

Refugiados e Deslocados Internos

JUDY EL-BUSHRA E KELLY FISH

A existência de refugiados e de deslocados internos (DIs) é muitas vezes vista como um indicador da expansão e intensidade do conflito armado. Facilitar o seu regresso à sua terra é frequentemente um objectivo principal dos processos de paz. Refugiados e DIs são económica, social, psicológica e politicamente vulneráveis. Desenraizados das suas terras, tendo perdido o acesso às suas fontes de subsistência habituais, ofendidos pelos seus hospedeiros e frequentemente vistos como um fardo ou como opositores pelos governos responsáveis pela sua protecção, poderão não estar em condições ou não estar dispostos a manifestarem-se quando lhes são negados os seus direitos ou estão dependentes dos seus vizinhos e da comunidade internacional. Contudo, também trazem consigo resiliência, capacidades e a determinação de sobreviver, e muitas vezes constituem um benefício para o seu novo ambiente. Exposição a novos estilos de vida pode, por sua vez, oferecer aos refugiados e DIs recursos que se irão provar valiosos para eles quando regressarem à sua terra e que os irão habilitar a contribuir para estabilização do ambiente na sua terra.

O impacto da vida no exílio sobre as mulheres e as raparigas geralmente recebe pouca atenção por parte dos prestadores de assistência. Este capítulo fornece uma panorâmica sobre questões relacionadas com os refugiados e DIs em contexto de conflito, com ênfase nas experiências das mulheres e das raparigas.

1. O QUE SÃO REFUGIADOS E DIS E QUE DIFERENÇA EXISTE ENTRE ELES?

Refugiados e deslocados internos (DIs) foram forçados a fugir da sua terra, individualmente ou em grupo. Embora as experiências de refugiados e DIs sejam semelhantes em muitos aspectos, também existem diferenças significativas. Os **Refugiados** atravessaram fronteiras internacionais e têm direito a protecção e assistência dos estados para os quais se mudaram e da comunidade internacional através das Nações Unidas (NU) e das suas agências especializadas. Os **DIs**, por outro lado, estão deslocados dentro do seu próprio país. Embora o direito internacional geralmente lhes conceda protecção, não existe lei ou norma internacional que cubra especificamente os DIs e nenhuma agência das NU está especificamente mandatada para assegurar o seu bem-estar.

REFUGIADOS

A Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, de 1951, a pedra angular da protecção aos refugiados, define refugiado como “uma pessoa que, em resultado do medo bem fundamentado de ser perseguido por razões de raça, religião, nacionalidade, pertença a um grupo social em particular ou opinião política, está fora do seu país de nacionalidade e está impossibilitado ou, devido a esse medo, não quer usufruir da protecção desse país”.¹ O Princípio básico da Convenção é que os direitos dos refugiados no país de refúgio têm que ser pelo menos iguais aos dos estrangeiros residentes nesse país. Os refugiados são protegidos pelo princípio de **não repulsão**, o que significa que não podem ser forçados a

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

regressar ao seu país de origem se tiverem temores razoáveis que ao fazê-lo colocarão as suas vidas em perigo.²

A Convenção foi introduzida na sequência dos movimentos de refugiados na Europa após a II Guerra Mundial. Embora a Convenção não se dirigisse especificamente a pessoas provenientes de conflitos armados, algumas interpretações aceitam essas pessoas como refugiados. Isto está consagrado, por exemplo, na **Convenção da Organização da Unidade Africana (OUA) que Rege os Problemas Específicos dos Refugiados em África**, lavrada em 1969,³ e a **Declaração de Cartagena Sobre os Refugiados na América Central**⁴, de 1984. A Alto Comissariado das NU para os Refugiados (ACNUR) geralmente aceita os que fogem de conflitos como refugiados. Contudo, vários governos (incluindo os EUA e a maioria dos governos europeus) determinam o estatuto de candidatos a asilo com base em temores de perseguição individuais.

DESLOCADOS INTERNOS (DIs)

Os **Princípios Orientadores Relativos os Deslocados Internos** de 1998 (Os Princípios Orientadores) descrevem deslocados internos como “pessoas ou grupos de pessoas, forçadas ou obrigadas a fugir ou a deixar as suas casas ou locais de residência habitual, em particularmente em consequência, ou com vista a evitar, os efeitos dos conflitos armados, situações de violência generalizada, violações dos direitos humanos ou calamidades humanas ou naturais e que não tenham atravessado uma fronteira internacionalmente reconhecida de um Estado.”⁵ Conflitos armados ou outras formas de violência maciça são especificamente mencionados como causas de fuga possíveis. Tanto indivíduos como grupos são abrangidos pela definição.

O direito internacional humanitário e os direitos humanos protegem os DIs civis através de vários instrumentos. Estes incluem as **Convenções de Genebra** de 1949 e o **Protocolo Adicional** de 1977,⁶ que, entre outras coisas, proíbe as partes de um conflito armado de deslocarem populações civis arbitrariamente. Outros mecanismos relevantes incluem a **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW)**, que estabelece os direitos humanos da mulher (ver capítulo sobre direitos humanos). Contudo, não existe um único mecanismo concebido especificamente para abordar os direitos dos DIs. Desde o início da década de 1990, a comunidade internacional tem estado cada vez mais preocupada com os DIs devido aos seus números crescentes e à crescente consciência da sua vulnerabilidade. Essa preocupação reflectiu-se em 1992 na nomeação do **Representante Especial do Secretário Geral das NU para os Deslocados Internos**. O Representante especial estabeleceu os Princípios Orientadores para clarificar o estatuto e os direitos dos DIs e para identificar as responsabilidades das diferentes partes relativamente a eles (ver quadro). Embora não sejam legalmente obrigatórios, baseiam-se e estão em conformidade com as leis e convenções existentes.

Em 2003, O número de DIs era estimado em mais do dobro do número de refugiados (ver secção 3 abaixo). O aumento dos números de DIs poderá reflectir a relutância contínua dos governos em aceitarem a responsabilidade pelos refugiados, de modo que as pessoas em fuga estão cada vez mais impossibilitadas de atravessar as fronteiras.⁷ Poderá também reflectir o número crescente de contextos nos quais os governos são incapazes ou não estão

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

dispostos a proteger os cidadãos do abuso e da falta de assistência adequada perante o desastre. Os DIs são muitas vezes considerados mais vulneráveis que os refugiados. Estimou-se que mais de metade dos países com crises de DIs falharam na prestação de protecção, com relatos de abusos, incluindo exploração sexual e trabalho forçado.⁸ As movimentações para introduzir medidas específicas de protecção aos DIs enfrentaram a resistência de vários países com a justificação de que fazê-lo iria interferir na soberania nacional.⁹ No entanto, embora o direito internacional confirme o conceito de soberania nacional,¹⁰ visto que os DIs continuam a residir no seu próprio país, a sua protecção é da responsabilidade do governo em causa.

Os Princípios Orientadores confirmam que os direitos dos DIs (assumindo que são cidadãos do país dentro do qual se deslocaram) são iguais aos dos outros cidadãos e são por isso protegidos pela legislação internacional para os direitos humanos (ver capítulo sobre os direitos humanos). Os Princípios Orientadores afirmam os direitos dos DIs a protecção e assistência em todas as fases de deslocamento. Se observado, os Princípios Orientadores podem prevenir o deslocamento em resultado de conflito, prestar protecção se este acontecer e ajudar os DIs a regressar às suas terras após as hostilidades terem cessado.¹¹

2. QUE PROBLEMAS ENFRENTAM OS REFUGIADOS E OS DIS?

Pessoas que estão deslocadas, tanto dentro das fronteiras do seu próprio país como internacionalmente, muitas vezes têm que viver apenas com alguns dos seus bens materiais. Na maioria dos casos a procura de refúgio leva-os a percorrer longas distâncias, frequentemente a pé. A fuga em si é árdua: as famílias podem perder o contacto uns com os outros, os parentes doentes e idosos poderão ter que ser deixados para trás e refugiados em fuga podem ser vulneráveis a ataques violentos e exploração. O trauma de ser desenraizado de casa e de ficar separado dos membros da família somam-se às experiências terríveis por que muitos passam antes e durante a fuga. A falta de domínio da língua e de familiaridade com o novo ambiente, acrescidas do medo e preocupação pelos acontecimentos na terra natal, criam fardos acrescidos.

Os Princípios Orientadores Relativos ao Deslocamento Interno (1998)

Os Princípios Orientadores não são obrigatórios, mas baseiam-se e estão em conformidade com os instrumentos legais internacionais existentes. Os 30 princípios estão divididos em 5 secções:

Secção I **Princípios Gerais:** afirmam que os governos nacionais e outras autoridades têm que assegurar que os deslocados gozem dos mesmos direitos que os outros cidadãos do mesmo país.

Secção II **Princípios Relativos à Protecção do Deslocamento:** particularmente insistir na protecção contra o deslocamento arbitrário e do tratamento violento.

Secção III **Princípios Relativos à Protecção Durante o Deslocamento:** enfatizam que os direitos universais (e.g., à vida familiar, subsistência e livre associação) se aplicam igualmente aos deslocados.

Secção IV **Princípios Relativos à Assistência Humanitária:** fornecem uma panorâmica das responsabilidades dos governos nacionais a trabalhar com

agências humanitárias e órgãos de protecção oficiais.

Secção V **Princípios Relativos ao Regresso, Reassentamento e Reintegração:** fornece uma panorâmica dos direitos dos DIs de regressarem voluntariamente e em segurança, não serem discriminados e serem ajudados a recuperar ou serem compensados pela propriedade deixada para trás.

DIs e refugiados têm habitualmente sido arrancados do seu ambiente estabelecido e dos seus recursos económicos. Como resultado perderam os seus meios de subsistência e os meios de gerar um rendimento independente. Poderão ser obrigados a assentar em áreas isoladas ou economicamente marginais onde a terra é má ou onde o potencial de emprego formal e informal é restrito. Onde a violência assola as áreas rurais, esses deslocados poderão ser forçados a ir para as cidades ou centros comerciais onde uma subsistência precária do sector informal poderá ser a única opção. Restrições legais ao emprego e à geração de rendimento torna frequentemente os refugiados e os DIs permanentemente dependentes da boa vontade dos hospedeiros e da assistência humanitária. Isto pode reduzir a sua capacidade de auto-suficiência e a sua determinação de sobreviver, dando origem ao que os prestadores de assistência frequentemente descrevem como “cultura da dependência”.

As comunidades hospedeiras vêem os refugiados e DIs muitas vezes como um absorvente dos seus já poucos recursos e a assistência que lhes é prestada pode tornar-se uma fonte de ressentimentos dos hospedeiros, que poderão eles próprios estar entre os segmentos mais marginalizados da sua própria comunidade. Refugiados e DIs podem ser explorados pelos empregadores, receber tratamento cruel às mãos das autoridades e estar à mercê dos proprietários de terras. São vulneráveis ao abuso (incluindo altos níveis de violência e exploração sexual) por parte dos funcionários e de outros membros poderosos das suas próprias comunidades ou das comunidades hospedeiras.

Especialmente quando a fuga é resultado de conflito armado, resolver a situação dos DIs e refugiados poderá exigir acordos políticos que são difíceis de conseguir. Os refugiados **Palestinianos** não regressam a casa durante quatro gerações, estando dependentes de uma solução política para a sua situação e a sua existência tem sido usada como justificação para mais agressão por todas as partes noutros conflitos. Muitos refugiados e DIs de longa duração acham que os políticos manipulam a sua situação. No Cáucaso, devido ao estatuto ainda por resolver da Abkhazia, após o conflito **Geórgia – Abkhazia**, no qual as fronteiras nacionais estão a ser disputadas, os de etnia georgiana que regressam a Abkhazia são vistos pela Geórgia como deslocados internos, mas como refugiados pela Abkhazia. No **Bangladesh**, o governo forneceu aos deslocados bengali terras em áreas habitadas pela minoria étnica do povo Hilly no Chittagong Hill Tract como parte do processo de negar a sua identidade.¹³

Quando os refugiados e DIs vivem em campos ou assentamentos organizados as condições podem ser prejudiciais para a sua saúde física, psicológica e social. As condições nos campos estão muitas vezes sobrecarregadas, levando a problemas de saúde pública e à falta de privacidade. Viver nessas condições por períodos prolongados pode impedir as pessoas de manter ligações com os membros da família e pode levar à erosão das práticas culturais

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

que contribuem para a socialização das crianças e para um sentido de identidade. No **Norte do Uganda**, 1,4 milhões de DI's vivem agora em campos, onde as condições de vida superlotadas e empobrecidas destruíram a tradição das fogueiras depois da refeição familiar da noite, onde as pessoas mais velhas contavam histórias e davam conselhos aos jovens.¹⁴ O impacto psicológico da vida no campo é particularmente marcada nos casos em que a situação dos refugiados ou DI's continua por resolver há vários anos, como é o caso dos aproximadamente 400.000 refugiados **Butaneses** que vivem no **Nepal** desde o início da década de 1990.¹⁵

Infra-estruturas de saúde e educação são cruciais para todas as populações deslocadas. A educação é muitas vezes ignorada pelos prestadores de assistência que trabalham com os deslocados, uma vez que esta é vista mais como uma necessidade de longa duração do que de emergência. Ainda assim, para muitos deslocados a educação é uma via de saída do seu empobrecimento e isolamento cultural. As populações deslocadas são particularmente mal servidas de educação secundária, sem a qual os adolescentes e jovens têm dificuldade em arranjar emprego. Os serviços de saúde para as populações deslocadas são críticos devido às pressões físicas e psicológicas do deslocamento. A saúde sexual e reprodutiva é uma questão importante para as populações refugiadas e DI's (ver capítulo sobre saúde sexual e reprodutiva) embora, como a educação, seja muitas vezes ignorada pelos prestadores de assistência. O deslocamento e os estilos de vida estranhos, que encontram no exílio ou nos campos de DI's, podem mudar o comportamento sexual – refugiados e populações deslocadas internamente experimentam frequentemente taxas aumentadas de doenças de transmissão sexual (ver capítulo sobre VIH/SIDA). O crescimento da população no seio dessas comunidades pode ser uma questão politicamente sensível, afectando o acesso aos contraceptivos e aos serviços de saúde materno-infantil .

O regresso das populações deslocadas à sua terra natal pode também levantar um amplo leque de problemas. Os refugiados e os deslocados internos têm direito a um regresso seguro. Não podem ser forçados a voltar para um país onde é provável que enfrentem perseguição e tortura. Os que desejam regressar poderão não ter fundos para o fazer, especialmente quando são necessários esforços intensivos para reconstruir as casas, os campos, o equipamento, os mercados e para voltar a reunir animais. Para as comunidades que regressam para ambientes rurais, será necessária ajuda alimentar até que as culturas possam ser colhidas. Quando a fuga é originada por conflito armado, os retornados poderão encontrar minas terrestres por detonar e outro material militar nos campos, estradas e até nas casas (ver capítulo sobre minas terrestres). Evitar esses perigos poderá significar não uma mas várias mudanças antes da segurança poder ser garantida.¹⁶

Quando as populações deslocadas estiveram fora por muito tempo, o tamanho da comunidade pode ter aumentado no exílio, gerando aumento da pressão sobre os recursos após o regresso.¹⁷ As populações deslocadas que desejam regressar à terra natal poderão enfrentar dificuldades na reclamação da propriedade e de outros direitos. Voltar a possuir os direitos sobre casas e terras, por exemplo, pode envolver processos jurídicos longos. Os problemas são particularmente graves para os DI's, que não têm nenhuma agência mandatada para assegurar o seu bem-estar e que são essencialmente dependentes do seu próprio governo para proteger os seus direitos. Em muitos casos são esses mesmos

governos, cuja negligência e abuso deu origem ao deslocamento e que não foram capazes de criar mecanismos adequados para que os DIIs expressassem as suas queixas.

