuito, orientação e serviços de planejamento da vida reprodutiva, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e apoio psicológico a vítimas de violência de gênero e trauma, tudo em um só local.

Mas nem todos conseguem chegar à clínica, então o IFH também vai até as comunidades. “Nós vamos até as pessoas,” disse Zoubi. O instituto vai até as escolas, por exemplo, para fornecer informações a adolescentes ou organizações comunitárias e oferecer treinamento a jovens sobre habilidades para a vida.

As pessoas gostam de receber essas informações, comenta ela, observando que populações vulneráveis no país normalmente não têm acesso à Internet e não conseguem encontrar sozinhas formas de prevenir a gravidez ou infecções sexualmente transmissíveis.

A população refugiada que vive fora dos campos é diferente em várias maneiras. Elas/es necessitam de mais planejamento da vida reprodutiva, de acordo com



Recém-nascidos, Campo Za'atari.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Zoubi, e há menos ocorrência de gravidez na adolescência.

Haya Badri, coordenadora das clínicas do IFH, diz que até 65 pacientes sírias e jordanianas procuram a unidade em Amã todos os dias. A maior parte delas vêm

reconhecidos universalmente” (Nações Unidas, 1994). Essa abordagem foi ainda endossada na Plataforma de Ação de Pequim da Conferência Mundial sobre a Mulher de 1995 (Nações Unidas, 1995).

Em 1995, o UNFPA e o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados lideraram a criação do Grupo de Trabalho Interagencial sobre Saúde Reprodutiva em Crises (IAWG), em resposta ao crescente reconhecimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva entre refugiadas e deslocadas internas e à falta geral de resposta para isso. Desde então, o IAWG cresceu e se tornou uma coligação global das Nações Unidas, envolvendo organizações doadoras e acadêmicas, organizações não governamentais nacionais e internacionais, e ministérios da saúde, visando expandir e fortalecer o acesso à saúde sexual e reprodutiva para pessoas afetadas por conflitos e desastres naturais (IAWG, 2014).

Hoje, mais refugiadas/os e deslocadas/os internas/os possuem mais acesso a mais serviços do que anteriormente. Em 2014, o UNFPA forneceu 8.437 kits de saúde reprodutiva com suprimentos,

medicamentos, contraceptivos e equipamentos essenciais, beneficiando mais de 35 milhões de mulheres, homens e adolescentes em cenários humanitários. Porém, o crescimento contínuo da população necessitada e o crescente compromisso em fornecer serviços abrangentes indicam que ainda há lacunas que podem se tornar ainda maiores sem a realização de esforços coordenados para solucionar esse desafio.

A comunidade humanitária já progrediu muito ao longo dos últimos 20 anos. Em muitos cenários humanitários de hoje, há uma gama completa de serviços e suporte disponíveis. Mas outros ainda não possuem alguns ou muitos dos aspectos necessários. A saúde sexual e reprodutiva ainda não é abordada de forma abrangente ou universal em todas as situações de crise.

Cento e setenta e nove governos acordaram, em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que os direitos reprodutivos são direitos humanos. A comunidade internacional tem a obrigação de honrar esses direitos, mesmo em situações de crise.

para realizar exames de acompanhamento, incluindo exames de ultrassom, mas algumas recebem tratamento para anemia ou solicitam métodos contraceptivos.

Muitos também procuram os serviços para relatar ou receber tratamento e orientação sobre violência sexual e de gênero. Sessões de aconselhamento individual e grupos de apoio também estão disponíveis a adultos e crianças que sofreram traumas e até mesmo a sobreviventes de tortura.

Confidencialidade e respeito

A privacidade é crucial, independente do serviço prestado. Todas/os as/os profissionais foram treinadas/os e assinaram um código de conduta, comprometendo-se a prestar serviços com confidencialidade a todas as pessoas, sem qualquer julgamento. A garantia da confidencialidade ajuda

clientes a superar o medo e a conservar sua dignidade ao buscar ajuda.

Nadia om-Hassan, 35, procura o centro de Deir Alla, no Vale do Jordão, porque deseja saber sobre planejamento da vida reprodutiva, para buscar aconselhamento e para participar de grupos de apoio social. Há três anos, quando ainda estava na Síria, ela havia dado à luz ao seu quinto filho por cesariana e ainda estava sob os efeitos da anestesia quando bombas explodiram no hospital, forçando-a a sair de lá rapidamente. Dias depois, ela apresentou uma infecção no local da incisão cirúrgica. Apesar da sua condição, ela, seu marido, o bebê recém-nascido e seus quatro filhos partiram para a Jordânia.

Posteriormente, o marido de om-Hassan a forçou a ficar grávida novamente.

“Ele queria mais meninos para ajudar a sustentar a família”, disse ela. “Eu fiquei grávida três meses depois, mas sofri um aborto.” A equipe do IFH em Deir Alla lhe forneceu informações sobre planejamento da vida reprodutiva e lhe explicou como isso era importante para sua saúde.

“Agora eu explico ao meu marido que também é bom para a saúde de toda a família.”

“Quando vou à clínica e consigo falar sobre os meus problemas, me sinto feliz e aliviada”, disse om-Hassan.

O centro de Deir Alla também dá suporte a adolescentes. Malak, 15, veio para a Jordânia de Damasco há quatro anos com seus pais, avós e três irmãos. Ela frequenta a escola secundária e ciências é sua matéria favorita, mas ela diz que quer ser policial. Este ano sua tia propôs aos seus

Estabelecendo um padrão para o essencial

Em 1998, o IAWG introduziu o que agora é considerado o pacote essencial de serviços e suprimentos de saúde reprodutiva, que deve estar disponível na ocorrência de uma crise. Esse pacote mínimo de serviços iniciais é o padrão internacional para proteção da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos das mulheres e meninas na fase aguda de conflitos e desastres.

O objetivo é prevenir e controlar as consequências da violência sexual, reduzir a transmissão de HIV, prevenir a mortalidade materna e infantil, e integrar o atendimento à saúde sexual e reprodutiva ao sistema de saúde primário.

Embora esses serviços essenciais sejam amplamente aceitos hoje em dia como a base dos serviços e ações cruciais em situações de crise, algumas respostas deixam a desejar, colocando a saúde de mulheres e meninas adolescentes em risco, e negando-lhes seus direitos reprodutivos.

Serviços abrangentes após a fase inicial

O IAWG identificou serviços adicionais de saúde sexual e reprodutiva que são importantes e que devem ser disponibilizados assim que possível, após a estabilização da crise.

A gama completa de opções de planejamento da vida reprodutiva

Embora não seja possível prevenir desastres, é possível prevenir gravidezes indesejadas após a ocorrência de uma crise.

Desde o terremoto de abril de 2015 no Nepal, por exemplo, o UNFPA e parceiros restabeleceram o acesso de mulheres ao planejamento da vida reprodutiva em áreas onde as unidades de saúde foram danificadas ou destruídas. Profissionais de saúde treinados/os pelo UNFPA e voluntárias/os da comunidade divulgam as formas de acesso ao planejamento da vida reprodutiva e como utilizá-lo de forma efetiva. Trabalhos são realizados nos postos de saúde dos comitês de desenvolvimento (que são as menores unidades administrativas) para analisar de perto o uso do planejamento da vida reprodutiva local e desenvolver estratégias para atender necessidades ainda

pais que ela se casasse com seu filho de 20 anos. “Não fiquei feliz, mas não podia recusar. Não queria desistir da minha educação,” disse Malak.

Um dia, Malak acompanhou sua mãe até o centro e descobriu as sessões informativas sobre casamento infantil, das quais ambas participaram.

Sua mãe, e posteriormente seu pai, aceitaram que seria melhor para Malak continuar na escola e concluir seus estudos. O noivado terminou um mês depois.

De acordo com Daniel Baker, que coordena os esforços do UNFPA para apoiar refugiadas/os sírias/os na Jordânia, Egito, Iraque, Líbano e Turquia, bem como sírias/os que não saíram do país, “A situação de refugiados sírios é calamitosa, apesar da generosidade dos países

vizinhos que os recebem. Como a guerra na Síria continua sem uma solução em vista, a situação deles se torna cada vez mais desesperadora, conforme esgotam todos os seus recursos. A prestação de serviços básicos, como assistência médica materna, é responsabilidade da comunidade humanitária internacional para que a vida possa ser preservada e para que haja esperança de um futuro melhor quando a guerra acabar.”

Malak, Deir Ahha, Jordânia.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi



AÇÃO HUMANITÁRIA DAS NAÇÕES UNIDAS

Atualmente, mais de dois terços de todas as emergências humanitárias nas quais as Nações Unidas atuam são desastres naturais. Apenas em 2014, as Nações Unidas responderam a 60 desastres, comparado a sete emergências ou conflitos complexos.

Desde 2013, as Nações Unidas têm classificado a magnitude e o tipo de emergências com base em uma escala de três pontos, com o Nível 3, o mais grave, designado a situações que necessitam da mobilização de todo o sistema devido a sua escala, complexidade e urgência. Emergências de Nível 2 podem necessitar predominantemente de uma resposta regional. Emergências de Nível 1 são aquelas que podem ser solucionadas por um país ou controladas e apoiadas pelas agências do país.

Desde setembro de 2015, as Nações Unidas estão respondendo a quatro

emergências de Nível 3: no Iraque, onde as lutas entre grupos armados e forças do governo resultaram em aproximadamente 1,9 milhão de deslocados internos; na Síria, onde milhões precisam de assistência e encontram-se presos em áreas de difícil alcance; na República Centro-Africana, que passou por uma grande crise política no último ano que deixou 2,5 milhões de pessoas – mais da metade da população – sem qualquer assistência; e no Sudão do Sul, onde 1,7 milhão de pessoas estão desalojadas e aproximadamente 4 milhões de pessoas sofrem com a falta de alimentos (Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários, 2015).

Ao longo dos últimos 12 meses, as Nações Unidas fizeram 30 apelos para financiamento humanitário, quase a metade destinados a países na África Subsaariana.

De acordo com o Projeto de Capacidade de Avaliação (ACAPS), há “graves” crises humanitárias: no Afeganistão, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Eritreia, Iraque, Níger, Nigéria, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Síria e Iêmen. O ACAPS é uma iniciativa sem fins lucrativos da *Action Contre la Faim*, do Conselho Norueguês para Refugiados e do *Save the Children International* para ajudar a comunidade humanitária a avaliar as necessidades.

De acordo com o ACAPS, também há crises humanitárias em Camarões, Chade, Colômbia, República Popular Democrática da Coreia, Djibuti, Etiópia, Gâmbia, Haiti, Quênia, Líbano, Libéria, Líbia, Malawi, Mali, Mauritânia, Nepal, Paquistão, Palestina, Senegal, Serra Leoa e Ucrânia.

RESPOSTA HUMANITÁRIA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007-2014

● Desastres ● Conflitos

2007

124



© Foto ONU/Éric Kanalstein

2008

115



© Foto ONU/Martine Perret

2009

122



© Foto ONU/Sayed Barez

2010

121



© Foto ONU/Logan Abassi

33

40

36

60

OS CENÁRIOS DE CONFLITO, DESLOCAMENTO E DESASTRES NATURAIS SÃO RESPONSÁVEIS POR:



53% das mortes de crianças com menos de 5 anos de idade



TRÊS A CADA CINCO mortes maternas evitáveis

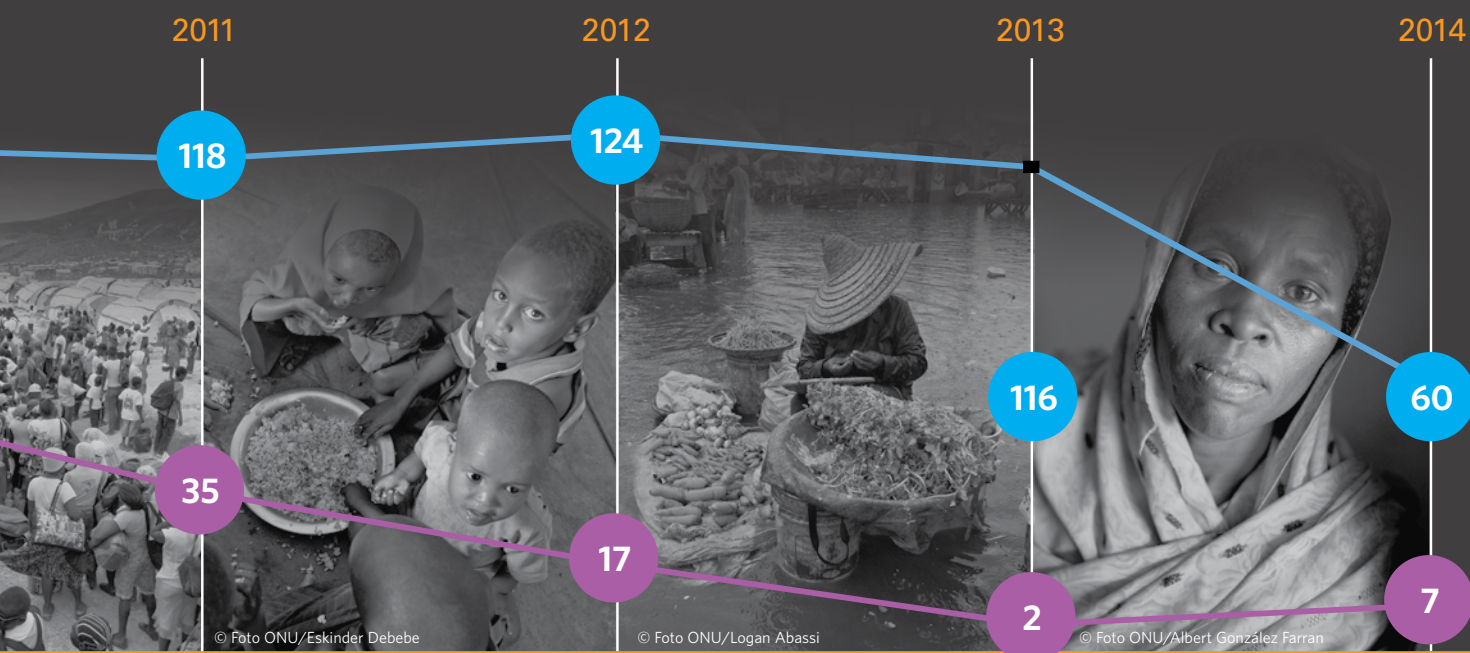


45% das mortes neonatais



Mais de **100 MILHÕES DE PESSOAS** necessitaram de ajuda humanitária em 2015; estima-se que **26 MILHÕES ERAM MULHERES E MENINAS COM IDADE ENTRE 15 E 49 ANOS**

Mais de **80%** dos países que não alcançaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio com relação à sobrevivência de mães e crianças passaram recentemente por conflitos, desastres naturais recorrentes ou ambos. Na realidade, a maior parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em estados frágeis não foi alcançada, e os 10 países no final do Índice Materno da *Save the Children* são todos considerados frágeis ou afetados por conflitos.



LOCAIS ONDE O UNFPA FORNECEU SUPORTE HUMANITÁRIO EM 2015

O papel do UNFPA em qualquer situação humanitária é garantir que mulheres tenham acesso a serviços obstétricos seguros, independente das circunstâncias, para proteger a vida e a saúde da mãe e do bebê.



* A estimativa do número de mulheres que podem estar grávidas em um país ou território como um todo, não apenas em áreas especificamente afetadas por conflitos ou desastres, é obtida a partir de dados nacionais. O número total de mulheres grávidas em qualquer época em cada local seria mais baixo se as estimativas estivessem restritas apenas às partes afetadas pela crise de cada país ou território. ** Devido à disponibilidade dos dados, a estimativa para Vanuatu utilizou a taxa de fecundidade total e não a taxa de fecundidade geral.

Fontes dos Dados
Pesquisas demográficas e de saúde: Burkina Faso, Burundi, Camarões, Chade, República Democrática do Congo, Egito, Eritreia, Etiópia, Jordânia, Malawi, Mali, Mauritânia, Nepal, Níger, Nigéria, Peru, Ruanda, Senegal, Tanzânia, Uganda, Iêmen; Censo: República Centro-Africana, República Popular Democrática da Coreia, Sudão do Sul, Sudão, Vanuatu; Registro: Chile, Guatemala, Antiga República Iugoslava da Macedônia, Turquia, Ucrânia; Projeto Pan-Árabe da Saúde Familiar: Djibuti, Líbano, Palestina; Pesquisas de indicadores múltiplos: Iraque, Somália; Estatísticas nacionais: Mianmar, República Árabe Síria.

Mãe e criança sírias, Campo Zaatari, Jordânia

Foto © Panos/Abbie Traylor-Smith

	Número estimado de mulheres grávidas em qualquer época*
Burkina Faso	598.610
Burundi	373.871
Camarões	695.698
República Centro-Africana	150.727
Chade	472.898
Chile	193.042
República Democrática do Congo	2.753.898
República Popular Democrática da Coreia	276.175
Djibuti	21.836
Egito	1.991.512
Eritreia	134.236
Etiópia	2.711.606
Guatemala	365.965
Iraque	934.973
Jordânia	157.846
Líbano	74.572
Malawi	555.483
Mali	573.961
Mauritânia	103.372
Mianmar	609.344
Nepal	517.850
Níger	763.201
Nigéria	5.366.797
Palestina	128.179
Peru	473.691
Ruanda	310.901
Senegal	432.879
Somália	373.756
Sudão do Sul	244.317
Sudão	860.404
República Árabe Síria	355.706
Tanzânia	1.605.941
Antiga República Iugoslava da Macedônia	17.611
Turquia	945.434
Uganda	1.304.798
Ucrânia	306.902
Vanuatu**	6.839
Iêmen	687.058
Total	28.451.889

presentes. Uma análise realizada pelo governo em 30 unidades atendidas pela iniciativa descobriu que a taxa de prevalência de contraceptivos havia aumentado de 34% para 45%.

Em crises humanitárias, nas quais as intervenções que salvam vidas possuem financiamento limitado, o planejamento da vida reprodutiva é um investimento valioso. No geral, cada US\$ 1,00 gasto em serviços de contracepção gera uma economia de US\$ 1,70 a US\$ 4,00 nos custos com atendimento médico a mães e recém-nascidos.

No último ano, o UNFPA forneceu contraceptivos e outros suprimentos de planejamento da vida reprodutiva em kits de emergência para saúde reprodutiva, visando prestar serviços a 20.780.000 mulheres, homens e adolescentes em idade reprodutiva, em cenários humanitários de todo o mundo.

O acesso a serviços de planejamento da vida reprodutiva é um direito humano, e negligenciá-lo pode trazer sérias consequências à saúde, especialmente em contextos de ajuda humanitária. Em maio de 2013, o UNFPA e a International Planned Parenthood Federation estabeleceram uma parceria para fornecer acesso a planejamento da vida reprodutiva e informações a 22 milhões de mulheres em países e territórios afetados por conflitos e desastres naturais.

A iniciativa tem como objetivo preencher a lacuna existente na infraestrutura de saúde, aumentando a qualidade dos profissionais da área, desenvolvendo sistemas eficientes para distribuição de recursos de planejamento da vida reprodutiva, e garantindo suprimentos acessíveis para esse tipo de planejamento. Os países beneficiados, que possuem baixas taxas de prevalência de contraceptivos e grande necessidade de planejamento da vida reprodutiva são Bolívia, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Etiópia, Haiti, Índia, Quênia, Libéria,

Mianmar, Nigéria, Ilhas do Pacífico, Paquistão e Sudão do Sul.

O planejamento da vida reprodutiva é um elemento indispensável das ações humanitárias, além da reconstrução e recuperação, e beneficia indiretamente mulheres e meninas, pois gera mais economia e produtividade para a família, além de melhorar as perspectivas de educação e emprego. Também melhora a saúde, pois menos gravidezes indesejadas resultam em menos complicações durante o parto e menos mortes maternas.

Os dados demonstram diferentes ansios em relação à fecundidade por parte das pessoas afetadas por crises. Tanto níveis altos quanto baixos de fecundidade têm sido observados em resposta a guerras, desastres

naturais, declínio econômico, turbulências políticas e separação conjugal forçada (McGinn, 2000). Entretanto, o pressuposto dos direitos humanos e do direito à saúde é que os serviços de saúde devem estar disponíveis e ser acessíveis, aceitáveis e da melhor qualidade possível para as pessoas que escolham utilizá-los (Foreman, 2015).

Um princípio fundamental dos programas de planejamento da vida reprodutiva é que são as/os usuá-rias que devem decidir de maneira

livre, gratuita e plenamente informada (Foreman, 2015; IAWG, 2010). Bons programas requerem que todos os métodos contraceptivos efetivos sejam colocados à disposição de mulheres e homens.

A experiência em programas que oferecem uma gama completa de contraceptivos de curto e longo prazo demonstrou que as mulheres preferem dispositivos intrauterinos e implantes de longa duração, quando estes estão disponíveis e os serviços são de boa qualidade.

Os programas de planejamento da vida reprodutiva que atendem mulheres e adolescentes afetadas por crises que incluem algum método contraceptivo oferecem principalmente opções de curta duração (Casey, 2015).



O UNFPA forneceu contraceptivos e outros suprimentos de planejamento da vida reprodutiva em kits de emergência para saúde reprodutiva, que abrangeu a prestação de serviços a 20.780.000 pessoas em idade reprodutiva.

Entretanto, a experiência indica que as mulheres recorrem aos métodos de longa duração quando têm acesso a eles. Na província de Kivu do Norte, uma área de conflitos e insegurança na República Democrática do Congo, todos os métodos reversíveis são oferecidos em algumas unidades do Ministério da Saúde apoiadas por organizações não governamentais internacionais.

A prevalência de contraceptivos não somente era mais alta do que a taxa nacional, mas o uso de métodos reversíveis de longa duração em Kivu do Norte passou a ser o dobro do uso em Kinshasa. (Ministère du Plan et al, 2014).

Medidas adicionais para salvar a vida de mães e recém-nascidos

Os dez países com as taxas mais altas de mortalidade materna do mundo são países afetados por guerras ou que estão se recuperando delas (Organização Mundial da Saúde et al., 2014).

O papel do UNFPA em qualquer situação humanitária é garantir que mulheres tenham acesso a serviços obstétricos seguros, independente das circunstâncias, para proteger a vida e a saúde da mãe e do bebê. O UNFPA não fornece necessariamente esses serviços através de suas próprias atividades: normalmente, algumas unidades públicas e privadas de saúde continuam a operar e há muitas organizações não governamentais especializadas em serviços de maternidade. Contudo, o UNFPA preenche as lacunas quando elas surgem.

Meios criativos foram por vezes utilizados para garantir o acesso a serviços de saúde a mães e recém-nascidos que estão distantes ou dispersos.

Profissionais de saúde locais que trabalharam para eliminar o Ebola na Guiné, por exemplo, utilizaram *smartphones* para registrar as pessoas expostas ao vírus e repassar informações importantes aos oficiais de saúde.

Na Somália, enfermeiros utilizaram o sistema de posicionamento global para facilitar a prestação de serviços de saúde a deslocados internos em áreas remotas (Shaikh, 2008).

Também na Somália, o UNFPA apoia 34 casas de acolhimento nas quais gestantes com complicações são atendidas e protegidas até o momento do parto em uma unidade de saúde.

Nas Filipinas, após o Tufão Haiyan, o UNFPA ajudou a estabelecer uma maternidade de emergência em *containers* adaptados, onde profissionais de saúde realizaram 14 partos naturais e 83 cesarianas. O UNFPA também forneceu kits higienizados que foram utilizados nos partos de emergência de 26 mil mulheres que deram à luz em unidades improvisadas, por exemplo, em prédios municipais.

As/os próprias/os refugiadas/os encabeçaram diversas iniciativas. Na Guiné, por exemplo, mulheres refugiadas lideraram ações de educação materna sobre saúde nas comunidades e facilitaram a prestação e o uso de outros serviços (Howard et al., 2011). Na Síria, onde quase 7,6 milhões de pessoas foram desalojadas de suas casas, vouchers para a utilização de serviços de saúde reprodutiva foram introduzidos para permitir que mulheres vulneráveis obtivessem o atendimento necessário, incluindo assistência pré-natal, durante e após o parto, e atendimento obstétrico de emergência, de forma gratuita nas unidades de saúde e hospitais designados. Dentre as mulheres beneficiadas pelos serviços de saúde reprodutiva apoiados pelo UNFPA na Síria desde o início da crise, mais de 810 mil tiveram um parto seguro e 93 mil mulheres deslocadas internamente se beneficiaram do sistema de vouchers.

Em Gaza, quatro maternidades e cinco unidades de assistência básica de saúde utilizadas por 50 mil pessoas ao ano enfrentam uma escassez crônica de medicamentos essenciais desde 2006, sendo que os estoques atingiram níveis críticos após os conflitos de 2014. O UNFPA repôs esses medicamentos e outros suprimentos que, até o momento, permitiram que 35 mil gestantes tivessem gestações saudáveis e partos seguros.

Também em Gaza, o Hospital Harazeen, o único que atende a comunidade em Shejaiya, foi gravemente danificado pelos conflitos em 2014. O UNFPA custeou

O UNFPA FACILITA O ACESSO DE MULHERES E MENINAS AOS SERVIÇOS

Serviços e suprimentos fornecidos de janeiro a setembro de 2015 em países da Bacia do Lago Chade afetados pela crise causada pelo grupo Boko Haram

NÍGER

- 53.312 preservativos distribuídos**
- 10.913** mulheres e meninas adolescentes tiveram acesso ao **planejamento da vida reprodutiva**
- 1.458** mulheres tiveram **partos seguros assistidos**
- 1.407 kits de dignidade** foram distribuídos a refugiadas/os
- 906** mulheres receberam assistência **pré-natal**
- 118** adolescentes e jovens receberam treinamento para atuarem como educadores em **saúde reprodutiva para refugiadas/os**
- 40 prestadoras/es de serviços** de saúde foram treinadas/os
- 22** mulheres vítimas de violência de gênero receberam **apoio psicológico**

CHADE

- 28.000 preservativos distribuídos**
- 2.500** mulheres, homens e jovens participaram de programas de **conscientização sobre violência de gênero**
- 1.500** mulheres receberam **assistência pré-natal**
- 1.500** mulheres receberam atendimento para **violência de gênero**
- 510** mulheres tiveram **partos seguros assistidos**
- 500** mulheres tiveram acesso à **contracepção**

CAMARÕES

- 4.075 kits para a realização de partos seguros** foram distribuídos a postos de saúde em campos e centros
- 5.400 kits de dignidade** foram entregues a mulheres e meninas vulneráveis grávidas
- 10.000 preservativos masculinos** foram distribuídos
- 110** mulheres tiveram acesso à **contracepção**
- 11** casos de estupro receberam **atendimento clínico**
- 30** profissionais de saúde distritais e **40 agentes de saúde comunitários foram treinadas/os e alocadas/os**
- 22 parteiras** recém-qualificadas foram alocadas
- 5 centros da juventude** foram equipados para capacitação e aconselhamento de adolescentes
- 4 unidades públicas de saúde** que atendem refugiadas/os foram equipadas para fornecer serviços de saúde reprodutiva de qualidade
- 4 espaços** foram criados para jovens e mulheres no campo de Minawao

NIGÉRIA

- 2.108.441** pessoas foram conscientizadas sobre prevenção e resposta à **violência de gênero**
- 27.293** mulheres tiveram **partos seguros assistidos**
- 22.000** mulheres e meninas adolescentes receberam **kits de dignidade**
- 214 kits para saúde reprodutiva** (1.759 caixas) foram distribuídos, contendo diversos equipamentos médicos, medicamentos e outros suprimentos capazes de salvar vidas
- 213 profissionais de saúde e gerentes de programas foram treinados para prestar serviços de saúde reprodutiva** em cenários humanitários
- 56 parteiras e enfermeiras foram treinadas** para administrarem métodos contraceptivos reversíveis de longa duração

Meninas que escaparam do grupo Boko Haram, em Chibok, Nigéria.
Foto © Panos/Sven Torfinn

sua reconstrução. O hospital fornece assistência pré-natal, realiza partos e oferece cuidado pós-natal a 300 mulheres por mês.

Adicionalmente, o UNFPA financiou a construção de clínicas móveis onde são atendidas gestantes de campos de refugiados, de abrigos temporários e das caravanas em áreas fronteiriças remotas, onde se estima que 100 mil pessoas estejam desabrigadas. Apenas em julho de 2015, as clínicas móveis atenderam 389 mulheres, incluindo 156 gestantes.