Refugiados e DIIs também podem ser vistos como contributos para a insegurança de outros, especialmente quando eles próprios estiveram directamente envolvidos em distúrbios políticos. Eles podem perpetuar conflitos através da angariação de fundos, apoio ao transporte de armas, relações públicas internacionais e outras actividades. Em muitos casos a ligação é mais directa. Muitas das milícias Interahamwe rwandesas que fugiram para a **República Democrática do Congo** (RDC), em 1994, eram amplamente vistas como os perpetradores do genocídio de Abril de 1994, continuaram os seus ataques enquanto se escondiam entre as populações refugiadas.¹⁸ Para além disso, os campos de longa duração – como os dos refugiados **burmaneses** no **Bangladesh**, estabelecidos originalmente na década de 1980 – podem efectivamente ser esquecidos pela comunidade internacional, deixando os refugiados tornarem-se vítimas de traficantes de armas e de drogas.¹⁹ Os acontecimentos de 11 de Setembro de 2001, nos EUA, dão origem a preocupações em alguns meios de que as populações de refugiados e DIIs (ver capítulo sobre saúde sexual e reprodutiva) possam estar a albergar terroristas. Isto levou imediatamente o ACNUR a emitir uma declaração, em Setembro de 2004, enfatizando que a Convenção sobre os Refugiados, de 1951, exclui pessoas que tenham cometido crimes sérios e não fornece aos terroristas nenhuma protecção contra acusação. A declaração incita ainda os governos a procurarem melhorar as medidas de segurança, mas a garantir que durante o processo, os refugiados não estejam expostos ao racismo e à xenofobia, exclusão, retirada do estatuto de refugiado, deportação e suspensão dos programas de reassentamento.²⁰

Apesar da complexidade das suas experiências e dos desafios que muitas populações deslocadas têm que enfrentar, é importante não generalizar quanto á sua situação. Muitos refugiados assentam com êxito e prosperam nos seus novos ambientes. Ganham novas capacidades e experiência, levando muitas vezes para a sua terra natal conhecimento e recursos financeiros, bem como novas perspectivas e visões. No **Irão**, por exemplo, apesar de receberem assistência internacional limitada, os refugiados afegãos, incluindo as mulheres, tiveram acesso à educação, assistência de saúde e empregos. Muitas refugiadas iraquianas e afegãs que assentaram no Paquistão, Irão, Europa e América do Norte, regressaram nos anos recentes à sua terra natal e foram importantes para o progresso dos direitos da mulher.²¹ Estabeleceram ONGs para desenvolver a capacidade das mulheres e advogaram pelo “empoderamento” e canalizaram recursos directos para esforços no terreno. Em estados da antiga **Jugoslávia**, os expatriados são uma força de liberalização promovendo a transição para a democracia.²² As refugiadas **malianas** na **Mauritânia** resistiram muitas vezes a pedidos dos seus maridos para regressarem a casa, visto terem encontrado novas oportunidades no exílio.²³ Em muitos outros lugares, refugiados e DIIs que reassentaram permanentemente constituem uma fonte de capital extremamente significativa para o país de origem.

3. QUEM PRESTA PROTECÇÃO E ASSISTÊNCIA AOS REFUGIADOS E DIS?

O SISTEMA DAS NU E OS REFUGIADOS

A **Agência das NU para a Assistência e Trabalho (UNRWA)**²⁴ foi estabelecida em 1949 a seguir à guerra Israelo-Árabe. Desde então fornece educação, cuidados de saúde, serviços sociais e ajuda de emergência a quatro gerações de refugiados palestinos que vivem no banco Ocidental, na Faixa de Gaza, Jordânia, Síria e Líbano. Os refugiados palestinos sob os cuidados da UNRWA calculavam-se em mais de 4 milhões em 2003.

O **Gabinete do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)** foi estabelecido em 1951, inicialmente para responder às necessidades dos Refugiados da II Guerra Mundial. Embora a UNRWA continue a assumir a responsabilidade pelo bem-estar dos refugiados palestinos, o mandato do ACNUR foi no final de contas estendido para cobrir todos os outros refugiados por todo o mundo uma vez que os números continuam a crescer rapidamente. Em Janeiro de 2004, o ACNUR assistia 10,3 milhões de refugiados, 2,4 milhões de refugiados recentemente retornados, 1 milhão de pessoas sem pátria e 5.8 milhões de DIs (a pedido especial do Secretário Geral das NU), perfazendo um total de 17,1 milhões de pessoas “da responsabilidade do ACNUR”. Cerca de 49 por cento da população refugiada é de sexo feminino.²⁵ Mais de 46 por cento dos refugiados estão na Ásia, 22 por cento em África, 21 por cento na Europa, 10 por cento na América Latina e 0,3 por cento na Oceania.²⁶

O papel do ACNUR é “liderar e coordenar a acção internacional para a protecção mundial dos refugiados e a resolução dos problemas dos refugiados.”²⁷ Para o alcançar superintende o registo, protecção e assistência a grupos específicos de refugiados em 115 países; monitoriza o cumprimento da lei internacional dos refugiados e advoga pelos padrões dos direitos internacionais dos refugiados; procura soluções duradouras para os fluxos de refugiados; coordena a provisão das necessidades básicas às populações refugiadas; e financia e supervisiona os programas de repatriamento voluntário. Quando solicitado pelos governos, administra o processo de determinação dos estatuto dos requerentes de asilo.

Nas convenções regionais e nacionais foram incluídas diferentes interpretações da lei básica do refugiado, de modo que na prática, as responsabilidades poderão variar nos diferentes países. A ajuda alimentar para os assentamentos de refugiados poderá ser fornecida pelo ACNUR, Programa Alimentar Mundial (PAM), governo hospedeiro ou por várias combinações destes. A responsabilidade dos governos hospedeiros incluem o registo e a protecção física dos refugiados e a protecção dos seus direitos a subsistência e segurança. Três em cada quatro dos refugiados do mundo estão sob a protecção dos países hospedeiros no mundo em desenvolvimento.²⁸ Estes locais pressionam a saúde e serviços sociais assumidos pelas comunidades hospedeiras já sobrecarregadas pela pobreza.

O SISTEMA DAS NU E OS DIS

Tal como os Princípios Orientadores Relativos aos Deslocados Internos deixam claro, a responsabilidade principal pela protecção e assistência aos DIs pertence aos governos nacionais. Dentro do sistema das NU, o **Escritório de Coordenação dos Assuntos**

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Humanitários (OCHA) é responsável, entre outras coisas, pelo desenvolvimento de políticas e coordenação das questões humanitárias, “assegurando que as questões humanitárias, incluindo as que se inserem nas lacunas dos mandatos existentes das agências, como a protecção e assistência aos deslocados internos, são atendidas.”²⁹ O **OCHA** também advoga por questões humanitárias no âmbito do Conselho de Segurança das NU e coordena as respostas de emergência humanitária através da sua presidência da **Comissão Permanente Inter-Agências** (IASC),³⁰ que reúne agências humanitárias das NU, as principais ONGs internacionais e o Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICV). A IASC desenvolve as políticas humanitárias para assegurar uma resposta coordenada e efectiva às emergências e aos desastres. A Divisão Inter-Agências do OCHA para o Deslocamento Interno³¹ trabalha em rede sobre questões do deslocamento interno com outras agências das NU. Em emergências específicas, a OCHA assegura a coordenação e o intercâmbio de informação entre as agências humanitárias a nível do terreno. O OCHA geralmente não intervém nas emergências humanitárias.

O ACNUR não tem o encargo de prestar protecção e apoio aos DI em geral. Contudo, em 2003, apoiou cerca de 5.8 milhões de DI tanto em resultado da solicitação do Secretário Geral das NU (com o consentimento do país em causa) como em apoio a outras agências das NU.³² As estimativas de DI variam entre 20 e 25 milhões em cerca de 52 Estados em todo o mundo.³³ Em 2003, Sudão (4 milhões), República Democrática do Congo (3 milhões), Colômbia (2,9 milhões), Uganda (1,2 milhões) e Iraque (1,1 milhão) tinham os números mais elevados de DI.³⁴

No sistema das NU, o ACNUR e UNRWA são os órgãos principais encarregados de prestar assistência directa aos refugiados. O OCHA (para os DI) e o ACNUR (para os refugiados) coordenam o trabalho de outros órgãos das NU e ONGs, embora possa haver alguma sobreposição. Outros órgãos das NU, frequentemente em evidência nas situações de deslocamento, incluem o Programa Alimentar Mundial (PAM), que fornece ajuda alimentar, e a Organização Internacional de Migrações (OIM), que organiza a movimentação das pessoas (incluindo refugiados e DI) necessitadas de assistência internacional. O ACNUR, UNRWA e OCHA todos trabalham estreitamente com órgãos especializados das NU como o UNICEF (em questões da criança), PNUD (em questões do desenvolvimento) e UNIFEM (para a mulher).³⁵

BILATERAIS

Para além dos países hospedeiros assumirem alguma da responsabilidade em termos de prestação de ajuda e assistência, a maior contribuição do governo para a assistência humanitária em geral e para a assistência aos refugiados em particular, vem dos EUA. O orçamento dos EUA é três vezes maior que o dos Países Baixos ou do Reino Unido, o segundo e terceiro doadores, respectivamente.³⁶ O Gabinete de Assistência aos Desastres no Estrangeiro (OFDA) da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), em conjunto com a maioria das agências do governo, geralmente não faz distinção entre ajuda a populações deslocadas e a outros tipos de emergência, mas inclui muitas populações deslocadas entre os seus receptores (e.g. no Kosovo, Sudão e Colômbia). O Fundo para Crianças Deslocadas e Órfãs da USAID apoia o trabalho com crianças afectadas pela guerra e VIH/SIDA em 19 países, principalmente africanos.³⁷

Uma grande proporção da ajuda humanitária financiada pelo governo é composta por contribuições ao ACNUR e a outros órgãos das NU ou regionais (e.g. O Gabinete Europeu para a Ajuda Humanitária, ECHO). A maioria dos doadores do governo também prestam apoio financeiro às suas próprias agências nacionais de apoio aos refugiados, que atendem às necessidades no país doador e noutros lugares. Por exemplo, o Conselho Norueguês para os Refugiados recebe fundos do governo norueguês para operar o Projecto Global de DIs (ver abaixo sob organizações internacionais) em nome da comunidade internacional. Os governos também dispõem de fundos para emergências específicas de acordo com as suas prioridades geográficas.

ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS INTERNACIONAIS

As organizações internacionais que trabalham com refugiados e DIs enquadram-se em dois grupos: agências operacionais e não operacionais. As agências internacionais operacionais implementam projectos para assegurar as necessidades materiais básicas (e.g. comida, água, abrigo, saneamento, registo, assistência médica), desenvolvimento social e representação, apoio psicossocial, formação para o novo ambiente ou para o regresso, serviços de saúde e educação, acesso a apoio de subsistência e micro-finanças, protecção e advocacia. O Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICV), Médicos Sem Fronteiras (MSF), Save the Children, Oxfam e CARE estão entre as principais agências envolvidas nesse trabalho.³⁸ Estas agências trabalham tanto com populações deslocadas como não deslocadas.

O CICV está mandatado pelas Convenções de Genebra para “proteger e prestar assistência às vítimas de conflitos armados”, incluindo tanto refugiados como DIs.³⁹ É estritamente não governamental, embora o seu mandato tenha sido aprovado pelos Estados. Tem quer papel de “vigilante” quer papel operacional. As suas delegações operacionais em países afectados por conflitos prestam protecção, assistência ou serviços preventivos às vítimas de situações de conflito armado ou violência existente ou emergente. O CICV é um intermediário neutro e imparcial empenhado em assegurar que todas as partes de um conflito respeitem as leis humanitárias internacionais para proteger e prestar assistência às pessoas deslocadas. Em casos específicos, o CICV também distribui ajuda alimentar, provisões médicas e ferramentas agrícolas e providencia água potável e cuidados de saúde (incluindo cuidados de saúde reprodutiva).

As agências não operacionais geralmente desenvolvem políticas de advocacia e trabalho de investigação em torno do deslocamento e algumas também prestam assistência directa. Destas, as que se concentram particularmente no deslocamento incluem **Refugees International**, que presta protecção e assistência aos refugiados e deslocados e advoga para pôr termo às condições que originam o deslocamento. A **Women’s Commission for Refugees Women and Children** (Comissão das Mulheres para as Mulheres e Crianças Refugiadas) advoga pelas mulheres e crianças deslocadas (ver secção 7 abaixo).⁴⁰ O **Global IDP Project** (Projecto Global de DI) documenta a situação dos DIs globalmente, fornecendo relatórios da situação sobre países relevantes, actualizando a informação factual regularmente e oferecendo materiais de formação sobre o deslocamento. Outras iniciativas de políticas e investigação incluem o Conselho Americano para Acção Voluntária Internacional e a rede de Políticas Humanitárias do Instituto de Desenvolvimento Ultramarino em Londres.⁴¹

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

A prestação de assistência a partir das fontes acima referidas apoia um vasto número de iniciativas dos países hospedeiros e organizações locais que prestam serviços e apoio aos deslocados e advogam para melhorar as suas condições e pôr fim ao descolamento. Para além disso, os deslocados são informalmente apoiados por iniciativas espontâneas da família e da vizinhança. Essas formas locais de apoio, embora difíceis de quantificar, são de importância crítica para a sobrevivência de refugiados individuais e DIs nas suas comunidades.

4. COMO É QUE AS MULHERES SÃO AFECTADAS PELO DESLOCAMENTO?

Em todos os aspectos da situação de deslocamento – luta, procura de asilo, viver no exílio e regressar a casa – as mulheres enfrentam problemas particulares, que são frequentemente insuficientemente compreendidos pelos prestadores de assistência. Quando as comunidades deslocadas migram, as mulheres são particularmente vulneráveis, especialmente se estiverem grávidas ou a cuidar de crianças pequenas. Histórias de mulheres a darem à luz enquanto fogem à violência não são raras.⁴² Outras são vulneráveis à exploração sexual por parte dos funcionários e pessoal militar.

Os números do ACNUR indicam que as mulheres representam aproximadamente metade do total das populações refugiadas. O equilíbrio entre deslocados homens e mulheres varia de situação para situação. Na **Colômbia**, por exemplo, as mulheres representam mais de 50 por cento dos DIs e chefiam mais de 30 por cento das famílias de DI.⁴³ A vida na situação de deslocado trás muitas vezes mudanças nos papéis do género. As mulheres, habitualmente as únicas que cuidam das crianças, dos doentes e dos idosos,⁴⁴ assumem frequentemente tarefas e papéis adicionais tradicionalmente atribuídos aos homens, incluindo trabalho físico, chefia da família e provisão de alimentos e protecção às suas famílias. Quando os homens perdem os seus meios de subsistência e os seus recursos, a implícita perda de estatuto pode resultar em depressão e autodestruição, bem como revolta contra a mulher e uma escalada da violência doméstica. As responsabilidades adicionais que as mulheres assumem poderão ter impactos psicológicos positivos para elas. Em consequência disso, muitas ganham maior autoconfiança e orgulho. Contudo, a carga de trabalho extra coloca sérias pressões à saúde e ao bem-estar das mulheres e o contraste entre as respostas dos homens e das mulheres pode gerar grandes tensões no relacionamento familiar.

Assumir maiores papéis económicos pode aumentar o estatuto de tomada de decisão da mulher na família, e em certa medida fora dela. Contudo, seria imprudente esperar que, em resultado disso, tivessem lugar mudanças radicais ou de longa duração.⁴⁵ De facto, quando as mulheres regressam aos seus países ou comunidades de origem, os homens muitas vezes reassumem o seu controlo sobre as vidas das mulheres e da família. Na **Guatemala**, apesar das exigências das organizações de mulheres formadas no exílio de que fosse permitido às mulheres formarem novas cooperativas e terra própria, os homens locais ameaçaram-nas com expulsão se elas não retrocedessem. Como resultado, poucas mulheres acreditam que têm direito à terra própria ou de exercer esse direito.⁴⁶

Para além disso, as intervenções concebidas para encorajar a participação das mulheres em projectos e na vida política poderão ter efeitos não intencionais nas relações entre homens e

mulheres. Um estudo de um campo de refugiados **burundeses** na **Tanzânia** descreveu como as políticas do ACNUR para o ‘empoderamento’ das mulheres através do encorajamento da sua participação nas comissões de gestão do campo levou os homens a sentirem-se marginalizados e frustrados. Por seu lado, as mulheres estavam relutantes em aceitar a oportunidade que lhes era oferecida, uma vez que fazê-lo iria afectar as suas relações com os seus homens. Ambos, homens e mulheres, partilhavam a crença de que as mulheres eram vulneráveis e que lhes faltava conhecimento e capacidade política. A política ignorou a necessidade de abordar estas atitudes a um nível fundamental.⁴⁷

O estatuto legal das mulheres é muitas vezes ambíguo e pode prejudicar a sua segurança económica e física. Muitas mulheres não têm os seus documentos de identificação próprios, uma vez que a documentação muitas vezes é emitida aos chefes de família masculinos. Mulheres sem identificação adequada poderão não estar em condições de se movimentarem livremente ou levar a cabo actividades diárias, incluindo comprar e vender mercadorias nos mercados e ter acesso a redes de apoio.⁴⁸ Para além disso, quando os cartões de racionamento alimentar são distribuídos apenas aos homens, as mulheres permanecem dependentes dos homens para a alimentação e serviços básicos.⁴⁹ Notou-se que, “quando a ajuda humanitária, como os cartões de racionamento e distribuição de alimentos, é canalizada através das mulheres, como no **Sudão**, as mulheres e crianças têm maior probabilidade de receber a sua parte justa da assistência.”⁵⁰

Violência baseada no género está disseminada nas comunidades deslocadas e assume várias formas, incluindo violência doméstica, tráfico, prostituição forçada e violência sexual. A violência sexual poderá vir de dentro da comunidade deslocada ou dos funcionários e outros aproveitando-se da vulnerabilidade dos deslocados, agravada pela superlotação, circulação de pequenas armas (ver capítulo sobre, armas ligeiras e minas terrestres) e a destruição da vida familiar. Os campos para os refugiados e deslocados são frequentemente construídos à pressa, tem muito pouco em atenção o seu impacto na segurança física das mulheres. Em Angola, um número incontável de mulheres foi mutilado por minas terrestres enquanto procuravam alimentos e carvão – elementos básicos para a sobrevivência.⁵¹ As mulheres estão também sob o risco de violação, outras formas de violência sexual e física e assalto quando vão recolher os mantimentos ou bens necessários.⁵²

Os que são responsáveis por proteger refugiados e DI’s – incluindo o ACNUR, governos hospedeiros e forças de manutenção da paz – ignoram muitas vezes o problema e falham na prestação de protecção, como nos campos de refugiados **sumalís** no Quénia⁵³ e nos campos de refugiados **liberianos** na Serra Leoa.⁵⁴ Pior, foram eles próprios os perpetradores, como foi documentado pelo ACNUR na Guiné, Libéria e Serra Leoa⁵⁵ e a força de manutenção da paz das NU (MONUC) na República Democrática do Congo.⁵⁶

Uma outra área de preocupação relativamente à violência baseada no género é a mutilação genital feminina (MGF), estimando-se que 130 milhões de mulheres e raparigas foram submetidas a ela por todo o mundo, podendo ser reavivada entre as comunidades deslocadas, quando estas tentam reafirmar a sua identidade cultural.⁵⁷ Por exemplo, as sociedades secretas da Serra Leoa, nas quais as mulheres são iniciadas através da MGF, reapareceram entre os refugiados na Libéria, resultando no facto de algumas mulheres que se manifestaram contra a prática terem medo de regressar à sua terra natal.⁵⁸

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Mulheres que procuram asilo por motivos de violência baseada no género, muitas vezes tiveram dificuldade em demonstrar o seu caso. Apesar de alguns países terem mudado a sua política no final dos anos 1990 e início de 2000 (ver secção 6 abaixo), na prática os oficiais de imigração sofrem de “uma tendência para desvirtuar as formas de perseguição baseada no género muito mais a nível pessoal do que a nível político.”⁵⁹ Mesmo onde as políticas mudaram, juizes e oficiais de imigração têm falta de formação e conhecimento adequados.⁶⁰

As necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres e raparigas em situações de migração forçada são agravadas pela probabilidade dos serviços de saúde serem extremamente limitados.⁶¹ “Até muito recentemente, os cuidados de saúde reprodutiva foram uma área negligenciada no trabalho de assistência, apesar do facto da saúde reprodutiva deficiente ser uma causa significativa de morte e doença nos campos.”⁶² Os problemas chave incluem a falta de provisão adequada para uma maternidade segura, falta de serviços de planeamento familiar e contraceptivos e falta de atenção para com a violência baseada no género: estima-se que 20 por cento das mulheres em idade reprodutiva que vivem em campos ficam grávidas a qualquer altura,⁶³ e 25-50 por cento das mortes maternas nos campos de refugiados crêem-se resultar de complicações pós-aborto.⁶⁴

5. COMO É QUE AS MULHERES CONTRIBUEM PARA A PROTECÇÃO DOS REFUGIADOS E DIs?

As mulheres são actores importantes nas situações de deslocamento, embora as suas contribuições geralmente não sejam notadas. Para além das acções individuais das mulheres como mães e prestadoras de cuidados, muitas vezes organizam-se e desempenham um papel de essencial nos campos de refugiados e DIs e no asseguramento que os grupos mais vulneráveis têm direito a apoio. As suas actividades incluem:

Organizar para Implementar Programas em Circunstâncias Difíceis – as organizações das mulheres afegãs implementaram com êxito programas para pessoas deslocadas tanto no **Paquistão** como no **Afeganistão**. O Centro de Recursos das Mulheres Afegãs providencia saúde, educação, geração de rendimentos, formação de capacitação e distribuição de ajudas desde 1987. Uma outra organização de mulheres, Shuhada, providencia saúde e educação dentro e fora do Afeganistão desde 1989. O Centro de Educação das Mulheres Afegãs providencia consulta e conselho sobre trauma a mulheres destituídas, projectos para mulheres e crianças sem abrigo e distribuição de ajudas desde o início dos anos 1990. O Departamento de Assistência Social das Mulheres Afegãs, oferece formação para a saúde, geração de rendimentos e capacitação, educação e distribuição de ajudas.⁶⁵

Prestar Assistência Apesar dos Riscos Pessoais – Na **Colômbia**, os grupos de mulheres prestam serviços de saúde e sociais a vítimas de violência e DIs e continuam a falar sem reservas sobre questões da paz e da segurança. Como resultado desse tipo de activismo, estima-se que 17 por cento dos líderes assassinados e desaparecidos na **Colômbia**, em 2002, eram mulheres.⁶⁶

Facilitar a Comunicação e a Informação – Nos campos de refugiados na **Tanzânia**, o UNHCR convidou as mulheres a formarem as suas próprias comissões ou a participar em comissões mistas a fim de facilitar a comunicação entre as autoridades do campo e as mulheres das bases. As mulheres organizaram-se então para assegurar que os vizinhos vulneráveis (e.g. os idosos, as mulheres idosas grávidas e as crianças separadas) eram encaminhados para programas operados por agências internacionais.⁶⁷ A ONG Assist Yourself (Assista-se a Si Mesmo) na Geórgia, publicou um jornal para as mulheres deslocadas de Abkhazia e fez circular informação para elas como uma forma de suprir a lacuna entre elas e as mulheres locais. Em 1999, publicou um livro intitulado *Assist Yourself*, que fornece informação sobre os serviços locais, procedimentos e direitos para as mulheres DI.⁶⁸

Grupos de mulheres são muitas vezes habilitados em formas criativas de comunicar a sua situação umas às outras e aos outros: um grupo de mulheres deslocadas do **Uganda**, apoiado pela Isis-WICE criou e apresentou peças de teatro e danças sobre a sua vida nas “aldeias protegidas”,⁶⁹ enquanto a organização do **Sri Lanka**, Suriya, usou projectos de vídeos participados para permitir a mulheres de diferentes campos expressarem a dor e gravarem a reconciliação que se segue.⁷⁰ A Companhia de Teatro Ashtar, na Palestina, faz uma tournée anual por escolas, grupos de jovens, mulheres e pessoas portadoras de deficiência, inventando peças de teatro que elevam a consciência para questões como o casamento prematuro e a violência sexual.⁷¹

Promover a Reconciliação e a Construção da Paz – Organizações de mulheres da Bósnia tomaram a liderança na prestação de serviços aos refugiados que regressavam, acolhendo as populações deslocadas e refugiadas que regressavam nas suas comunidades de origem e fazendo ofertas de comida e acessórios às mulheres deslocadas. Assumiram esta tarefa como a sua contribuição para a construção da paz.⁷² No **Burundi**, um outro contexto onde conflitos intercomunais violentos levaram ao deslocamento, as mulheres realizaram “dias culturais” durante os quais mulheres residentes e retornadas partilhavam comida e apresentavam danças umas às outras e ajudaram as mulheres retornadas a reassentar proporcionando-lhes terra e mão-de-obra para cultivar.⁷³ A mulher da **Serra Leoa**, Binta Mansaray, tem sido activa na organização de grupos humanitários e de direitos humanos para advogar em nome dos refugiados **liberianos**, bem como na condução de uma análise profunda das mulheres DI e eleições na **Serra Leoa**.

Emparceirar com a Comunidade Internacional – Muitos projectos que apoiam as mulheres refugiadas e DIs são concebidos por mulheres profissionais da comunidade, usando a sua experiência em trabalho humanitário de desenvolvimento para atrair o apoio da comunidade internacional: Fawsi Musse, ao encontrar uma enorme incidência de casos de violação nos campos dos refugiados sumalis no nordeste do Quênia, trabalhou com o ACNUR para desenvolver estratégias de como melhorar a segurança e protecção, diálogo com os idosos do campo e aconselhamento apropriado localmente.⁷⁴ Num campo de refugiados da **Macedónia**, para **albaneses kosovares**, o grupo de mulheres da **Bósnia** Kvinna til Kvinna trabalhou com a agência de assistência alemã para utilizarem as tendas excedentes para as mulheres do campo se encontrarem para consulta e apoio, bem como para fora de discussão para as suas necessidades e preocupações como refugiadas. Como resultado dessas reuniões, as recomendações das mulheres e a advocacia da Kvinna til

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Kvinna, foi instalada iluminação exterior e os campos passaram a ser patrulhados por guardas à noite.⁷⁵

Nos anos recentes, alguns grupos internacionais começaram a tirar proveito das agências de mulheres nos campos e a incentivar a sua participação activa na concepção e gestão de serviços e projectos. Sob a administração do ACNUR, as comissões de gestão dos campos compostas por refugiados **butaneses** no **Nepal**, por exemplo, introduziram uma exigência em 2003, que 50 por cento de todos os membros das comissões de distribuição, do conselho de direcção e da liderança sénior nos campos têm que ser mulheres.⁷⁶

Mulheres consultoras poderão ter um impacto notável para toda a comunidade. No **Afeganistão**, o ACNUR trabalhou com mulheres locais para conceber o campo de refugiados de New Shamshatoo. De acordo com uma mulher envolvida: “Nós fomos capazes de o conceber de forma que as casas de banho fossem colocadas no centro do campo, perto das casas dos refugiados. Agora, as mulheres são muito menos passíveis de serem atacadas.”⁷⁷

6. QUE LEIS, POLÍTICAS E DIRECTRIZES INTERNACIONAIS EXISTEM, RESPEITANTES ÀS MULHERES REFUGIADAS E DÍAS?

As mulheres têm direito à mesma protecção que os homens perante o direito internacional humanitário e os direitos humanos: “Adicionalmente, reconhecendo as suas necessidades específicas, o direito humanitário internacional concede às mulheres protecção e direitos adicionais... (frequentemente) relacionados com a sua função de ter filhos.”⁷⁸ O Artigo 6 da **Declaração sobre a Protecção da Mulher e da Criança em Emergências e Conflitos Armados** determina: “Mulheres e crianças pertencentes à população civil e que se encontrem em circunstâncias de emergência e conflito armado na luta pela paz, autodeterminação, libertação nacional e independência, ou que vivem em territórios ocupados, não devem ser privadas de abrigo, alimento, assistência médica ou de outros direitos inalienáveis, de acordo com as disposições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Convénio Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos, o Convénio Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, a Declaração dos Direitos da Criança ou outros instrumentos do direito internacional.”⁷⁹

A **Resolução 1325 do Conselho de Segurança das NU** (ver apêndice para o texto completo) faz referência à protecção oferecida às mulheres e raparigas afectadas por conflitos armados nas Convenções de Genebra, CEDAW, na Convenção sobre os Direitos da Criança, na Convenção dos Refugiados e no Estatuto de Roma que rege o Tribunal Criminal Internacional (ver capítulo sobre mecanismos internacionais). Estes atribuem às mulheres e raparigas direitos como civis. Em relação às mulheres refugiadas e deslocadas, a resolução insiste que os estados, os seus exércitos e forças de manutenção da paz deveriam receber formação sobre os direitos das mulheres e raparigas a protecção, e convida os responsáveis pela concepção dos campos, protecção, repatriamento e reassentamento a terem em conta as necessidades especiais das mulheres e raparigas.

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Em 1991, o ACNUR adoptou as **Directrizes sobre a Protecção das Mulheres Refugiadas**,⁸⁰ que visava integrar as necessidades e recursos das mulheres em toda a programação para assegurar protecção e assistência. As directrizes descrevem o processo de avaliar as necessidades e protecção das mulheres tanto em situações de emergência como de refugiadas de longa duração, abordando factores como as características da população refugiada e as atitudes locais perante esta, a organização física dos campos, as estruturas sociais, as disposições físicas de segurança e o acesso a serviços e sistemas legais. Eles descrevem as necessidades de protecção típicas e as respostas possíveis, apresentam conselhos sobre técnicas de entrevista sensíveis ao género e como os projectos de assistência humanitária podem contribuir para a protecção (e.g. através do seguimento das directrizes quando se distribui os artigos de ajuda ou se organiza os cuidados de saúde e educação). Uma avaliação de 2000 observou que as Directrizes não estavam a ser implementadas adequadamente e não respondiam aos desafios actuais.⁸¹ Uma actualização das Directrizes, incluindo DIs, abuso doméstico e refugiados urbanos, estava em curso em 2004.

Em 1995, o ACNUR emitiu directrizes sobre a protecção dos refugiados contra a violência sexual, actualizadas em 2003.⁸² Estas propunham medidas preventivas a serem tomadas pelo ACNUR, autoridades dos países hospedeiros e prestadores de assistência (através de informação, educação e formação). Estas incluem consulta e identificação de acidentes, condução de entrevistas, lidar com a violência sexual em situações domésticas e organizar respostas médicas e psicossociais.

O ACNUR desenvolveu mais tarde os seus **Cinco Compromissos com a Mulher Refugiada**:⁸³

1. desenvolver estratégias nacionais integradas para abordar a violência sexual (incluindo violência doméstica);
2. registar as mulheres individualmente e fornecer-lhe documentação individual para garantir a sua segurança, liberdade de movimentos e acesso aos serviços;
3. garantir que 50 por cento dos representantes dos refugiados nas comissões de gestão são mulheres;
4. garantir que as mulheres participem na gestão das distribuição dos produtos alimentares e não alimentares, de modo que esses produtos sejam directamente controlados pelas mulheres adultas do agregado familiar; e
5. fornecer materiais sanitários a todas as mulheres e raparigas como prática padrão.

A seguir a uma análise realizada pela Comissão das Mulheres para as Mulheres e Crianças Refugiadas, o Projecto da Esfera – um grupo de ONGs humanitárias, reviu o seu manual, quanto aos padrões, para incluir orientação sobre as necessidades das mulheres em situações humanitárias. O manual inclui padrões mínimos na disposição e infra-estruturas do campo (e.g. a localização das latrinas, iluminação e centros de distribuição), levando em conta as necessidades de segurança das mulheres. Incita à participação das mulheres na

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

identificação das necessidades e actividades e protecção e sublinha a necessidade das agências serem proactivas na prevenção da violência baseada no género e exploração sexual.⁸⁴

Em 1984, o **Parlamento Europeu** determinou que as mulheres que enfrentavam tratamento cruel e desumano porque pareciam violar os costumes sociais deveriam receber atenção especial para fins de determinação do estatuto de refugiado.⁸⁵ **Canadá**, os **EUA**, **Austrália** e o **RU** emitiram directrizes para os oficiais e juizes da emigração relacionadas com a perseguição baseada no género.⁸⁶ MGF é uma forma de perseguição geralmente aceite para o estatuto de refugiado em muitos países ocidentais.

7. QUE ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL ESTÁ DISPONÍVEL PARA MULHERES REFUGIADAS E DIS?

A UNIFEM, o Fundo de Desenvolvimento das NU para a Mulher, “presta assistência técnica e financeira a programas e estratégias inovadoras que promovam os direitos humanos, participação política e segurança económica da mulher.”⁸⁷ As três áreas prioritárias da UNIFEM são (em Setembro de 2004): segurança e direitos económicos e governação, paz e segurança (realçando a participação da mulher na tomada de decisão e na liderança como um componente essencial da última). A UNIFEM não oferece assistência directa, mas presta apoio estratégico e catalisador para a participação da mulher nos processos de paz e na reforma política. Catalisou o apoio às mulheres refugiadas e deslocadas por meio de uma avaliação das necessidades das refugiadas burundesas na Tanzânia, realizada pelo seu programa Mulheres Africanas na Crise (AFWIC), e assegurando que os Apelos Consolidados de 2002 para os Grandes Lagos abordassem os abusos dos direitos humanos das mulheres deslocadas.⁸⁸

O UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância, presta apoio importante às crianças em contextos afectados pela guerra, incluindo protecção, apoio a actividades escolares e extra-escolares, formação para os jovens e consciencialização sobre minas terrestres e prevenção do VIH e advogando contra o abuso sexual de crianças (ver capítulo sobre segurança das crianças).⁸⁹

O **Programa Alimentar Mundial (PAM)** visa especificamente as mulheres para assegurar acesso igual à comida, na crença de que as mulheres são a primeira e mais rápida solução para atenuar a fome e a pobreza. A experiência do PAM é que a comida colocada sob a gestão das mulheres chega às crianças com mais eficácia e frequência. Em 2003, mais de 50 por cento dos receptores da comida PAM eram mulheres.⁹⁰ Os seus objectivos são assegurar que 80 por cento da sua ajuda alimentar seja distribuída a mulheres e 50 por cento dos seus recursos educativos atribuídos a raparigas.