Alguns programas humanitários fizeram um progresso notável na ampliação do acesso a serviços de saúde reprodutiva para todas as pessoas, em todas as situações. Todas/os as/os residentes do campo de refugiados Za'atari, na Jordânia, possuem acesso a unidades de saúde materna e infantil, por exemplo, e outros centros estão atendendo refugiadas/os sírias/os abrigadas/os fora dos campos (Krause et al., 2015).

Atendimento após a ocorrência de aborto que salva vidas

Mulheres e meninas em cenários humanitários podem correr mais risco de gravidez indesejada e aborto realizado de forma não segura devido a taxas mais altas de estupro e interrupção no uso de contraceptivos causada por deslocamentos (IAWG, 2010). Embora as leis nacionais de aborto e o acesso à assistência para realização de abortos seguros varie de país para país, 99% da população mundial vivem em países onde o aborto é permitido sob determinadas circunstâncias. Seis Estados proíbem o aborto sob quaisquer circunstâncias (Iniciativa RAISE, 2015; Centro de Saúde Reprodutiva, 2014).

A assistência pós-aborto é um serviço que salva vidas, previne óbitos e doenças associadas às complicações de um aborto espontâneo ou aborto induzido. A política do UNFPA sobre aborto é guiada pelo Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994: nos países onde o aborto é legalizado, ele deve ser realizado de forma segura. Nos

países onde o aborto é ilegal, assistência pós-aborto deve estar disponível para salvar vidas.

Uma avaliação do IAWG descobriu que em três países da África Subsaariana afetados pela crise, hospitais eram considerados capazes de fornecer assistência pós-aborto, mas a real disponibilidade do atendimento era limitada (Casey et al., 2015).

Prevenindo e tratando infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV

O HIV tem recebido cada vez mais atenção em cenários humanitários durante as duas últimas décadas e recebe mais financiamento e assistência direcionada do que outros assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva (Tanabe et al., 2015). Uma avaliação realizada pelo IAWG em 2014 descobriu que muitos países apresentaram enorme progresso na ampliação do acesso a tratamentos antirretrovirais e prevenção da transmissão do vírus da mãe para o bebê, mas não progrediram em relação à prestação de serviços para prevenir ou tratar outras infecções sexualmente transmissíveis (Chynoweth, 2015).

Em 2014, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes e o Alto Comissariado para Refugiados das Nações Unidas desenvolveram um programa que inclui ações abrangentes de prevenção do HIV e redução dos danos, bem como testes de HIV, além de aconselhamento e tratamento da doença para refugiadas/os afegãos no Irã e no Paquistão, e para aquelas/es que retornaram ao Afeganistão. O programa distribuiu preservativos e seringas e apoiou serviços de HIV além dos limites das fronteiras, promovendo a continuação dos serviços após o retorno das/os refugiadas/os. No Afeganistão, o programa alcançou aproximadamente 3.000 usuários de drogas injetáveis, incluindo 500 mulheres (UNAIDS, 2015).

Protegendo o direito das adolescentes à saúde

Cenários humanitários estão repletos de riscos inerentes que aumentam a vulnerabilidade das adolescentes

à violência, pobreza, separação da família, abuso sexual e exploração. Além disso, o risco de engravidar é mais alto nas adolescentes devido à maior exposição ao sexo forçado, maior propensão a correr riscos e menos disponibilidade ou sensibilidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes (Comissão de Mulheres Refugiadas et al., 2012).

Há poucas evidências de que a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes receba assistência adequada em contextos humanitários.

Contudo, há diversos programas com abordagens promissoras, que fornecem serviços de saúde sexual e reprodutiva a adolescentes por meio de programas escolares, trabalham com populações urbanas deslocadas e incorporam a saúde sexual e reprodutiva das adolescentes às ações de redução de risco em desastres (Comissão de Mulheres Refugiadas et al., 2012).

Um assunto que preocupa todas as mulheres em idade reprodutiva afetadas por crises, mas que possui especial ressonância nas meninas adolescentes, é o controle da higiene durante a menstruação. O IAWG solicitou a criação de instalações de higiene seguras e específicas para meninas nas escolas e o fornecimento de absorventes ou outros materiais sanitários culturalmente adequados para uso durante a menstruação. O UNFPA foi uma das primeiras agências a fornecer absorventes higiênicos em cenários humanitários e tem distribuído “kits de dignidade”, que incluem absorventes higiênicos, desde os anos 2000.

Jovens podem ser agentes de mudanças positivas, capazes de fazer avançar a reconstrução e o desenvolvimento de suas comunidades. Mas, para serem engajadas/os no processo, precisam ter acesso a diversos programas, incluindo de educação formal e informal, habilidades para a vida, alfabetização, conhecimentos de matemática, treinamento vocacional e estratégias inovadoras para lidar com a insegurança e a falta de profissionais (IAWG, 2010). Entretanto, o ponto comum entre educação, subsistência e proteção para adolescentes é geralmente ignorado (UNFPA, 2015d).

CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS BEM SUCEDIDOS VOLTADOS À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS ADOLESCENTES

- envolvimento das partes interessadas
- participação e engajamento das adolescentes para identificar o número de beneficiados e aumentar a demanda por serviços
- capacidade de resposta às diferentes necessidades da subpopulação de adolescentes
- profissionais qualificados e dedicados para atender adolescentes
- prestação de serviços abrangentes a adolescentes em um único local
- abordagens holísticas e multissetoriais na programação
- supervisão estruturada, reconhecimento e mentoria contínua às/aos colegas educadoras/es
- estratégias flexíveis de alcance, incluindo a previsão de recursos para transporte
- consideração da saúde sexual e reprodutiva das adolescentes durante preparação para emergências

(Comissão de Mulheres Refugiadas et al., 2012)

Prevenindo e lidando com a violência de gênero

A resposta à violência de gênero em cenários humanitários requer serviços e suporte para prevenir e proteger as populações afetadas, reduzir as consequências e impedir lesões, trauma, danos e sofrimento futuros. As diretrizes das Nações Unidas para lidar com o problema enfatizam que toda a “equipe humanitária deve presumir que a violência de gênero esteja presente e ameaçando as populações afetadas; deve tratá-la como um problema sério de ameaça à vida; e deve agir... independente da presença ou ausência de evidências concretas” (IASC, 2005).

A violência de gênero inclui violência sexual, estupro, abuso sexual, exploração sexual e prostituição forçada; violência doméstica; casamento forçado e precoce; práticas tradicionais nocivas, como mutilação genital feminina; crimes de honra; forçar viúvas a se casarem com um irmão ou parente do falecido;

e tráfico humano (IAWG, 2010). Assim, a resposta à violência de gênero em cenários humanitários requer uma abordagem multissetorial.

Em agosto de 2015, o Comitê Permanente Interagencial (IASC), que ajuda a coordenar as ações humanitárias de diversos órgãos das Nações Unidas e de organizações parceiras, emitiu diretrizes atualizadas sobre a integração das intervenções voltadas à violência de gênero nas ações humanitárias, fazendo um apelo a agentes nacionais e internacionais para protegerem as populações afetadas por crises: “não agir contra a violência de gênero representa uma falha dos agentes humanitários no cumprimento de suas responsabilidades mais básicas, que incluem promover e proteger os direitos das populações afetadas” (IASC, 2015).

Mulheres locais são normalmente as primeiras a responderem e as primeiras a encontrarem soluções, às vezes soluções simples, que podem fazer a diferença entre a vida e a morte. Quando um terremoto abalou o Haiti em 2010, a incidência de estupro aumentou drasticamente. Como as instituições que podiam protegê-las haviam sido destruídas, as mulheres se mobilizaram nos campos para desabrigados para protegerem umas as outras e apoiarem as sobreviventes. As organizações não governamentais MADRE e KOFIV distribuíram apitos às mulheres em campos para desabrigados, o que ajudou a reduzir a incidência de estupro em 80% em um campo. A instalação de iluminação alimentada por energia solar também contribuiu para reduzir a violência de gênero nos campos.

As mulheres tomaram também a iniciativa nas Filipinas após o Tufão Haiyan, formando grupos de vigilância e “espaços das mulheres” para se protegerem da violência de gênero. Em julho de 2014, quando o país recebeu outro alerta de tufão, as mulheres enviaram os grupos de vigilância aos centros de evacuação, em coordenação com policiais femininas e autoridades locais.

Logo após o Haiyan, o Ministério do Bem-Estar e Desenvolvimento Social das Filipinas e o UNFPA organizaram unidades nos centros de evacuação de

Tacloban para que as mulheres e meninas pudessem relatar riscos à saúde e à segurança. Muitas citaram falta de privacidade, superlotação e iluminação inadequada como as principais ameaças. As meninas adolescentes disseram que tinham medo de usar os banheiros à noite. Em resposta ao pedido de mais proteção, a Polícia Nacional das Filipinas alocou mais policiais femininas e treinou-as para atenderem casos de violência de gênero. A presença de policiais femininas não apenas ajudou a reduzir o risco de violência de gênero, como também aumentou o registro dos casos.

Muitos programas que lidam com violência de gênero em cenários humanitários utilizaram medidas inovadoras para garantir um atendimento efetivo. O Chade, por exemplo, criou abrigos para mulheres solteiras (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2004) e espaços seguros para sobreviventes, onde podem ter acesso a apoio psicológico e treinamento de habilidades (UNFPA, 2015c). Na Jordânia e em muitos outros países, espaços seguros permitem que mulheres e meninas divulguem incidentes de violência sexual e tenham acesso a atendimento seguro e não estigmatizante (UNFPA, 2015c).

A criação de espaços seguros para mulheres e meninas afetadas por crises é cada vez mais reconhecida como uma prática efetiva em atendimentos de emergência, e uma grande estratégia para a proteção, liderança e empoderamento de mulheres e meninas. Diferentes de abrigos, os espaços seguros são locais formais ou informais onde as mulheres e meninas se sentem física e emocionalmente seguras e podem interagir, receber apoio social, adquirir habilidades, obter atendimento em caso de violência de gênero e receber informações sobre questões relacionadas aos direitos das mulheres, à saúde e a serviços.

Foi comprovado que a criação de forças-tarefa e esquemas de vigilância comunitários são ações essenciais na prestação de serviços de proteção em cenários humanitários. No Malawi, por exemplo, após as inundações devastadoras no começo do ano, as mulheres relataram medo de serem abusadas enquanto andavam sozinhas até os banheiros. O Ministério de Gênero,



Meninas dançando no Campo Za'atari, na Jordânia.

Foto © Panos Pictures/Mads Nissen

Crianças, Incapacidades e Bem-Estar Social e o UNFPA ajudaram na instalação de mais de 50 tendas que se converteram em espaços seguros para mulheres e meninas, e ajudaram as/os oficiais a criarem forças-tarefa para lidar com a violência de gênero.

Muitos países têm recorrido aos chamados “primeiros socorros psicológicos” para mitigar os efeitos da violência de gênero. A CARE, por exemplo, forneceu esse serviço a quase 800 mil pessoas afetadas por conflitos e desastres em 2014. O esquema de primeiros socorros psicológicos foi testado no Haiti, e apresentou resultados positivos nos participantes que sofriam de desgaste emocional (Schafer et al., 2010). Em Tonga, prestadoras/es de serviços na linha de frente, que trabalham com o Ministério da Saúde e organizações não governamentais, foram treinadas/os para fornecer suporte psicológico e suporte à saúde mental. Em Fiji, o UNFPA liderou o desenvolvimento de esquemas de primeiros socorros psicológicos prestados por organizações governamentais e não governamentais.

Programas que envolvem homens e meninos na prevenção da violência de gênero são essenciais e incluem, por exemplo, os “Grupos Masculinos de Ação” do Comitê Internacional de Resgate na Libéria

e a campanha “Seja homem” da CARE nos Bálcãs, que é realizada nas escolas e liderada por jovens (Holmes e Bhuvanendra, 2014; Shteir, 2014).

A maior parte da atenção voltada à violência de gênero foca nos casos de estupro, mas temas como casamento precoce forçado, violência doméstica, mutilação genital feminina e tráfico humano também são abordados.

Uma análise sistemática dos esforços para desencorajar o casamento precoce identificou cinco abordagens principais:

- Empoderar meninas para capacitá-las e aumentar seus ativos sociais
- Mobilizar comunidades para modificar normas sociais nocivas
- Melhorar o acesso das meninas à educação formal igualitária
- Melhorar a situação econômica das meninas e de suas famílias
- Construir um ambiente jurídico e de políticas propício (UNFPA, 2012a).

Algumas agências realizam programas de educação comunitária em massa para conscientização sobre os impactos negativos do casamento infantil à saúde, incluindo o programa Voluntário de Informações da

CARE na Turquia e o programa Ação Integrada sobre Pobreza e Casamento Precoce da Oxfam no Iêmen (CARE, 2015; Oxfam, 2008; UNFPA, 2012a). A maior parte dos programas tem como objetivo mudar normas sociais subjacentes através de esforços de educação comunitária. Poucos programas abordam leis e políticas sobre casamento precoce e um número menor ainda atende meninas que já se casaram (UNFPA, 2012a; Feldman-Jacobs e Ryniak, 2006a).

O caos e a separação da família durante as crises podem tornar mulheres e meninas mais vulneráveis ao tráfico. O *ECPAT International* (Eliminar a Prostituição Infantil, a Pornografia Infantil e o Tráfico de Crianças para Fins Sexuais) desenvolveu um guia específico para situações de emergência no qual aconselha as famílias a estabelecerem com suas filhas e filhos locais de encontro e medidas de identificação em caso de separação (Delaney, 2007).

Adaptação às mudanças demográficas de refugiadas/os

Hoje, estima-se que seis a cada 10 refugiadas/os em todo o mundo vivem em cidades, não em campos de



Em um campo em Dohuk, Iraque.
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

refugiados. As porcentagens podem variar de acordo com o contexto, com mais de oito em 10 refugiadas/os da Síria vivendo em áreas urbanas. É importante compreender a crescente tendência da urbanização de refugiadas/os para redirecionar as estratégias de proteção e programação, com o objetivo de atender às suas necessidades em diversas localidades. Em resposta, o UNFPA e o escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados desenvolveram um kit de ferramentas sobre saúde sexual e reprodutiva a fim ajudar agentes humanitários e parceiros no planejamento e programação para refugiadas/os urbanos. O kit de ferramentas inclui dicas para tomada de decisões, análise, mapeamento de instalações e serviços de saúde, planejamento, monitoramento e avaliação, defesa, coordenação, mobilização comunitária e opções para a prestação de cuidados com a saúde.

A preparação salva vidas

Um número cada vez maior de iniciativas de preparação para emergência e redução de riscos de desastre inclui hoje a saúde sexual e reprodutiva como um serviço essencial antes, durante e após uma crise. Em 2014, o UNFPA reforçou as capacidades de resposta rápida em 48 países para fornecer o pacote de serviços básico inicial de saúde sexual e reprodutiva, que inclui serviços e produtos em caso de crise (UNFPA, 2014). A estocagem de produtos de saúde sexual e reprodutiva no Nepal antes do terremoto de abril de 2015, por exemplo, permitiu que os agentes humanitários os distribuíssem imediatamente após o desastre.

No Paquistão, as monções dos últimos anos têm inundado o distrito de Jhang, destruindo instalações de saúde locais e desalojando milhares de pessoas em aproximadamente 250 aldeias. Após cada desastre, o UNFPA e a Muslim Aid uniram forças para restaurar os serviços essenciais de saúde reprodutiva. Porém, em 2015, também ajudaram as comunidades e os profissionais da saúde a se prepararem para futuros desastres, mobilizando mulheres que assumiram a liderança dos comitês locais de redução do risco de desastres.

Os comitês incluem agentes comunitários de saúde, parteiras e membros das comunidades que conscientizam sobre a ameaça de desastres naturais e explicam o que as pessoas podem fazer para mitigar os efeitos.

Também foram formados comitês de redução do risco de desastres liderados por jovens. Esses grupos são encarregados de investigar o tipo sanguíneo dos indivíduos nas comunidades, caso sejam necessários doadores, além de coordenar planos para alcançar mulheres grávidas em caso de desastre com os departamentos de saúde do governo.

Juntos, os comitês liderados por mulheres e jovens também identificaram locais menos suscetíveis a inundações para o armazenamento de kits de parto, produtos de cuidados neonatal limpos e até barcos para transportar as mulheres que precisarem de assistência médica.

O acesso a serviços abrangentes aumenta, porém as lacunas persistem

A resposta em matéria de saúde sexual e reprodutiva nas situações humanitárias tem melhorado enormemente, desde a sua virtual inexistência até 1994 a serviços e coberturas mais abrangentes na atualidade. A resposta atual em Za'atari, na Jordânia, é um bom exemplo: os serviços disponíveis às/aos refugiadas/os sírias/os inclui planejamento da vida reprodutiva e pré-natal; parto e cuidados obstétricos de emergência e para recém-nascidos; resposta à violência de gênero; prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV; e atenção a adolescentes.

O sucesso da resposta à saúde sexual e reprodutiva até o momento é um resultado da colaboração entre organizações humanitárias e de desenvolvimento, ministérios da saúde e comunidades. Mais mulheres e meninas refugiadas ou desalojadas têm mais acesso aos serviços hoje do que em qualquer momento do passado.

Porém, também está claro que poucas dessas populações possuem acesso a toda a gama de serviços aos quais têm direito. As crescentes populações carentes sinalizam a necessidade do aumento da profundidade e alcance dos serviços, com o objetivo de garantir que possam exercer seu direito à saúde reprodutiva, mesmo durante uma

crise. Ações estratégicas para priorizar o apoio na saúde reprodutiva são fundamentais para a dignidade humana.

Estas ações devem ser mais sensíveis ao contexto, adaptadas à evolução das circunstâncias e mantidas durante todo o curso da vida. As intervenções de saúde e resposta geral às crises em cenários humanitários e frágeis devem ser melhor previstas, planejadas e financiadas.

O mundo embarca em uma nova agenda de desenvolvimento sustentável para os próximos 15 anos em um período de crises emergentes e prolongadas, e a maioria das pessoas afetadas inclui mulheres, crianças e adolescentes, que carecem de acesso a serviços de salvamento, enfrentando grave exclusão, exploração e perecendo em maior número.

Em países que emergem de conflitos, a contínua falta de acesso a cuidados de saúde, apoio psicossocial e social, e justiça, aliada à violência contínua de gênero, impedem a recuperação e o desenvolvimento. Muitas vezes, os processos de planejamento do desenvolvimento em longo prazo dos países deixam de incluir a preparação, a resposta e a recuperação de crises. Para cumprir a maioria dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas será necessário atender especificamente o desenvolvimento sustentável e inclusivo de mulheres e meninas adolescentes em crises humanitárias.

Para ajudar a enfrentar os desafios futuros, especialistas das agências das Nações Unidas, governos, sociedade civil, acadêmicos e fundações se reuniram em Abu Dhabi, em fevereiro de 2015, e solicitaram uma nova estratégia global para proteger a saúde de todas as mulheres e crianças de cada cenário, incluindo desastres e conflitos. A “Declaração de Abu Dhabi” do grupo afirmou que a construção da resiliência e a aceleração da recuperação das comunidades afetadas pela crise dependem do atendimento às necessidades de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente e dos direitos humanos em contextos humanitários, reduzindo óbitos maternos e infantis evitáveis, bem como prevenindo e respondendo à violência de gênero, ao mesmo tempo em que aborda as necessidades básicas de nutrição, água, saneamento e higiene (UNFPA, 2015).

Fortalecer a resiliência e eliminar a lacuna entre a ajuda humanitária e o desenvolvimento

O profundo impacto dos desastres e conflitos sobre as pessoas, comunidades, instituições e nações evidencia a importância fundamental da construção da resiliência, de forma que todas as pessoas possam suportar melhor os efeitos das crises e recuperar-se delas de maneira mais rápida. A construção da resiliência também pode ajudar a mitigar potenciais efeitos negativos sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas adolescentes.

O dano colateral da crise do Ebola na Libéria: mulheres e meninas em idade reprodutiva



Dra. Jallah em hospital em Paynesville, Libéria

Foto © Abbas Dulleh/AP Imagens para o UNFPA

Comfort Fayiah é uma das afortunadas.

Ao final de setembro de 2014, quando se aproximava a data prevista para o nascimento de seus bebês gêmeos, a crise do Ebola na Libéria, sua terra natal, atingia o seu pico. Desde que o primeiro paciente com Ebola foi diagnosticado em Monrovia, em junho de 2014, o número de novos casos estava crescendo a cada dia: em agosto eram detectados mais de 400 casos por semana. O Ministério da Saúde e Bem-Estar Social foi forçado a suspender praticamente todas as atividades não relacionadas ao Ebola, com o objetivo de se concentrar no gerenciamento da crise. O resultado indesejado dessa medida foi que as mulheres em idade reprodutiva na Libéria sofreram algumas das piores consequências do Ebola, independentemente de estarem infectadas ou não.

“A cadeia de abastecimento nacional de saúde encerrou abruptamente todas as suas operações de rotina, impedindo o acesso das unidades de saúde aos suprimentos médicos e produtos essenciais,” declarou Woseh Gobehe, diretor do programa nacional de saúde reprodutiva do UNFPA, o Fundo de População das Nações Unidas. “Mesmo em cidades consideradas menos afetadas pelo surto, as instalações de saúde sofreram enorme falta de medicamentos e suprimentos médicos.”

Não era apenas uma questão de fornecimento: O número de médicas/os, já escasso na Libéria (no começo da crise, apenas 45 profissionais atuavam no setor público em todo o país, de acordo com estimativas do Ministério da Saúde), estava sendo ainda mais prejudicado pelo Ebola. Até maio de 2015, surpreendentes



Comfort Fayiyah e suas filhas.
Foto © Abbas Dulleh/AP Imagens para o UNFPA

8,07% das/os médicas/os, enfermeiras/os e parteiras/os da Libéria haviam morrido de Ebola, em comparação a 0,11% da população geral. O medo de se infectar — principalmente causado pela dificuldade em determinar se um paciente era portador de Ebola sem um teste laboratorial — fez com que muitas/os profissionais da saúde se afastassem das pessoas.

“Profissionais da saúde começaram a sentir medo e a recusar-se a atender pacientes,” declara Dra. Wilhelmina Jallah, diretora executiva e diretora médica da *Hope for Women International*, uma organização médica não governamental, e médica baseada em Paynesville, Libéria. “Nenhum profissional da saúde queria tocar em uma mulher grávida, mesmo com os equipamentos de proteção pessoal.”

Para mulheres grávidas como Comfort, hoje com 29 anos, isso significava que os cuidados pré-natais eram escassos - a realização de quatro consultas pré-natais, um indicador comum de resultados maternos positivos, havia aumentado até então na Libéria, mas acabou diminuindo de 65% em 2013 para 40% em agosto de 2014. E o parto em uma instalação de saúde adequada se tornou algo impossível. Quando chegou a hora do parto de Comfort, ela foi de lugar em lugar, porém não conseguiu encontrar um hospital ou clínica para atendê-la. “Eles me recusaram; disseram que não podiam me ajudar,” declara Comfort. “Não posso culpar os trabalhadores de saúde que se recusaram a me atender porque todos estavam com medo da doença.”

E enquanto as mães que estavam grávidas sem Ebola (como Comfort) tinham

dificuldades em encontrar atendimento, aquelas que estavam infectadas praticamente não tinham chance de ter um bom parto.

“É mais perigoso tratar mulheres grávidas com Ebola porque o efeito do Ebola na gravidez é desconhecido e não existem orientações a serem seguidas. Mulheres grávidas possuem sangue e fluidos corporais que podem expor os profissionais da saúde ao vírus,” afirma Jallah.

Sem outra opção, Comfort abrigou-se da chuva torrencial, e deitou-se no chão sujo para fazer o parto sob um telhado ondulado. “Sofri muito e tive medo de morrer. A minha única esperança era que um milagre acontecesse,” diz. E aconteceu: Comfort deu à luz gêmeas com a ajuda de uma enfermeira que estava passando pelo local na hora certa.

Um conflito ou desastre pode apagar uma geração de ganhos econômicos e sociais em um piscar de olhos. Também pode comprometer permanentemente as perspectivas de um indivíduo de ter uma vida melhor, dizimando as oportunidades e limitando suas escolhas.

E pode exacerbar as desigualdades existentes na sociedade, resultando em dificuldades ainda maiores para as pessoas pobres e marginalizadas, e exigindo uma cobrança desproporcional de mulheres e jovens - principalmente com idade inferior a 20 anos -, que constituem cerca de metade da população em muitos cenários em conflito e pós-conflito (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2015).

O profundo impacto humano dos desastres e conflitos sobre as pessoas, comunidades, instituições e nações destaca a importância fundamental da construção da resiliência, de forma que todas as pessoas possam suportar melhor os efeitos das crises e recuperar-se delas de maneira mais rápida. A construção da

resiliência também pode ajudar a mitigar potenciais efeitos negativos sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas adolescentes.

Quem vive, morre ou se recupera durante ou após um conflito ou desastre depende, em parte, das políticas, programas e contextos sociais, econômicos e políticos anteriores à crise.

Um desenvolvimento inclusivo e igualitário, que respeita e protege os direitos humanos de todas as pessoas, incluindo os direitos reprodutivos e o direito à saúde - em particular à saúde sexual e reprodutiva -, é central para a resiliência. Os princípios de inclusão, igualdade e direitos também formam a base para a nova geração dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, que irão orientar a resposta da comunidade internacional aos desafios econômicos e sociais nos próximos 15 anos. Garantir a saúde sexual e reprodutiva e os direitos de mulheres e meninas adolescentes contribuirá enormemente para o alcance da meta de desenvolvimento inclusivo e igualitário, e pode conduzir a sociedades mais resilientes, mais capazes de resistir a crises e de se



Woseh Gobeh.

Foto © Abbas Dulleh/AP Imagens para o UNFPA

Outras mulheres não tiveram tanta sorte. Em toda a região, médicas/os relataram um aumento no número de mortes de mulheres grávidas por causas evitáveis, incluindo hemorragia, ruptura uterina e doença hipertensiva. E, uma vez que profissionais da saúde não podem ser substituídas/os imediatamente (considere os muitos anos que se leva para educar e formar um/a cirurgião/ã), as consequências irão apenas piorar: de acordo com um relatório recente do Banco Mundial, a perda de profissionais da saúde na Guiné, Libéria e Serra Leoa pode resultar em mais 4.022 mortes de mulheres a cada ano por complicações na gravidez e no parto. A mortalidade materna poderia aumentar 38% na Guiné, 74% em Serra Leoa e 111% na Libéria.

Há também o impacto sobre a capacidade das mulheres em determinar se, quando e quantas vezes engravidar. Segundo estimativas do UNFPA, aproximadamente metade das instalações de saúde na Libéria esgotaram completamente seus estoques de contraceptivos injetáveis durante o auge da crise do Ebola. Um pouco mais do que um terço das instalações de saúde fornecia serviços de planejamento da vida reprodutiva, segundo o Ministério da Saúde. Ganhos notáveis pré-crise no uso de contraceptivos foram todos perdidos.

“O número de mulheres e crianças que continua a morrer de problemas de saúde evitáveis é inaceitavelmente elevado,” afirma Gobeh. “Negar a uma mulher ou menina o acesso a serviços

reconstruir de modo a atingir uma resiliência ainda maior.

Porém, a nova visão de desenvolvimento sustentável para os próximos 15 anos apenas poderá ser realizada se todas as pessoas do mundo estiverem envolvidas e participarem de seu sucesso. Isso significa que as mulheres e meninas adolescentes devem desempenhar um papel central na liderança e na contribuição de esforços para melhorar a saúde e o desenvolvimento sustentável em todos os níveis — doméstico, comunitário, institucional e estatal — e não serem deixadas para trás ou relegadas a um papel secundário.

A estrada para a resiliência, de Hyogo a Sendai

O termo resiliência, do verbo latino *resilire* (recuperar ou recuo), tem sido utilizado em diversos contextos, que vão desde o campo da ecologia, para explicar como um ecossistema responde às mudanças, ao campo da psicologia, para descrever como indivíduos respondem ao trauma (McAslan, 2010; Manyena, 2014; Matyas y Pelling, 2015). Uma característica

desses termos, independente da disciplina, é o foco sobre como lidar e responder a impactos.

Hoje, a resiliência ocupa um espaço central na conceitualização da resposta a desastres naturais, conflitos, emergências e outros riscos (Twigg, 2009, Matyas y Pelling, 2015; DFID, 2011). Nele se fundamenta a concepção e a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, e os resultados de saúde para mulheres e meninas.

Dois planos globais voltados para a segurança em situações de desastres naturais, o Marco de Ação de Hyogo de 2005 a 2015 e o Marco de Sendai de 2015 a 2030, mencionam prioridades para a construção de resiliência.

Um objetivo-chave estratégico no Marco de Hyogo é o desenvolvimento e o fortalecimento das instituições, mecanismos e capacidades em todos os níveis, principalmente no nível da comunidade, que pode contribuir sistematicamente para construção de resiliência a riscos (Secretaria Interinstitucional da Estratégia Internacional para a Redução de Desastres nas Nações Unidas [UNISDR], 2005).

de saúde reprodutiva de qualidade é uma violação de direitos humanos.”

Entretanto, os esforços para melhorar a situação tiveram algum impacto. O UNFPA e outras instituições estão trabalhando para aumentar o número de profissionais de saúde, incentivando, por exemplo, parteiras aposentadas a retornar à força de trabalho. “Por meio desse esforço, os partos em instalações de saúde aumentaram de uma média de seis a 10 mensais para 30 a 40 mensais, em apenas dois meses,” declara Gobeh. O UNFPA também lançou uma campanha nacional de promoção e distribuição de preservativos para ajudar a educar os jovens sobre a importância

da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o Ebola. E o número cada vez menor de novos casos de Ebola na região serve como um alívio para mulheres em idade reprodutiva.

“Parablenzo a Libéria e a comunidade internacional por vencer o Ebola em

um período de tempo relativamente curto,” afirma Gobeh. Porém, agora, “a responsabilidade e o apelo mais importantes ao Governo da Libéria, à comunidade doadora e a todos os parceiros, é a reconstrução do sistema de prestação de cuidados à saúde, mais necessária do que nunca”.

Comfort Fayiah e sua família em casa.

Foto © Abbas Dulleh/AP Imagens para o UNFPA





A parteira Christine Yakoundou examina uma paciente em Centre de Santé, República Centro-Africana.
Foto © Panos/Jenny Matthews

O Marco declara que a perspectiva de gênero deve ser integrada a todas as políticas de gestão de riscos de desastres, planos e processos de tomada de decisões, incluindo aqueles relacionados à avaliação de riscos, alerta precoce, gestão de informações, educação e treinamento.

Com base no Marco de Hyogo, a Declaração de Sendai ampliou a definição de resiliência para incluir explicitamente a importância de resistir, absorver e recuperar-se de riscos, assim como refletir a importância da resiliência em vários níveis - comunitário, social e individual. A resiliência é definida como:

“A capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a riscos de resistir, absorver, acomodar-se e recuperar-se dos efeitos de um risco de maneira oportuna e eficaz, o que inclui a preservação e restauração de estruturas e funções essenciais” (UNISDR, 2015a).

A Declaração de Sendai expande a perspectiva de gênero do Marco de Hyogo, incluindo mulheres no planejamento e concepção de abordagens para a preparação de desastres. Também salienta a necessidade de fortalecer a concepção e a implementação de políticas inclusivas e mecanismos de rede de

segurança social, como a saúde sexual e reprodutiva.

A resiliência é um processo e um estado final, que permite a comunidades e lares vulneráveis prevenir, preparar ou responder a tensões e choques sem comprometer as suas perspectivas de longo prazo.

Antecipando a pobreza e a desigualdade

Os fatores socioeconômicos e estruturais que determinam a capacidade de resiliência das comunidades são pré-requisitos cruciais para os efeitos de um desastre ou conflito e exigem atenção constante por parte dos governos. Embora possa ser vista como um estado final, a resiliência é um processo contínuo, que exige esforços contínuos para abordar os fatores socioeconômicos e estruturais — pobreza, normas prejudiciais de gênero e até mesmo insegurança alimentar — que podem influenciar a capacidade das comunidades de resistir ou recuperar-se de uma crise. O processo de construção da resiliência deve ser priorizado em todos os níveis e guiado por estratégias de adaptação local, cultura, herança e conhecimento. Isso requer o envolvimento dos agentes do processo humanitário e de desenvolvimento, embora o processo deva ser assumido pela comunidade como um todo (Twigg, 2009).

As emergências humanitárias, como desastres naturais

e conflitos, podem levar à ampliação e aprofundamento da pobreza e da desigualdade (UNISDR, 2015). A resiliência pode mitigar esses efeitos.

A construção da resiliência envolve a abordagem de causas subjacentes da vulnerabilidade, como a pobreza e a desigualdade, e a adoção de medidas

preventivas para construir adaptação positiva antes que a crise ocorra (Hillier & Castillo, G. E, 2013; IFRC, 2012). Investimentos em saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente, e em direitos reprodutivos, protegerão as pessoas mais afetadas por desastres.

RESILIÊNCIA E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO AOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

<i>Objetivos relacionados à resiliência</i>	<i>Objetivos que abordam SSR</i>
ODMs (2000-2015)	
Nenhum	<p>Objetivo 5: Melhorar a saúde materna</p> <p>Meta 5A: Reduzir a mortalidade materna</p> <p>Meta 5B: Alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva</p>
ODSs (2016-2030)	
<p>1.5 Até 2030, fomentar a resiliência das pessoas pobres e daquelas em situação de vulnerabilidade, e reduzir sua exposição e vulnerabilidade a eventos extremos relacionados ao clima e outras crises e desastres econômicos, sociais e ambientais.</p> <p>11b Até 2020, aumentar substancialmente o número de cidades e assentamentos humanos que adotam e implementam políticas e planos integrados para promover a inclusão, o uso eficiente dos recursos, a mitigação e adaptação às mudanças climáticas, a resiliência a desastres; e desenvolver e implementar, de acordo com o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, o gerenciamento integral do risco de desastres em todos os níveis.</p> <p>13.1 Fortalecer a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países.</p> <p>14.2 Até 2020, gerir de forma sustentável e proteger os ecossistemas marinhos e costeiros para evitar impactos adversos significativos, inclusive por meio do reforço da sua capacidade de resiliência, e tomar medidas para a sua restauração, com o objetivo de reestabelecer a saúde e a produtividade dos oceanos.</p>	<p>3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os de planejamento da vida reprodutiva, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.</p> <p>5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e outros tipos de exploração.</p> <p>5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.</p>

Investir na juventude para aumentar as capacidades de absorção de impactos de comunidades e nações

Saúde e direitos sexuais e reprodutivos são um dos pilares da transição das pessoas jovens para a vida adulta (UNFPA, 2013). Quando os governos tomam medidas para garantir que a transição seja segura e saudável, também tomam medidas para impulsionar as capacidades de “absorção de impactos” das comunidades e nações, criando assim ambientes onde indivíduos também podem se tornar resilientes.

A construção da resiliência também pode ajudar a retificar e transcender as desigualdades arraigadas (UNISDR, 2015a). Por exemplo, a construção da resiliência dos sistemas de saúde dos países pode ajudar a expandir o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade para aquelas pessoas excluídas antes de um desastre.



Nyantit, 10, Sudão do Sul: “Querida sair bonita na foto, então fui para casa trocar minha blusa. É a única blusa bonita que eu tenho, porque tive que deixar tudo para trás quando fomos obrigados a fugir.”

Foto © Panos/Chris de Bode

Para ter sucesso, a construção da resiliência deve transformar o gênero, desafiando estruturas de poder desiguais (Winderl, 2014). Deve incluir mulheres e meninas, não apenas como beneficiárias dos serviços de saúde e proteção social, mas também como defensoras, profissionais de saúde, membros ativos, representantes e líderes de suas comunidades.

Resiliência ligada ao desenvolvimento robusto que leva em conta as vulnerabilidades de indivíduos

O impacto dos desastres naturais e conflitos sobre indivíduos e comunidades depende, em grande parte, da extensão e natureza da pobreza e privação social antes da ocorrência da crise (UNISDR, 2015). A construção da resiliência e a proteção de comunidades dos efeitos negativos causados por um desastre devem, portanto, ser relacionadas a uma agenda de desenvolvimento robusta que leve em conta as vulnerabilidades individuais, sociais, econômicas e culturais.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas de 2015 a 2030, e outros esforços para reduzir a privação social e a pobreza, dentro de um marco internacional de direitos humanos, fornecem um caminho para os Estados e seus parceiros de desenvolvimento participarem da construção da resiliência (Nações Unidas, 2015b). Esse caminho também foi destacado em uma resolução da Assembleia Geral no Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015 a 2030:

“Os Estados também reiteram seu compromisso em abordar a redução dos riscos de desastres e a construção da resiliência a desastres com um senso renovado de urgência dentro do contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza, e a integrar, conforme adequado, a redução do risco de desastres e a construção da resiliência em políticas, planos, programas e orçamentos em todos os níveis, bem como considerá-los nos marcos relevantes”.

Ao vincular os esforços para aumentar a resiliência com o desenvolvimento sustentável, evita-se que a resiliência seja definida por meio de um conjunto separado de normas; desse modo, integra-se ao processo em curso o alcance geral de um conjunto de objetivos de desenvolvimento dos países. Para alcançar os objetivos de saúde, por exemplo, é preciso melhorar a qualidade e o escopo da saúde sexual e reprodutiva, incluindo os prestados em situações de emergência, crises e em campos de refugiados. Dado que a alta mortalidade materna e infantil está concentrada em países com conflitos e desastres naturais, estabelecer conexões robustas entre programas de melhoramento da resiliência e metas de desenvolvimento será essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e mitigar os efeitos dos desastres.

Investir na redução dos riscos de desastre para melhorar a saúde materna, infantil e adolescente

A redução do risco de desastres é um elemento fundamental na resiliência. Embora a resposta humanitária seja uma intervenção de curto prazo, a redução do risco de desastres é um compromisso de longo prazo, que aborda as causas de fundo da vulnerabilidade durante uma crise (*Plan International*, 2013). Ainda que algumas crises, como terremotos e tsunamis, não possam ser evitadas, seus impactos podem ser mitigados por investimentos pré-crise na construção de sistemas resilientes de saúde sexual e reprodutiva, com foco nas necessidades de grande parte dos segmentos vulneráveis da comunidade.

Para melhorar a preparação e reduzir riscos, o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres estabelece a prevenção de novos desastres e a redução de riscos dos existentes por meio de medidas econômicas, estruturais, legais, sociais, de saúde, culturais, educacionais, ambientais, tecnológicas, políticas e institucionais integradas e inclusivas. Essa abordagem integrativa pode prevenir e reduzir a exposição e a vulnerabilidade a riscos de desastres,

aumentar a preparação para resposta e recuperação e, assim, fortalecer a resiliência (UNISDR, 2015a).

A redução de riscos e a construção da resiliência começa com o conhecimento da evolução das ameaças e das vulnerabilidades físicas, sociais, econômicas e ambientais a desastres enfrentadas pela maioria das sociedades, seguidas pela ação tomada com base nesse conhecimento, de acordo com o Marco de Ação de Hyogo.

A dimensão dos desastres tem aumentado devido às taxas mais altas de urbanização, desmatamento e degradação ambiental e à intensificação das variáveis climáticas, como temperaturas mais altas, precipitação extrema, ventos e tempestades mais violentas (Leaning and Guha-Sapir, 2013). Portanto, os esforços para reforçar a resiliência a desastres exigem uma compreensão profunda dos fatores socioeconômicos e políticos que deixam as pessoas em risco, e uma compreensão sólida de como a mortalidade e a morbidade diferem entre grupos populacionais e ao longo do tempo (Leaning and Guha-Sapir, 2013). Essa compreensão pode semear sistemas que enfrentam e diminuem as causas subjacentes de risco e vulnerabilidade, tendo em vista as diferenças de gênero, classe, casta, raça, idade, etnia, deficiência e renda que geram a geografia da desigualdade de risco e da exclusão social e política (UNISDR, 2015).

A redução do risco de desastres também deve reconhecer os riscos específicos de gênero, dar uma resposta a eles e tornar a igualdade de gênero um objetivo-chave (Bradshaw, 2015).

As capacidades de enfrentamento variam dentro e entre os países

As análises de risco devem ter em conta as variações dentro dos países e entre eles. O Índice de Gestão de Riscos dos Comitês Permanentes Interagências (INFORM) demonstra a capacidade de enfrentamento dos países, com base na medida dos esforços de redução dos riscos de desastre, governança, comunicação, infraestrutura física e acesso ao sistema de saúde.

Na África Ocidental e Central, as mulheres têm uma em 32 chances de morte materna. Esse número é quase cinco vezes o risco enfrentado por mulheres no Sul da Ásia e aproximadamente 150 vezes o risco enfrentado por mulheres em países industrializados (*Save the Children*, 2014). Se os dados dos países fossem substancialmente desagregados, surgiriam outras evidências sobre como diferentes comunidades começam de diferentes lugares no espectro da redução de riscos; o efeito de um desastre sobre uma mulher no quintil de renda mais alto em um ambiente urbano é diferente do efeito de um desastre em uma mulher no quintil de renda mais baixo vivendo a minutos de distância. Os esforços para construir resiliência são urgentes nesses contextos desiguais e os dados desagregados devem servir para influenciar as políticas nacionais e a alocação de recursos, ajudando a identificar os riscos, construir resiliência e preparar melhor para crises.

A desigualdade no acesso a redes de serviço e segurança afeta a resiliência de diferentes grupos e indivíduos atingidos por desastres, principalmente mulheres e meninas. E a desigualdade de acesso a terras, renda e patrimônio afeta como os domicílios e comunidades podem gerenciar seus próprios riscos de desastre. A desigualdade de proteção por meio de direitos, leis e regulamentos estabelecidos, e a desigualdade em voz e responsabilidade irão impactar qualquer programa de redução de riscos de desastre, bem como a capacidade dos países de enfrentar as causas subjacentes dos riscos de desastre (UNISDR, 2015).

O compromisso com as pessoas menos propensas a receber cuidados ou acesso a serviços também é refletida na Estratégia Global “Toda Mulher, Toda Criança” do Secretário Geral das Nações Unidas. A desagregação dos dados permite que o desenvolvimento da resiliência deixe de ser baseado exclusivamente em medidas

globais de saúde e bem-estar que não diferenciam o impacto dos conflitos e desastres em jovens, mulheres, imigrantes e populações marginalizadas de baixa renda.

A integração da coleta de dados desagregados em sistemas de coleta de dados de rotina e o reforço dos sistemas de registro civil e estatísticas vitais permitiriam uma compreensão mais matizada dos riscos.

O desenvolvimento de sistemas robustos de alerta precoce, sensíveis às questões de gênero, idade e deficiência é uma forma crucial de garantir acesso igualitário a informações antes de uma crise (Iniciativas de Desenvolvimento, 2015).



Na África Ocidental e Central, as mulheres têm uma em 32 chances de morte materna. Esse número é quase cinco vezes o risco enfrentado por mulheres no Sul da Ásia e aproximadamente 150 vezes o risco enfrentado por mulheres em países industrializados.

Construindo resiliência em emergências relacionadas a conflito

A maior parte das inovações em alertas precoces tem como foco eventos relacionados ao clima. Já o alerta precoce e a ação no caso de conflitos são mais difíceis, tanto por motivos técnicos como políticos. A construção da resiliência em emergências humanitárias resultantes de conflitos requer um conjunto diferente e multifacetado de

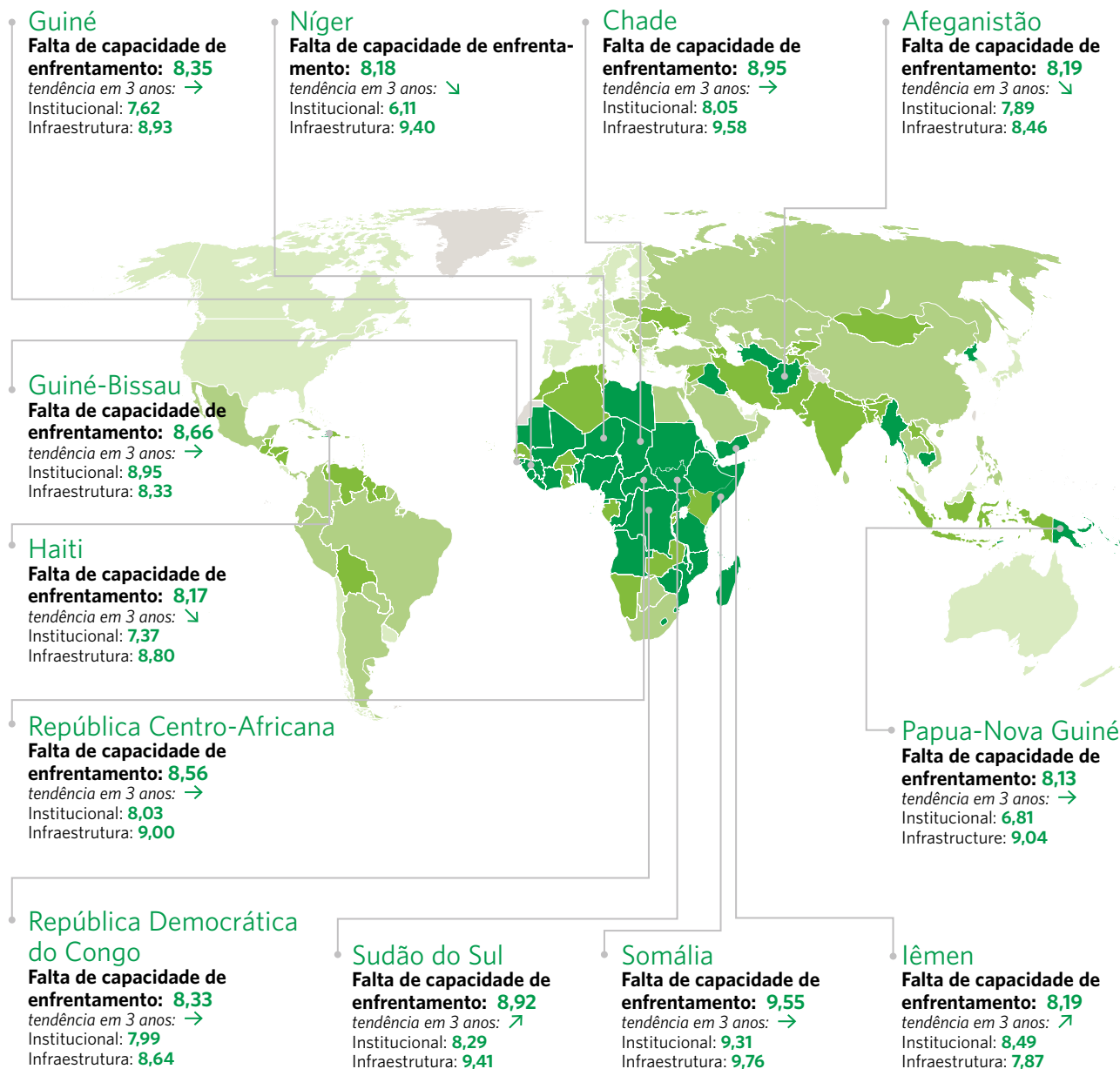
estratégias de prevenção, incluindo a implementação de medidas enérgicas contra a discriminação e a favor da redução da violência, além de atenção às desigualdades estruturais que afetam a saúde sexual e reprodutiva (Harris et al., 2013). As emergências humanitárias estão cada vez mais relacionadas simultaneamente com desastres e conflitos, com os respectivos conjuntos de fatores interagindo entre si.

Ebola

A crise do Ebola afetou aproximadamente 18,7 milhões de pessoas, incluindo 9,8 milhões de adolescentes e crianças (UNICEF, 2015). A epidemia mostrou como os sistemas de saúde com atenção básica deficiente têm

FALTA DE CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO 2015

Essa dimensão mede a falta de recursos disponíveis que podem ajudar as pessoas a enfrentar eventos perigosos. É composta por duas categorias—instituições e infraestrutura. Esse mapa apresenta detalhes dos 12 países com os maiores valores da dimensão da falta de capacidade de enfrentamento.



INFORMAÇÃO SOBRE O ÍNDICE DA CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO



(INFORM, 2015)

baixa resiliência a choques. Nesses contextos, a resiliência teria implicado no desenvolvimento de capacidades, fortalecimento dos sistemas de saúde subnacionais, aumento do acesso e troca de informações, desenvolvimento dos sistemas de engajamento de atores em todos os níveis de governo, além do setor de saúde, e construção de confiança (Kieny y Dovlo, 2015).

Um sistema de saúde resiliente pode responder à mudança de perfil epidemiológico de uma população e adaptar-se a condições adversas. Em vez de operar de forma isolada, um sistema de saúde resiliente possui conexões com parceiros regionais e globais, que permitem aos Governos desencadear a rápida implementação de um amplo conjunto de recursos (Kruk et al., 2015). O trabalho entre os setores para situar planos humanitários, prioridades e processos dentro de marcos de desenvolvimento sustentável é um elemento essencial de sistemas de saúde resilientes (Kieny y Dovlo, 2015).

A integração da saúde sexual e reprodutiva na atenção básica de saúde é imprescindível para a resiliência

A prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva no marco das políticas nacionais de saúde constitui um pré-requisito essencial para a construção de resiliência em face de situações de emergência e garantem o acesso confiável e seguro a tratamentos que salvam vidas, serviços de saúde reprodutiva e insumos necessários para proteger mulheres e meninas adolescentes de óbitos evitáveis, incluindo aqueles provocados por partos complicados ou gravidezes indesejadas. A qualidade dos serviços de saúde materna e as taxas de mortalidade materna são indicadores da qualidade, funcionamento e inclusividade geral do sistema de saúde.

A saúde sexual e reprodutiva deve ser integrada à avaliação de riscos de saúde e aos sistemas de alerta precoce para comunidades e grupos vulneráveis. A Organização Mundial da Saúde reitera a importância de garantir instalações de atenção básica sólidas, a fim de que possam sustentar os serviços de saúde sexual e reprodutiva,

incluindo cuidados obstétricos de emergência e a atenção a recém-nascidos. Além disso, os serviços existentes de saúde sexual e reprodutiva devem ser fortalecidos para mitigar o impacto, a adaptação e a recuperação de emergências. A Organização Mundial da Saúde também recomenda que o planejamento para a preparação de desastres tenha em conta as necessidades das populações vulneráveis — mulheres, adolescentes, recém-nascidos, pessoas com deficiências e populações deslocadas (Organização Mundial da Saúde, 2012).

O fortalecimento da atenção integral à saúde reprodutiva e a sua integração nos cuidados primários antes de uma crise podem facilitar ou ajudar a assegurar a prestação de um pacote de serviços iniciais mínimos quando uma crise ocorrer. A existência de um conjunto de estruturas políticas e legais que assegurem às mulheres e jovens o cumprimento de seus direitos em saúde reprodutiva dificulta a violação desses direitos durante uma crise.

Conforme afirmado na Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015, “a satisfação das necessidades de saúde sexual e reprodutiva é essencial para a resiliência e para uma recuperação mais rápida do conjunto de comunidades afetadas” (Nações Unidas, 2015a).

Proteção social e redução do risco de desastres

O Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres estabelece políticas e programas de proteção social que atendem às necessidades daqueles que estão em posições mais vulneráveis. Tais intervenções poderiam, por exemplo, ter o objetivo de prevenir ou responder a desnutrição crônica, fornecer acesso a documentos de identificação, garantir que mulheres tenham acesso à herança ou impedir o casamento de crianças. Um sistema de proteção social inclusivo, de base ampla, é necessário para proteger as famílias mais pobres e as crianças da privação extrema e para criar oportunidades que favoreçam a promoção de meios de subsistência e atividades produtivas para homens e mulheres.

Dado que a maioria dos países com as taxas mais altas de casamento de crianças são considerados estados frágeis

ou com alto risco de desastres naturais, os esforços existentes para proteger as meninas do casamento infantil e da violência de gênero — permitindo que as meninas permaneçam na escola, fornecendo apoio financeiro direcionado às famílias, educação sexual abrangente e outras medidas — devem ser fortalecidos para garantir que continuem durante uma crise (*Plan International*, 2013).

O fortalecimento das medidas de combate ao tráfico de pessoas também é uma forma importante de construir a resiliência das comunidades e dos países que enfrentam comportamento explorador e predatório, muitas vezes voltado a crianças e meninas adolescentes após um desastre.

A Organização Internacional para as Migrações estabeleceu a adoção e a implementação de leis nacionais de combate ao tráfico humano. As medidas de combate ao tráfico devem ser integradas ao planejamento de preparação para emergências e contingência dos governos (Organização Internacional para as Migrações, 2015) e também contribuirão para o cumprimento dos compromissos feitos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para abolir o tráfico humano.

Medidas para combater a violência de gênero são necessárias antes, durante e após crises

Adolescentes, principalmente meninas, sofrem alto risco de abuso, exploração e exposição a comportamentos de risco após um conflito, situações que aumentam sua vulnerabilidade à iniciação sexual precoce, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Jovens adolescentes com idades entre 10 e 14 anos, meninas grávidas e adolescentes marginalizadas correm maior risco e requerem intervenções direcionadas (UNFPA e *Save the Children*, 2009). Meninas que sobreviveram à violência de gênero muitas vezes sofrem problemas psicológicos e físicos e estigma social durante toda a vida (DFID, 2013).

As diretrizes do Comitê Permanente Interagencial enfatizam a necessidade de integrar as intervenções de

violência de gênero na ação humanitária como uma ação fundamental para a construção de resiliência (IASC, 2015).

A construção da resiliência deve prevenir e responder à violência de gênero e trabalhar no nível comunitário, institucional e nacional para implementar leis, políticas e programas que previnam e mitiguem a violência de gênero, e permitam que as/os sobreviventes da violência de gênero e aquelas/es em risco tenham acesso a cuidados e suporte.

A falha no tratamento da violência de gênero antes e no início de uma crise produz uma base deficiente para a resiliência e para a saúde das mulheres a médio e longo prazo, constituindo-se numa barreira para a reconstrução das vidas e dos meios de subsistência de indivíduos, famílias e comunidades (Comitê Internacional de Resgate, 2012).

Educar meninas reduz a vulnerabilidade

Muitos estudos demonstraram que educar meninas é um dos investimentos mais eficazes que um país pode fazer para tirar as famílias da pobreza e construir um futuro melhor. Quando recebem educação, as meninas crescem e se tornam mães que tendem a ter filhos mais saudáveis e com melhores níveis de educação. Evidência recente sugere a existência de outro motivo forte para educar meninas: o empoderamento das mulheres graças a uma educação melhor reduz a vulnerabilidade à morte e ferimentos causados por desastres relacionados ao clima (*Save the Children*, 2014). As escolas podem estabelecer um importante senso de normalidade e fornecer informações e serviços que salvam vidas. Melhorar o acesso à escola para todas as pessoas também pode reduzir sentimentos de injustiça que têm impulsionado conflitos. É importante ressaltar que garantir boa educação a gerações futuras é vital para superar conflitos, ajudar na recuperação e garantir o desenvolvimento e a segurança futura (Coligação Mundial para a Proteção da Educação contra Ataques, 2015).

A educação sobre o desenvolvimento sexual, a sexualidade e a saúde e os direitos reprodutivos para meninos e meninas adolescentes é um aspecto fundamental do

acesso integral à educação. A educação específica sobre desastres também é essencial para promover a resiliência: as crianças que não recebem informações relacionadas a perigos, alertas, evacuação e outros comportamentos de proteção correm maior risco de morte e lesões durante um desastre (Wisner, 2006). Medidas políticas e legais mais abrangentes, por exemplo, para prevenir o uso de escolas por grupos armados durante um conflito também contribuirão para construir resiliência (Coligação Mundial para a Proteção da Educação contra Ataques, 2015).

O envolvimento de mulheres, jovens e minorias étnicas cria uma base sólida para a resiliência

O envolvimento de diversas comunidades e atores na construção da resiliência cria uma base mais sólida para resultados positivos. Esse envolvimento deve incluir minorias étnicas, mulheres, jovens e adolescentes, pessoas com deficiências e idosos. Embora grande parte das leis de redução de riscos estabeleçam um mandato para o envolvimento de mulheres e grupos vulneráveis, isso geralmente consiste em declarações aspiracionais genéricas, sem mecanismos específicos de implementação (UNISDR, 2015).

Em muitos casos, as pessoas jovens são ignoradas na redução do risco de desastres e na construção da resiliência. No entanto, esses mesmos jovens que são excluídos dos processos pré-crise podem acabar desempenhando um papel vital no pós-crise, auxiliando na evacuação e cura após um desastre (Peek, 2008), limpando escombros, compartilhando notícias e informações, distribuindo alimentos e ensinando ou cuidando de crianças. A participação significativa de jovens é vital para a localização da ação humanitária, visando garantir maior eficácia e resiliência.