A UNRWA apoia 71 centros de mulheres por toda a comunidade de refugiados que oferecem formação e aconselhamento sobre questões legais e cívicas e operam um programa de “literacia legal”.⁹¹ A UNRWA apoia o trabalho das organizações de mulheres **palestinianas** incluindo os Centros de Estudo das Mulheres,⁹² que documenta as vozes das mulheres e ajuda a desenvolver as capacidades das mulheres escritoras, e o Centro das

Mulheres para Assistência e Aconselhamento Jurídico,⁹³ que oferece serviços através das suas unidades de trabalho social, assistência jurídica, saúde advocacia e literacia legal.

A Comissão das Mulheres para as Mulheres e Crianças Refugiadas (a Comissão das Mulheres) trabalha para melhorar a vida e defender os direitos das mulheres, crianças e adolescentes refugiadas e deslocadas internas. As suas actividades incluem advogar para a sua inclusão e participação na assistência humanitária e programas de protecção; fornecendo experiência técnica e aconselhamento de políticas aos doadores e organizações que trabalham com refugiados e deslocados; fazendo recomendações baseadas na pesquisa aos fazedores de políticas e assegurando que as vozes das mulheres, crianças e adolescentes refugiadas são ouvidas a todos os níveis – nas comunidades, governos e organizações internacionais. O trabalho da Comissão inclui projectos sobre detenção, asilo, saúde reprodutiva e participação e protecção de adolescentes e jovens.⁹⁴ A Refugees International advoga pelos direitos das mulheres deslocadas com base na experiência e pesquisa locais. Elevou a consciência das forças internacionais de manutenção da paz na **África Ocidental** da necessidade de estabelecer sistemas de monitorização da violência baseada no género, instou o governo da **China** a empreender acções sobre os raptos de mulheres **norte coreanas** como noivas e a sua consequente vulnerabilidade à deportação, assegurou que o ACNUR abordasse a falta de protecção para os refugiados que serviam de conselheiros nos campos de refugiados na **Tanzânia** e identificou a necessidade de programas psicossociais para apoiar as mulheres refugiadas na **Guiné**. O Consórcio de Resposta de Saúde Reprodutiva no Conflito opera uma iniciativa sobre a violência baseada no género realçando a necessidade de abordagens coordenadas e multisectoriais.⁹⁶ A Human Rights Watch documenta exemplos do tráfico de mulheres refugiadas.⁹⁷

Organizações multilaterais e ONGs internacionais prestam apoio – financeiramente e através de informação, formação e trabalho em rede – a iniciativas de mulheres a nível nacional e local. Por exemplo, a Comissão das Mulheres para as Mulheres e Crianças Refugiadas opera um Projecto de Protecção dos Parceiros, uma parceria com organizações de mulheres locais e indivíduos que monitoriza e reporta as necessidades das mulheres e raparigas na Colômbia e no **Afeganistão/Paquistão**.⁹⁸ Uma declaração do projecto de Protecção dos Parceiros, por exemplo, realça que “a participação efectiva inclui mulheres na tomada de decisão, gestão, monitorização e implementação. Também envolve centrar as nossas decisões no que significa o conflito e a reconstrução da perspectiva da mulher com peso igual às visões dos homens.”⁹⁹

Nos países ocidentais, as organizações de mulheres trabalharam estreitamente com os seus governos sobre as questões do asilo. Por exemplo, em 2000, a campanha European Women’s Lobby para um projecto de directiva da **União Europeia** que concentrava a atenção em quatro aspectos da perseguição às mulheres – MGF, violação como crime de guerra, casamento prematuro e culpa por associação (com os membros femininos da família). Na **Inglaterra**, o Projecto Legal das Mulheres Refugiadas trabalhou juntamente com o Ministério do Interior do RU no desenvolvimento das Linhas Orientadoras do Asilo para o Género de 2000. Nos EUA, a Comissão das Mulheres pesquisou as condições de detenção para as mulheres candidatas a asilo e fez uma campanha sobre casos específicos.

Apesar destas leis, directrizes e estruturas extensivas, subsistem lacunas nas políticas e implementação. A Comissão das Mulheres reivindica que existe uma falta de directrizes eficazes sobre como o pessoal do ACNUR deve responder ao abuso doméstico.¹⁰⁰ Existe ainda um desafio significativo na elevação da consciência e compreensão da políticas entre o pessoal da linha da frente, (e.g. ao abrigo do direito internacional, os refugiados têm direito de procurar asilo num terceiro país), ainda que as mulheres refugiadas muitas vezes não estejam conscientes do seu direito de apresentar uma pretensão separada da do seu marido. Muitos governos vêem os homens como os únicos candidatos e registam apenas um chefe de família masculino sem respeito pelos outros membros da família.¹⁰¹ São necessárias mais ligações entre as sedes e o terreno para implementar as políticas e mecanismos existentes para proteger as mulheres refugiadas e DIs.

8. EMPREENDER ACÇÕES ESTRATÉGICAS: O QUE É QUE AS MULHERES PACIFICADORAS PODEM FAZER?

PARA GARANTIR A PROTECÇÃO DAS MULHERES REFUGIADAS E DIs

1. Rever documentos básicos como as Princípios Orientadores Relativos aos Deslocados Internos e considerar como eles se aplicam às mulheres no contexto que se aplica a si. As suas disposições estão a ser respeitadas? Como é que pode abordar essas áreas que não estão a ser adequadamente abordadas?
2. Descobrir que órgão ou órgãos no seu contexto (governo nacional e NU) são responsáveis pela protecção e assistência aos refugiados e aos deslocados internos e como tencionam implementar os princípios orientadores.
3. Se é uma mulher refugiada ou deslocada, informe-se sobre os seus direitos no país onde está localizada e determine as oportunidades e apoio a que tem direito.
4. Informe-se sobre os procedimentos para determinar o estatuto dos candidatos a asilo e advogue pela implementação inadequada das leis e directrizes internacionais.

PARA ASSEGURAR QUE AS VOZES DAS MULHERES REFUGIADAS E DI SÃO OUVIDAS

5. Deseja apoiar as mulheres refugiadas e DIs, informe-se sobre a sua origem – de que circunstâncias vieram, o que as levou a fugir, as suas experiências no percurso, as capacidades e expectativas que trazem com elas, como é que estão a viver, que problemas elas e as suas famílias enfrentam agora e que leis e outras oportunidades existem para elas.
6. Identifique as lacunas na compreensão entre os deslocados e os seus hospedeiros. Trabalhe para estabelecer compreensão mútua e ligações práticas entre as mulheres das comunidades deslocadas e hospedeiras, tirando partido das suas preocupações comuns.
7. Assegure que as organizações que prestam assistência reconheçam as contribuições que as organizações das mulheres já dão e assegure que estas são apoiadas de modo que as barreiras práticas e outras possam ser ultrapassadas.

PARA GARANTIR ASSISTÊNCIA EFECTIVA PARA AS MULHERES REFUGIADAS E DIs

8. Considere as vulnerabilidades específicas das mulheres refugiadas e DIs e adote disposições para as combater. Isto pode significar exigir mais serviços de saúde materno-infantil e de educação, advogar pelos sobreviventes de abusos dos direitos humanos ou remover os impedimentos legais enfrentados pelas mulheres empresárias.
9. Possibilitar aos refugiados e DIs que participem na gestão e implementação dos programas de assistência para ajudar as pessoas a ultrapassar o impacto do deslocamento e a dependência e aumentar a autoconfiança. Assegurar que os programas de assistência são operados com estes aspectos em mente.
10. Organize com outras mulheres e distribua informação aos refugiados e DIs sobre os direitos e oportunidades disponíveis para trabalho, acesso a serviços e apoio social e jurídico. Considere como advogar junto do governo e outros prestadores de assistência para prover as suas necessidades.

Saúde Sexual e Reprodutiva, Direitos e Serviços

ANCIL ADRIAN-PAUL, GILLIAN LOBO, GUILLERMO SUAREZ SEBASTIAN E MEBRAK TAREKE

Direitos e serviços de Saúde sexual e reprodutiva (SRH R&S) são importantes para toda a gente. Homens e rapazes sofrem frequentemente da falta de direitos sexuais e reprodutivos por acesso inadequado a informação, serviços e assistência, mas as mulheres e raparigas jovens em idade fértil são geralmente mais vulneráveis a violência sexuais e a má saúde reprodutiva. Isto é agravado em situações de conflito quando as mulheres estão expostas a níveis aumentados de violência, falta de segurança e fraco acesso a serviços médicos seguros.

No início da década de 1990, vários factores concentraram a atenção global na disponibilização de direitos à reprodução, saúde e serviços às populações refugiadas e deslocadas. Crises na antiga **Jugoslávia** e no **Ruanda** aumentaram a consciência das necessidades específicas de saúde reprodutiva das mulheres refugiadas. Como resposta, a Comissão das Mulheres para as Mulheres e Crianças Refugiadas publicou um relatório realçando os acrescidos riscos de saúde que as mulheres enfrentam nos campos de refugiados.¹ O relatório realçou a séria negligência de vários aspectos da assistência de saúde reprodutiva nestas situações e apelou a uma maior atenção internacional para a prestação de serviços completos de saúde reprodutiva

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), no Cairo, 179 países acordaram um plano para transformar e financiar programas de saúde reprodutiva. O documento final e Programa de Acção (PdA) apela ao acesso universal a serviços básicos de saúde reprodutiva e medidas específicas para promover o desenvolvimento humano e estatuto social, económico e de saúde das mulheres.² Apesar dos argumentos válidos baseados nas preocupações de saúde pública, direitos humanos e justiça social, em muitos países a assistência extensiva de saúde reprodutiva é ainda insuficientemente compreendida ou aplicada. A situação é ainda pior em situações de conflito e pós-conflito.³ Este capítulo analisa as questões, direitos e serviços da saúde reprodutiva que afectam as populações, principalmente em situações de conflito e pós-conflito.

1. O QUE SÃO SAÚDE, DIREITOS E SERVIÇOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS?

Saúde reprodutiva é definida pelo PdA da ICPD como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo em todos os aspectos relacionados com o sistema de saúde reprodutiva e com a sua função e processos. Implica que as pessoas tenham a capacidade de se reproduzirem e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência fazê-lo.”⁴ Saúde reprodutiva não se trata apenas de ausência de doença ou enfermidade.

Direitos reprodutivos e sexuais, de acordo com a ICPD, incluem direitos humanos já reconhecidos nas leis nacionais e nos documentos dos direitos humanos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estes incluem o direitos das pessoas a:

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

- Informação, educação, perícias, apoio e serviços necessários para tomar decisões responsáveis sobre a sexualidade, em conformidade com os seus próprios valores;
- Integridade física e relações sexuais voluntárias;
- Uma gama completa de serviços de saúde sexual e reprodutiva voluntários e acessíveis;
- Expressar a orientação sexual própria sem violência ou discriminação;
- Decidir livre e responsabilmente o número, espaçamento e altura dos seus filhos e a informação e meios para o fazer;
- Alcançar os mais altos padrões de saúde sexual e reprodutiva; e
- Tomar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção ou violência.

Saúde, Direitos e Serviços Sexuais e Reprodutivos (SRH R&S) cobrem um vasto leque de serviços e direitos definidos no PdA que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar prevenindo e resolvendo problemas da saúde reprodutiva e sexual. Estes incluem planeamento familiar, aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços para os cuidados pré-natal; cuidados de saúde infantil e da mulher; prevenção e tratamento apropriado da infertilidade; prevenção do aborto (embora seja dada a mais alta prioridade à prevenção das gravidezes indesejadas); disponibilização de serviços de aborto seguros (onde for legal) e de gestão das consequências do aborto; tratamento de infecções dos órgãos reprodutores; infecções de transmissão sexual (ITSs) incluindo VIH/SIDA; cancro da mama e cancros do sistema reprodutor; e desaprovação activa de práticas tradicionais danosas como a mutilação genital feminina (MGF).⁵

SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES E DAS RAPARIGAS

O comportamento reprodutivo é regido por relações biológicas, culturais e psicossociais complexas; por isso, a saúde reprodutiva tem que ser compreendida no contexto das relações entre homens e mulheres, comunidades e sociedades. As mulheres carregam o maior peso dos problemas da saúde reprodutiva e a sua vulnerabilidade a uma má saúde reprodutiva é acrescida por factores biológicos, culturais, sociais e económicos.⁶

O desafio começa muitas vezes na infância. Por exemplo, uma criança do sexo feminino que é mal nutrida de nascença, ou que está sujeita a práticas tradicionais danosas como a MGF,⁷ pode chegar à adolescência e à idade adulta com anemia e outros problemas físicos, bem como com traumas psico-sexuais relacionados com a prática tradicional. Isto pode causar problemas durante a gravidez e o parto. Mulheres que foram submetidas a MGF podem ter problemas relacionados com a menstruação, a gravidez e o parto.

As raparigas adolescentes estão frequentemente sob o risco das gravidezes indesejadas e são vulneráveis às ITSs, incluindo VIH/SIDA, devido à sua falta de informação exacta sobre a reprodução e acesso aos serviços de saúde reprodutiva, incluindo a contracepção.⁸ Nas sociedades afectadas por conflitos, as raparigas adolescentes são particularmente vulneráveis ao abuso sexual e violação. A gravidez e o parto durante

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

esse período acarretam riscos consideráveis. Raparigas de 15-19 anos de idade são duplamente mais passíveis de morrer durante o parto do que mulheres na faixa dos vinte. Aproximadamente 46 milhões de abortos são feitos anualmente em todo o mundo. Aproximadamente 20 milhões são considerados inseguros⁹ e entre 25 a 30 por cento são feitos em raparigas adolescentes.¹⁰

PLANEAMENTO FAMILIAR, CONTRACEPÇÃO E GRAVIDEZ

A capacidade da mulher de espaçar ou limitar o número das suas gravidezes, bem como o resultado da sua gravidez, tem um impacto directo na sua saúde e bem-estar. Ao permitir à mulher exercer os seus direitos reprodutivos, os programas de planeamento familiar podem melhorar a situação social e económica das mulheres e suas famílias. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 123 milhões de mulheres por todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos, não usam a contracepção apesar do seu desejo expresso de espaçar ou limitar o número de gravidezes e nascimentos que podem ter.¹¹ As necessidades de planeamento familiar muitas vezes não são satisfeitas devido ao acesso precário a serviços de qualidade, a uma escolha limitada de métodos de contracepção, falta de informação, preocupações com a segurança ou efeitos colaterais ou desaprovação do parceiro.