Os jovens podem ser aliados importantes na concepção e implementação da preparação e resposta à emergências (UNFPA e Comissão de Mulheres Refugiadas, 2015; Osotimehin, 2015).

Quando jovens, incluindo adolescentes, recebem capacitação e apoio, podem contribuir para reduzir a pobreza entre gerações e construir um bônus demográfico

do crescimento inclusivo e econômico durável. Em outras palavras, muitos países, incluindo grande parte dos países atualmente em crise, podem se beneficiar da transição de um grande número de jovens em idade de trabalhar. O aproveitamento e maximização de um bônus demográfico pode resultar no desenvolvimento acelerado que os países pós-crise precisam para se recuperar e seguir em frente.

A resiliência no processo humanitário e de desenvolvimento

A construção da resiliência requer uma parceria sustentada dos atores humanitários e de desenvolvimento. Tendo em conta que 43% da população pobre do mundo vive atualmente em estados frágeis (OCDE, 2015) e que os países expostos ao risco de desastres e choques recebem níveis inferiores de assistência oficial per capita para o desenvolvimento (OCDE, 2015), uma ponte entre esses atores é mais crítica do que nunca. Tal ponte também é necessária para garantir que os investimentos nos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas não negligenciem a redução dos riscos de desastre, a resposta à emergência e a transição da recuperação ao desenvolvimento sustentável.

Diversos países conduziram reformas institucionais para apoiar a integração do financiamento de riscos de desastres a uma abordagem mais ampla e estratégica de gestão do risco de desastre (UNISDR, 2015). Os Ministérios da Fazenda estão liderando cada vez mais o desenvolvimento de planos nacionais e regionais de seguros e crédito, e os governos estão desenvolvendo novos acordos institucionais, como conselhos nacionais de risco que incluem supervisores de seguro, agências de gestão de desastres e ministérios relevantes (UNISDR, 2015).

A saúde sexual e reprodutiva como um caminho para a redução da pobreza e a mitigação de riscos

Uma crescente parte dos serviços de saúde sexual e reprodutiva apoiada pela comunidade internacional

está sendo fornecida atualmente em cenários humanitários. Atingir os objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento cada vez mais significa prestar serviços, fornecer informações e proteger direitos no meio de conflitos, deslocamentos populacionais em grande escala, epidemias, ou após um desastre natural ou catástrofe relacionada à mudança climática.

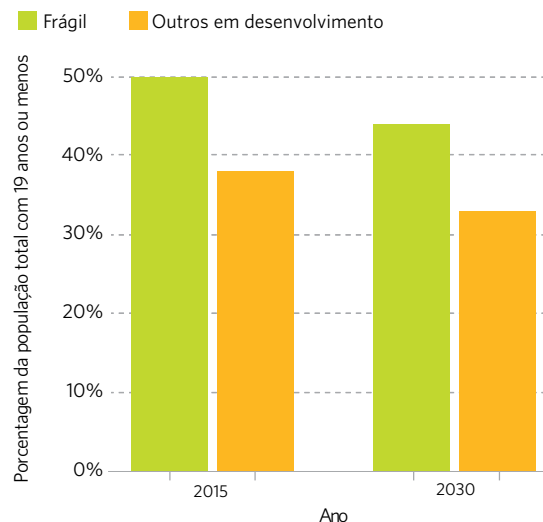
Proteger a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos de mulheres e meninas em cenários de crise é fundamental e uma questão de direitos humanos, porém se torna complicado, dispendioso e insustentável com a falta de preparação e construção da resiliência.

Portanto, devem ser tomadas medidas para abordar as causas subjacentes das crises, principalmente o subdesenvolvimento e a desigualdade, e para promover a resiliência dos países, ambientes, comunidades e indivíduos, com o objetivo de ajudar a mitigar os impactos de uma crise. A resiliência depende parcialmente do desenvolvimento e de como os ganhos econômicos e sociais são realizados em uma sociedade. Quando a resiliência é baixa, a vulnerabilidade a conflitos e desastres é alta. A preparação é outra variável crítica na equação da resiliência.

A saúde sexual e reprodutiva é um direito humano e é, também, a chave para alcançar o desenvolvimento sustentável. Quanto mais um país é capaz de reduzir a pobreza e a privação social, mais ele se torna resiliente e mais propenso a resistir ou recuperar-se de uma crise com menor perda social, econômica e humana. A resposta a emergências é sempre mais cara que a preparação e a mitigação dos riscos.

Um marco para a redução do risco de desastres foi endossado pela comunidade internacional em Sendai, Japão, no início deste ano. O marco menciona quatro prioridades: compreensão do risco de desastres; fortalecimento da governança do risco de desastres para gerenciar tal risco; investimento na redução do risco de desastres para a resiliência; e melhoria na preparação para desastres a fim de providenciar uma resposta eficaz e de “reconstruir melhor” nos âmbitos da recuperação,

MÉDIA DA POPULAÇÃO ABAIXO DE 20 ANOS COMO PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO TOTAL EM ESTADOS FRÁGEIS, COMPARADA COM OUTROS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO, 2015



(Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, 2015)

reabilitação e reconstrução. O marco está diretamente relacionado ao mandato do UNFPA. O parágrafo 30 (j) do Marco de Sendai declara que, nos contextos nacionais e locais, é necessário fortalecer a concepção e a implementação de políticas inclusivas e mecanismos de proteção social, inclusive mediante o envolvimento da comunidade, integrados com programas de melhoria dos meios de subsistência e acesso aos serviços básicos de saúde, incluindo saúde materna, neonatal e infantil, saúde sexual e reprodutiva, segurança alimentar e desnutrição, habitação e educação, com o objetivo de erradicar a pobreza, encontrar soluções duráveis na fase pós-desastre e capacitar e auxiliar as pessoas desproporcionalmente afetadas pelos desastres (UNISDR, 2015a).

Investir na saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas — antes, durante e após uma



Susila Bora, 19 anos, em Saurpani-4, vilarejo que foi destruído quando um terremoto de magnitude 7,8 atingiu o Nepal em abril de 2015.

Foto © Panos/Vlad Sokhin

crise — contribui para o desenvolvimento e será essencial para o alcance dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Também ajudará a reduzir as vulnerabilidades em determinadas crises.

As mulheres podem desempenhar um papel central na recuperação e reabilitação da crise, porém sua participação depende, em parte, de sua boa condição de saúde e se possuem o poder de decidir se ou quando engravidar.

Mais vidas podem ser salvas se comunidades humanitárias, de desenvolvimento e de saúde sexual e reprodutiva se unirem para apoiar uma à outra e trabalhar de forma mais complementar. Atividades de gerenciamento de riscos e construção de resiliência devem ser simultâneas, em vez de seguir uma abordagem linear de transição da ajuda ao desenvolvimento. A cooperação entre diversas áreas de especialização pode ajudar a preencher a lacuna entre os objetivos humanitários e de desenvolvimento.

A construção da resiliência é um processo cumulativo que trabalha entre os níveis — global, regional,

nacional, comunitário e individual — ao longo do tempo. Também é um resultado que aborda preventivamente a distribuição desigual do risco em emergências, desenvolvendo capacidade institucional e funções sistêmicas além de suas bases originais.

A resiliência também é central para o que o UNFPA descreve como a “responsabilidade humanitária de proteger os direitos e abordar as necessidades específicas de jovens, incluindo adolescentes, e de envolvê-los e às suas capacidades únicas na preparação, resposta e recuperação humanitária” (UNFPA e Comissão de Mulheres Refugiadas, 2015).

Estabelecendo as bases para os ganhos na igualdade de gênero em longo prazo

Um estudo desenvolvido em 2015 pela ONU Mulheres demonstra que a programação da igualdade de gênero em cenários humanitários pode multiplicar o impacto das intervenções e tem “o potencial de incorporar os fundamentos de ganhos na igualdade de gênero em longo prazo” (ONU Mulheres, 2015).

A programação da igualdade de gênero reconhece que as necessidades e as vulnerabilidades das mulheres, homens, meninas e meninos em uma determinada população afetada pela crise será tanto específica como diferente.

De acordo com o estudo, a programação de igualdade de gênero em áreas afetadas por crise do Quênia, Nepal e Filipinas, por exemplo, teve um impacto positivo na melhoria do acesso e uso dos serviços, aumentando a eficácia dos resultados humanitários e reduzindo a desigualdade de gênero.

Esse tipo de programação também teve um “forte impacto” nos resultados de saúde, principalmente para mulheres e meninas, mas se estendeu a todos os membros da família. No Nepal, por exemplo, a provisão de infraestrutura de saúde com igualdade de gênero, campanhas de conscientização sobre saúde e higiene e o incentivo ao acesso a instalações de saúde “melhoraram muito” a saúde materna e infantil e

diminuíram o número de óbitos durante a gravidez ou o parto. Além disso, esse tipo de programa reduziu algumas formas de violência de gênero.

Desastres naturais também podem fornecer oportunidades para mulheres desafiarem e mudarem seu status de gênero na sociedade, geralmente realizando tarefas “tradicionalmente masculinas”, como construir casas ou cavar poços.

Alcançando sinergias

Investir na redução do risco de desastre para a construção da resiliência significa investimentos multissetoriais públicos e privados que abordem as causas profundas que determinam quem sobrevive e se recupera em um desastre. Seu objetivo é salvar vidas e meios de subsistência, prevenir e reduzir perdas, além de garantir a recuperação e a reabilitação eficaz (UNISDR, 2015a). O processo humanitário e de desenvolvimento é essencial para firmar um compromisso sustentado com o progresso da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos. As crises humanitárias interrompem e, em alguns casos, revertem os ganhos do desenvolvimento. Os investimentos em desenvolvimento suavizam o impacto das crises e desastres naturais, e podem fornecer uma base sólida para reconstruir uma sociedade (UNFPA, 2010). Ações humanitárias e de desenvolvimento devem ser coerentes, complementares e contíguas, e serem baseadas em uma compreensão comum de resultados compartilhados em longo prazo, que garantam uma gestão eficaz dos riscos (Nações Unidas, 2015c). As mulheres e jovens devem permanecer no centro da resposta de preparação de suas comunidades e no núcleo da transição da crise ao desenvolvimento. Se os direitos e necessidades das pessoas mais vulneráveis não estiverem no centro do planejamento, programas e financiamento para o desenvolvimento, será impossível alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas até 2030.

Da aspiração à realidade

O desafio enfrentado por formuladores de políticas a partir de 2015 é de transformar a aspiração da resiliência em realidade. São necessários novos modelos de desenvolvimento integrado que incluam o compromisso de reduzir os riscos de desastre. Tais modelos podem incluir a construção de sólidos sistemas de atenção básica de saúde com serviços integrados de saúde sexual e reprodutiva, tomando uma abordagem multissetorial para a saúde adolescente, utilizando escolas para disseminar informações sobre a preparação para desastres e incorporando a adaptação às mudanças climáticas. Tudo isso voltado para o compromisso com a inclusão, a consulta e a igualdade que formam o núcleo do desenvolvimento integrado.

Abordagens integradas que possam gerenciar conflitos e riscos de desastres naturais são cada vez mais necessárias. Se os desastres naturais podem exacerbar ou provocar conflitos, eles devem ser considerados no âmbito dos marcos de conflito e construção do Estado. Por outro lado, se o conflito e a fragilidade aumentam a vulnerabilidade e a exposição a desastres naturais, epidemias ou fome, estes devem ser considerados nas avaliações de risco de desastre e estruturas de desastres naturais.

Novas direções para o financiamento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em contextos humanitários

O número de pessoas que necessitam de ajuda humanitária está crescendo, assim como o montante de recursos fornecidos por doadores institucionais, governamentais, corporativos e individuais. Porém, as lacunas de financiamento também estão crescendo, o que sugere que os mecanismos de financiamento atuais podem não ser sustentáveis.



Mãe e recém-nascido, Campo Tierkidi, Etiópia.

Foto © UNFPA/A. Haileselassie

Protegendo a saúde de mães e adolescentes sul-sudanesas

Em média, 45 mulheres dão à luz semanalmente no centro de saúde do campo de refugiados em Tierkidi, Etiópia.

Esse número nem sempre foi tão alto, de acordo com a administradora do centro de saúde, Yonas Zewdu. Até recentemente, a maioria das mulheres estava dando à luz em seus próprios aposentos, sem a ajuda de uma parteira qualificada.

Zewdu afirma que o centro enviou agentes de campo para visitar mulheres nos locais onde vivem, para incentivá-las a vir receber cuidados pré-natais e tomar as



Mães e crianças no centro de saúde de Tierkidi.
Foto © UNFPA/A. Haileselassie

providências para que realizem o parto no centro, onde são atendidas por duas parteiras.

Uma das parteiras, Lelisa Bekele, diz que sempre que uma grávida que veio para uma consulta pré-natal não retorna para uma consulta de acompanhamento, os agentes de campo a visitam para verificar se ela está bem.

Para grávidas que vivem longe dos centros de saúde, o UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, distribui kits de parto higiênico, que incluem uma toalha, lâmina, luvas, folhas plásticas, fios umbilicais e sabonete.

O UNFPA fornece estoques de kits de saúde reprodutiva de emergência ao

centro, que incluem tudo, desde equipamentos e medicamentos para partos seguros, reparação cirúrgica de rasgos cervicais ou vaginais, bem como tratamentos para doenças sexualmente transmissíveis e diversos métodos contraceptivos.

De acordo com Peter Lam Gony, que supervisiona a sensibilização da comunidade em relação à saúde sexual e reprodutiva, cada vez mais mulheres estão aprendendo e escolhendo utilizar o planejamento da vida reprodutiva, muitas vezes contra a vontade de seus parceiros.

“Seus maridos pensam que as esposas sairão com outros homens, se fizerem o planejamento da vida reprodutiva”, explica Gony.

Um número cada vez maior de adolescentes também está escolhendo usar contraceptivos no acampamento. Aquelas/es que recorrem aos serviços confidenciais também aprendem que, com exceção dos preservativos, os contraceptivos apenas previnem a gravidez, não doenças sexualmente transmissíveis como o HIV.

O centro também disponibiliza gratuitamente preservativos por meio de distribuidores localizados em todo o campo. O campo de Tierkidi abriga cerca de 52.000 refugiados do Sudão do Sul.

Mais de 100 milhões de pessoas necessitavam ajuda humanitária em 2015, em comparação aos 88 milhões de 2014 e 78 milhões de 2013. Mulheres e meninas entre 15 e 49 anos representam cerca de uma em cada quatro desse total.

Conforme as crises mundiais se multiplicam e se tornam cada vez mais complexas, o mesmo acontece com as necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e meninas.

Devido à grande quantidade e escala das crises ao redor do mundo, uma parte crescente das necessidades totais de saúde sexual e reprodutiva está sendo atendida pela comunidade internacional em cenários humanitários. Alcançar a saúde sexual e reprodutiva e os objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, portanto, significa cada vez mais prestar serviços e fornecer informações no meio de conflitos, deslocamentos populacionais em grande escala, epidemias ou após um desastre natural ou catástrofe relacionada à mudança climática.

Proteger a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos de mulheres e meninas em cenários de crise é essencial e uma questão de direitos humanos, porém também se torna complicado e insustentável

sem uma mudança na forma como a ajuda humanitária é prestada e financiada.

Um imperativo de mudança em longo prazo na forma como a comunidade internacional e os governos afetados abordam e financiam a ação humanitária começa a surgir. Além de mobilizar recursos para enfrentar necessidades humanitárias agudas, todas as partes interessadas também devem aumentar a atenção a investimentos de longo prazo que podem ajudar a abordar as causas subjacentes de crises, principalmente de subdesenvolvimento, e construir a resiliência de indivíduos, comunidades e nações, com o objetivo de ajudar a mitigar impactos. A resiliência depende parcialmente do desenvolvimento e de como os ganhos econômicos e sociais são realizados em uma sociedade. Quando a resiliência é baixa, a vulnerabilidade a conflitos e desastres é alta. A preparação é outra variável crítica na equação da resiliência.

A saúde sexual e reprodutiva não é apenas um direito humano, mas também a chave para alcançar o desenvolvimento sustentável. Quanto mais um país se desenvolve, mais ele se torna resiliente e capaz de resistir ou recuperar-se de uma crise com menor custo. A resposta a emergências é sempre mais cara que a preparação e a mitigação dos riscos.

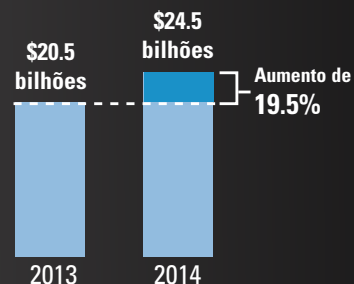
Estudantes em abrigo montado ao lado de escola em Damsijhang, Nepal, que foi destruída pelo terremoto.

Foto © Panos/Brian Sokol



CONTRIBUIÇÕES

Em 2014, um ano marcado por diversas emergências de grande escala, enormes contribuições foram feitas totalizando 24,5 bilhões de dólares, um aumento de 19,5% em relação ao recorde anterior de 20,5 bilhões, em 2013. Esse é o terceiro ano consecutivo de crescimento substancial da ajuda humanitária internacional.



Um marco para a redução do risco de desastres foi endossado pela comunidade internacional em Sendai, Japão, no início deste ano. Parte desse marco está diretamente relacionada ao mandato do UNFPA, uma vez que menciona a necessidade de projetar e implementar políticas inclusivas e mecanismos de proteção social, por meio do envolvimento da comunidade, integrados com programas de melhoria dos meios de subsistência e acesso aos serviços básicos de saúde, incluindo saúde materna, neonatal e infantil, saúde sexual e reprodutiva, segurança alimentar e desnutrição, habitação e educação, com o objetivo de erradicar a pobreza e encontrar soluções duráveis na fase pós-desastre, além de capacitar e auxiliar as pessoas desproporcionalmente afetadas por desastres.

Também este ano, uma declaração dos especialistas reunidos em Abu Dhabi estabeleceu a necessidade de um foco mais estratégico sobre a saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente e o bem-estar no marco do processo humanitário e de desenvolvimento, bem como a necessidade do fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais e subnacionais, com aumento de sua resiliência, para que serviços de qualidade possam estar disponíveis em cenários de crises e no contexto de desastres e conflitos.

Necessidade sem precedentes de financiamento humanitário

Conflitos e desastres naturais, incluindo situações climáticas extremas, junto com outras crises prolongadas e situações de extrema pobreza levaram ao maior número de pessoas deslocadas à força de suas comunidades ou países desde a Segunda Guerra Mundial, o que, por sua vez, fez com que os requisitos internacionais de financiamento humanitário atingisse níveis recordes (Kim *et al.*, 2015; Bond for International Development, 2015).

Os requisitos de financiamento do UNFPA para a ação humanitária em áreas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos também alcançou o seu maior

número, subindo de aproximadamente 78 milhões de dólares em 2006 para cerca de 175 milhões em 2014.

Hoje enfrentamos o desafio de atender às amplas necessidades multidimensionais do maior número de pessoas afetadas por crises humanitárias. Hoje temos a oportunidade de alavancar novos doadores, estabelecer parcerias com o setor privado e adotar outras estratégias inovadoras para encontrar soluções sustentáveis.

A ajuda humanitária internacional totalizou 24,5 bilhões de dólares em 2014

A ajuda humanitária internacional em todo o mundo representou um aporte médio de 19,8 bilhões de dólares ao ano entre 2009 e 2014 (Iniciativas de Desenvolvimento, 2015). Entretanto, em 2014, um ano marcado por diversas emergências de grande escala, foram feitas enormes contribuições totalizando 24,5 bilhões de dólares, um aumento de 19,5% em relação ao recorde anterior de 20,5 bilhões, registrado em 2013. Esse é o terceiro ano consecutivo de crescimento substancial da ajuda humanitária internacional.

Os principais governos e instituições doadoras lideraram as respostas de financiamento à crises humanitárias de grande escala, contribuindo com 18,7 bilhões de dólares em 2014. Cerca de 90% — 16,8 bilhões — veio de 29 Estados Membros do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE-DAC, 2014; Sistema de Rastreamento Financeiro da ONU, 2015). Os mesmos países foram responsáveis por 94% da ajuda humanitária internacional dos governos na última década. Os Estados Unidos foram responsáveis por cerca de 32% de toda a ajuda humanitária internacional em 2014.

Também em 2014, a Arábia Saudita e os Emirados Árabes Unidos entraram na lista dos 20 maiores doadores humanitários. As contribuições dos estados árabes subiram 120% entre 2013 e 2014, de 764 milhões de dólares para 1,7 bilhão, grande parte em resposta às crises no Iraque e na Síria. A maior parte

do financiamento veio do Kuwait, Qatar, Arábia Saudita e Emirados Árabes Unidos.

As contribuições turcas também aumentaram significativamente, tornando a Turquia um dos principais doadores da crise na Síria, com a alocação de 1,6 bilhão de dólares aos refugiados sírios (Start Network, 2014).

Os doadores do leste asiático aumentaram seu financiamento humanitário em 11% entre 2013 e 2014. Dentre eles, o Japão contribuiu com 882 milhões de dólares, seguido pela República da Coreia e China, que contribuíram com 81,7 milhões e 53,7 milhões, respectivamente.

As contribuições de economias nacionais emergentes também estão crescendo. As contribuições do Brasil aumentaram, por exemplo, de 2,6 milhões de dólares em 2005 para 14,9 milhões em 2014. Serra Leoa mobilizou 17,2 milhões de dólares de seus próprios recursos para a resposta ao Ebola.

Outros recursos de financiamento humanitário

O setor privado e o público em geral constituem outras fontes importantes de ajuda humanitária, canalizadas principalmente por meio de organizações

não governamentais internacionais. Esse grupo diverso de doadores, constituído por indivíduos, fundos fiduciários, fundações e empresas, financiou cerca de 27% da ajuda humanitária internacional entre 2009 e 2013 (Stoianova, 2013; Gingerich y Cohen, 2015; Iniciativa de Desenvolvimento, 2015).

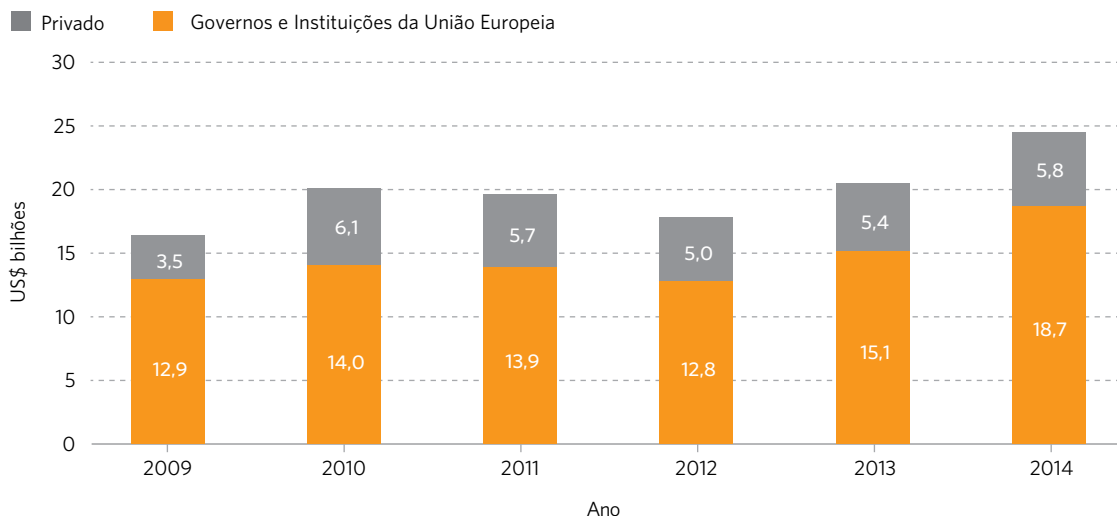
Como grupo, os doadores privados foram os maiores contribuintes humanitários internacionais para a resposta ao Tufão Haiyan, em 2013, e o terceiro maior para a resposta ao Ebola, em 2014 (Stoianova, 2013; Iniciativa de Desenvolvimento, 2015).

As diásporas prestam assistência através de remessas de fundos. As organizações religiosas, algumas atuando de forma independente do sistema humanitário, também fornecem assistência. Organizações religiosas desempenham um papel fundamental no financiamento humanitário, respondendo por 16% de toda a assistência canalizada através de organizações não governamentais.

Apelos unificados das Nações Unidas

Os apelos unificados liderados pelas Nações Unidas são baseados nas necessidades avaliadas e respostas planejadas pelas agências da ONU e organizações

RESPOSTA HUMANITÁRIA INTERNACIONAL 2009-2014



(Iniciativas de Desenvolvimento, 2015)

não-governamentais internacionais ativas em países específicos ou respondendo a emergências específicas.

Em 2014, as Nações Unidas solicitaram um valor inédito de 19,5 bilhões de dólares em 31 apelos. Os doadores contribuíram com 12 bilhões desse total, deixando uma lacuna sem precedentes de 7,5 bilhões, ou 38% do total necessário.

Os fundos comuns gerenciados pelas Nações Unidas, como o Fundo Central de Resposta de Emergência (CERF), consistem em recursos destinados a atender picos de necessidade humanitária. Em 2014, o CERF alocou 290 milhões de dólares para projetos de resposta rápida e 170 milhões para projetos subfinanciados. Além disso, os fundos combinados de países, que contam com contribuições de governos e doadores privados, alocaram 386 milhões de dólares para 19 países em 2014. As contribuições de doadores combinados em 2014 vieram principalmente da Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Noruega, Qatar, Suécia e Reino Unido.

Aumentam as lacunas de financiamento

A ajuda humanitária internacional por si só não conseguiu acompanhar o ritmo de crescimento das necessidades e a crescente complexidade das crises humanitárias atuais, muito menos os fatores subjacentes, como instabilidade, pobreza e vulnerabilidade (Gingerich y Cohen, 2015; Iniciativa de Desenvolvimento, 2015).

Nos últimos 10 anos, as contribuições para apelos humanitários internacionais aumentaram 300% (Bond for International Development, 2015). Entretanto, os déficits de financiamento estão crescendo (Iniciativa de Desenvolvimento, 2015).

Estas deficiências são ainda mais exacerbadas pela falta de recursos e capacidade nos lugares mais vulneráveis à crise, principalmente em contextos afetados por conflitos, onde a resposta nacional é limitada ou inexistente. Além disso, as pressões sobre o sistema certamente se intensificam ao

O CUSTO ECONÔMICO

Em 2013, a combinação de consequências diretas (danos à infraestrutura, habitação, colheitas) e consequências indiretas (perda de receitas, perda de produção, desestabilização do mercado e perda de postos de trabalho) decorrentes de desastres naturais foram avaliadas em um total estimado de 118,6 bilhões de dólares (OCHA, 2014).

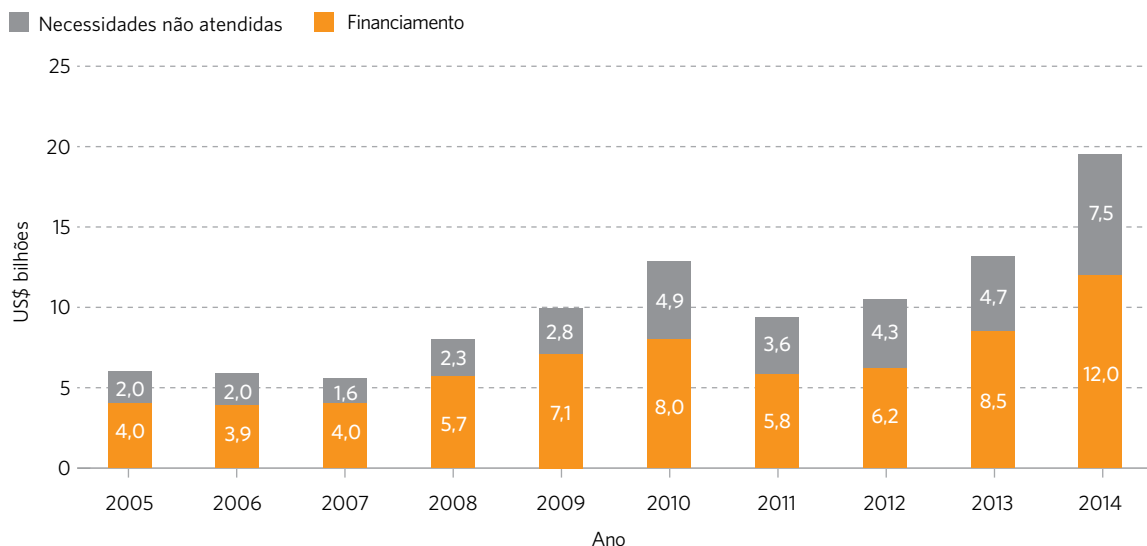
Em 2014, os danos econômicos devido a fortes chuvas, tempestades, inundações e condições de inverno rigorosas resultaram, sozinhas, em perdas econômicas no valor de 110 bilhões de dólares (UNISDR, 2014). Desde 2000, as perdas econômicas decorrentes de desastres são estimadas em 2,5 trilhões de dólares (UNISDR, 2014).