Gravidez e parto trazem os seus próprios problemas particulares. Estima-se que, todos os dias, 1.600 mulheres nos países em vias de desenvolvimento morrem de complicações durante a gravidez. Adicionalmente às mortes maternas, metade dos oito milhões de bebés estimados que nascem todos os dias morre no primeiro mês de vida, devido a cuidados maternos inadequados durante a gravidez. Se as mulheres estivessem saudáveis durante a gravidez e tivessem acesso a cuidados médicos básicos antes, durante e depois do parto, a maioria das mortes de mães e bebés poderiam ser evitadas.¹²

Estima-se que 28 por cento de todas as gravidezes que ocorrem no mundo todos os anos são indesejadas.¹³ De acordo com a OMS, milhões de mulheres por todo o mundo arriscam as suas vidas e saúde para pôr fim a gravidezes indesejadas. Todos os dias, são realizados 55.000 abortos inseguros com 95 por cento deles a ocorrerem nos países em vias de desenvolvimento. Isto pode levar à morte de mais de 200 mulheres diariamente. Globalmente, tem lugar um aborto inseguro por cada sete nascimentos.¹⁴ A OMS estima que, globalmente, uma morte materna em oito deve-se a complicações relacionadas com aborto. Em alguns campos, um quarto, ou mais, de todas as mortes maternas são relacionadas com abortos.¹⁵

Muitas mulheres têm medo de procurar tratamento para as complicações relacionadas com o aborto, levando a mortes incontáveis fora dos hospitais. Entre 10 e 50 por cento de todas as mulheres que se submetem a abortos inseguros necessitam de tratamento médico imediato para complicações relacionadas, incluindo hemorragias. Problemas de saúde de longa duração vão desde as dores pélvicas crónicas à infertilidade. Esses problemas podem limitar a produtividade da mulher dentro e fora do lar, impedir a sua capacidade de cuidar dos filhos e afectar adversamente a sua vida sexual e reprodutiva.¹⁶

Ainda assim, o aborto inseguro é uma das causas de morte e lesão materna mais facilmente preveníveis e tratáveis. Durante a ICPD, os governos reconheceram que o aborto inseguro é uma questão importante da saúde pública e apelaram a serviços

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

médicos imediatos, de alta qualidade e humanos para tratar as complicações resultantes dos abortos inseguros. Também apelaram ao aconselhamento compassivo pós-aborto e serviços de planeamento familiar para promover a saúde reprodutiva, reduzir a necessidade de abortos e prevenir mais abortos inseguros. Os governos também apelaram para a prestação de serviços de aborto seguros, onde estes não são contra a lei.¹⁷

MÁ SAÚDE REPRODUTIVA

Estudos mostraram que má saúde reprodutiva contribui para aproximadamente 36 por cento do total dos encargos de doença entre as mulheres em idade reprodutiva (15-44 anos) nos países em desenvolvimento, comparados com os 12,5 por cento estimados de homens. Para as mulheres, três situações são particularmente relevantes: mortes e deficiências relacionadas com a gravidez, ITSs e VIH/SIDA.¹⁸ Vários factores aumentam a vulnerabilidade das mulheres à má saúde reprodutiva, incluindo:

- Restrições na informação sobre sexualidade, preservativos ou outra contraceção, doença, prevenção e cuidados de saúde;
- Práticas tradicionais danosas como relações sexuais rituais com um parente do sexo masculino depois da morte do marido, MGF, escarificação ritual, tatuagem e marcas de sangue;
- Casamento precoce;
- Incapacidade de negociar sexo seguro;
- Discriminação contra a mulher na educação, no emprego e no estatuto social;
- Leis que reforçam a dependência económica das mulheres perante os homens e dependência da prostituição para a sobrevivência económica (de adultos e crianças); e
- Guerra, fome, desastres naturais, opressão política, pobreza e deslocamento.

2. COMO É QUE O CONFLITO AFECTA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA?

Durante os conflitos, os serviços de saúde e as infra-estruturas de saúde podem ser destruídas e o pessoal da saúde pode tornar-se um alvo. Durante o genocídio no Ruanda, mais de metade dos trabalhadores da saúde foram mortos. Na **Bósnia e Herzgovina**, 40 por cento dos médicos deixaram o país e não regressaram. As sanções contra os países em conflito podem também afectar a saúde reprodutiva das mulheres e o seu acesso aos serviços de assistência de saúde. No **Iraque**, depois da Guerra do Golfo, o acesso das mulheres aos cuidados ginecológicos decresceu e na **Sérvia**, durante o período das sanções, morreram mais mulheres entre os 25-44 anos do que nos anos anteriores.¹⁹

O conflito também afecta negativamente a prestação segura e eficaz de SRH R&S de várias formas, incluindo o colapso dos serviços de saúde, mobilidade forçada de refugiados e deslocados internos (DIs) e mal nutrição e epidemias que diminuem a força

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

e a imunidade das mulheres doentes e lactantes. A vulnerabilidade das mulheres é agravada em situações de conflito devido aos níveis aumentados de violência, falta de segurança e acesso precário a serviços médicos de saúde seguros. Por exemplo, muitas das infra-estruturas médicas de **Timor Leste** foram destruídas durante o violento conflito e distúrbios que aí tiveram lugar, afectando assim a saúde reprodutiva de inúmeras mulheres.²⁰ Em **Bougainville**, o bloqueio pelas **Forças de Defesa da Papua Nova Guiné** (PNGDF) e a destruição de hospitais e clínicas de saúde afectou gravemente a saúde materno-infantil.²¹ No **Afeganistão**, em 2001, centenas de afegãos atravessaram as fronteiras do **Irão** e do **Paquistão**, entre eles milhares de mulheres grávidas fugindo do conflito violento.²² Os precários serviços de saúde afegão e o crescimento da mal nutrição aumentaram os perigos para as mulheres durante a gravidez e o parto. Adicionalmente, o **Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher** (UNIFEM) reporta que os países africanos com as taxas mais elevadas de mortes maternas – incluindo a **República Democrática do Congo** (RDC), **Serra Leoa** e **Eritreia** – são também países que conheceram anos de conflito e de instabilidade.²³

A VULNERABILIDADE DAS MULHERES: VIOLÊNCIA SEXUAL E BASEADA NO GÉNERO (VBG)

O termo violência sexual e baseada no género (VBG) inclui uma variedade de abusos, ameaças e coerção sexuais, exploração, molestação, humilhação, incesto, tráfico, contrabando, casamento forçado e prostituição forçada²⁴ (ver capítulos sobre VIH/SIDA e operações de apoio à paz). Esta secção concentra-se principalmente na violação e violência doméstica.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) declarou que “durante a guerra e os conflitos armados, as violações dos direitos humanos e violência baseada no género aumentam drasticamente. Violência e perseguição baseadas no género são muitas vezes adoptadas como tácticas de guerra e de terrorismo. De facto, a história recente viu com demasiada frequência violência e violação usadas deliberada e estrategicamente como uma arma de guerra. Lamentavelmente esse tipo de abuso pode seguir uma mulher refugiada durante toda a sua vida como refugiada.”²⁵ Para além disso, o **Relator Especial das Nações Unidas sobre Violência Contra a Mulher** sublinhou a continuação da violência da esfera privada para a pública. Isto foi reforçado por muitos oradores na recente conferência de alto nível, *Justiça do Género em Situações Pós Conflito: A Paz Precisa das Mulheres e as Mulheres Precisam de Justiça*, organizada pela UNIFEM e pelo **Consórcio Internacional de Assistência Jurídica (ILAC)**.²⁶

Violação e violência sexual como arma de guerra: A violação pode ser usada como um símbolo de domínio, como um meio de instilar o terror, como um instrumento de tortura, para desumanizar secções da comunidade, para fecundar como um meio de limpeza étnica, para infectar com ITS e para destruir as relações familiares e comunitárias. Estima-se que na **Serra Leoa**, mais de 50 por cento das mulheres sofreram violência sexual durante a guerra e, durante o colapso da **antiga Jugoslávia** nos anos 1990, mais de 20.000 mulheres da Bósnia foram violadas.²⁷

Entre 2003 e 2004, o nível sem precedentes de violência, degradação e humilhação experimentado pelas mulheres na **RDC** levou muitos a chamarem a essas acções “uma guerra dentro de uma guerra e uma guerra contra as mulheres.”²⁸ Em 2004, em **Darfur**, Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Sudão, a violação e violência sexual às mulheres estava disseminado e era sistemático.²⁹ No **Haiti**, estudos do Centre Haitien de Recherches et d'Actions pour la Promotion Feminine realçaram que, em 1996, 60 por cento das mulheres relataram ter sofrido violência, 37 por cento das quais sofreram violência sexual, incluindo violação, assédio sexual e agressão sexual.³⁰

As mulheres enfrentam violência durante todas as fases do conflito e do deslocamento. Por exemplo, durante os anos de conflito em **Bougainville**, quer as mulheres quer as raparigas estavam em risco de violação.³¹ Os perpetradores de violência frequentemente incluem:

- polícia, militares, forças de guerrilha, agentes de manutenção da paz ou funcionários das prisões nos centros de detenção, campos de concentração e campos de violação. Os líderes masculinos dos campos usam as mulheres como artigo de troca por armas, munições ou outros benefícios;
- bandidos, piratas, contrabandistas e guardas de fronteira. Membros das forças de segurança podem também exigir sexo em troca da passagem segura das mulheres para os países onde estas procuram asilo ou quando estas tentam regressar aos seus lares;
- residentes dos campos, a população local e o pessoal internacional e nacional dos campos. Recursos limitados e falta de protecção por parte dos membros masculinos da família podem deixar as mulheres vulneráveis à exploração sexual; e
- comunidades hostis, oficiais do governo e da segurança em situações pós-conflito.³² Para além disso, pode existir um ressurgimento de FGM como uma forma de fortalecer a identidade cultural.

Mulheres violadas em situação de conflito e pós-conflito podem ficar grávidas, mas frequentemente não querem dar à luz crianças concebidas nessas circunstâncias. Algumas mulheres da **Bósnia** e do **Kosovo** que ficaram grávidas em resultado de violações sexuais escolheram o aborto ou abandonaram os seus bebés à nascença.³³ Um ponto de vista no seio da comunidade dos serviços de saúde é que o acesso à contracepção de emergência ou à pílula do dia seguinte pode ser um meio barato e eficaz de assegurar que sejam evitados abortos inseguros.

Violência Doméstica: Em situações de conflito e pós-conflito, os papéis assumidos por homens e mulheres são muitas vezes invertidos devido ao colapso das estruturas sociais. Homens que não estão empregados poderão estar sob pressão e frustrados e poderão passar a maior parte do seu tempo a socializar e a beber. Nessas situações, a incidência de violência doméstica também dispara.³⁴ Pesquisas dos refugiados **sudaneses** no **norte do Uganda** destacaram uma elevada taxa de violência doméstica devido às oportunidades inadequadas de emprego para os homens. Em Angola, durante 1997-1998, houve 3.550 casos de violência de diferentes tipos contra as mulheres, com 60 por cento registados como violência doméstica.³⁵ Em alguns casos, isto está relacionado com o stress dos homens e a humilhação que eles experimentam na esfera pública, muitas vezes às mãos do Estado ou das forças de segurança oficiais.

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Noutros casos, quando os homens regressam a casa da guerra, estão frequentemente traumatizados, acostumados a comportamentos violentos e não estão preparados para resolver as questões sem violência. Como resultado, as mulheres são forçadas a viver com a ameaça da violência numa base diária. Em muitos lugares, a violência doméstica em particular ainda não é vista como uma ofensa grave. Por isso, estratégias de prevenção eficazes têm que ser centradas no homem, mudando as suas atitudes para com a violência baseada no género (VBG) e construindo o seu apoio contra essa violência. No **Camboja** e na **África do Sul**, por exemplo, surgiram redes de homens contra a violência doméstica e deram início a campanhas para pôr fim à violência contra as mulheres.³⁶

A VULNERABILIDADE DE HOMENS E RAPAZES

Tal como no caso das mulheres, SRH S&R dos homens e rapazes são afectados em situações de conflito, deslocamento e detenção. A violência sexual contra homens adultos, adolescentes e rapazes intensifica-se. Em situação de conflito, os homens, como as mulheres, podem sofrer humilhação e confusão quanto à sua sexualidade. Em algumas sociedades onde os homens foram desencorajados a serem abertos sobre os seus sentimentos, poderão ter muita dificuldade em reconhecer o que lhes aconteceu. Com poucos ou nenhuns serviços, são frequentemente forçados ao silêncio e à ignorância. Em situações de conflito, os homens adultos e os rapazes mais velhos podem também ser vítimas de violência sexual e abuso baseado no género, como massacre selectivo pelo sexo e recrutamento forçado.³⁷

O IMPACTO DAS ACÇÕES DE HOMENS E RAPAZES NA SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES QUE categorizou o impacto dos homens na saúde reprodutiva das mulheres como se segue:³⁸

Homens como utilizadores de serviços: Homens e rapazes estão em risco de contrair ITS e VIH/SIDA durante conflitos e deslocamento uma vez que podem desenvolver relações sexuais arriscadas que aumentam a sua vulnerabilidade. É importante que a educação sobre sexo seguro, ITS e VIH/SIDA aconselhamento e serviços sejam acessíveis a todos. Programas de planeamento familiar deverão visar deliberadamente os homens, não apenas para os informar dos perigos associados aos comportamentos sexuais arriscados, mas também sobre planeamento familiar eficaz e como cuidar da sua parceira e crianças. Os programas de distribuição de preservativos deverão também visar directamente os homens.

Homens como receptores de programas de educação e comportamento social: Existe uma percepção crescente da necessidade de concentrar recursos em programas que procurem educar homens e rapazes para mudarem as suas atitudes e comportamento relativamente a SRS. O conhecimento e acesso melhorado dos homens poderia proteger e promover a saúde e direitos reprodutivos da mulher.

Homens como decisores: Os homens poderão ter um papel influente na tomada de decisão relacionada com a prestação de cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva às comunidades e às suas próprias famílias. Em muitas culturas, os homens tomam frequentemente as decisões finais sobre o planeamento familiar, gastos económicos em serviços médicos de SRS ou até mesmo sobre o tipo de cuidados pré-natais, gravidez e amamentação que as suas parceiras recebem. A nível da comunidade, os homens como líderes políticos, religiosos ou outros, poderão também influenciar o

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

tipo, qualidade e quantidade de serviços e direitos que a comunidade em geral está autorizada a receber.

REFUGIADOS, DESLOCADOS INTERNOS (DIs) E CUIDADOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

Embora a sua necessidade de cuidados extensivos de saúde reprodutiva prevaleça, refugiados e deslocados internos (DIs) têm frequentemente acesso limitado a esses cuidados. Onde estes existem, são muitas vezes básicos e para fins de emergência. Nessas situações a vulnerabilidade das mulheres aumenta. No **Camboja**, a violência e o deslocamento são as causas principais do aumento dos abortos arriscados,³⁹ enquanto nos campos de DIs, no **Sri Lanka**, os nascimentos são menos suficientemente espaçados, tendo como consequência resultados piores que antes do deslocamento.⁴⁰

Durante o deslocamento, as mulheres enfrentam também de uma variedade de problemas causados pela violência que sofrem, e isso pode afectar a sua saúde reprodutiva. Estudos realizados com mulheres **afegãs** durante o regime Talibã concluíram que 97 por cento das mulheres sofriam de depressão, 86 por cento demonstravam ansiedade significativa, 42 por cento sofriam de stress pós-traumático (PTSD) e 25 por cento consideravam frequentemente cometer suicídio e não queriam ficar grávidas.⁴¹ Para além disso, a função da mulher de dar à luz as crianças expõem-nas a uma variedade de potenciais problemas como:

- stress e mal nutrição, que põe em perigo a saúde das mulheres grávidas e lactantes e dos seus filhos;
- perda da rede alargada de apoio familiar quando uma mulher está grávida e amamenta;
- falta de apoio prático ou emocional para as mulheres traumatizadas;
- mulheres jovens, solteiras, viúvas ou portadoras de deficiência poderão estar em risco particular de violência sexual;
- o colapso das redes familiares e sociais pode resultar em muitos agregados familiares chefiados por mulheres. Estas mulheres poderão ser forçadas a oferecer sexo em troca de comida, abrigo ou protecção; e
- mudanças sociais associadas a conflitos poderão corroer a autoridade das mulheres para controlarem as suas próprias vidas reprodutivas. Por exemplo, as mulheres poderão ser pressionadas a ficar grávidas para produzirem filhos para substituírem os que morreram.

O IMPACTO DO CONFLITO NA SAÚDE DIREITOS E SERVIÇOS DOS ADOLESCENTES

Durante os conflitos, a destruição das estruturas sociais afecta negativamente o crescimento emocional e psicológico, bem como o desenvolvimento sexual dos adolescentes. A ausência das formas tradicionais de orientação na transição para a idade adulta pode resultar em comportamentos arriscados prematuros e crescentes, incluindo o uso ou abuso de tabaco, drogas e álcool. Nutrição deficiente e violência podem ser infligidas tanto por como nos adolescentes.

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

O seu desejo de planear o futuro pode diminuir, afectando a motivação dos adolescentes e a capacidade de empreender os passos necessários para evitar ITS, VIH/SIDA e gravidezes indesejadas. As raparigas adolescentes, quer casadas quer solteiras, que ficam grávidas poderão ver-se sem apoio para superar a gravidez, o parto e para criar a criança.

O risco dos abortos inseguros poderá também aumentar quando tanto as redes de apoio social como os serviços de saúde estão destruídos. O representante da OMS na Libéria estima que até 80 por cento das raparigas deslocadas tiveram um aborto induzido por volta dos 15 anos de idade.⁴² Os menores não acompanhados, quer rapazes quer raparigas, são especialmente vulneráveis à violência e a outras formas de exploração sexual. Poderão voltar-se para a prostituição a fim de sobreviverem. São também muito mais vulneráveis a uma saúde precária em geral. Em **El Salvador**, estudos mostram que existe uma elevada taxa de suicídio entre os refugiados adolescentes.⁴³ Adicionalmente, as ideias de masculinidade agressiva aprendidas pelas crianças e adolescentes militares podem ter um impacto negativo profundo e de longa duração na sua própria saúde reprodutiva e na das comunidades com as quais eles entram em contacto.

ATENDER OS DIREITOS E SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Desde a ICPD e o PdA, a atenção focalizou-se extensivamente na SRH R&S das mulheres. Os direitos das mulheres em situações de conflito foram reforçados pela **Resolução 1325 do Conselho de Segurança das Nações Unidas (NU)** e outros desenvolvimentos a nível internacional que condenam a violência contra a mulher e apelam à assistência efectiva. Os debates em curso centram-se nos méritos dos cuidados de saúde extensivos, incluindo saúde reprodutiva acessível, equitativa e baseada nos direitos que levará em conta as necessidades das mulheres e das raparigas nos campos de refugiados. Contudo, a prestação efectiva de serviços de SRS, especialmente durante conflitos, depende do compromisso político, bem como de financiamento sustentado e adequado.

O financiamento insuficiente tornou-se pior devido às políticas de alguns governos. O governo dos EUA, o maior apoiante dos serviços de saúde reprodutiva para os refugiados e DI, actualmente retirou ou restringiu o uso do financiamento para algumas agências das NU e outras organizações. A **Mexico City Policy** (também conhecida como a Regra da Impostura Global) restringe o financiamento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) a organizações que estão envolvidas em abortos e casos relacionados com abortos que não tenham recebido aprovação prévia.⁴⁴ Outros doadores como a **União Europeia (UE)** tentaram cobrir a lacuna, mas como as prioridades de financiamento dos doadores mudam, a capacidade de manter os níveis actuais de serviços de SRS está ameaçada. Para além disso, um número estimado de 37 milhões de deslocados está também em risco. Muitos programas, incluindo a prevenção do VIH/SIDA, foram reduzidos e o planeamento familiar, a disponibilização de contraceptivos e outros serviços foram cortados. Isto aumenta os riscos de saúde e põe em perigo a vida de muitas mulheres, homens e crianças que vivem em situações afectadas por conflitos.⁴⁵

Com a maior focalização no VIH/SIDA, existe também o perigo de a atenção vir a ser concentrada principalmente nesta doença, em vez de numa abordagem abrangente das

necessidades de cuidados de saúde que também incluem atenção a outras IST como a clamídia, sífilis ou gonorreia.⁴⁶

3. QUE MANDATOS E POLÍTICAS INTERNACIONAIS EXISTEM PARA ATENDER E PRESTAR SRS R&S?

A Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW): O Artigo 12 da CEDAW exige que os Estados eliminem a discriminação contra a mulher no acesso aos serviços de saúde durante todo o seu ciclo de vida, particularmente nas áreas do planeamento familiar, gravidez e parto. A Convenção sublinha que o acesso aos cuidados de saúde incluindo a saúde reprodutiva, é um direito básico.⁴⁷ Também apela aos governos que disponibilizem serviços adequados relacionados com a gravidez, parto e amamentação.⁴⁸

A Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação Racial: promove o direito aos mais altos padrões de saúde, incluindo saúde reprodutiva no parágrafo 5e (IV).⁴⁹

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, Egipto, 1994) resultou no PdA que estabelece o contexto de promoção e protecção da saúde em todas as situações, incluindo saúde reprodutiva. Os Parágrafos 7.2 – 8.35 apelam aos governos que empreendam um número de acções para promover o direito do indivíduo ao mais alto padrão de saúde, incluindo saúde e direitos reprodutivos. A Revisão da ICPD trata da questão nos parágrafos 52 – 72.⁵⁰

A Plataforma de Acção de Beijing (BPFA, 1995) e Beijing +5 (2000): A BPFA engloba muito da linguagem da ICPD sobre direitos reprodutivos. A plataforma declara que “boa saúde é essencial para levar uma vida produtiva e satisfatória e o direito de todas as mulheres de controlarem todos os aspectos da sua saúde, em particular da sua própria fertilidade, é básico para o seu ‘empoderamento’.” Declara ainda que “os direitos humanos das mulheres incluem o seu direito ter controlo e a decidir livremente e responsabilmente sobre assuntos relacionados com a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência.”⁵¹

Convénio Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR): O Artigo 12 do ICESCR reconhece o direito de toda a gente ao mais alto padrão de saúde física e sexual. Aos governos é requerido que empreendam todos os passos necessários para reduzir o nascimento de crianças mortas e as mortes maternas.⁵²

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC) reconhece a responsabilidade dos governos de promover os direitos das crianças (ver capítulo sobre a segurança das crianças). Também promove o direito aos serviços de planeamento familiar. O Artigo 24 exige aos governos que assegurem cuidados de saúde pré e pós-natal adequados para as mães. O Artigo 34 exige aos governos que protejam a crianças de todas as formas de exploração sexual e abuso sexual e pede aos governos que tomem medidas efectivas e adequadas com vista à abolição de práticas tradicionais que prejudicam a saúde das crianças. Quase todos os governos assinaram esta convenção. É, por isso, uma ferramenta poderosa para responsabilizar os governos.⁵³

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Relator Especial das Nações Unidas sobre a Violência Contra a Mulher: Desde a nomeação de um Relator Especial sobre a violência contra a mulher, em 1994, as NU recebem relatórios regulares sobre a prevalência das diferentes formas de violência, as respostas legais que existem e recomendações para acção. Estes relatórios, disponíveis em inglês, francês e espanhol, abordam a violência no seio da família, incluindo agressão, violação conjugal, incesto, prostituição forçada, violência contra trabalhadoras domésticas, abuso infantil e infanticídio feminino; violência na comunidade, incluindo violação, violência sexual e assédio sexual; tráfico de mulheres e prostituição forçada; violência contra trabalhadoras migrantes e refugiadas; violência contra as mulheres em tempo de guerra e no sistema de justiça criminal; e extremismo religioso. O Relator Especial sobre a Violência Contra a Mulher também atendeu às políticas e práticas que têm impacto nos direitos reprodutivos da mulher.⁵⁴

Resolução 1325 do Conselho de Segurança das NU (Outubro de 2000): Embora esta resolução não mandate especificamente a protecção da SRS R&S das mulheres, apela a todas as partes dos conflitos armados que tomem medidas específicas para protegeream mulheres e raparigas da violência baseada no género.⁵⁵

4. QUEM ESTÁ ENVOLVIDO NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA?

Muitas organizações e agências estão envolvidas na prestação de serviços de cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Estas incluem agências das NU, organizações bilaterais de assistência, governos e organizações não governamentais (ONGs) internacionais e nacionais, algumas das quais são indicadas abaixo.

AGÊNCIAS DAS NU

Alto Comissariado das NU para os Refugiados (ACNUR): Esta agência lidera e coordena a acção internacional para proteger os refugiados e resolver os seus problemas em todo o mundo (ver capítulo sobre refugiados e DIIs). A sua finalidade principal é salvaguardar os direitos e o bem-estar dos refugiados. Para além disso, o ACNUR produziu guias práticos como *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines and Prevention, A Response (Violência Sexual Contra os Refugiados: Directrizes e Prevenção, Uma Resposta)* (ACNUR, 1995) e *An Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Refugee Situations (Um Manual de Terreno Inter-Agências sobre Saúde Reprodutiva nos Campos de Refugiados)* (ACNUR, 1999).⁵⁶

Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP): O FNUAP é a maior fonte internacional de financiamento do mundo para os programas de população e saúde reprodutiva. O FNUAP trabalha com governos (incluindo de países afectados por conflitos) e ONGs em mais de 140 países, a seu pedido e com o apoio da comunidade internacional. O FNUAP apoia programas que ajudam as mulheres, homens e jovens a planear as suas famílias e a evitar gravidezes indesejadas; a ultrapassarem a gravidez e o parto em segurança; a evitar ITS, incluindo VIH/SIDA; e a combater a violência contra a mulher. O FNUAP produziu um kit de saúde reprodutiva para situações de emergência para facilitar a implementação do *Pacote Mínimo Inicial de Serviços (MISP)*. Estes kits contêm materiais básicos de saúde reprodutiva para uso nos centros de assistência. Incluem preservativos, contraceptivos orais e injectáveis, medicamentos para tratamento de ITS e kits de contracepção de emergência para as mulheres.⁵⁷

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Organização Mundial da Saúde (OMS): A OMS promove a consecução por todos os povos do padrão mais alto possível de cuidados de saúde. A OMS concebeu um guia de gestão intitulado *Reproductive Health during Conflict and Displacement: A Guide for Programme Managers (Saúde Reprodutiva durante o Conflito e o Deslocamento: Um Guia para Gestores de Programa)* (2000). O Guia fornece ferramentas para diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação da saúde reprodutiva no contexto mais amplo do planeamento e preparação para o conflito e emergências. Inclui princípios orientadores. O Guia da OMS também aprova um pacote essencial de medidas de cuidados de saúde reprodutiva e fornece detalhes da implementação e prestação real do pacote de serviços. Este guia é uma ferramenta de orientação, consciencialização e formação para os prestadores de cuidados de saúde.⁵²

O Grupo de Trabalho Inter-Agências sobre Saúde Reprodutiva nos Campos de Refugiados (IAWG): O IAWG foi estabelecido em 1995 para reforçar os programas de saúde reprodutiva nos campos de refugiados. É constituído por cerca de 30 organizações, incluindo ONGs, agências das NU e instituições académicas. O IAWG produziu o *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual (Saúde Reprodutiva nos Campos de Refugiados: Um Manual de Terreno Inter-Agências)* para facilitar a introdução dos serviços de saúde reprodutiva em todos os campos de refugiados.^{59 60}

A nível regional, existe **O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos dos Direitos da Mulher em África**. O Artigo 14 sobre Saúde e Direitos Reprodutivos exigem que os governos respeitem e promovam os direitos da mulher à saúde. Isto inclui o controlo da sua fertilidade, o direito de decidir se e quando ter filhos e protecção contra infecções de transmissão sexual – incluindo VIH/SIDA – bem como o direito a informação sobre a sua própria saúde e a do seu parceiro.⁶¹

Na UE existe a *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeus: Saúde e Redução da Pobreza nos Países em Desenvolvimento*.⁶² A Comissão Europeia adoptou a sua Comunicação sobre Saúde e Pobreza em Março de 2002. Esta compromete a UE a proteger as pessoas mais vulneráveis da pobreza através de apoio para saúde igual e justa. A política de desenvolvimento da UE sobre saúde sexual e reprodutiva é baseada no PdA do ICPD. A política da UE também reflecte as metas específicas dos Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) que apelam ao ‘empoderamento’ das mulheres e à redução da mortalidade materna e infantil.

As agências bilaterais como a **Agência Canadana de Desenvolvimento Internacional (CIDA)** apoia o ‘empoderamento’ de mulheres e raparigas através de melhor acesso à educação, mais participação política e económica nas suas comunidades e serviços de saúde dirigidos para a saúde reprodutiva e menos gravidezes, mas mais seguras. Proteger as mulheres da violência está também a tornar-se uma questão de saúde e desenvolvimento cada vez mais importante. A **Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA)** produziu um documento sobre *Saúde e Direitos Humanos*, que expõe a política da Divisão de Saúde do Departamento para Democracia e Desenvolvimento Social sobre a saúde do indivíduo.⁶³

Adicionalmente, a USAID, um dos financiadores mais influentes dos serviços e direitos reprodutivos, tem um programa de Saúde Global que inclui uma focalização e

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

financiamento para sobrevivência da criança e saúde materna, VIH/SIDA, doenças infecciosas, planeamento familiar e saúde reprodutiva.⁶⁴

ONGS E OUTRAS AGÊNCIAS

A **Parceria Global Marie Stopes International** está na linha da frente das iniciativas mundiais para institucionalizar os cuidados de saúde reprodutiva nos campos de refugiados. Activa em 37 países em todo o mundo, a iniciativa colabora com governos nacionais e actores não governamentais, fornecendo formação numa gama de questões e serviços de cuidados de saúde às populações alvo.

A **Comissão das Mulheres** foi fundada em 1989 e é uma filial independente do Comité Internacional de Salvação (CIS). Trabalha para melhorar a vida e defender os direitos das mulheres, crianças e adolescentes refugiadas e deslocadas internas. Os projectos de saúde reprodutiva da Comissão de Mulheres promovem cuidados de saúde reprodutiva extensivos e de qualidade para mulheres, homens e adolescentes refugiados nas áreas da maternidade sem riscos, planeamento familiar, VIH/SIDA, ITS e violência sexual e baseada no género. A Comissão das Mulheres também desenvolve trabalho de advocacia para assegurar que a saúde reprodutiva está na agenda das organizações de assistência humanitária, fazedores de política e doadores.⁶⁵

O Consórcio de Resposta de Saúde Reprodutiva no Conflito (RHRC Consortium): Este consórcio é constituído pelo Comité Americano para os Refugiados (ARC), CARE - America, O Comité Internacional de Salvação (IRC), Instituto Internacional de Pesquisa e Formação John Snow (JSI), Marie Stopes International (MSI) e a Comissão das Mulheres. Dedicar-se à promoção da saúde reprodutiva entre todas as pessoas afectadas por conflitos armados. O Consórcio RHRC promove acesso de longa duração a programas de saúde reprodutiva extensivos, de alta qualidade, nas emergências e advoga por políticas que apoiem a saúde reprodutiva de pessoas afectadas por conflitos armados. Os seus três princípios fundamentais são usar abordagens participadas para envolver a comunidade em todas as fases da programação, incentivar a programação da saúde reprodutiva durante todas as fases de uma emergência e empregar uma abordagem baseada nos direitos conforme definido no PdA do ICPD.⁶⁶

INICIATIVAS CHAVE PARA PRESTAR SERVIÇOS E DIREITOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

Embora os desafios prevaleçam, a advocacia por parte das ONGs e agências internacionais dedicadas à protecção da mulher e subsequentes resoluções, debates e políticas internacionais levaram a uma maior atenção dos media e política para a violência baseada no género em situações de conflito. Este perfil aumentado incentivou o desenvolvimento e implementação de programas e iniciativas bem sucedidas de consciencialização do género. As iniciativas listadas abaixo fornecem exemplos da gama de actividades que estão a ter lugar para abordar os direitos reprodutivos e podem estimular as mulheres pacificadoras a reproduzir ou adaptar as ideias mais adequadas às suas situações de conflito ou pós-conflito.