Os números dos desastres naturais multibilionários estão se tornando cada vez mais comuns. As estatísticas globais de perda econômica devido a conflitos e outras emergências prolongadas são mais difíceis de determinar. As emergências humanitárias complexas e crônicas normalmente ocorrem em ambientes altamente inseguros e empobrecidos, com instituições débeis ou em processo de deterioração e em um contexto de infraestrutura devastada.

longo dos anos, devido aos efeitos das mudanças climáticas, vulnerabilidades associadas à urbanização e necessidades que surgem de Estados frágeis ou afetados por conflitos. Dos 20 países que receberam a maior parte do financiamento humanitário internacional na última década, a maioria passou por conflitos, é altamente vulnerável aos efeitos das mudanças climáticas e possui pouca capacidade de adaptar-se, preparar-se ou enfrentar os impactos; além disso, são todos considerados Estados frágeis (Inomata, 2012).

As lacunas maiores sugerem que os mecanismos atuais de financiamento para ação humanitária podem ser insustentáveis.

FINANCIAMENTO E NECESSIDADES NÃO ATENDIDAS, APELOS COORDENADOS PELAS NAÇÕES UNIDAS DE 2005 A 2014



(Iniciativas de Desenvolvimento, 2015)

Os fundos são distribuídos de forma desigual

Alguns países e emergências enfrentaram maiores lacunas de financiamento que outras em 2014. Apelos humanitários menores tiveram uma menor percentagem de suas necessidades atendidas. Com exceção da crise de grande visibilidade na Ucrânia, todas as outras receberam menos de 50% de financiamento. Em contraste, as respostas nos casos do Sudão do Sul, Iraque e Ebola, cada um solicitando mais de 1 bilhão de dólares, foram financiadas em 90%, 75% e 81%, respectivamente (Gingerich y Cohen, 2015).

Uma percentagem relativamente pequena de ajuda humanitária é entregue diretamente aos agentes nacionais e locais em países afetados por crises. Entre 2007 e 2013, esses agentes receberam menos de 2% da ajuda humanitária total anual (Gingerich y Cohen, 2015).

A preparação e recuperação rápida recebem parcela menor

O financiamento humanitário é principalmente direcionado para a resposta a crises, com um volume relativamente baixo direcionado à prevenção e preparação. Cerca de 60% da ajuda humanitária é alocada para assistência

emergencial, 35% para reconstrução e reabilitação e apenas 5% para preparação e mitigação de desastres. Nos últimos cinco anos, os maiores doadores alocaram entre 3% e 6% de seu gasto humanitário total para reduzir os riscos e impactos (Gingerich y Cohen, 2015).

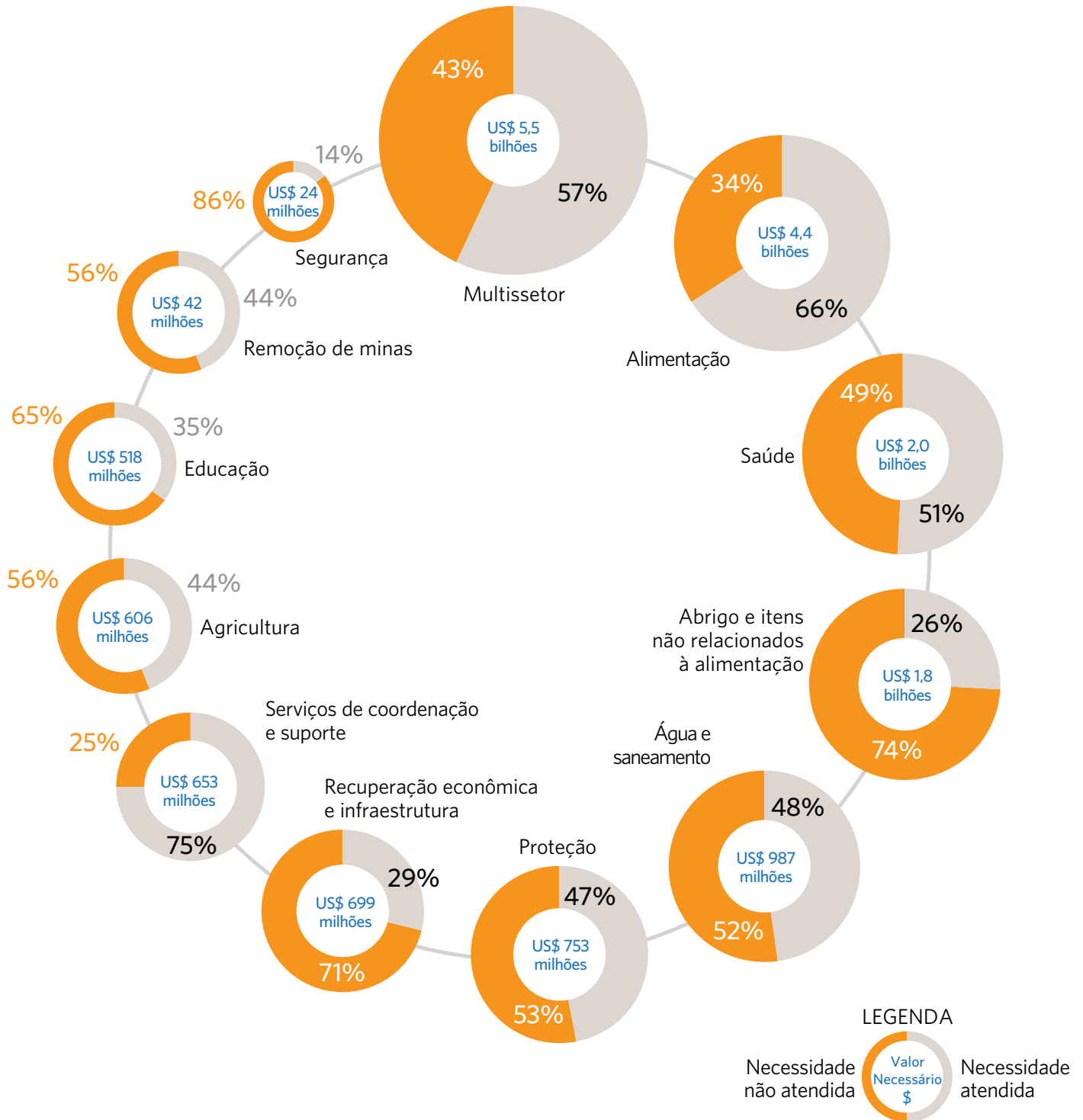
O Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030 demonstra um reconhecimento crescente da importância dos investimentos para prevenir e melhor preparar os países para desastres causados por perigos naturais.

Na última década, houve uma evolução no financiamento humanitário. Porém, a maior parte do financiamento continua a ser alocado para respostas a emergências prolongadas, em vez de prevenção e preparação (Inomata, 2012).

Os fundos aportados para a saúde sexual e reprodutiva representam uma pequena parte do total

O financiamento de saúde sexual e reprodutiva em emergências humanitárias é relativamente baixo, tanto em termos absolutos quanto em percentual relativo dos recursos humanitários.

REQUISITOS DE FINANCIAMENTO E FUNDOS RECEBIDOS POR SETOR, 2014



(Iniciativas de Desenvolvimento, 2015)



Clínica de saúde familiar, Sweileh, Jordânia.
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Embora as solicitações de financiamento e os recursos recebidos para a saúde reprodutiva em apelos humanitários tenham aumentado desde 2002, apenas 43% das necessidades foram atendidas entre 2002 e 2013, em comparação a 68% para o financiamento total do setor humanitário (Tanabe et al., 2015).

Dentre as 11.347 propostas de financiamento apresentadas à comunidade internacional de doadores para apoiar a saúde e a proteção em 345 emergências entre 2002 e 2013, 3.912 — 34,5% — foram relevantes para a saúde reprodutiva (Tanabe et al., 2015). O número de propostas contendo atividades específicas de saúde reprodutiva aumentou uma média de 22% ao ano, enquanto a proporção dos apelos para o setor de saúde e proteção com atividades de saúde reprodutiva aumentou uma média de apenas 10% ao ano.

Nos últimos anos, a comunidade de doadores tem intensificado o seu apoio a serviços de enfrentamento à violência sexual e de gênero, principalmente em áreas de conflito, com contribuições mais do que dobradas - de 50 milhões de dólares em 2012 para 107 milhões em 2014. Entretanto, apesar do aumento

no financiamento para combater esse problema em emergências humanitárias, a parcela da ajuda humanitária total permanece baixa, em apenas 0,5% em 2014 (Iniciativa de Desenvolvimento, 2015).

Tanabe et al. (2015) demonstram que 57% de todos os apelos de financiamento para ajuda humanitária relacionada à questão de gênero entre 2002 e 2013 incluíram propostas específicas para saúde materna e infantil. Cerca de 46% incluiu solicitações de financiamento para combater violência sexual e de gênero, 38% para HIV e doenças sexualmente transmissíveis, 27% para saúde reprodutiva em geral e cerca de 15% para planejamento da vida reprodutiva. No mesmo período, as propostas que incluíam todos os componentes de um pacote de serviços iniciais mínimos para saúde reprodutiva em situações de crise aumentaram cerca de 40% (Chynoweth, 2015).

Existe uma acentuada falta de atenção à saúde reprodutiva de adolescentes em termos de financiamento, acesso a serviços, programação e avaliação de programas (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014). Desde 2009, as propostas para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes por meio de apelos urgentes e consolidados das Nações Unidas representaram menos de 3,5% de todas as propostas de saúde por ano, e 68% delas não receberam financiamento (Comissão de Mulheres Refugiadas, 2014).

Mais de metade das/os refugiadas/os, pessoas deslocadas internamente e requerentes de asilo são mulheres e meninas jovens com necessidade de acesso a cuidados essenciais de saúde reprodutiva. A condição de refugiadas aumenta suas necessidades de serviços de saúde reprodutiva. A falta de serviços e intervenções de salvamento, como cuidados obstétricos, resulta em um maior número de gravidezes indesejadas e abortos inseguros, além de maior número de casos de morbidade e mortalidade resultante de violência de gênero e complicações relacionadas à gravidez (IRC, 2012).

Uma nova perspectiva para o financiamento humanitário

As necessidades de ação humanitária estão crescendo a cada dia, conforme conflitos prolongados deslocam números

registros de pessoas durante anos e, por vezes, até décadas, e uma vez que a escassez de água, insegurança alimentar e condições climáticas extremas possuem um grande impacto nas vidas das pessoas, principalmente pessoas pobres em áreas urbanas densamente povoadas.

Com a crescente necessidade vem um imperativo ainda maior de apoio às mulheres e meninas e atendimento de suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, que no passado eram vistas pela comunidade internacional como questões secundárias em comparação ao atendimento de necessidades básicas de água, alimentação e abrigo.

Nos últimos anos, surgiu uma nova compreensão sobre a importância crítica de garantir saúde sexual e reprodutiva em contextos humanitários e uma conscientização de que alcançar objetivos humanitários em outros setores, como educação, segurança alimentar e sobrevivência infantil depende, em parte, da possibilidade de mulheres e meninas terem o poder e os meios para determinar se, quando ou com que frequência engravidar, se e quando irão casar, e como proteger-se de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Também está surgindo uma compreensão de como a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos são críticos para a preparação para desastres e redução de riscos, recuperação, reabilitação e resiliência.

Em todos os lugares, mas especialmente nos países mais pobres, as mulheres e meninas são desproporcionalmente desfavorecidas, até mesmo em contextos estáveis. Elas possuem menos acesso a serviços e oportunidades, menos poder aquisitivo, são menos propensas a exercer seus direitos e enfrentam riscos adicionais à saúde relacionados à gravidez e ao parto. Quando ocorre um desastre ou irrompem conflitos, as desigualdades são exacerbadas.

Uma mudança fundamental no modelo das ações humanitárias

Assim como o financiamento humanitário em geral, o financiamento direcionado à saúde sexual e reprodutiva ainda não alcançou um ritmo capaz de acompanhar as necessidades que crescem rapidamente.

As lacunas no financiamento humanitário — para ações humanitárias em geral e saúde sexual e reprodutiva — persistem, sugerindo que os acordos atuais podem não ser capazes de atender às necessidades nos próximos anos. São necessárias abordagens inovadoras de financiamento, porém também são necessárias inovações em abordagens globais de ação humanitária em geral.

O grupo independente de Financiamento Humanitário Futuro (FHF) assessora o Comitê Permanente Interagencial das Nações Unidas, um órgão de coordenação com nove membros efetivos, incluindo o UNFPA. O relatório de 2015 do FHF, *Looking Beyond the Crisis* (Vendo Além da Crise), recomenda uma série de mudanças importantes na forma como a ação humanitária é financiada e conduzida, começando por uma “mudança fundamental no modelo das ações humanitárias”, para que possa se distanciar de “uma cultura e contexto de práticas com tendência insular, reatividade e concorrência, adotando uma abordagem baseada na antecipação, transparência, pesquisa e experimentação, e colaboração estratégica”.

Uma agenda global radical para atender às necessidades de financiamento humanitário

De acordo com o FHF, os atores humanitários precisam focar não apenas no cumprimento de necessidades humanitárias atuais, mas também trabalhar para um futuro no qual, quando possível, a resposta humanitária internacional seja desnecessária ou excepcional, e grande parte das necessidades sejam atendidas por atores locais. Essa mudança requer “uma visão de longo prazo e alianças estratégicas com um grande número de atores que podem realizar mudanças transformadoras de vulnerabilidade e gestão do risco”.

Também requer “uma agenda global radical” para atender os futuros desafios do financiamento

humanitário, envolvendo e permitindo que um número maior de atores suporte os custos associados à gestão dos riscos e tratando situações pós-crise como uma questão de “responsabilidade compartilhada e um bem público”.

A arrecadação de fundos não é mais uma prerrogativa “ocidental”. Em janeiro, por exemplo, uma maratona televisiva do Crescente Vermelho em Dubai arrecadou 40 milhões de dólares em seis horas para refugiadas/os sírias/os que fugiam de uma tempestade de neve mortal. Futuramente, é provável que organizações regionais e doadores desempenhem uma função de maior liderança na resposta a desastres onde compartilham altos níveis de afinidade cultural e geográfica.

Vinculando o financiamento humanitário ao desenvolvimento

O Secretário-Geral das Nações Unidas, em um relatório para a Assembleia Geral de 2015, solicitou um financiamento mais previsível para ações humanitárias e maior eficiência na resposta, priorizando recursos para as necessidades mais urgentes e para o fortalecimento de vínculos no financiamento do desenvolvimento, com o objetivo de construir a resiliência das populações e instituições vulneráveis durante e após crises (Nações Unidas, 2015a).

O Conselho Econômico e Social das Nações Unidas emitiu uma resolução com recomendações semelhantes no início deste ano: os Estados Membros, o sistema das Nações Unidas, o setor privado e outras entidades relevantes fornecerão financiamento adequado e investimentos para a construção de preparação e resiliência, incluindo orçamentos humanitários e de desenvolvimento, bem como financiamento desvinculado e financiamento flexível para apelos plurianuais, a fim de preencher as lacunas entre o financiamento humanitário e de desenvolvimento (Nações Unidas, 2015b).

Outro desafio importante é a natureza de curto prazo dos ciclos de financiamento humanitário dentro das Nações Unidas. O Secretário-Geral declarou que o acordo dificulta a realização de planejamento humanitário eficaz, fundamentada nos riscos e

plurianual: “Arrecadar dinheiro anualmente para crises prolongadas não tem boa relação custo/benefício e não permite que as agências humanitárias se beneficiem de potenciais eficiências derivadas de um planejamento plurianual” (Nações Unidas, 2015a).

A falta de dados prejudica o direcionamento de fundos para a saúde sexual e reprodutiva

Um dos desafios na mobilização de recursos específicos para a saúde sexual e reprodutiva em contextos humanitários — e também, evidentemente, para ações humanitárias em geral — é a escassez de dados desagregados por sexo e idade de indivíduos afetados por crises. Entretanto, também há escassez de dados confiáveis ou completos sobre quais e quantos fundos estão sendo direcionados a ações para a saúde sexual e reprodutiva e de onde os fundos estão vindo. Embora existam dados sobre contribuições do setor privado, fundações e outros, os números geralmente são incompletos. Sem um quadro completo do financiamento de todas as fontes em qualquer cenário humanitário, o desenvolvimento de respostas coordenadas é mais difícil e as oportunidades para alcançar sinergias muitas vezes são perdidas.

Rumo ao financiamento previsível com mais atenção à preparação e redução dos riscos

Ao longo da última década, o número de pessoas que necessitaram de ajuda humanitária cresceu e, embora o financiamento real fornecido também tenha crescido, as lacunas no financiamento necessário também aumentaram. Essa mesma tendência pode ser verificada na ação humanitária em saúde sexual e reprodutiva.

Ao mesmo tempo, o custo do fornecimento de serviços e suprimentos de saúde sexual e reprodutiva aumentou, em grande parte porque uma parcela crescente desses serviços e suprimentos está sendo fornecida em situações de crises e emergências.

Os esquemas atuais de financiamento para ação humanitária podem, portanto, ser insustentáveis, exigindo novas abordagens não apenas relacionadas

ao financiamento, mas também à ajuda humanitária em geral. As modalidades de financiamento que permitem planejamento de longo prazo, juntamente com as medidas para melhorar a previsibilidade de financiamento e flexibilidade na alocação de recursos, poderiam resultar em uma programação mais eficaz e melhor direcionamento dos recursos para os locais que mais necessitam. Ademais, os sistemas de monitoramento e avaliação deveriam ser fortalecidos e a transparência deveria ser melhorada, de forma que os países doadores pudessem demonstrar melhor aos seus eleitores que as contribuições estão fazendo a diferença nas vidas de indivíduos afetados por desastres e conflitos.

Enquanto continuam a atender às necessidades humanitárias agudas, a comunidade internacional e os governos devem investir mais no reforço da capacidade para aumentar a resiliência, bem como na preparação para desastres e redução e riscos, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade a conflitos e desastres e de acelerar a recuperação se ou quando ocorrerem.

O sistema humanitário internacional pode encontrar modelos adequados de financiamento sustentável no setor de desenvolvimento. A ajuda de emergência deve ser fornecida de forma a apoiar o desenvolvimento de longo prazo, com o objetivo de garantir uma transição harmoniosa do alívio à reabilitação e desenvolvimento. Enquanto isso, as organizações de ajuda ao desenvolvimento devem integrar as medidas de preparação para desastres, redução dos riscos e construção da resiliência em sua programação (Comitê Intergovernamental de Especialistas em Financiamento para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, 2014).

No início deste ano, o Secretário-Geral designou um painel de alto nível sobre financiamento de ajuda humanitária para avaliar os desafios atuais e futuros, bem como identificar formas de fechar as lacunas do financiamento.

A próxima Cúpula Mundial de Ajuda Humanitária irá apresentar aos países doadores, organizações



Refugiados afegãos em Shiraz, Irã.

Foto © UNHCR/Sebastian Rich

internacionais e governos uma oportunidade sem precedentes de rever como a ação humanitária é prestada e financiada, assim como para harmonizar as intervenções futuras de modo a que complementem e estejam alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas de 2015 a 2030 (Nações Unidas, 2015a).

A próxima Cúpula Mundial de Ajuda Humanitária irá apresentar aos países doadores, organizações internacionais e governos uma oportunidade sem precedentes de rever como a ação humanitária é prestada e financiada, assim como para harmonizar as intervenções futuras de modo a que complementem e estejam alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas de 2015 a 2030 (Nações Unidas, 2015a).

Uma visão transformadora para reduzir riscos e melhorar a resposta e a resiliência

A ação humanitária pode lançar as bases para o desenvolvimento de longo prazo. Um desenvolvimento que beneficie a todas e todos, permitindo que as pessoas desfrutem de seus direitos, incluindo direitos reprodutivos, pode ajudar indivíduos, instituições e comunidades a resistir a crises. Também pode ajudar a acelerar a recuperação.



Ishwori Dangol.

Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

Do desespero à esperança no Nepal

Quando o pior terremoto em quase um século atingiu o Nepal em 25 de abril, a vida de Ishwori Dangol mudou para sempre. Grávida de sete meses na época, a mulher de 30 anos procurava freneticamente por seu filho de sete anos que estava brincando na casa da vizinha, na vila de Betrawati, no distrito de Nuwakot, quando descobriu que ele estava entre as quase 9.000 pessoas que perderam suas vidas no desastre.

Consumida pela dor, Ishwori também se preocupava com a saúde de seu feto e se ela teria que fazer seu parto sozinha, uma



Dangol (centro).

Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

vez que o terremoto de magnitude 7,8 danificou ou destruiu 70% das maternidades nos 14 distritos mais afetados do Nepal, incluindo Nuwakot.

Milhares de mulheres grávidas como Ishwori ficaram com pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde essenciais para garantir partos seguros.

Sushila, uma voluntária de saúde da comunidade local, contou à Ishwori sobre um acampamento de saúde reprodutiva, apoiado pelo UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas, administrado pelo Hospital Comunitário Manmohan Memorial e pela Agência Adventista de

Desenvolvimento e Alívio em conjunto com o Ministério da Saúde e População.

Em seus três primeiros dias de operação, o acampamento forneceu à Ishwori e a mais de 400 mulheres informações e serviços que salvam vidas. O UNFPA apoiou e garantiu fundos para 109 acampamentos como esse e distribuiu suprimentos de saúde reprodutiva a 124 instalações de saúde, beneficiando cerca de 1,8 milhão de pessoas nos cinco primeiros meses após o terremoto.

Os serviços do acampamento incluíam cuidados pré e pós-natal, parto seguro, planejamento da vida reprodutiva,

testagem e tratamento para doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, apoio psicossocial e cuidados de saúde para sobreviventes de violência de gênero.

Suman Panta, médico do acampamento que examinou Ishwori, disse que o feto estava em uma posição anormal em seu ventre. Ishwori foi encaminhada ao Hospital Trishuli, localizado nas proximidades, que continuou a prestar atendimento apesar dos danos às instalações. Dez semanas após a perda de seu primeiro filho no terremoto, Ishwori deu à luz por cesariana a um menino saudável.

Vivemos em um mundo onde crises humanitárias desviam quantidades cada vez maiores de recursos das economias, comunidades e indivíduos. Guerras e desastres naturais chegam às manchetes, pelo menos inicialmente. Menos visíveis, porém igualmente dispendiosas, são as crises de fragilidade, vulnerabilidade e crescente desigualdade, que esvaziam as esperanças de paz e desenvolvimento de milhões de pessoas.

Todas as crises, sejam aquelas causadas em poucas horas por uma tempestade feroz ou as que afastam a paz por décadas, destroem as perspectivas de desenvolvimento, muitas vezes profundamente. As pessoas perdem suas vidas e meios de subsistência, seus lares e comunidades, sustentam ferimentos profundos e podem tornar-se deficientes. Os serviços de educação e saúde desaparecem, privando as pessoas de seus direitos e deixando consequências de longo prazo que tornam a eventual recuperação cada vez mais difícil.

As perdas de saúde sexual e reprodutiva figuram em primeiro lugar. Embora os serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam cada vez mais prestados em respostas humanitárias, as lacunas permanecem. Para a mulher que dá à luz ou para a menina que foi estuprada em meio ao caos das bombas caindo em sua cidade, as consequências, incluindo morte e deficiência nos piores casos, podem muitas vezes multiplicar os danos.

O mundo tem afirmado repetidamente os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas. Agora, precisa cumpri-los em todos os casos, incluindo em crises humanitárias.

Os conflitos e desastres não isentam quaisquer atores governamentais ou humanitários de suas obrigações estabelecidas no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, de apoiar o direito de indivíduos à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o direito de decidir livremente e de forma responsável se, quando ou com que frequência engravidar.

Acabar com a mentalidade compartimentalizada que impede a ação integrada

Tempos de crises crescentes demandam respostas humanitárias de grande envergadura. Embora seja necessário apagar os “incêndios” humanitários, principalmente quando os desastres naturais aumentam em tempos de mudanças climáticas, muito mais pode ser feito para cortar as raízes das crises e reduzir as vulnerabilidades adjacentes.

Os riscos têm muitas origens. Marginalização política e desigualdade econômica podem explodir em conflitos. Uma favela construída pelos mais pobres em terras baratas de uma planície inundável sofrerá os piores danos de uma tempestade violenta. A discriminação de gênero pode deixar mulheres sem renda ou educação suficientes para se proteger das catástrofes.

Muitos riscos decorrem do desenvolvimento fraco em qualidade — que exclui grupos de pessoas de oportunidades de trabalho decente e serviços essenciais, por exemplo, ou destrói recursos naturais compartilhados. Em todo o mundo, pessoas e países em níveis mais altos de desenvolvimento normalmente possuem maior capacidade de resistir às piores consequências das crises. Em desastres naturais, três vezes mais pessoas morrem em países de baixa renda em relação a países de alta renda.

Para mulheres e meninas, a discriminação de gênero enfraquece ainda mais as perspectivas de desenvolvimento. Geralmente, elas são mais vulneráveis que homens e meninos em desastres naturais, às vezes por razões tão simples como não saber nadar. Suas capacidades de buscar refúgio e eventual recuperação são prejudicadas pelo acesso limitado à renda e ao patrimônio, redes sociais e transporte, entre outras questões, o que leva a uma “dupla catástrofe”.

Apesar dos fortes vínculos entre desenvolvimento e crise, grande parte do mundo humanitário permanece concentrado no modo de “resposta”, agindo apenas quando uma crise começa. As operações de emergência podem permanecer inteiramente separadas

da ajuda ao desenvolvimento em organizações globais que oferecem ambos, até mesmo quando a intervenção demonstra ser muito mais cara que os investimentos em desenvolvimento, que podem reduzir riscos.

Essa abordagem é questionável em termos de adequação, do ponto de vista da inclusão e da equidade. É hora de estabelecer conexões mais próximas e atuar em todo o processo que se estende desde o desenvolvimento até a resposta humanitária, uma noção que reflete a ênfase da Agenda das Nações Unidas de 2030 em ações integradas e interdependentes. Ao se fazer isso, os riscos e vulnerabilidades podem ser reduzidos e a resiliência pode ser construída. Isto implicaria na incorporação de todos os principais elementos dos direitos e do desenvolvimento das pessoas em todas as respostas humanitárias, incluindo cuidados de saúde sexual e reprodutiva. A Agenda de 2030 é o plano de ação internacional para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade nos próximos 15 anos. Essa agenda reconhece que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a extrema pobreza, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável.

O alimento e o abrigo têm sido tradicionalmente vistos como necessidades humanitárias “básicas”. Porém, cuidados de saúde sexual e reprodutiva salvam vidas, protegem famílias e aceleram a recuperação, além de manter os compromissos de direitos humanos feitos pelos 179 governos na histórica Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Todas as pessoas afetadas pela crise, principalmente mulheres e meninas, precisam de serviços de qualidade relacionados à gravidez, contracepção, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e proteção da violência de gênero, em conjunto com serviços de apoio aos sobreviventes.

Seja proativo, não reativo

Compreender os riscos pode ajudar a direcionar melhor a opção de desenvolvimento dos indivíduos, comunidades e nações. Pode informar a preparação prévia e a construção da resiliência, de forma que, se



Centro de saúde familiar, Sweileh, Jordânia.

Foto © UNFPA/Isalah Malkawi

uma crise ocorrer, as consequências serão menores, a necessidade de intervenção humanitária será menor, e a recuperação será mais rápida.

Estabelecimento de gestão abrangente dos riscos de desastre

O Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030 delinea as prioridades fundamentais na compreensão e gestão dos riscos de desastre, revendo esquemas de financiamento e reforçando a preparação para desastres. Seu sucesso depende de recursos adequados e instituições, bem como de práticas inclusivas, como a participação de todos os potenciais grupos afetados. Os atores humanitários em todo o mundo devem se preparar melhor para a resposta a crises, por meio de análises coordenadas mais sofisticadas de capacidades e dinâmicas, uma vez que estas podem influenciar fortemente o sucesso das intervenções (Financiamento Humanitário Futuro, 2015).