- Recrutar as Forças Armadas para protegerem a Saúde e Direitos Reprodutivos: Lições de Nove Países (FNUAP, 2003) – Os recursos humanos e organizacionais das instituições militares estão a ser aproveitados para proteger a saúde reprodutiva e os direitos tanto em tempo de paz como em situações de conflito. O FNUAP trabalhou com o sector militar para alcançar os homens com informação, educação e serviços sobre a vida familiar, planeamento familiar e outras preocupações da saúde

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

sexual, incluindo saúde materna, prevenção do VIH/SIDA e a redução da violência baseada no género.⁶⁷

- Cuidados de Saúde Reprodutiva para os Refugiados Afegãos no Paquistão (A Comissão das Mulheres, Outubro de 2003): A Comissão das Mulheres realizou uma avaliação da saúde reprodutiva focalizada na implementação de actividades prioritárias da saúde reprodutiva entre os refugiados **afegãos** da Fronteira Noroeste, províncias de Baluchistan e Punjab do **Paquistão** de Agosto de 2002 até Junho de 2003. A avaliação dessas actividades prioritárias, também conhecidas como *Pacote Mínimo Inicial de Serviços (MISP)*, revela que enquanto eram feitos esforços isolados para melhorar a quantidade e qualidade dos cuidados de saúde reprodutiva para os refugiados afegãos no Paquistão, muitos programas são limitados aos serviços de cuidados de saúde materno-infantil tradicionais e a qualidade dos cuidados de SR é uma preocupação significativa.⁶⁸
- Aumentar a liderança e a acção para prevenir VBG: Nos campos de deslocados dos refugiados **burmeses** na fronteira do **Thai**, o ACNUR ministrou formação às ONGs e organizações de mulheres burmesas para prevenir e abordar a violência baseada no género. A formação centrou-se principalmente no desenvolvimento da capacidade e resultou num protocolo de resposta da VBG conhecido como o *Mecanismo de Resposta Automática (ARM)*, um guia passo-a-passo para prestar assistência aos sobreviventes.⁶⁹
- Prestar serviços de saúde reprodutiva aos deslocados internos: Populatio Services Lanka (PSL), com a assistência da MSI e USAID, implementou um projecto para prestar cuidados integrados de saúde reprodutiva às comunidades afectadas pelo conflito armado nas partes norte e leste do Sri Lanka. Iniciado em 1995, o programa presta serviços clínicos e de longo alcance aos DIs.⁷⁰
- Saving Women's Lives (Salvar a Vida das Mulheres) – Esperança depois da Violação é um programa no **Uganda** que aconselha e assiste mulheres e crianças abusadas, incluindo crianças refugiadas raptadas para escravatura sexual. Esta ONG foi estabelecida por uma psiquiatra para aconselhar vítimas de violação, que no Uganda eram tradicionalmente humilhadas. Estas são encaminhadas para o programa através das instituições da polícia e de cuidados de saúde. O programa desenvolveu um manual para os voluntários comunitários para usarem nas famílias abusadas, incluindo aquelas em que as mulheres abusam os homens. Esperança depois da Violação centra-se na pesquisa, formação, advocacia, trabalho em rede e prestação de apoio psicossocial.⁷¹
- Desenvolvimento das capacidades para profissionais da saúde: Um projecto conjunto sobre as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres vítimas de violência no Ruanda foi iniciado pelo Ministério da Família, Género e Assuntos Sociais, OMS e Ministro da Saúde. Como resultado, foi realizado um curso de formação de formadores, em Janeiro de 1998. Durante o curso de dez dias, os participantes receberam conhecimentos aumentados sobre os resultados médicos e psicológicos da violência e como reconhecer o stress pós-traumático (PTSD).⁷²

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

- Marie Stopes México está a fornecer serviços de saúde reprodutiva acessíveis para os refugiados guatemaltecos e deslocados internos mexicanos. O programa fornece serviços de informação, educação e comunicação, bem como planeamento familiar e saúde materno-infantil.⁷³

5. EMPREENDER ACÇÕES ESTRATÉGICAS: O QUE É QUE AS MULHERES PACIFICADORAS PODEM FAZER?

Quase todos os países lutam para expandir o acesso aos serviços de saúde. Devido à insuficiência de recursos, muitos países oferecem inicialmente um pacote nuclear de serviços básicos que são expandidos à medida que há mais recursos disponíveis. Para conveniência dos utentes da saúde e da gestão do estado, os serviços de saúde sexual e reprodutiva deveriam ser integrados nas iniciativas de cuidados primários de saúde, bem como em serviços que se ocupam de necessidades de saúde mais especializadas. A fim de assegurar que os governos e outros actores cumprem com as políticas e mandatos internacionais, os grupos de mulheres, ONGs e outros poderiam:

1. Advogar e praticar *lobby* para fundos adequados a fim de apoiar os serviços de planeamento familiar e espaçamento dos nascimentos.
2. Desenvolver alianças entre os sectores para promover informação, educação, e comunicação sobre serviços de saúde reprodutiva para homens, mulheres e adolescentes.
 - Considerar o desenvolvimento de alianças com os jovens para praticar *lobby* e advogar pela prestação efectiva de serviços aos adolescentes e jovens.
 - Iniciar uma rede para homens para apoiar a advocacia, elevação da consciência e educação públicas sobre questões dos cuidados de saúde reprodutiva entre os homens. Por exemplo, na África do Sul, estabeleceu-se um Fórum dos Homens Sul Africanos (SAMF) para abordar a violência dos homens contra as mulheres.⁷⁴
3. Chegar aos líderes tradicionais, líderes das organizações baseadas na fé e religiosas, para conquistar apoio para as campanhas públicas contra a violência baseada no género, ou para promover o sexo seguro, planeamento familiar, etc.
4. Educar as mulheres sobre os seus direitos de saúde reprodutiva e sobre as políticas que abordam os serviços, de modo que elas possam ser capazes de reivindicar os seus direitos.
5. Educar as mulheres, as raparigas e a juventude do sexo masculino sobre métodos seguros de contracepção e serviços de planeamento familiar.
6. Lançar uma campanha juntamente com outras organizações sobre o impacto da VBG nas mulheres. Incluir raparigas jovens, homens e rapazes.
7. Documentar as experiências das mulheres com a violência sexual e outra violência baseada no género. Montar uma exposição fotográfica que possa ser mostrada por

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

toda a comunidade sobre os perigos das infecções do aparelho reprodutor e IST, incluindo VIH/SIDA.

8. Apoiar as iniciativas para a amamentação e advogar junto das mulheres sobre os seus benefícios. Realçar a importância de uma boa nutrição antes, durante e depois do nascimento da criança.
9. Organizar debates em mesa-redonda com funcionários relevantes do seu governo, comunidade ou fazedores de políticas regionais sobre a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva sensível ao género. Elevar a consciência sobre questões culturais como a MGF que podem afectar negativamente a saúde reprodutiva da mulher.
10. Trabalhar com as parteiras tradicionais, parteiras e mulheres baseadas na comunidade que praticam MGF para elevar a consciência sobre os perigos e incentivar a prevenção.

VIH/SIDA é a quarta causa de morte mais comum em todo o mundo. É uma ameaça directa à estabilidade em muitas partes do mundo. A governação pode estar ameaçada, na medida em que crimes graves e violência sexual aumentam. Por exemplo, a Resolução 1308 do Conselho de Segurança das NU declara que “o VIH/SIDA é agravado pelas condições de violência que aumentam os riscos de exposição à doença através das grandes movimentações de pessoas, incerteza disseminada sobre as condições e acesso reduzido a cuidados médicos. Se não for controlado, o VIH/SIDA pode apresentar um risco à estabilidade e segurança.”¹

A morte de homens e mulheres poderá resultar numa redução significativa da produtividade e da mão-de-obra. Em 1999, na África Sub-Sahariana, 860.000 professores morreram de SIDA, afectando assim a educação de inúmeras crianças.² No Pacífico Sul, em **Bougainville**, o VIH/SIDA está a afectar os membros das comunidades sexualmente activos, altamente educados e economicamente produtivos, resultando na perda de mão-de-obra qualificada e de produtividade, e aumentando o impacto socioeconómico.³ Os encargos sociais para o Estado também aumentam à medida que as crianças ficam órfãs. Estima-se que existem actualmente no mundo 14 milhões de órfãos causados pelo SIDA e esse número está a crescer.⁴

Os direitos fundamentais das pessoas infectadas são frequentemente violados com base na sua condição VIH conhecida ou suspeitada.⁵ A nível individual, adicionalmente aos efeitos fisiológicos do vírus, medo, estigma, discriminação, vergonha e ignorância impedem as pessoas de praticar prevenção e procurar tratamento, assistência e apoio. Mulheres, devido à iniquidade do género, pobreza e outros factores, constituem a maioria das pessoas recentemente infectadas.⁶ Elas enfrentam estigma e discriminação duplos se elas ou os seus parceiros contraírem VIH/SIDA. Muitas são culpadas pela doença e podem ser mal tratadas como resultado.

1. O QUE É O VIH/SIDA?

VIH é o **vírus de imunodeficiência humana**.⁷ O VIH ataca o sistema imunitário reproduzindo-se e dominando completamente o corpo humano ao fim de algum tempo, abrindo assim caminho a **infecções oportunistas (IOs)** como a tuberculose (TBC) e a pneumonia. A **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida** é a condição de risco de vida conhecida por **SIDA**, que é descrita como “uma combinação de sintomas que atacam o corpo humano no seguimento do danos progressivos do sistema imunitário pelo vírus VIH. SIDA não é uma doença, mas uma síndrome.”⁸ O período de tempo entre o momento em que a pessoa é infectada com VIH e o momento em que desenvolve SIDA varia de pessoa para pessoa. Indivíduos com VIH podem permanecer saudáveis por qualquer período de tempo entre alguns anos a mais de dez anos antes de desenvolverem SIDA. Estar infectado com VIH não significa necessariamente que um indivíduo tem SIDA, uma vez que algumas pessoas podem ser **portadoras** ou **transmissoras** do vírus VIH sem desenvolverem SIDA declarada.⁹

Uma vez que a doença tenha progredido para um estado moderadamente avançado, uma pessoa VIH positiva (VIH+) necessita de uma terapia de anti-retrovirais (ARV) com uma combinação de três medicamentos para impedir o vírus de destruir o seu sistema imunitário. Este tratamento é caro, mas é eficaz no prolongamento da vida das pessoas. Presentemente não existe cura conhecida para o VIH/SIDA.

O VIH pode ser transmitido através de:

- **Relações sexuais:** A grande maioria de infecções de VIH/SIDA é transmitida sexualmente, praticamente entre homens e mulheres ou homens e homens e em último caso, entre mulheres.¹⁰
- **Transmissão vertical relacionada com a gravidez (transmissão de mãe para filho, ou MTCT):** As mulheres podem transmitir VIH aos seus bebés durante a gravidez ou no parto. A transmissão durante a gravidez é possível, mas muito rara. Aproximadamente um quarto a um terço de todas as mulheres grávidas não tratadas infectadas com VIH passará a infecção aos seus bebés quando derem à luz. O VIH pode também ser passado aos bebés através do leite do peito das mães infectadas com o vírus.¹¹
- **Transfusões de sangue** com sangue não analisado ou infectado: Estima-se que entre 5 a 10 por cento das infecções de VIH/SIDA em todo o mundo são transmitidas por transfusões de sangue infectado.
- **Partilha de agulhas e seringas infectadas** entre consumidores de droga de ambos os sexos que injectam drogas por via intravenosa: Pequenas quantidades de sangue infectado pode ficar nas agulhas ou seringas e pode contribuir para a propagação da doença.
- **Tatuagens e “piercing”** podem introduzir fluidos infectado na corrente sanguínea, resultando na transmissão do vírus da hepatite B bem como do VIH.
- **Desfiguração:** Algumas práticas tradicionais como a circuncisão, mutilação genital feminina e desfiguração ritual podem também contribuir para a propagação dos vírus da hepatite B e do VIH.¹²

MITOS, TABUS E CRENÇAS SOBRE O VIH/SIDA

Muitas pessoas não compreendem o que é o VIH/SIDA ou como se propaga, trata ou previne. Esta falta de entendimento dá origem a crenças incorrectas sobre o vírus, muitas vezes derivadas de, e reforçadas por, práticas e tradições culturais e religiosas. Pesquisas realizadas entre 400 estudantes universitários na **Índia**, demonstraram que 55 por cento dos homens e 68 por cento das mulheres sabiam que a doença era contagiosa e era propagada por um vírus, mas apenas 9 por cento sabiam exactamente como era transmitida.¹³ Existem mitos incontáveis sobre o facto de serem os preservativos que contêm o vírus. Muitas pessoas ainda acreditam no mito de que o sexo com uma rapariga virgem ou jovem pode curar um homem do VIH/SIDA. No **Botswana**, onde cerca de 40 por cento da população adulta é portadora do vírus, este mito está particularmente disseminado, e alguns homens escolhem deliberadamente raparigas jovens para terem relações sexuais como uma forma de evitar a infecção do VIH.¹⁴ Um

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

outro mito menos conhecido é que o sexo com mulheres mais velhas pode limpar o homem de VIH/SIDA. Diz-se que esta crença resulta da percepção de que quando uma mulher deixa de ter menstruação, torna-se novamente pura. Outras crenças incorrectas incluem que o VIH pode ser transmitido através de:

- contacto do dia-a-dia como apertar a mão, abraçar, tossir ou espirrar;
- usar casas de banho ou piscinas públicas;
- partilhar roupas de cama, talheres ou comida; e
- contacto com animais, mosquitos ou outros insectos.

DIFERENÇAS DO GÉNERO E VIH

As relações dos géneros e a sexualidade são factores significativos na transmissão sexual do VIH/SIDA. Também influenciam o tratamento, cuidados e apoio aos infectados e afectados pela doença. O Género é uma idealização específica das culturas que resulta em diferenças nos papéis e autoridade das mulheres e dos homens, incluindo o acesso a informação relevante para a tomada de decisão sobre a saúde. A autonomia sexual das mulheres é afectada pelos desequilíbrios do poder entre homens e mulheres, aumentando assim a sua vulnerabilidade ao VIH/SIDA nas relações masculino/feminino, incluindo no casamento.

Fisiologicamente, as mulheres têm maior vulnerabilidade ao VIH, uma vez que as mucosas no aparelho reprodutor da mulher se rasgam facilmente durante as relações sexuais, especialmente durante os incidentes de penetração forçada. As mulheres também são mais passíveis de terem outras infecções de transmissão sexual (ITS) não tratadas, que podem não ter sintomas perceptíveis. Para além disso, o acesso diferente das mulheres aos cuidados de saúde, aconselhamento e informação significa que são menos passíveis que os homens de receber um diagnóstico, cuidados e tratamento cuidadoso, uma vez que tenham contraído VIH/SIDA.

Adicionalmente, em muitas sociedades, o sexo é rodeado por uma cultura do silêncio. As mulheres são frequentemente ignorantes sobre o assunto e passivas na interacção sexual. Isto torna difícil para as mulheres serem informadas sobre a redução do risco ou, mesmo quando informadas, serem proactivas na negociação de sexo seguro.²⁰ Ademais, das raparigas solteiras espera-se frequentemente que se mantenham virgens. O tabu do sexo pré-matrimonial restringe o acesso das mulheres à informação e isso aumenta os riscos de infecção e gravidez. Nos locais em que se acredita que o sexo com uma virgem “limpa” ou “cura” os homens do VIH/SIDA, as raparigas jovens estão em risco particular de violação e coerção sexual. Tentar aceder ao tratamento para IST pode ser estigmatizante e poderá ser perigoso para adolescentes, mulheres jovens e homens jovens.²¹

A dependência económica da mulher em relação ao homem pode resultar no facto dela dar prioridade às decisões dele sobre as questões das relações sexuais, o uso de preservativo ou outras medidas de protecção. Os homens também ditam a quantidade de recursos financeiros a ser gasta no acesso aos cuidados de saúde. As mulheres migrantes, as empregadas na economia informal, como vendedoras de mercado, por exemplo, e as mulheres que trabalham em casa, são menos passíveis de terem acesso a

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

análise e aconselhamento, cuidados ou prescrição de medicamentos. Como resultado da sua situação de desvantagem, as mulheres podem envolver-se em sexo comercial, aumentando assim a sua vulnerabilidade ao vírus. Existe uma correlação directa entre o baixo estatuto da mulheres, a violação dos seus direitos humanos e a transmissão do VIH.²²

Tendências Globais do VIH/SIDA

Mais de 20 milhões de pessoas morreram de SIDA desde 1981. Estima-se que 4,8 milhões de pessoas foram infectadas com VIH e 2.9 milhões morreram de SIDA em 2003. Cerca de 3,8 milhões de pessoas vivem presentemente com VIH.¹⁶

Ásia: Na Ásia, cerca de 7.4 milhões de pessoas vivem com VIH. Crê-se que cerca de 500.000 morreram de SIDA e cerca de 1 milhão foi infectado com VIH em 2003. O Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) estima que na próxima década, a China e a Índia, as duas nações mais populosas da Ásia, serão as mais amplamente afectadas.¹⁷

O Subcontinente Australiano: Durante um período de cinco anos, os diagnósticos anuais de novos casos de VIH aumentaram em cerca de 650 casos em 1998 para cerca de 800 em 2002.

África Subsaariana: A África Subsaariana, com mais de 10 por cento da população mundial, tem quase dois terços de toda a população a viver com VIH – cerca de 25 milhões. Em 2003, estimava-se que havia 3 milhões de pessoas infectadas, enquanto 2,2 milhões morriam de SIDA.¹⁸

Norte de África e Médio Oriente: Informação disponível, baseada apenas em relatos de casos, sugere que cerca de 480.000 pessoas vivem com VIH na região. Crê-se que cerca de 75.000 pessoas foram infectadas em 2003.

Europa do Leste e Ásia Central: No final de 2003, cerca de 1,3 milhões de pessoas viviam com VIH, comparado com cerca de 160.000 em 1995. Durante 2003, cerca de 360.000 pessoas na região foram infectadas, enquanto 49.000 morriam de SIDA. A Federação Russa, Ucrânia, Estónia, Letónia e Lituânia são os países mais afectados. As mulheres nessas regiões contam para 33 por cento dos infectados.¹⁹

América Latina: Cerca de 1,6 milhões de pessoas vivem com VIH na América Latina. Em 2003, quase 84.000 pessoas morreram de SIDA e 200.000 foram infectadas.

As Caraíbas: Cerca de 430.000 pessoas vivem com VIH nas Caraíbas. Em 2003, cerca de 35.000 pessoas morreram de SIDA e 52.000 foram infectadas.