Dar continuidade aos serviços essenciais

Os esforços para tratar os riscos de crise devem ser centrados em ações de redução da privação social e



Pessoas deslocadas pelo Tufão Haiyan em Tacloban, Filipinas
Foto © Panos/Andrew McConnell

da pobreza, como a Agenda de 2030 e os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas de 2016 a 2030. Os serviços devem ser concebidos de modo a ter sua continuidade assegurada, como a adoção de modelos integrados que podem ajudar a ampliar a disponibilidade. Os exemplos incluem sistemas de atenção básica de saúde consolidados, que incorporam serviços de saúde sexual e reprodutiva e cuidados de saúde de adolescentes com vínculos para serviços de educação, saúde sexual e meios de subsistência.

É preciso estabelecer planos para gerenciar possíveis lacunas de pessoal e insumos. As ações de fornecimento de suprimentos em situações de emergências devem, por padrão, incluir itens essenciais para a saúde sexual e reprodutiva, como contraceptivos.

Investir em proteção social agora

Os programas de proteção social oferecem cobertura contra diversos riscos, principalmente para as pessoas mais vulneráveis — entre elas crianças e jovens, mulheres e pobres. Esses programas podem fornecer contribuições vitais para a resiliência e sobrevivência durante uma crise. Na sequência de uma catástrofe,

eles podem oferecer suporte crítico durante a transição da resiliência na ajuda humanitária externa, garantindo capacidade contínua de atendimento às necessidades de alimentos e cuidados de saúde, entre outros itens essenciais.

Enfrentar riscos transversais

Muitas vezes, os riscos são considerados iguais para diferentes pessoas. Todas as pessoas no caminho de um deslizamento de terra correm risco de perder suas casas, por exemplo. Entretanto, muitos fatores influenciam o nível de risco, a capacidade de preparação e a capacidade de recuperação. Gênero, idade, raça, deficiência e muitos outros fatores se cruzam de forma complexa. Estes precisam ser melhor refletidos em dados utilizados para avaliar o risco, bem como para o planejamento da preparação. A participação direta de mulheres e jovens, principalmente meninas adolescentes, em planos de estruturação de emergências ajuda a garantir que seus direitos e necessidades não serão negligenciados durante a resposta à emergência. Envolver homens e meninos em iniciativas para reduzir riscos de violência de gênero pode promover maior respeito aos direitos das mulheres e, assim, aumentar a resiliência.

Reunir vontade e recursos para melhorar o planejamento urbano

O rápido desenvolvimento urbano concentrou populações e colocou os recursos ambientais à prova, transformando cidades em epicentros de risco. O planejamento de preparação para desastres precisa refletir melhor a probabilidade do enfrentamento de crises cada vez mais urbanas. Como parte da gestão de riscos, os planejadores urbanos e nacionais precisam de capacidades, recursos e vontade política para orquestrar bem o crescimento. Favelas em locais remotos com pouca higiene podem representar riscos e retirar as pessoas de serviços públicos essenciais.

Integração do financiamento dos riscos de desastre

O financiamento dos riscos de desastre muitas vezes permanece inadequado. Por isso, os esforços de alguns países para torná-lo uma abordagem estratégica da gestão dos riscos de desastre devem ser compartilhados e incentivados (UNISDR, 2015). Os conselhos nacionais de risco, que reúnem supervisores de seguro, agências de gestão de desastres e ministérios relevantes, incluindo os que trabalham com saúde e igualdade de gênero, também constituem um passo adiante.

Atender a necessidades agudas

Diversas prioridades se destacam nos primeiros dias de uma intervenção humanitária de prevenção. Embora algumas tenham surgido em numerosas respostas às crises, elas são essenciais em todas as situações.

Salvar vidas do primeiro dia por meio de serviços essenciais acordados internacionalmente

Na fase aguda de uma crise, o pacote inicial mínimo de serviços essenciais para a saúde reprodutiva em situações de crise deve ser imediatamente aplicado a fim de interromper a violência sexual, a redução da transmissão de HIV e a prevenção de morte e doença materna e neonatal. O pacote também auxilia no planejamento para fornecer cuidados de saúde sexual e reprodutiva, assim que as

condições permitirem. Uma norma internacional aceita e aplicável a qualquer contexto, o pacote ainda não é utilizado por alguns prestadores de ajuda humanitária. Maior alcance e eficácia dependem de uma melhor coordenação e um compromisso comum de sua aplicação.

Fechar déficits de cuidados de saúde emergenciais

O cuidado de traumas físicos é geralmente priorizado em serviços de saúde durante crises humanitárias. Entretanto, tal ação pode criar lacunas perigosas, inclusive em termos de serviços de saúde sexual e reprodutiva, que são críticos para salvar vidas. Também existe um escopo para maior investimento em intervenções precoces com serviços psicossociais, principalmente nos casos mais graves, uma vez que o trauma psicológico pode levar a maiores taxas de violência de gênero e outras formas de violência, e resultar em diversas formas de comportamentos perigosos, problemas de saúde e deficiência.

Proteger mulheres da gravidez indesejada

Quando serviços de saúde sexual e reprodutiva são prestados como parte da resposta a uma crise, a atenção ao planejamento da vida reprodutiva tende a ser limitada (Casey et al., 2015). Tal fato persiste apesar de sua relação evidente com a redução da transmissão de doenças, gravidezes indesejadas, riscos de saúde no parto e abortos inseguros. As pessoas afetadas por crises precisam de acesso à gama completa de insumos e serviços de planejamento da vida reprodutiva, que, entre outras questões, requer maior atenção a cadeias de fornecimento confiáveis e prevenção de falhas.

Prevenção de violência de gênero

A violência de gênero prevalece em sociedades que não estão em crise e geralmente aumenta uma vez que as pessoas são deslocadas ou estão sob estresse extremo. Falha em tratar a violência de gênero no início de uma resposta enfraquece a resiliência de mulheres e meninas,

bem como sua saúde e, mais tarde, se torna uma barreira na recuperação. Podem ser necessários esforços específicos para neutralizar o estigma que normalmente impede um grande número de mulheres e meninas de denunciar violações. Os serviços de extensão e aqueles direcionados a homens e meninos reconhecem que a violência sexual também é perpetrada contra eles.

Envolver e alcançar as pessoas jovens

Todas as respostas a crises humanitárias devem ser baseadas em intervenções para jovens, respondendo ao seu direito de inclusão, e à realidade de que metade das pessoas deslocadas à força possui menos de 18 anos. Outros riscos surgem quando as e os adolescentes são sexualmente ativos, porém serviços de proteção não estão disponíveis. As pessoas jovens precisam estar envolvidas como participantes e líderes em todos os aspectos da ação humanitária — políticas, programas e orçamentos. Isso constrói sua adesão, possibilita sua utilização dos serviços e aumenta a capacidade de resposta às suas reais necessidades.

Mudança da resposta à recuperação e resiliência

Embora alguns vínculos entre a assistência ao desenvolvimento e ação humanitária sejam estabelecidos antes de uma crise, como parte dos esforços para preveni-la ou mitigar riscos, outros podem ser forçados quando a fase aguda da emergência dá lugar à recuperação. A recuperação precoce pode abrir novas oportunidades de mitigação de futuros riscos e aumentar a resiliência, como ao instituir melhores mecanismos de proteção aos direitos das pessoas, melhorar a qualidade dos serviços e incentivar medidas condizentes com um desenvolvimento geral mais igualitário e inclusivo.

Efetuar uma transição precoce e rápida a serviços abrangentes

Ao iniciar a recuperação, o fornecimento do pacote internacionalmente acordado de serviços essenciais

deve ceder à prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes, com base em uma avaliação detalhada de necessidades e no planejamento de programa de longo prazo. O planejamento da vida reprodutiva abrangente, os cuidados obstétricos de emergência e de recém-nascidos, o treinamento de prestadoras/es de serviços, a conscientização da comunidade, a prevenção e o tratamento de todas as formas de violência de gênero, os cuidados pré e pós-natal, os serviços abrangentes de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e a abordagem da saúde sexual dos adolescentes estão entre as principais prioridades.

Eliminar barreiras aos serviços urgentes

Diversas barreiras podem impedir o acesso à serviços de saúde sexual e reprodutiva, muitas das quais podem resultar de discriminação relacionada à idade, gênero, deficiência ou outras questões. Obstáculos que podem precisar ser abordados incluem a necessidade de viajar longas distâncias até pontos de atendimento, falta de transporte adequado, preocupações de segurança, percepção de “hostilidade” em relação a grupos de mulheres e jovens solteiras, barreiras de idiomas e falta de conhecimento da existência de serviços.

O desafio dos papéis discriminatórios de gênero

A ruptura social imposta por uma crise pode levar a alguns resultados positivos, incluindo a quebra de papéis e práticas de gênero de longa data. Ao modelar papéis novos e valorizados, as mulheres e meninas atenuam suposições anteriores de que possuem capacidade inferior para atuar na arena pública.

Quando mulheres e meninas assumem novos papéis, elas devem ser incentivadas, e quando não assumem, os prestadores de ajuda humanitária podem criar oportunidades por meio de igualdade de oportunidades para capacitação profissional.

Alcançar a igualdade de gênero na liderança da gestão de desastres deve ser um objetivo de todos os esforços nacionais e internacionais. A Resolução

1325 do Conselho de Segurança das Nações Unidas já reconhece a participação central das mulheres em todos os aspectos relacionados à paz e segurança.

Não deixar de lado nenhum aspecto da violência de gênero

A violência de gênero assume diversas formas, e nenhuma sociedade pode ser vista em paz ou livre de uma crise até que todas elas sejam evitadas. Diversos serviços essenciais de saúde, jurídicos e psicossociais são necessários para proteger mulheres e meninas da violência de gênero, bem como cuidar de sobreviventes. Geralmente, esses serviços são melhor fornecidos como um pacote integrado, reduzindo o ônus de sobreviventes que precisam acessá-los. Os serviços judiciais devem ser restabelecidos assim que possível. Alguns sistemas jurídicos ainda podem incluir estatutos discriminatórios e práticas legais, como

penalidades insuficientes para agressores; estas devem ser as prioridades iniciais para a reforma judicial.

O processo de recuperação pode dar margem para o questionamento de normas sociais que dão espaço a diferentes formas de violência, como a aceitação de que homens pratiquem a violência física dentro de casa. Esses esforços podem envolver conversas na comunidade com o objetivo de conscientizar e estabelecer novas normas e envolver homens e meninos no incentivo a novos pensamentos e comportamentos.

Outras oportunidades para impedir a violência de gênero podem surgir por meio de diálogos e negociações pacíficas, assim como têm sido feito em diversos locais ao redor do mundo. Esse processo pode conscientizar, permitir que sobreviventes tenham voz, produzir reparos e levar a compromissos formais na forma de acordos de paz que estabeleçam leis e instituições eficazes na prevenção de todas as formas de violência.



Sírios deixando Gevgalija, a Antiga República Iugoslava da Macedônia
Foto © UNFPA/Nake Batev

Impedir o casamento precoce deve ser prioridade em determinados contextos. Essa pode ser uma consequência terrível para meninas numa crise, por motivos que vão desde proteger sua honra a ter uma pessoa a menos para alimentar. Compreender o casamento infantil como um mecanismo de enfrentamento negativo e planejar para impedi-lo são aspectos que devem fazer parte da resposta à crise desde o início. No trabalho de prevenção é necessário estar atento à evolução das normas sociais e dispor de garantias adicionais de segurança, tais como a criação de espaços protegidos para meninas em escolas, bem como abrigos ou espaços seguros.

Alguns fatores econômicos podem ser aliviados por meio da ampliação das atividades de subsistência para que estejam igualmente disponíveis tanto para homens quanto para mulheres. Tais medidas oferecem oportunidades de comunicar, por exemplo, os riscos do casamento precoce e as vantagens de que as meninas permaneçam na escola, entre outros.

Reconhecer e responder à realidade do trauma

Embora grande parte do foco da resposta humanitária recaia sobre as necessidades físicas imediatas das pessoas, o assessoramento psicológico deve ser visto como uma intervenção primária e que pode salvar vidas. O trauma ocorrido por estresse mental extremo devido ao deslocamento forçado, conflito e perda possui diversas implicações e custos. Pode levar ao suicídio, abuso de drogas e álcool, maiores índices de violência de gênero. E pode ser transmitido por gerações, distanciando as perspectivas de recuperação total, possivelmente por décadas. Conforme a recuperação está em curso, isso pode significar que muitas pessoas não podem voltar a ser trabalhadoras produtivas ou empreendedoras engajadas na reconstrução de sua economia. Ou pode impulsionar ressentimentos não resolvidos que podem levar eventualmente a conflitos.

O aconselhamento deve ser de fácil acesso e estar integrado a outros serviços de saúde, para facilitar as referências e reduzir o estigma que pode ser

ocasionado pela visita a outras instalações. Para ser mais eficaz, deve ser baseado em uma compreensão profunda dos contextos e normas locais, estar disponível e acolher todas as pessoas.

Iluminar as perspectivas de longo prazo para mulheres e meninas: dizer não à que tudo siga igual

O imperativo para tornar as respostas humanitárias às crises mais eficazes e sustentáveis evidencia novas formas de operação. O sistema atual, com financiamento disperso e vínculos fracos com o desenvolvimento, não será suficiente para atender às crescentes necessidades.

O fim da resposta e da ação paternalista

Os Estados possuem o principal papel na preparação e resposta humanitária (Gingerich e Cohen, 2015). Quando o envolvimento de atores internacionais se torna necessário, eles podem fazer muito mais para envolver sistemas e grupos locais.

Trabalhar com parceiros locais, incluindo quando o relacionamento pode ter sido estabelecido há muito tempo pela assistência de desenvolvimento precoce, pode ser um avanço. Esses parceiros oferecem conhecimentos locais que atores externos podem considerar algo difícil ou demorado para adquirir. O estabelecimento de cuidados obstétricos e neonatais de emergência, por exemplo, poderia se basear em redes existentes. A educação em saúde reprodutiva liderada por pessoas deslocadas pode ser mais eficiente porque utiliza termos e estilos de comunicação mais adequados a um determinado contexto.

Por meio do uso de tecnologia, alguns grupos locais estão montando respostas cada vez mais sofisticadas, como no Nepal, onde utilizaram os dados de GPS de celular para mapear as áreas afetadas pelo terremoto e orientar os esforços de ajuda (Barnett e Walker, 2015).

Envolver diversos atores locais e nacionais também faz parte do apoio a sociedades mais inclusivas que sustentam Estados resilientes. Alguns, como grupos de mulheres e jovens, merecem ênfase



Mãe e filhas do lado de fora de sua nova casa, construída após o tsunami que inundou sua comunidade em Lhoknga, Indonésia, em 2004.
Foto © Panos/Abbie Trayler-Smith

específica como parte da redução da discriminação e vulnerabilidades relacionadas.

As potenciais armadilhas da expansão do envolvimento incluem fragmentação dos esforços de socorro, normas que podem contradizer as normas internacionais, e líderes que são maioritariamente do sexo masculino em alguns contextos. Porém, o processo de trabalho em conjunto pode propiciar o início do enfrentamento dessas questões.

Também pode promover a compreensão das diferentes vantagens comparativas — inclusive de organizações internacionais. Uma vez que alguns países em desenvolvimento estão agora gastando muito mais com respostas humanitárias do que as agências de ajuda tradicionais (Gingerich e Cohen, 2015), as organizações do sistema das Nações Unidas em particular podem ser cada vez mais procuradas como fontes de conhecimento especializado e portadoras de normas acordadas, em vez de executoras de ações no campo.

Em alguns aspectos, os atores humanitários precisam trabalhar para um futuro em que as respostas sejam excepcionais ou desnecessárias, uma vez que os atores locais consigam fazer frente à maioria das necessidades. O desenvolvimento igualitário e sustentável constituirá a base para o progresso nesse sentido.

O fim da falsa distinção entre o desenvolvimento e a ação humanitária

Embora a resolução de uma crise raramente tome um caminho linear, as conexões entre questões de desenvolvimento e humanitárias podem ser relevantes, ajudando a orientar o processo de recuperação global. Algumas intervenções humanitárias podem ser baseadas em iniciativas de desenvolvimento pré-crise, como é agora o caso de 55% da programação de violência de gênero. Do mesmo modo, atividades iniciadas durante uma crise podem perdurar, conforme ocorreu com 81% dos programas de violência de gênero iniciados no âmbito da ajuda humanitária.

Isso gera um senso de continuidade, principalmente quando é viável estabelecer relacionamentos consistentes com parceiros nacionais. Desse modo é possível expandir o cultivo de capacidades que sustentarão o progresso ao longo do tempo. Outros benefícios incluem percepções de reforço da normalidade e estabilidade.

Quando a crise do Ebola atingiu o Oeste Africano, países como Guiné, Libéria e Serra Leoa tinham apenas entre 10% e 20% de profissionais da saúde internacionalmente recomendados (OMS). O que

de repente explodiu como uma crise humanitária tinha sido claramente uma crise de desenvolvimento para os países presos na pobreza e incapazes de pagar por serviços básicos. As causas dessa incapacidade se estendem em muitas direções, entre elas as desigualdades inerentes à economia global.

A experiência ressalta a falsa divisão entre o trabalho humanitário e de desenvolvimento. Tal reconhecimento deve repercutir no modo de atuação das instituições nacionais e internacionais; por exemplo, por meio de estruturas e políticas institucionais mais integradas, vínculos entre diferentes setores, planejamento de longo

prazo e financiamento para a redução de riscos e construção de resiliência. Parcerias sistemáticas podem ajudar a romper visões compartimentadas. Dentro do sistema das Nações Unidas, os planos de resposta humanitária podem ser alinhados às estruturas de ajuda ao desenvolvimento, e integrados ao planejamento nacional.

Tal abordagem poderia ter desacelerado o Ebola em uma etapa muito mais inicial no Oeste Africano, talvez evitando a necessidade de uma intervenção humanitária maciça. Também teria propiciado um nível muito maior de justiça e inclusividade, uma das principais promessas da Agenda de 2030. Em outros



Foto © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

casos, poderia ter permitido uma sensibilidade maior a crises de início mais gradual, como as secas, que atualmente tendem a receber uma resposta mais lenta (Gingerich e Cohen, 2015).

Preenchendo a lacuna do déficit de dados

O uso de metas, indicadores e dados é uma parte importante da Agenda de 2030 e também um déficit significativo do trabalho humanitário. Com tempos curtos de resposta e ciclos de financiamento, os dados muitas vezes não são coletados, deixando pouca evidência de quais intervenções funcionam melhor e quais atores estão melhor posicionados para colaborar.

A falta de dados, principalmente dados desagregados por gênero e idade, encobre os vínculos entre os setores humanitários, que poderiam complementar-se mutuamente. Os dados sobre indicadores de saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, poderiam ser úteis para medir resultados em educação, como a melhora nas habilidades para a vida e a conscientização sobre riscos como gravidez precoce, que pode levar meninas a deixar a escola.

Revisão de esquemas de financiamento arraigados

Os padrões atuais de financiamento da ajuda humanitária explicam alguns de seus desafios e deficiências. Internacionalmente impulsionado por doadores, o financiamento geralmente é reativo, ineficaz e mal coordenado, apesar da crescente ênfase na melhora do desempenho. A alocação de contribuições para fins específicos impõe questões que não necessariamente correspondem às prioridades dos países atingidos pela crise; além disso, os fundos tendem a ser direcionados para emergências mais visíveis, ou aquelas vistas como estrategicamente significativas. A chamada “responsabilidade do doador” reduziu a tolerância à riscos uma vez que é principalmente vinculada a mandatos e condições de financiamento, e nem

sempre ao que as pessoas precisam de fato (Comitê Permanente Interagencial, 2014).

A concentração de fundos em um pequeno grupo de aportes aprofunda a tendência de a ação humanitária se tornar um reduto de alguns poucos atores de grande envergadura. Os gastos geralmente não são claros. Nenhum marcador rastreia os gastos em intervenções de saúde sexual e reprodutiva atualmente; esta é uma lacuna que precisa ser corrigida.

Os doadores devem reavaliar essas questões. Em paralelo, um processo intergovernamental inclusivo para revisar de forma regular todas as fontes de financiamento humanitário poderia jogar luz sobre as diferentes perspectivas.

Também estaria plenamente justificado o aumento dos investimentos em algumas áreas da ajuda humanitária. Tanto o financiamento nacional como o internacional devem priorizar a redução dos riscos e a preparação, que atualmente atrai recursos mínimos. Mais dinheiro deve ser destinado à saúde sexual e reprodutiva. Um crescente número de países está equipado para fornecer recursos nacionais, porém os países menos desenvolvidos devem receber financiamento internacional dentro de uma estrutura de responsabilidade comum, porém diferenciada. Isso ressalta a obrigação daqueles com mais recursos e capacidades para ajudar aqueles com menos. O mesmo princípio pode ser aplicado dentro de países, em termos de grupos vulneráveis, como mulheres e jovens pobres.

O financiamento privado pode ser explorado, porém com cuidado. Atores privados desempenham funções ativas no desenvolvimento e na ajuda humanitária, porém existe também um histórico de interesses privados que resultam em desequilíbrios, como no domínio da ajuda alimentar em espécie e algumas questões relacionadas à saúde (Gingerich e Cohen, 2015). Todas as formas de participação privada devem ser alinhadas às normas internacionais. Elas podem ser melhor rastreadas e medidas em relação à eficácia com o uso de normas globais acordadas.

Reformar as leis e políticas que perpetuam a violência e a discriminação

Diversas reformas legais são importantes para construir a resiliência em países propensos à crise, como aquelas que barram a discriminação e penalizam a violência de gênero. Porém, com um atual número recorde de pessoas se deslocando, dentro e entre fronteiras, e à luz da natureza universal da Agenda de 2030, outras medidas legais podem ser necessárias, mesmo em países que não estão enfrentando crises.

Leis contra o tráfico humano — como a recente Lei de Escravidão Moderna do Reino Unido — refletem como o que começa na forma de deslocamento forçado em um país acaba se tornando uma violação de direitos humanos em outro. Neste caso,

as mulheres são as principais vítimas. Outras questões giram em torno da gestão das/os refugiadas/os, incluindo o isolamento de pessoas em campos durante anos, onde são incapazes de encontrar emprego e serviços jurídicos em comunidades vizinhas.

Uma nova plataforma para a ação humanitária

Em 2016 será realizada a Cúpula Mundial de Ajuda Humanitária, que proporcionará aos países de todo o mundo a oportunidade de compartilhar ideias e definir novos rumos. O processo deve favorecer o compromisso de ampliação dos investimentos em serviços de saúde sexual e reprodutiva como elementos básicos de todas as respostas humanitárias, em conformidade com acordos existentes no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. E deve estar à altura das grandes ambições e esperanças da Agenda de 2030. Aspirar a um mundo transformado, onde o desenvolvimento fosse inclusivo, sustentável e suficiente para prevenir crises ou resistir às suas piores consequências, tornaria muitas formas de ajuda humanitária cada vez mais obsoletas.

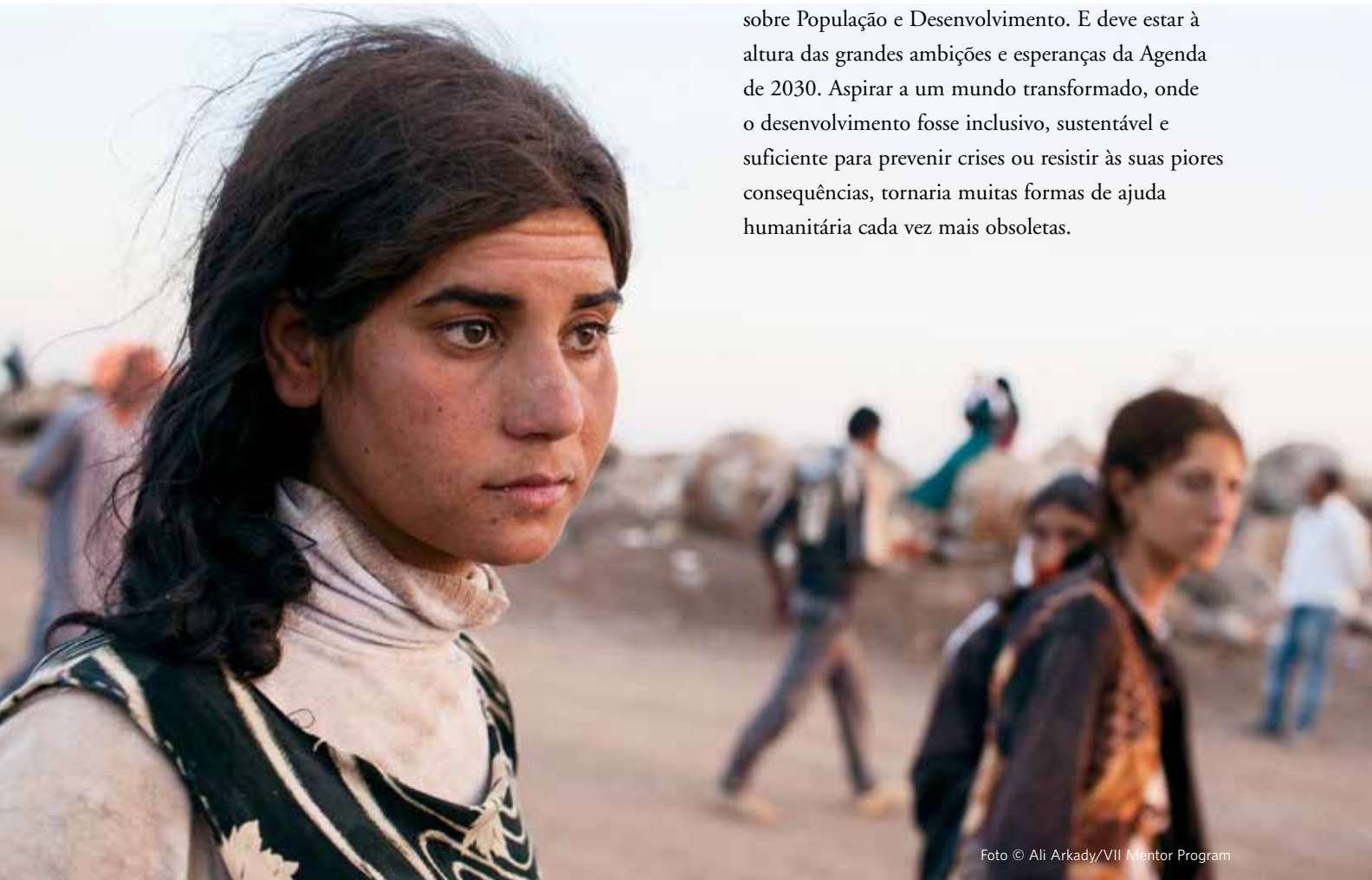


Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Indicadores

Monitoramento das metas da CIPD:
indicadores selecionados

página 116

Indicadores demográficos

página 122

Notas

página 128

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ^b	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos moder- nos 2015 ^b	Necessidade não atendida de pla- nejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^b	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^b	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014 meninos meninas	Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014	Matrícula no ensino médio, % líquido de crianças em idade escolar, 1999-2014 meninos meninas	Índice de paridade de gênero, ensino médio, 1999-2014		
Afeganistão	39	90	29	24	27	52	-	-	-	60	33	0,55
Albânia	99	18	66	19	13	84	93	90	0,96	66	64	0,96
Argélia	97	12	59	51	13	82	98	96	0,98	-	-	-
Angola	47	191	19	13	28	40	97	74	0,77	15	12	0,81
Antígua e Barbuda	100	67	63	60	14	82	87	85	0,98	88	94	1,07
Argentina	97	70	62	58	15	80	100	99	0,99	86	92	1,07
Armênia	100	23	59	30	13	82	89	98	1,10	83	96	1,16
Aruba	-	34	-	-	-	-	94	98	1,04	73	81	1,10
Austrália	99	14	68	65	10	87	97	98	1,00	85	86	1,01
Áustria	99	8	68	65	10	87	-	-	-	-	-	-
Azerbaijão	97	47	57	22	14	80	90	88	0,98	88	86	0,98
Bahamas	98	40	67	65	12	85	94	99	1,06	80	86	1,07
Barein	100	15	66	43	11	85	100	98	0,99	95	92	0,97
Bangladesh	42	83	64	57	12	84	94	98	1,05	44	51	1,16
Barbados	98	49	60	57	16	79	97	97	0,99	84	96	1,15
Bielorrússia	100	22	65	54	11	86	92	94	1,02	96	97	1,01
Bélgica	-	8	69	67	9	88	99	99	1,00	96	97	1,01
Belize	96	64	58	54	17	78	100	100	1,00	72	77	1,08
Benin	77	98	17	10	31	36	100	88	0,88	50	34	0,68
Butão	75	28	68	66	11	86	89	92	1,03	56	64	1,15
Bolívia (Estado Plurinacional da)	85	89	63	40	18	78	82	81	0,99	71	72	1,02
Bósnia-Herzegovina	100	11	48	17	17	74	-	-	-	-	-	-
Botsuana	95	39	56	55	17	77	90	92	1,02	56	65	1,16
Brasil	98	65	79	75	8	91	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	100	17	-	-	-	-	95	95	1,00	91	93	1,02
Bulgária	100	43	67	48	14	83	96	97	1,00	89	86	0,97
Burquina Fasso	66	136	19	18	27	41	69	67	0,96	23	20	0,87
Burundi	60	65	28	23	30	48	100	90	0,90	22	21	0,93
Cabo Verde	78	92	62	58	15	81	99	97	0,98	65	75	1,14
Camboja	89	57	58	40	13	82	100	97	0,97	40	36	0,92
Camarões, República de	64	128	29	17	22	56	100	89	0,89	43	37	0,87
Canadá	98	13	73	71	8	90	99	100	1,01	-	-	-
República Centro-Africana	54	229	24	13	23	50	81	64	0,79	18	10	0,52
Chade	23	203	6	3	23	21	96	75	0,78	16	5	0,33
Chile	100	50	65	62	13	83	92	92	1,00	86	89	1,03
China	100	6	83	83	4	96	-	-	-	-	-	-
China, R.A.E. de Hong Kong	-	4	80	75	5	94	100	99	0,99	87	87	1,00
China, R.A.E. de Macau	-	3	-	-	-	-	-	-	-	77	80	1,04
Colômbia	99	85	78	72	8	91	91	91	1,00	71	77	1,08
Comores	82	71	24	17	31	43	86	81	0,95	46	49	1,07
Congo, República Democrática do	80	135	23	9	27	45	37	35	0,95	-	-	-

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ^b	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 2015 ^b	Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014	meninas	Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014	Matrícula no ensino médio, % líquido de crianças em idade escolar, 1999-2014	meninas	Índice de paridade de gênero, ensino médio, 1999-2014
Congo, República do	93	147	47	23	18	73	88	96	1,09	-	-	-
Costa Rica	99	67	79	76	6	93	90	91	1,01	71	76	1,07
Costa do Marfim	59	125	20	15	24	46	81	75	0,93	-	-	-
Croácia	100	12	66	42	11	85	98	100	1,02	92	95	1,03
Cuba	99	50	74	72	9	90	96	97	1,00	88	89	1,01
Curaçau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	99	4	-	-	-	-	98	98	1,00	91	93	1,02
República Tcheca	100	11	78	69	7	92	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	98	2	71	66	9	88	98	99	1,01	90	93	1,03
Djibuti	87	21	24	23	30	44	69	60	0,86	29	21	0,72
Dominica	100	47	63	60	14	82	96	99	1,03	76	82	1,07
República Dominicana	98	90	72	69	11	87	90	88	0,98	58	66	1,15
Equador	94	100	73	61	9	89	96	98	1,02	82	85	1,04
Egito	92	56	60	58	12	83	100	97	0,97	86	85	1,00
El Salvador	98	63	71	64	12	86	92	92	1,01	61	64	1,03
Guiné Equatorial	68	177	16	11	33	33	62	62	0,99	25	19	0,77
Eritreia	34	85	20	16	29	41	-	-	-	-	-	-
Estônia	99	16	65	59	13	84	97	97	1,01	88	90	1,02
Etiópia	16	71	36	36	25	59	69	63	0,92	18	11	0,61
Fiji	100	28	50	43	19	72	98	100	1,02	79	88	1,11
Finlândia	100	7	75	72	8	91	99	99	1,01	94	94	1,01
França	97	9	74	72	6	92	99	99	1,01	97	98	1,02
Guiana Francesa	-	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polinésia Francesa	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabão	89	115	34	21	25	57	-	-	-	-	-	-
Gâmbia	57	88	11	10	28	28	67	72	1,07	-	-	-
Geórgia	100	40	52	37	17	75	96	97	1,01	92	92	1,00
Alemanha	99	8	67	62	10	87	99	99	1,00	-	-	-
Gana	68	65	22	20	34	40	89	89	1,00	55	54	0,97
Grécia	-	9	69	46	10	87	99	100	1,01	99	99	1,00
Granada	99	53	64	60	13	83	98	98	1,00	80	81	1,02
Guadalupe	-	21	58	51	16	78	-	-	-	-	-	-
Guam	-	60	54	45	17	76	-	-	-	-	-	-
Guatemala	63	92	57	48	17	77	88	88	0,99	49	45	0,92
Guiné	45	154	8	5	25	23	82	71	0,86	37	23	0,63
Guiné-Bissau	45	137	17	13	22	44	73	69	0,95	11	6	0,56
Guiana	92	97	45	44	27	63	70	80	1,14	86	100	1,16
Haiti	37	65	38	34	33	53	-	-	-	-	-	-
Honduras	83	99	73	64	11	87	89	91	1,02	45	53	1,19
Hungria	99	20	75	68	8	90	96	96	1,00	92	92	1,00
Islândia	-	7	-	-	-	-	98	98	1,01	89	89	1,00
Índia	52	39	60	52	13	82	92	89	0,97	-	-	-
Indonésia	87	47	63	59	11	85	95	96	1,01	77	76	0,98
Irã (República Islâmica do)	96	35	77	59	7	92	98	96	0,98	84	79	0,95
Iraque	91	68	55	38	14	79	97	86	0,89	49	40	0,81
Irlanda	100	9	67	62	11	86	100	100	1,00	99	100	1,01
Israel	-	10	71	53	9	89	97	98	1,01	97	100	1,03

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ^c	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 2015 ^c	Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014		Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014		Matrícula no ensino médio, % líquido de crianças em idade escolar, 1999-2014	
Itália	100	6	65	49	11	85	99	98	0,99	91	92	1,01
Jamaica	99	72	72	68	10	88	92	91	1,00	72	76	1,05
Japão	100	4	57	50	16	78	100	100	1,00	99	100	1,01
Jordânia	100	27	62	43	12	84	98	96	0,98	86	89	1,03
Cazaquistão	100	31	56	52	16	78	98	100	1,02	91	92	1,01
Quênia	62	101	57	56	19	76	83	87	1,04	57	55	0,97
Kiribati	80	49	28	22	27	51	–	–	–	66	73	1,11
Coreia, República Democrática Popular da	100	1	70	63	11	87	–	–	–	–	–	–
Coreia, República da	100	2	79	69	6	93	98	97	0,99	98	97	0,99
Kuwait	99	8	56	44	16	78	99	98	0,99	86	88	1,03
Quirguistão	98	42	42	39	17	71	99	98	0,99	82	83	1,00
Lao, República Democrática Popular do	42	94	54	46	18	75	98	96	0,98	46	43	0,95
Letônia	99	15	68	60	12	85	97	98	1,01	86	88	1,01
Líbano	–	18	63	40	13	83	99	93	0,94	67	68	1,00
Lesoto	78	94	60	59	18	77	78	82	1,05	27	42	1,56
Libéria	61	147	20	20	32	39	39	37	0,95	18	15	0,83
Líbia	100	4	49	28	20	71	–	–	–	–	–	–
Lituânia	100	14	63	53	13	83	97	97	1,00	97	96	0,99
Luxemburgo	100	6	–	–	–	–	95	96	1,01	84	87	1,04
Madagáscar	44	147	46	37	19	71	77	78	1,00	30	31	1,02
Malawi	87	143	58	56	19	75	90	97	1,07	32	30	0,96
Malásia	99	13	57	42	15	79	98	95	0,96	71	67	0,95
Maldivas	99	14	42	34	25	63	93	94	1,01	46	53	1,14
Mali	56	178	12	11	27	31	78	68	0,88	39	32	0,80
Malta	100	16	81	59	5	94	95	95	1,00	80	84	1,05
Martinica	–	20	60	54	15	80	–	–	–	–	–	–
Mauritânia	65	71	14	13	31	31	72	75	1,05	23	20	0,87
Maurício	100	31	76	53	7	92	98	98	1,00	80	81	1,01
México	96	84	73	67	11	87	97	99	1,02	66	69	1,04
Micronésia, Estados Federados da	100	33	–	–	–	–	82	84	1,02	–	–	–
Moldávia, República da	99	25	63	45	13	83	91	91	1,00	77	78	1,01
Mongólia	99	40	58	52	14	80	96	94	0,98	78	86	1,11
Montenegro	99	12	34	10	24	59	98	99	1,01	–	–	–
Marrocos	74	32	68	58	10	88	99	98	0,99	59	53	0,90
Moçambique	54	166	18	16	28	39	90	85	0,95	19	18	0,98
Mianmar	71	17	52	49	16	76	–	–	–	46	48	1,05
Namíbia	88	78	57	57	17	77	87	90	1,04	45	57	1,27
Nepal	56	87	52	48	24	69	98	97	0,99	58	62	1,06
Holanda	–	5	68	65	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Nova Caledônia	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nova Zelândia	97	22	71	67	9	89	98	98	1,00	97	98	1,01
Nicarágua	88	92	80	75	7	92	93	94	1,01	42	49	1,14
Níger	29	210	15	10	18	47	69	58	0,84	15	10	0,66
Nigéria	38	123	16	11	22	42	71	60	0,84	–	–	–
Noruega	99	6	79	72	6	93	100	100	1,00	95	95	1,00

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ^c	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 2015 ^c	Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^c	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014		Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014		Matrícula no ensino médio, % líquido de crianças em idade escolar, 1999-2014	
Omã	99	12	37	25	28	57	97	98	1,02	77	91	1,19
Paquistão	52	48	39	28	20	65	77	67	0,87	43	32	0,74
Palestina ¹	100	67	57	43	15	79	93	94	1,01	77	84	1,10
Panamá	92	89	61	58	16	80	92	91	0,99	74	79	1,08
Papua-Nova Guiné	53	65	37	29	25	60	90	83	0,92	–	–	–
Paraguai	96	63	77	68	6	92	81	81	0,99	63	68	1,07
Peru	90	68	74	52	9	89	95	94	1,00	76	77	1,01
Filipinas	73	59	55	38	18	75	91	91	1,00	60	70	1,16
Polônia	100	14	69	48	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Portugal	–	12	77	70	7	92	95	97	1,01	93	97	1,04
Porto Rico	–	45	78	69	6	93	83	87	1,05	72	77	1,07
Catar	100	16	44	37	19	69	99	95	0,96	91	100	1,10
Reunião	–	43	72	70	9	89	–	–	–	–	–	–
Romênia	99	36	69	54	10	88	90	90	1,00	–	–	–
Federação Russa	100	27	69	56	10	88	97	98	1,01	–	–	–
Ruanda	91	41	54	47	20	73	92	95	1,03	–	–	–
São Cristóvão e Neves	100	75	59	55	16	79	81	84	1,04	82	88	1,07
Santa Lúcia	99	50	57	54	17	77	95	93	0,97	80	81	1,01
São Vicente e Granadinas	99	70	65	62	13	84	97	95	0,98	84	87	1,03
Samoa	81	39	32	31	42	43	95	97	1,03	75	84	1,12
São Marino	–	1	–	–	–	–	93	93	1,00	–	–	–
São Tomé e Príncipe	82	110	41	36	33	55	93	92	0,99	46	53	1,17
Arábia Saudita	97	7	37	31	24	60	96	99	1,03	101	101	1,01
Senegal	59	80	18	17	30	38	76	83	1,08	24	18	0,76
Sérvia	98	22	58	22	13	81	96	97	1,01	92	94	1,03
Seychelles	99	62	–	–	–	–	96	95	0,99	61	66	1,07
Serra Leoa	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0,92
Cingapura	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–
Eslováquia	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–
Eslovênia	100	5	75	64	8	90	97	98	1,01	94	95	1,01
Ilhas Salomão	86	62	39	32	21	64	82	79	0,97	33	29	0,88
Somália	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–	–	–
África do Sul	94	54	65	64	12	84	95	95	1,00	62	69	1,10
Sudão do Sul	19	158	7	3	30	19	48	34	0,71	–	–	–
Espanha	–	9	67	63	12	85	98	99	1,00	95	97	1,02
Sri Lanka	99	24	72	56	7	91	94	94	1,00	83	87	1,05
Sudão	23	102	16	13	29	36	53	56	1,05	–	–	–
Suriname	91	66	52	51	19	73	80	81	1,01	48	57	1,20
Suazilândia	82	89	64	62	15	81	84	86	1,02	32	39	1,20
Suécia	–	3	70	62	10	88	100	100	1,00	95	94	0,99
Suíça	–	3	77	72	6	92	100	100	1,00	82	80	0,97
República Árabe da Síria	96	75	58	41	15	79	66	65	0,98	44	44	0,99
Tadjiquistão	87	47	33	30	22	60	100	97	0,97	88	79	0,90
Tanzânia, República Unida da	49	128	41	34	23	64	83	86	1,03	–	–	–
Tailândia	100	60	79	77	6	93	96	95	0,99	77	82	1,06

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

País, território ou outra área	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ^b	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 2015 ^b	Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^b	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ^b	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014		Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014	Matrícula no ensino médio, % líquido de crianças em idade escolar, 1999-2014		Índice de paridade de gênero, ensino médio, 1999-2014
Antiga República Iugoslava da Macedônia	98	19	49	17	18	73	92	92	1,00	79	77	0,97
Timor Leste, República Democrática do	29	54	29	26	26	53	92	91	0,98	36	40	1,11
Togo	59	77	21	19	34	39	98	87	0,89	32	15	0,48
Tonga	98	30	35	30	28	56	83	86	1,03	67	71	1,05
Trinidad e Tobago	100	36	50	44	19	72	99	98	0,99	70	75	1,07
Tunísia	99	7	64	53	11	86	100	100	1,00	–	–	–
Turquia	97	29	74	48	6	92	96	95	0,99	90	87	0,97
Turcomenistão	100	21	57	51	15	79	–	–	–	–	–	–
Ilhas Turcos e Caicos	–	29	–	–	–	–	77	84	1,08	–	–	–
Tuvalu	98	42	34	27	28	55	85	87	1,02	70	89	1,28
Uganda	57	140	30	28	33	47	90	93	1,03	23	22	0,95
Ucrânia	99	27	67	51	10	87	97	99	1,02	87	87	1,00
Emirados Árabes Unidos	100	34	48	39	20	71	99	97	0,98	73	79	1,09
Reino Unido	–	21	81	80	5	94	100	100	1,00	98	98	1,01
Estados Unidos da América	99	27	75	69	7	92	92	92	1,00	86	88	1,02
Ilhas Virgens Americanas	–	59	69	62	11	87	–	–	–	–	–	–
Uruguai	98	60	77	74	8	91	100	99	0,99	68	76	1,12
Uzbequistão	100	26	67	61	10	88	93	90	0,97	–	–	–
Vanuatu	89	78	47	37	24	66	98	97	0,99	51	53	1,04
Venezuela (República Bolivariana da)	96	101	70	64	12	85	95	93	0,98	72	78	1,09
Vietnã	94	36	77	65	7	92	–	–	–	–	–	–
Saara Ocidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iêmen	45	67	38	28	27	58	95	81	0,85	51	34	0,66
Zâmbia	64	145	51	45	20	72	93	93	1,01	–	–	–
Zimbábue	80	120	66	65	11	85	93	95	1,02	44	44	1,01

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

Dados mundiais e regionais

	Saúde Materna e de Recém-Nascidos		Saúde Sexual e Reprodutiva				Educação					
	Partos atendidos por pessoal qualificado em saúde (%) ^a 2006-2014	Taxa de fecundidade na adolescência por 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos, 1999-2014	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, qualquer método 2015 ¹	Taxa de prevalência de contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos, métodos modernos 2015 ¹	Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ¹	Proporção de demanda atendida entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015 ¹	Matrícula no ensino fundamental, % líquido de crianças em idade escolar, 1999/2014	meninos	meninas	Índice de paridade de gênero, ensino fundamental 1999-2014	meninos	meninas
Estados Árabes	75	56	51	43	17	76	86	82	0,95	64	58	0,92
Ásia e o Pacífico	71	33 b	69	63	10	87	95	95	1,00	69	65	0,94
Leste Europeu e Ásia Central	98	30	65	47	11	86	95	94	1,00	89	89	0,99
América Latina e o Caribe	93	76 c	73	67	11	87	93	94	1,00	73	78	1,06
Leste e Sul da África	56	112	39	34	24	62	86	84	0,97	35	33	0,93
Oeste e Centro da África	48	128	18	13	24	42	78	69	0,89	38	31	0,83
Regiões mais desenvolvidas	–	18	70	61	10	88	96	96	1,00	90	91	1,01
Regiões menos desenvolvidas	70	56	63	57	12	84	91	90	0,98	64	61	0,95
Países minimamente desenvolvidos	–	113	40	34	22	64	–	–	–	–	–	–
Total Mundial	71	51	64	57	12	84	92	90	0,99	67	65	0,96

NOTAS

– Dados não disponíveis.

† Mulheres atualmente casadas/em união estável.

a Dados incluem pesquisas conduzidas apenas entre 2006-2014. São utilizados dados de nascidos vivos entre 2010 e 2015, uma vez que são os anos intermediários das pesquisas incluídas.

b Dados excluem Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à indisponibilidade de informação.

c Dados excluem Anguilla, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Dominica, Montserrat, Antilhas Holandesas, São Cristóvão e Neves, e Turks e Caicos devido à indisponibilidade de informação.

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

Indicadores demográficos

País, território ou outra área

	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
								masculino	feminino	
Afeganistão	32,5	3,0	35	44	54	3	87,0	59	61	5,1
Albânia	2,9	0,0	25	19	69	12	44,8	75	80	1,8
Argélia	39,7	1,9	24	29	66	6	52,6	72	77	2,9
Angola	25,0	3,3	33	48	50	2	99,9	50	53	6,2
Antígua e Barbuda	0,1	1,0	25	24	69	7	45,7	73	78	2,1
Argentina	43,4	1,0	24	25	64	11	56,5	72	80	2,3
Armênia	3,0	0,4	20	18	71	11	41,3	71	78	1,6
Aruba	0,1	0,4	21	18	70	12	44,0	73	78	1,7
Austrália ¹	24,0	1,6	19	19	66	15	50,9	80	84	1,9
Áustria	8,5	0,4	17	14	67	19	49,2	78	84	1,5
Azerbaijão ²	9,8	1,4	23	22	73	6	38,0	68	74	2,3
Bahamas	0,4	1,5	23	21	71	8	41,2	72	78	1,9
Barein	1,4	1,8	22	22	76	2	31,4	76	77	2,1
Bangladesh	161,0	1,2	30	29	66	5	52,5	70	72	2,2
Barbados	0,3	0,3	20	19	67	14	50,4	73	78	1,8
Bielorrússia	9,5	0,0	16	16	70	14	43,0	65	77	1,6
Bélgica	11,3	0,7	17	17	65	18	54,2	78	83	1,8
Belize	0,4	2,2	32	33	64	4	56,8	67	73	2,6
Benin	10,9	2,7	32	42	55	3	82,0	58	61	4,9
Butão	0,8	1,5	29	27	68	5	46,9	69	69	2,1
Bolívia (Estado Plurinacional da)	10,7	1,6	30	32	61	7	63,7	65	70	3,0
Bósnia-Herzegovina	3,8	-0,1	16	14	71	15	40,7	74	79	1,3
Botsuana	2,3	2,0	29	32	64	4	55,3	62	67	2,9
Brasil	207,8	0,9	25	23	69	8	44,7	70	78	1,8
Brunei Darussalam	0,4	1,5	25	23	73	4	38,0	77	80	1,9
Bulgária	7,1	-0,7	14	14	66	20	51,9	71	78	1,5
Burquina Fasso	18,1	2,9	33	46	52	2	92,2	57	59	5,6
Burundi	11,2	3,3	31	45	53	3	89,7	54	58	6,1
Cabo Verde	0,5	1,2	31	30	66	5	52,0	71	75	2,4
Camboja	15,6	1,6	30	32	64	4	55,6	66	70	2,7
Camarões, República de	23,3	2,5	33	43	54	3	84,3	54	56	4,8
Canadá	35,9	1,0	18	16	68	16	47,3	80	84	1,6
República Centro-Africana	4,9	2,0	33	39	57	4	75,2	48	51	4,4
Chad	14,0	3,3	34	48	50	3	100,7	50	52	6,3
Chile	17,9	1,1	22	20	69	11	45,2	78	84	1,8
China ³	1376,0	0,5	19	17	73	10	36,6	74	77	1,6
China, R.A.E. de Hong Kong ⁴	7,3	0,8	15	12	73	15	37,0	81	87	1,2
China, R.A.E. de Macau ⁵	0,6	1,9	16	13	78	9	28,2	78	83	1,2
Colômbia	48,2	1,0	26	24	69	7	45,6	70	77	1,9
Comoros	0,8	2,4	32	40	57	3	75,6	61	65	4,6
Congo, República Democrática do	77,3	3,2	32	46	51	3	95,9	57	60	6,2
Congo, República do	4,6	2,6	31	43	54	4	86,2	60	63	5,0
Costa Rica	4,8	1,1	24	22	69	9	45,4	77	82	1,9
Costa do Marfim	22,7	2,4	33	43	55	3	83,5	50	52	5,1
Croácia	4,2	-0,4	16	15	66	19	51,1	74	80	1,5
Cuba	11,4	0,1	18	16	70	14	43,4	77	81	1,6

País, território ou outra área	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
								masculino	feminino	
Curaçau	0,2	1,3	19	19	66	15	51,1	75	81	2,1
Chipre ⁶	1,2	1,1	20	17	71	13	41,6	78	82	1,5
República Tcheca	10,5	0,1	15	15	67	18	49,5	75	81	1,5
Dinamarca	5,7	0,4	19	17	64	19	55,9	78	82	1,7
Djibuti	0,9	1,3	31	33	63	4	58,5	60	63	3,3
Dominica	0,1	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
República Dominicana	10,5	1,2	28	30	63	7	57,8	70	76	2,5
Equador	16,1	1,6	28	29	64	7	55,6	73	78	2,6
Egito	91,5	2,2	27	33	62	5	62,3	69	73	3,4
El Salvador	6,1	0,3	30	27	65	8	54,3	68	77	2,0
Guiné Equatorial	0,8	3,0	30	39	58	3	72,9	56	59	5,0
Eritrea	5,2	2,2	32	43	55	3	83,2	61	65	4,4
Estônia	1,3	-0,3	15	16	65	19	53,5	72	81	1,6
Etiópia	99,4	2,5	35	41	55	4	81,6	61	65	4,6
Fiji	0,9	0,7	26	29	65	6	52,8	67	73	2,6
Finlândia ⁷	5,5	0,5	17	16	63	21	58,3	78	83	1,7
França	64,4	0,5	18	19	62	19	60,3	79	85	2,0
Guiana Francesa	0,3	2,8	27	34	61	5	63,2	76	83	3,5
Polinésia Francesa	0,3	1,1	25	22	70	8	42,2	74	79	2,1
Gabão	1,7	2,2	31	37	58	5	73,1	63	64	4,0
Gâmbia	2,0	3,2	32	46	52	2	94,2	59	61	5,8
Geórgia ⁸	4,0	-1,2	18	17	69	14	45,7	71	78	1,8
Alemanha	80,7	0,1	15	13	66	21	51,8	78	83	1,4
Gana	27,4	2,4	31	39	58	3	73,0	60	62	4,2
Grécia	11,0	-0,4	15	15	64	21	56,2	78	84	1,3
Granada	0,1	0,4	27	27	66	7	50,7	71	76	2,2
Guadalupe ⁹	0,5	0,5	20	22	63	15	57,6	77	84	2,2
Guam	0,2	1,3	26	26	66	9	52,0	76	81	2,4
Guatemala	16,3	2,1	33	37	59	5	70,9	68	75	3,3
Guiné	12,6	2,7	32	43	54	3	83,8	58	58	5,1
Guiné-Bissau	1,8	2,4	32	41	56	3	78,4	53	57	5,0
Guiana	0,8	0,4	34	29	66	5	51,1	64	69	2,6
Haiti	10,7	1,4	31	34	62	5	62,3	60	64	3,1
Honduras	8,1	1,5	33	32	63	5	57,8	70	75	2,5
Hungria	9,9	-0,3	16	15	68	18	47,9	71	79	1,3
Islândia	0,3	0,7	21	20	66	14	51,6	81	84	2,0
Índia	1311,1	1,3	28	29	66	6	52,4	66	69	2,5
Indonésia	257,6	1,3	26	28	67	5	49,0	67	71	2,5
Irã (República Islâmica do)	79,1	1,3	23	24	71	5	40,2	74	76	1,7
Iraque	36,4	3,3	31	41	56	3	78,7	67	71	4,6
Irlanda	4,7	0,3	18	22	65	13	53,7	78	83	2,0
Israel	8,1	1,7	23	28	61	11	64,1	80	84	3,1
Itália	59,8	0,1	14	14	64	22	56,5	80	85	1,4
Jamaica	2,8	0,4	28	24	67	9	48,6	73	78	2,1
Japão	126,6	-0,1	14	13	61	26	64,5	80	86	1,4
Jordânia	7,6	3,1	30	36	61	4	64,8	72	76	3,5
Cazaquistão	17,6	1,6	22	27	67	7	50,3	64	74	2,6

Indicadores Demográficos

País, território ou outra área	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015 masculino feminino		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
Quênia	46,1	2,7	32	42	55	3	80,9	59	62	4,4
Kiribati	0,1	1,8	29	35	61	4	63,0	63	69	3,8
Coreia, República Democrática Popular da	25,2	0,5	23	21	69	10	44,3	66	73	2,0
Coreia, República da	50,3	0,5	18	14	73	13	37,2	78	85	1,3
Kuwait	3,9	4,8	19	22	76	2	32,1	73	76	2,2
Quirguistão	5,9	1,7	27	31	64	4	55,3	66	74	3,1
Lao, República Democrática Popular do	6,8	1,7	33	35	61	4	62,8	64	67	3,1
Letônia	2,0	-1,2	15	15	66	19	52,2	69	79	1,5
Líbano	5,9	6,0	28	24	68	8	47,3	77	81	1,7
Lesoto	2,1	1,2	34	36	60	4	67,3	49	50	3,3
Libéria	4,5	2,6	32	42	55	3	82,9	59	61	4,8
Líbia	6,3	0,0	25	30	66	5	52,4	69	74	2,5
Lituânia	2,9	-1,6	17	15	67	19	50,1	67	79	1,6
Luxemburgo	0,6	2,2	18	16	70	14	43,7	79	84	1,6
Madagáscar	24,2	2,8	33	42	56	3	80,3	63	66	4,5
Malawi	17,2	3,1	33	45	51	3	94,5	60	62	5,3
Malásia ¹⁰	30,3	1,5	27	25	70	6	43,6	72	77	2,0
Maldivas	0,4	1,8	28	28	68	5	47,4	75	77	2,2
Mali	17,6	3,0	32	48	50	3	100,2	57	57	6,4
Malta	0,4	0,3	18	14	66	19	50,8	79	82	1,4
Martinica	0,4	0,1	19	17	64	19	57,0	78	84	2,0
Mauritânia	4,1	2,5	31	40	57	3	76,1	61	64	4,7
Maurício ¹¹	1,3	0,4	23	19	71	10	40,6	71	78	1,5
México	127,0	1,4	28	28	66	7	51,7	74	79	2,3
Micronésia, Estados Federados da	0,1	0,2	36	34	62	4	62,4	68	70	3,3
Moldávia, República da ¹²	4,1	-0,1	19	16	74	10	34,6	67	75	1,3
Mongólia	3,0	1,7	24	28	68	4	47,6	65	73	2,7
Montenegro	0,6	0,1	20	19	68	14	47,7	74	78	1,7
Marrocos	34,4	1,4	26	27	67	6	50,1	73	75	2,6
Moçambique	28,0	2,8	33	45	51	3	94,8	53	56	5,5
Mianmar	53,9	0,8	28	28	67	5	49,1	64	68	2,3
Namíbia	2,5	2,3	32	37	60	4	67,3	62	67	3,6
Nepal	28,5	1,2	33	33	62	6	61,8	68	70	2,3
Holanda	16,9	0,3	18	17	65	18	53,3	79	83	1,8
Nova Caledônia	0,3	1,3	23	22	68	10	47,9	74	79	2,1
Nova Zelândia	4,5	0,7	21	20	65	15	54,0	80	83	2,1
Nicarágua	6,1	1,2	30	30	65	5	54,1	71	77	2,3
Níger	19,9	4,0	31	51	47	3	113,0	60	62	7,6
Nigéria	182,2	2,7	31	44	53	3	87,7	52	53	5,7
Noruega ¹³	5,2	1,3	19	18	66	16	52,2	79	83	1,8
Omã	4,5	8,4	21	21	77	3	30,0	75	79	2,9
Paquistão	188,9	2,1	30	35	61	5	65,3	65	67	3,7
Palestina ¹⁴	4,7	2,7	34	40	57	3	76,0	71	75	4,3
Panamá	3,9	1,6	26	27	65	8	53,4	74	80	2,5
Papua-Nova Guiné	7,6	2,1	31	37	60	3	67,1	60	64	3,8

País, território ou outra área	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
								masculino	feminino	
Paraguai	6,6	1,3	30	30	64	6	56,6	71	75	2,6
Peru	31,4	1,3	27	28	65	7	53,2	72	77	2,5
Filipinas	100,7	1,6	30	32	64	5	57,6	65	72	3,0
Polónia	38,6	0,0	16	15	70	16	43,8	73	81	1,4
Portugal	10,3	-0,4	16	14	65	21	53,5	77	84	1,3
Porto Rico	3,7	-0,1	22	19	67	15	50,0	75	83	1,6
Catar	2,2	4,7	19	16	83	1	20,1	77	80	2,1
Reunião	0,9	0,7	23	24	66	10	51,2	76	83	2,2
Romênia	19,5	-0,8	16	16	67	17	48,9	71	78	1,5
Federação Russa	143,5	0,0	16	17	70	13	43,1	64	76	1,7
Ruanda	11,6	2,4	32	41	56	3	78,1	60	66	4,1
São Cristóvão e Neves	0,1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	0,2	0,8	26	23	68	9	47,3	72	78	1,9
São Vicente e Granadinas	0,1	0,0	26	25	68	7	46,8	71	75	2,0
Samoa	0,2	0,8	31	37	58	5	74,0	70	76	4,2
São Marino	0,0	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	0,2	2,2	32	43	54	3	84,2	64	68	4,7
Arábia Saudita	31,5	2,3	24	29	69	3	45,9	73	75	2,9
Senegal	15,1	3,1	32	44	53	3	87,6	64	68	5,2
Sérvia ¹⁵	8,9	-0,5	19	16	67	17	50,1	72	78	1,6
Seychelles	0,1	0,7	21	23	70	7	43,5	69	78	2,3
Serra Leoa	6,5	2,2	33	42	55	3	81,9	50	51	4,8
Cingapura	5,6	2,0	19	16	73	12	37,4	80	86	1,2
Eslováquia	5,4	0,1	17	15	71	14	40,8	72	80	1,4
Eslovênia	2,1	0,1	14	15	67	18	48,7	77	83	1,6
Ilhas Salomão	0,6	2,1	32	40	57	3	75,1	66	69	4,1
Somália	10,8	2,4	33	47	51	3	98,1	53	57	6,6
África do Sul	54,5	1,1	29	29	66	5	52,1	55	59	2,4
Sudão do Sul	12,3	4,1	33	42	54	4	83,7	54	56	5,2
Espanha ¹⁶	46,1	-0,2	14	15	66	19	50,8	79	85	1,3
Sri Lanka	20,7	0,5	23	25	66	9	51,2	71	78	2,1
Sudão	40,2	2,2	32	41	56	3	78,0	62	65	4,5
Suriname	0,5	0,9	26	27	66	7	50,8	68	74	2,4
Suazilândia	1,3	1,5	35	37	59	4	69,3	50	49	3,4
Suécia	9,8	0,8	18	17	63	20	59,3	80	84	1,9
Suíça	8,3	1,2	16	15	67	18	48,8	80	85	1,5
República Árabe da Síria	18,5	-2,3	33	37	59	4	70,0	64	76	3,0
Tadjiquistão	8,5	2,2	30	35	62	3	60,9	66	73	3,6
Tanzânia, República Unida da ¹⁷	53,5	3,2	32	45	52	3	93,8	63	66	5,2
Tailândia	68,0	0,4	19	18	72	11	39,2	71	78	1,5
Antiga República Iugoslava da Macedónia	2,1	0,2	20	17	71	12	41,4	73	77	1,5
Timor Leste, República Democrática do	1,2	2,3	32	42	52	6	92,3	66	70	5,9
Togo	7,3	2,7	32	42	55	3	81,8	58	60	4,7
Tonga	0,1	0,4	32	37	57	6	74,3	70	76	3,8
Trinidad e Tobago	1,4	0,5	20	21	70	9	43,2	67	74	1,8

Indicadores Demográficos

País, território ou outra área	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015 masculino feminino		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
Tunísia	11,3	1,1	23	23	69	8	44,8	72	77	2,2
Turquia	78,7	1,7	25	26	67	8	49,7	72	78	2,1
Turcomenistão	5,4	1,3	28	28	68	4	47,9	61	70	2,3
Ilhas Turcos e Caicos	0,0	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	0,0	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	39,0	3,3	34	48	49	3	102,3	56	59	5,9
Ucrânia	44,8	-0,4	15	15	70	15	43,3	66	76	1,5
Emirados Árabes Unidos	9,2	1,9	17	14	85	1	17,8	76	78	1,8
Reino Unido	64,7	0,6	18	18	65	18	55,1	78	82	1,9
Estados Unidos da América	321,8	0,8	20	19	66	15	50,9	76	81	1,9
Ilhas Virgens Americanas	0,1	0,0	20	20	62	18	61,2	77	83	2,3
Uruguai	3,4	0,3	22	21	64	14	55,9	73	80	2,0
Uzbequistão	29,9	1,5	27	29	67	5	49,7	65	72	2,5
Vanuatu	0,3	2,3	29	37	59	4	68,7	70	74	3,4
Venezuela (República Bolivariana da)	31,1	1,4	27	28	66	6	52,4	70	78	2,4
Vietnã	93,4	1,1	24	23	70	7	42,5	71	80	2,0
Saara Ocidental	0,6	2,2	25	26	71	3	40,2	66	70	2,2
Iêmen	26,8	2,6	34	40	57	3	75,6	62	65	4,4
Zâmbia	16,2	3,1	33	46	51	3	95,4	57	60	5,5
Zimbábue	15,6	2,2	33	42	55	3	80,4	54	56	4,0

Dados mundiais e regionais

	População							Expectativa de vida		Fecundidade
	População total em milhões, 2015	Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010-2015	População de 10-24 anos, percentual 2015	População de 0-14 anos, percentual 2015	População de 15-64 anos, percentual 2015	População com 65 anos ou mais, percentual 2015	Razão de dependência 2015	Expectativa de vida ao nascer (em anos), 2010-2015 masculino feminino		Taxa de fecundidade total por mulher, 2010/2015
Estados Árabes	339	2,0	29	34	61	5	63,9	67	71	3,5
Ásia e o Pacífico	3865	1,0	25 b	25 b	68 b	7 b	46,3	68	72	2,2
Leste Europeu e Ásia Central	265	0,8	22	22	68	10	47,7	68	76	2,0
América Latina e o Caribe	629 a	1,1	26 c	26 c	67 c	8 c	50,1	71	78	2,2
Leste e Sul da África	547	2,7	32	42	54	3	84,2	58	61	4,8
Oeste e Centro da África	403	2,7	32	44	53	3	87,3	54	56	5,5
Regiões mais desenvolvidas	1251	0,3	17	16	66	18	51,5	76	82	1,7
Regiões menos desenvolvidas	6098	1,4	26	28	66	6	52,5	68	72	2,6
Países minimamente desenvolvidos	954	2,4	32	40	57	4	77,1	63	66	4,3
Total Mundial	7349	1,2	25	26	66	8	52,3	69	74	2,5

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- a Dados excluem Antilhas Holandesas devido à indisponibilidade de informação.
- b Dados excluem Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu devido à indisponibilidade de informação.
- c Dados excluem Anguilla, Bermuda, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Cayman, Dominica, Montserrat, Antilhas Holandesas, São Cristóvão e Neves, e Turks e Caicos devido à indisponibilidade de informação.
- 1 Dados incluem Ilha Christmas ou Ilha do Natal, Ilhas Cocos (Keeling) e Ilha Norfolk.
- 2 Dados incluem Nagorno-Karabakh.
- 3 Para fins estatísticos, os dados para a China não incluem Hong Kong e Macau, Regiões Administrativas Especiais (SAR), e a Província Chinesa de Taiwan.
- 4 Em 1º de julho de 1997, Hong Kong tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 5 Em 20 de dezembro de 1999, Macau tornou-se uma Região Administrativa Especial (SAR) da China.
- 6 Dados incluem Chipre do Norte.
- 7 Dados incluem Ilhas Aland.
- 8 Dados incluem Abkhazia e Ossétia do Sul.
- 9 Dados incluem São Barthélemy e São Martin (parte francesa).
- 10 Dados incluem Sabah e Sarawak.
- 11 Dados incluem Agalega, Rodrigues e São Brandão.
- 12 Dados incluem Transnistria.
- 13 Dados incluem Svalbard e Ilhas Jan Mayen.
- 14 Dados incluem Jerusalém Oriental. Em 29 de Novembro de 2012, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 67/19, que conferiu à Palestina "o status de Estado observador não-membro das Nações Unidas..."
- 15 Dados incluem Kosovo.
- 16 Dados incluem Ilhas Canárias, Ceuta e Melilla.
- 17 Dados incluem Zanzibar.

Notas técnicas

Fontes e definições de dados

As tabelas de estatísticas apresentadas no relatório Situação da População Mundial 2015 incluem indicadores que monitoram o progresso na consecução dos objetivos do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), 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 de estatísticas apoiam o foco do UNFPA em progressos e resultados na consecução de um mundo onde cada gravidez é desejada, cada parto é seguro, e o potencial de cada jovem é realizado.

É possível que diferentes autoridades nacionais e organizações internacionais venham a empregar metodologias diversas na coleta, extrapolação ou análise de dados. Para facilitar a comparabilidade internacional dos mesmos, o UNFPA se baseia nas metodologias-padrão empregadas pelas principais fontes de dados. Em alguns casos, portanto, os dados dessas tabelas diferem daqueles produzidos pelas autoridades nacionais. Os dados apresentados nas tabelas não são comparáveis com os dados de edições anteriores do relatório A Situação da População Mundial devido a atualizações regionais das classificações, atualizações metodológicas, e revisões de dados de séries temporais.

As tabelas de estatísticas são baseadas em pesquisas domiciliares nacionalmente representativas, como Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), estimativas das Nações Unidas, e estimativas de diversas agências. Elas também incluem as mais recentes estimativas populacionais e projeções da publicação *World Population Prospects: The 2012 revision e Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2014* (Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População). Os dados são acompanhados de definições, fontes e notas. As tabelas de estatísticas do relatório Situação da População Mundial 2015 refletem, de modo geral, as informações disponíveis a partir de agosto de 2015.

Monitoramento das metas da CIPD: indicadores selecionados

Saúde materna e neonatal

Razão de mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos. Dados atualizados sobre a razão de mortalidade materna não estão incluídos neste relatório porque não estavam disponíveis quando esta publicação foi produzida.

Partos atendidos por pessoal de saúde qualificado, percentual, 2006/2014. Fonte: Grupo Interagencial e de Peritos das Nações Unidas sobre Indicadores de Desenvolvimento do Milênio. Os dados de partos atendidos por profissionais da área de saúde qualificados (médicos/as, enfermeiros/as ou parteiros/as) indicam o percentual de partos atendidos por profissionais da área de saúde treinados para oferecer atendimento obstétrico de emergência, inclusive oferecendo a necessária supervisão, assistência e aconselhamento às gestantes durante a gravidez, parto e pós-parto; por pessoal apto a conduzir partos sem supervisão; e capaz de prover atendimento ao recém-nascido. Parteiras tradicionais, mesmo com curso de formação de curta duração, não estão incluídas.

Taxa de fecundidade na adolescência, por 1.000 mulheres com idades entre 15-19 anos, 1999/2014. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas e Grupo Interagencial e de Peritos das Nações Unidas sobre Indicadores de Desenvolvimento do Milênio. Totais regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. A taxa de fecundidade na adolescência mede o risco de jovens de 15 a 19 anos de idade terem filhos. Para fins de registro civil, os índices estão sujeitos a limitações que dependem da suficiência dos dados inscritos no registro de nascimento, do tratamento das informações referentes às crianças nascidas vivas mas que falecem antes de serem registradas ou dentro das primeiras 24 horas de vida, da qualidade da informação relativa à idade da mãe e da inclusão de partos de períodos anteriores. As estimativas de população podem sofrer limitações ligadas à inadequação das informações sobre a idade e cobertura. Para dados de pesquisa e censitários, tanto o numerador quanto o denominador se referem à mesma população. As principais limitações dizem respeito a imprecisões referentes à idade, omissões de partos, imprecisões quanto à data de nascimento da criança e variabilidade da amostragem, no caso de pesquisas.

Saúde sexual e reprodutiva

A Divisão de População das Nações Unidas lançou um conjunto sistemático e abrangente de estimativas anuais baseadas em modelagem, fornecendo projeções para uma série de indicadores de planejamento reprodutivo por um período de 60 anos. Os indicadores incluem prevalência de contraceptivos, necessidades não atendidas de planejamento da vida reprodutiva, demanda total de planejamento da vida reprodutiva e percentual da demanda por planejamento da vida reprodutiva atendida entre mulheres casadas ou em união estável, para o período de 1970 a 2030.

Um modelo hierárquico Bayesiano combinado com tendências temporais específicas de cada país foi usado para gerar as estimativas, projeções e avaliações de incerteza. O modelo avança em relação a trabalhos anteriores e leva em conta diferenças de fonte de dados, população da amostra e métodos contraceptivos incluídos nas medidas de prevalência. Mais informações sobre estimativas de planejamento reprodutivo baseadas em modelagem, metodologia e atualizações podem ser encontradas em <http://www.un.org/en/development/desa/population>. As estimativas baseiam-se nos dados específicos do país compilados no relatório *Uso Mundial de Contraceptivos 2015*.

Taxa de prevalência de contraceptivos, mulheres atualmente casadas/em união estável, com idade entre 15-49 anos, qualquer método e qualquer método moderno, 2015.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Estimativas baseadas em modelagem elaboradas a partir de dados derivados de relatórios de pesquisa por amostragem. Os dados da pesquisa estimam a proporção de mulheres casadas (incluindo mulheres em uniões consensuais estáveis), com idade entre 15-49 anos, que estão usando, respectivamente, algum método ou métodos modernos de contracepção. Métodos modernos ou fornecidos em clínicas incluem esterilização masculina e feminina, DIU, a pílula, injetáveis, implantes hormonais, preservativos e métodos de barreira femininos.

Necessidade não atendida de planejamento da vida reprodutiva entre mulheres de 15 a 49 anos, 2015. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. As mulheres com necessidades não atendidas de

métodos que permitem o espaçamento da gravidez são aquelas que são férteis e sexualmente ativas, mas não estão utilizando qualquer método de contracepção e relatam desejar retardar a próxima gravidez. Esta é uma subcategoria da necessidade não atendida total de planejamento da vida reprodutiva, que também inclui necessidades não atendidas de limitação das gravidezes. O conceito de necessidade não atendida aponta para a lacuna entre as intenções reprodutivas das mulheres e seu comportamento contraceptivo. Para fins de monitoramento dos ODM, a necessidade não atendida é expressa como um percentual baseado em mulheres casadas ou em união consensual estável.

Proporção de demanda atendida, mulheres atualmente casadas/em união estável, com idade entre 15-49, 2015. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Percentual da demanda total por planejamento da vida reprodutiva atendida entre mulheres casadas ou em união estável com idades entre 15 e 49 anos.

Proporção de demanda atendida (PDS) = prevalência de contraceptivos (CPR) dividida pela demanda total de planejamento reprodutivo (TD).

Onde demanda total = taxa de prevalência de contraceptivos mais taxa de necessidade não atendida de contraceptivos (UNR), que é

$$TD = CPR + UNR \text{ e}$$

$$PDS = CPR / (CPR + UNR)$$

Educação

Matrícula de meninos e meninas no ensino fundamental ajustada por gênero, porcentagem líquida de crianças em idade escolar do ensino fundamental, 1999/2014. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa líquida de matrícula no ensino fundamental (ajustada) indica o percentual de crianças na faixa etária oficial para o ensino fundamental/primário matriculadas no ensino fundamental/primário ou médio/secundário.

Matrícula de meninos e meninas no ensino médio ajustada por gênero, porcentagem líquida de crianças em idade escolar do ensino médio, 1999/2014. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). A taxa líquida de matrícula no ensino médio indica o percentual de crianças na faixa etária oficial para o ensino médio/secundário matriculadas no ensino médio/secundário.

Índice de paridade de gênero, ensino fundamental, 1999/2014. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero (GPI) refere-se à proporção de meninas para meninos na taxa líquida de matrícula no ensino fundamental/primário (ajustada).

Índice de paridade de gênero, ensino médio, 1999/2014. Fonte: Instituto de Estatística da UNESCO (UIS). O índice de paridade de gênero (GPI) refere-se à proporção de meninas para meninos na taxa líquida de matrícula no ensino médio/secundário (ajustada).

Indicadores demográficos

População total, em milhões, 2015. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da

Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam o tamanho estimado das populações nacionais em meados do ano.

Taxa média anual de variação da população, percentual, 2010/2015.

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam a taxa média exponencial de crescimento da população em um dado período, com base em uma projeção de variante média.

População de 10-24 anos, percentual, 2015. Fonte: Cálculo feito pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam o tamanho estimado da população nacional com idade entre 10 e 24 anos.

População de 0-14 anos, percentual, 2015. Fonte: Cálculo feito pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam a proporção da população nacional com idade entre 0 e 14 anos.

População de 15-64 anos, percentual, 2015. Fonte: Cálculo feito pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam a proporção da população nacional com idade entre 15 e 64 anos.

População com 65 anos ou mais, percentual, 2015. Fonte: Cálculo feito pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam a proporção da população nacional com 65 anos de idade ou mais.

Taxa de dependência, 2015. Fonte: Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Estes indicadores apresentam a proporção de pessoas dependentes (pessoas com menos de 15 anos ou mais de 64 anos) em relação à população em idade ativa (entre 15-64 anos). Os dados apresentam o número de dependentes para cada grupo de 100 pessoas da população em idade de trabalhar.

Expectativa de vida ao nascer, masculina e feminina (anos), 2010/2015. Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o número de anos que um recém-nascido viveria se, no momento de seu nascimento, está sujeito aos riscos de mortalidade prevalentes no grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano.

Taxa de fecundidade total, 2010/2015. Divisão de População das Nações Unidas. Agregados regionais calculados pelo UNFPA com base em dados da Divisão de População das Nações Unidas. Esses indicadores apresentam o número de nascimentos por mulher se ela viver até o fim de seus anos férteis e der à luz em cada idade, de acordo com as taxas predominantes de fecundidade para cada grupo de idade.

Classificação Regional

As médias do UNFPA apresentadas no final das tabelas estatísticas são calculadas utilizando dados de países e áreas classificadas conforme a seguir. As classificações regionais incluem apenas os países onde o UNFPA atua.

Região dos Estados Árabes

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

Região da Ásia e 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 Lao; Malásia; Maldivas; Ilhas Marshall; Micronésia (Estados Federados da); Mongólia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Paquistão; Palau; Papua Nova Guiné; Filipinas; Samoa; Ilhas Salomão; Sri Lanka; Tailândia; Timor-Leste, República Democrática do; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã

Região da Europa Oriental e Ásia Central

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielorrússia; Bósnia e Herzegovina; Bulgária; Geórgia; Cazaquistão; Quirguistão; Moldávia, República da; Romênia; Sérvia; Tajiquistão; Antiga República Iugoslava da Macedônia; Peru; Turcomenistão; Ucrânia

Região da África Oriental e Austral

Angola; Botsuana; Burundi; Comores; Congo, República Democrática do; Eritreia; Etiópia; Quênia; Lesoto; Madagascar; Malawi; Maurício; Moçambique; Namíbia; Ruanda; Seychelles; África do Sul; Sudão do Sul; Suazilândia; Tanzânia, República Unida de Uganda; Zâmbia; Zimbábue

Região da América Latina e Caribe

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

Região da África Ocidental e Central

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

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

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

Os países de menor desenvolvimento, tal 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, somavam 49 países em junho 2013: 34 na África, 9 na Ásia, 5 na Oceania e 1 na América Latina e Caribe. O grupo é formado por 49 países — Afeganistão, Angola, Bangladesh, Benin, Butão, Burkina Faso, Burundi, Camboja, República Centro-africana, Chade, Comores, República Democrática do Congo, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Kiribati, República Democrática do Lao, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Myanmar, Nepal, Níger, Ruanda, Samoa, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Ilhas Salomão, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, República Unida da Tanzânia, Vanuatu, Iêmen e Zâmbia. Esses países também estão incluídos nas regiões menos desenvolvidas.

Bibliografia

- ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.
- Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.
- Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011* (draft).
- Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." *Foreign Affairs*, July/August.
- Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.
- Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54–s75. doi:10.1111/disa.12111.
- Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.
- Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.
- Callimachi, R., and M. Limaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region®ion=top-news&WT.nav=top-news&_r=0. Accessed 14 August 2015.
- CARE. 2015. "To Protect Her Honor" *Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.
- CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.
- CARE. 2014. "The Girl Has No Rights": *Gender-based Violence in South Sudan*.
- Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.
- Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
- Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflicttrends.html. Accessed 8 September 2015.
- Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.
- Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11.
- COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.
- Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. <http://www.emdat.be/>. Accessed 3 November 2015.
- Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.
- Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations*. Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).
- Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.
- Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." IDS Practice Paper in Brief #23. Institute of Development Studies Brighton.

- Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.
- Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.
- Foreman, M. 2015. Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Garfield, R., and J. Blore. 2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.
- Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241-246. doi:10.1001/dmp.2012.37.
- Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.
- Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147-159. doi:10.1080/13552070701876367.
- Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.
- Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.
- Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.
- Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.
- Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.
- Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.
- Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.
- Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>. Accessed 3 August 2015.
- Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.
- Human Rights Watch. 2010. *'As if We Weren't Human': Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.
- Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet. 7*. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Page-2015-English.pdf. Accessed 5 September 2015.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.
- IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%202015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.

- Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.
- Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report — Typhoon Haiyan (Yolanda)*.
- Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.
- Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.
- International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012-December 2014*. Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.
- International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings*. Practice Brief.
- International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.
- International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.
- Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91-92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.
- Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970-2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.
- Klasing, A. M. 2011. "Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti. Human Rights Watch.
- Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
- Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910-1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836-1842. doi:10.1056/NEJMr1109877.
- Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.
- Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1-9. doi:10.1016/j.ijdr.2013.12.010.
- Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1-s18. doi:10.1111/disa.12107.
- Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.
- McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McDonnell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.
- McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174-180. doi:10.2307/2648255.
- Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.
- Ministère du Plan et al. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses*. Geneva: IDMC and NRC.
- ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

- OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups." A/HRC/28/18. March 13.
- Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.
- Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.
- Osoimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response*. *The Huffington Post*. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.
- Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.
- Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.
- Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1-29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.
- Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.
- Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. Surrey: Plan International.
- Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.
- Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.
- RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.
- Reinl, J. 2015. Q&A: *Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.
- Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.
- Searle, L. n.d.. "Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.
- Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35-s38.
- Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67-79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.
- Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence*. Australian Civil-Military Centre.
- START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf. Accessed 5 September 2015.
- Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.
- Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.
- UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June-2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. UNDP Africa Policy Note. 2(1).

- UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.
- UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.
- UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-undp-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.
- UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. <https://www.worldhumanitariansummit.org/file/504128/download/549328>. Accessed 11 September 2015.
- UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.
- UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.
- UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme) 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement*. Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.
- UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*, Geneva: United Nations, March 2015.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*, Conference report, Addis Ababa, July.
- United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.
- United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.
- United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women*, Beijing, 4-15 September. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Twentieth session. A/HRC/20/5.
- United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo*. Seventeenth session. A/HRC/17/26.
- United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf>. Accessed 5 September 2015.

- United Nations Iraq. 2014. *SRSB Bangura and SRSB Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsb-bangura-and-srsb-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=605&lang=en. Accessed 28 August 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. "Humanitarian Assistance." www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.
- UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.BRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.
- UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.
- UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.
- United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.
- Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.
- Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.
- Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.
- Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011—2012*.
- Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.
- Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research*. International Review of the Red Cross.
- World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.
- World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.
- World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.
- World Vision UK. 2013. *Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*. World Vision UK Research Report. London: World Vision UK.
- Wulf, D. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugees.



EMERGÊNCIA COMPLEXA

Uma crise humanitária multifacetada em um país, região ou sociedade onde há um colapso total ou considerável de autoridade resultante de conflitos internos ou externos e que requer uma resposta multissetorial e internacional que vai além do mandato ou capacidade de uma única agência e/ou o programa das Nações Unidas em curso. Tais emergências possuem, em particular, um efeito devastador sobre crianças e mulheres, e exigem uma gama complexa de respostas.



EFEITO DIRETO E INDIRETO

Um efeito direto é a morte ou outro resultado que ocorre diretamente e principalmente devido a um evento catastrófico. Um efeito indireto é a morte ou outro resultado que ocorre como um resultado eventual, porém não imediato, de um único ato destrutivo. Esses resultados podem ser normalmente identificados apenas com base na população, onde os efeitos diretos podem ser especificados para o indivíduo. Por exemplo, se a taxa de mortalidade aumenta após um evento e não há outra causa identificada, essas mortes adicionais são consideradas um efeito indireto do evento.



DIREITOS HUMANOS

Todos os direitos humanos derivam da dignidade e valor inerente à pessoa humana. O conceito de direitos humanos reconhece que cada ser humano possui o direito de gozar de seu direito humano sem distinção de raça, cor, gênero, idioma, religião, opinião política ou outra opinião, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro status.



AÇÃO HUMANITÁRIA

A ação humanitária fornece serviços de emergência e facilita o retorno à normalidade para pessoas e comunidades afetadas por desastres naturais ou causados pela ação humana. Também visa atenuar o impacto destrutivo dos desastres e emergências complexas.



CRISE HUMANITÁRIA

Um evento ou série de eventos que representam ameaça crítica à saúde, segurança ou bem-estar de uma comunidade ou outro grande grupo de pessoas, normalmente em uma área maior. Conflitos armados, epidemias, fome, desastres naturais e outras emergências graves podem envolver ou levar a uma crise humanitária.



RESPOSTA HUMANITÁRIA

Ajuda material ou logística para pessoas devido a necessidades criadas por conflitos ou desastres, e fornecida com base em apelos de governos ou organizações internacionais.



PESSOAS DESLOCADAS INTERNAMENTE

Indivíduos que foram forçados ou obrigados a fugir ou a deixar suas casas ou locais de residência habitual, em particular como resultado de, ou a fim de evitar, os efeitos de conflitos armados, situações de violência generalizada, violações dos direitos humanos, desastres naturais ou causados pelo homem, e que não cruzaram uma fronteira estatal internacionalmente reconhecida.



DESASTRE NATURAL

Um evento de grande escala onde a vida e/ou a propriedade é destruída. Para que um evento seja registrado como desastre reconhecido internacionalmente na Base de Dados do Centro de Pesquisas de Epidemiologia de Desastres, pelo menos um dos seguintes critérios deve ser atendido:

- Dez ou mais pessoas devem ser declaradas mortas.
- Cem ou mais pessoas devem ser declaradas afetadas.
- Uma declaração de estado de emergência.
- Pedido de ajuda internacional.

Desastres naturais incluem secas, terremotos, epidemias, calor ou frio excessivo, inundações, tempestades, tsunamis, erupções vulcânicas e incêndios florestais.



PESSOAS AFETADAS POR CONFLITOS OU DESASTRES

Indivíduos que necessitam de assistência imediata durante um período de emergência, ou seja, que requerem o atendimento de necessidades básicas para sobreviver, como alimentos, água, abrigo, saneamento e assistência médica imediata como resultado da emergência.



REFUGIADA/O

Pessoa que, devido a um receio fundamentado de ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a determinado grupo social ou de opinião política, se encontre fora do país de sua nacionalidade, e seja incapaz de, ou devido àquele receio, não queira valer-se da proteção daquele país.



**Criando um mundo onde cada
gravidez é desejada, cada parto
é seguro e o potencial de cada
jovem é realizado**

Fundo de População das Nações Unidas
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org