A violência contra a mulher é a forma mais perturbadora do poder da mulher. Contribui tanto directa como indirectamente para a vulnerabilidade da mulher ao VIH. A ameaça da violência, violência física real, e o medo do abandono, agem como barreiras significativas para as mulheres que têm que negociar o uso do preservativo, discutir a fidelidade com os seus parceiros ou viver relações arriscadas.²²

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

VULNERABILIDADE DOS HOMENS

Entre outros factores, o risco dos homens contraírem VIH pode aumentar como resultado de atitudes culturais relativamente à masculinidade, paternidade e o estigma da homossexualidade. Em algumas culturas, espera-se dos homens que tenham mais conhecimento e experiência sobre o sexo que as mulheres. As normas prevalecentes da masculinidade que idealizam homens que têm múltiplas parceiras pode pôr os homens, particularmente os homens jovens, em risco de infecção, enquanto a vergonha, o medo ou a estigmatização podem impedi-los de procurar informação ou admitir a sua falta de conhecimento sobre sexo ou protecção. Pode também incentivá-los a fazer experiências com sexo de formas arriscadas para provar a sua masculinidade numa idade jovem.²⁴ Há também a prática do casamento em idade avançada em algumas sociedades, onde o homem não se casa até ter reunido recursos económicos. Entretanto, podem ter acesso ilegítimo ao sexo com mulheres e assim poderão envolver-se em sexo com outro homem, frequentemente homens mais jovens, aumentando assim a sua vulnerabilidade.

VIH/SIDA, ESTIGMATIZAÇÃO E DISCRIMINAÇÃO

VIH/SIDA está fortemente associada a estigmatização, transformação em bode expiatório, culpa e discriminação. Estigma e discriminação afectam toda a gente, especialmente desde crianças a viúvas de SIDA, que são particularmente vulneráveis a violações dos seus direitos de herança e propriedade. Aos órfãos é frequentemente negado o seu direito à escolaridade e os pais adoptivos por vezes tiram-lhes as suas heranças ilegalmente. Os esforços para prevenir o VIH por vezes reforçam involuntariamente o preconceito e o estigma, resultando num fardo aumentado para os mais gravemente afectados. Pesquisas realizadas pelo consórcio global Agência para Cooperação e Pesquisa no Desenvolvimento (ACORD) no norte do Uganda e Burundi, indicam que as atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios penetram todos os domínios da vida, i.e. no lar, na família, no local de trabalho, na escola, nos estabelecimentos de saúde e na comunidade em geral.²⁵

As pessoas VIH positivo sofrem negligência e falta de cuidados e são frequentemente excluídas das reuniões da comunidade. Os filhos das **peças que vivem com VIH/SIDA** podem ser cruelmente arrelhados na escola e excluídos das brincadeiras e da interacção social com os seus pares. Adicionalmente à sua exclusão social, os direitos humanos básicos das pessoas que vivem com VIH/SIDA de protecção da saúde, habitação, educação e emprego são afectados. A pesquisa da ACORD identificou empregados que foram dispensados ou a quem foi negado acesso a oportunidades de formação e emprego uma vez descoberta a sua condição VIH. Estas atitudes estigmatizantes e discriminatórias afectam negativamente as pessoas que vivem com VIH/SIDA e podem afectar gravemente a sua saúde emocional e física. Estigma e discriminação e medo de ser rotulado podem também impedir as pessoas de fazerem os testes ou usarem preservativos. Em muitos casos, o medo impede as pessoas de procurarem clínicas onde podem receber tratamento. Incluindo ARVs.

Os factores chave que contribuem para a incidência e perpetuação do estigma e da discriminação incluem a ignorância e o medo, valores culturais, ensinamentos religiosos, a ausência de sanções legais, a falta de conhecimento dos direitos, a concepção de programas dos governos e das ONGs e cobertura dos media incorrecta e/ou irresponsável.

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

VIH/SIDA E SEGURANÇA

VIH/SIDA é cada vez mais vista como uma questão de segurança que pode afectar negativamente os progressos sociais e económicos. Na sua publicação de 2001, o Grupo Internacional para a Crise (ICG) identificou o VIH/SIDA como uma ameaça a cinco níveis:

1. segurança pessoal: à medida que a doença e óbitos de adultos aumentam, poderá haver um declínio na saúde e longevidade e um aumento da mortalidade infantil. As famílias e as comunidades poderão desmembrar-se e particularmente os jovens “deixarão de ter um futuro viável;”²⁶
2. segurança económica: aumentos na infecção e óbitos de adultos pode reduzir o crescimento e rendimento nacional;
3. segurança comunal: VIH/SIDA “afecta directamente a capacidade da polícia e a estabilidade da comunidade. Destrói as instituições nacionais que governam a sociedade. Para além disso, afecta os que têm mais formação e mobilidade - funcionários públicos, professores, profissionais dos cuidados de saúde;”²⁷
4. segurança nacional: esta é mais evidente em África, onde as forças militares têm taxas de infecção mais elevadas que a população civil. Estruturas militares e de segurança gravemente enfraquecidas podem tornar os estados vulneráveis às ameaças internas e externas; e
5. segurança internacional: forças militares enfraquecidas poderão significar que os Estados não podem participar eficazmente nas operações internacionais de manutenção da paz.

2. QUAL É O IMPACTO DO VIH/SIDA E DO CONFLITO NA MULHER?

O colapso das estruturas sociais resultante do conflito significa frequentemente que mulheres de todas as idades podem tornar-se provedoras de cuidados a membros da família e parentes, incluindo órfãos afectados e infectados por VIH/SIDA.²⁸ Isto pode impedir as raparigas de irem para a escola e as mulheres de contribuírem para a força de trabalho ou de se engajarem em actividades políticas, o que, por sua vez, enfraquece a participação económica e social da população num período crucial de crise nacional.

Nessas situações de insegurança, quando a vida está ameaçada diariamente e a pobreza aumenta, as pessoas – particularmente as mulheres e as raparigas – poderão vender sexo às populações locais, bem como às forças de manutenção da paz, humanitárias e outros trabalhadores estrangeiros como meio de sobrevivência económica. Isto aumenta a sua exposição ao VIH/SIDA. Ademais, onde a segurança é uma preocupação e os homens são vistos como protectores, é improvável que as mulheres estejam em condições de negociar sexo seguro ou de deixar um relacionamento, mesmo que percebam que é arriscado. O seguinte também aumenta a vulnerabilidade das mulheres ao VIH/SIDA:

VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

Durante os conflitos armados, mulheres e raparigas estão em maior risco de violência doméstica, exploração sexual, tráfico, humilhação e outros tipos de violência. Violência baseada no género e exploração sexual poderão incluir o uso de pequenas armas e armas ligeiras (ver capítulo sobre pequenas armas, armas ligeiras e minas terrestres). Este tipo de violência aumenta a vulnerabilidade da mulher diminuindo a sua auto-estima e limitando a sua liberdade mental e física. O uso de violência sexual como a violação e violação sistemática como arma de guerra estratégica e tática contribui para a disseminação de ITS, incluindo VIH/SIDA. Exemplos recentes da **Bósnia e Herzegovina** e **Timor Leste** revelam o uso sistemático da violação e da violência sexual como instrumentos de guerra.²⁹ Vítimas de violação no genocídio do **Ruanda** relatam que a infecção com VIH era deliberadamente usada como uma arma de guerra contra as mulheres. Esses relatos são corroborados pelo facto da taxa de infecção de VIH entre as mulheres que sobreviveram e essas violações ser alta, com dois terços de uma amostra recente das viúvas do genocídio do Ruanda com testes VIH positivos. A Human Rights Watch também estima que mais de 5.000 crianças nasceram de mulheres ruandesas violadas e infectadas. Contudo, existem poucos dados disponíveis reflectindo o número de dessas crianças com VIH/SIDA.³⁰ Na Serra Leoa é estimado que 70 a 90 por cento das sobreviventes de violação contraíram ITS, incluindo VIH/SIDA. Raparigas raptadas também estavam particularmente em risco, devido aos muitos episódios de violência sexual que aguentaram.³¹

DESARMAMENTO, DESMOBILIZAÇÃO E REINTEGRAÇÃO (DDR)

À medida que os processos de paz são negociados e os acordos estabelecidos, os processos de DDR tornam-se muito importantes (ver capítulos relacionados). Contudo, existe frequentemente uma falha no que concerne a consideração da participação forçada ou voluntária das mulheres no conflito como combatentes, séquito de campo, escravas sexuais, espias, cozinheiras, carregadoras e esposas. Como resultado, os programas de DDR raramente são concebidos de um modo sensível ao género, que leve em consideração as necessidades físicas, profissionais, psicossociais e de cuidados de saúde reprodutiva das mulheres.

Durante o período de desmobilização, as mulheres são vulneráveis ao abandono pelos seus parceiros combatentes. Mulheres e raparigas, particularmente aquelas com crianças nascidas de violações ou outras relações com actores armados, frequentemente têm dificuldade em reintegrar-se nas suas comunidades. Poucos programas combinam formação ou educação com prestação de cuidados às crianças para permitir a sua participação. Se as mulheres ou os seus filhos sofrerem de VIH/SIDA, o estigma e a discriminação contra eles pode ser grave.³² Em **Moçambique**, no início dos anos 1990, era dedicada pouca atenção ao VIH/SIDA ou a qualquer forma de ITS entre os dependentes dos actores armados.³³ Embora a consciência e a preocupação tenham aumentado durante a última década, os desafios são ainda imensos, uma vez que a desmobilização em si pode impulsionar a propagação da doença para comunidades não infectadas anteriormente à medida que os ex-combatentes regressam para as suas famílias ou para novas relações.³⁴ Por exemplo, antes de 2003 em Angola, dizia-se que os militares desmobilizados e os refugiados retornados eram os portadores do vírus, resultando num aumento das infecções por todo o país.³⁵

PESSOAL DE MANUTENÇÃO DA PAZ, MULHERES E VULNERABILIDADE AO VIH/SIDA

A presença das forças de manutenção da paz pode ajudar a manter a paz nas sociedades que emergem de conflitos violentos (ver capítulo sobre manutenção da paz). A comunidade internacional está a tornar-se cada vez mais dependente das forças de Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

manutenção da paz retiradas de forças militares e da polícia tanto dos países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento para aprovisionar essas operações de pessoal. A maioria desses soldados são de idade sexualmente activa, são geograficamente móveis e estão longe de casa por longos períodos. Para aliviar o stress do combate, muitas vezes envolvem-se em comportamentos arriscados, por vezes violentos, por terem maiores oportunidades para relações sexuais casuais. Esse comportamento aumenta o risco de infecção de VIH para eles e para as suas parceiras sexuais.

Algumas das forças armadas de onde essas tropas foram retiradas apresentam elevados níveis de infecção de VIH. Os riscos de transmissão sexual às populações locais, bem como entre as forças de manutenção da paz tem, por essa razão, que ser considerado. Por exemplo, a Agência Nacional de Coordenação do SIDA no **Botswana** estima que a infecção de VIH nas forças armadas está entre os 35 e os 40 por cento. De modo semelhante, estudos recentes concluíram que na **Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe**, 75 por cento dos soldados estavam a morrer de SIDA no espaço de um ano da dispensa.³⁶ Em resposta ao problema das tropas serem tanto vítimas como transmissoras do vírus, o Conselho de Segurança das Nações Unidas (UNSC) adoptou a Resolução 1308, que apela a estratégias nacionais para tentar resolver a propagação da SIDA entre os serviços uniformizados, incluindo através do aumento da consciência e formação nas suas fileiras.³⁷

As próprias NU estão a envolver as forças de manutenção da paz em actividades para elevar a consciência e abrandar a propagação do VIH. Na **Serra Leoa**, 15.000 militares da manutenção da paz estão a receber formação na prevenção do VIH/SIDA, consciência do género e direitos da mulher. A missão de manutenção da paz das NU na **Eritreia e Etiópia** (INMEE) tomou a liderança na ministração de formação sobre VIH/SIDA.³⁸ Outras iniciativas de formação deste tipo estão a ter lugar no **Botswana** e noutros países afectados. O Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) está também a emparceirar com outras agências das NU, ministérios nacionais da saúde e forças militares e policiais para ministrar formação na prevenção do VIH.³⁴

Tráfico e prostituição: O tráfico de pessoas, particularmente de mulheres e crianças, está entre os crimes mais graves de preocupação internacional no Estatuto de Roma do Tribunal Criminal Internacional (ICC).⁴⁰ Mulheres que são traficadas para exploração sexual são vulneráveis e estão expostas ao risco do VIH. As mulheres traficadas são frequentemente impossibilitadas de aceder aos serviços de saúde ou informação porque poderão estar impossibilitadas de comunicar devido a dificuldades linguísticas, não estão familiarizadas com o ambiente local, estão a ser mantidas cativas ou têm medo dos seus captadores. Para além disso, o medo da deportação ou as ameaças contínuas de violência contra elas devem assegurar que elas se mantêm em silêncio.

Em situações afectadas por conflito, incluindo **Moçambique, Camboja, Serra Leoa, a República Democrática do Congo (DRC), Bósnia e Kosovo**, as forças de manutenção da paz e outros com a responsabilidade de prestarem protecção e segurança às populações locais estiveram implicadas em tráfico e prostituição. Desde o destacamento de uma força de manutenção da paz para o Kosovo em 1995, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) identificou o Kosovo como o principal destino, mudando o seu estatuto de rota, de mulheres traficadas para a prostituição.⁴¹ Para além disso, em 1999, foi reportado que tropas de manutenção da paz e pessoal das empresas

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

privadas de segurança baseadas no Kosovo eram clientes de bordéis que praticavam prostituição forçada.

REFUGIADOS, DESLOCADOS INTERNOS (DIS), MOBILIDADE FORÇADA E A PROPAGAÇÃO DO VIH/SIDA⁴²

Populações refugiadas e deslocadas (ver capítulo sobre refugiados e DIs) estão particularmente em risco, uma vez que os campos nos quais estão alojados podem ser locais onde as mulheres e crianças são mais vulneráveis à exploração, violência e abuso.⁴³

Pobreza, disparidade económica e efeitos do conflito levam à migração, forçando tanto homens como mulheres, bem como raparigas e rapazes, para o trabalho comercial do sexo e prostituição de sobrevivência. As movimentações forçadas da população como refugiados e DIs em resultado de conflitos armados afecta a propagação do VIH/SIDA. A mudança das circunstâncias pessoais dos migrantes forçados – incluindo a separação da família e dos parceiros sexuais, as pressões e vulnerabilidades associadas ao processo de deslocamento, as relações comunitárias desfeitas e a perda das redes de apoio social – poderão levar a riscos pessoais como múltiplos parceiros e envolvimento em actividade sexual com fornecedores locais de serviços sexuais.⁴⁴

O estatuto marginalizado ou as barreiras culturais e linguísticas das mulheres refugiadas poderão impedi-las de aceder aos serviços de saúde e sociais e poderão aumentar a sua vulnerabilidade ao VIH. Em **Angola**, por exemplo, após quase três décadas de guerra, os refugiados estão a regressar, mas estão a trazer com eles VIH/SIDA para casa.⁴⁵ Na maioria dos casos, os refugiados **angolanos** estavam baseados nos países vizinhos como a **África do Sul**, **Namíbia**, e **Zâmbia**, países que estão devastados pela doença. Na **RDC**, o deslocamento maciço e a violação sistemática durante a última violência em 1998-99 teve um grave impacto nas taxas de infecção de VIH no país, e estima-se que a doença aumentou drasticamente.⁴⁶ Um alta incidência de violações foi também relatada entre os refugiados **sumalis** no Quénia em 1993.

Frequentemente, as comunidades de refugiados podem tornar-se centros de trabalho sexual. Assédio e exploração sexual das populações que se deslocam pelos militares e outros grupos armados é lugar comum e os refugiados e outros emigrantes forçados têm poucos ou nenhuns recursos de protecção jurídica ou social. A ONUSIDA, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA conclui que a guerra ou os conflitos violentos e a migração forçada promove o aumento da intimidação sexual das mulheres e afirma que “à medida que a segurança física, financeira e social se degradam no campo de refugiados, as mulheres são muitas vezes forçadas a comportamentos sexuais de alto risco, ao trocarem ou venderem sexo desprotegido por bens, serviços e dinheiro, a fim de continuarem a sua viagem.”⁴⁷ Ademais, quando refugiados e DIs regressam aos seus locais de origem, as mulheres poderão achar que a auto-suficiência e capacidades que adquiriram durante o deslocamento são vistas de forma negativa. As mulheres mais jovens, em particular, poderão experimentar fortes pressões sociais para se conformarem com os seus papéis pré-conflito, incluindo casamento prematuro e ter filhos – frequentemente com homens que continuam a ter múltiplas parceiras – pondo-as assim em risco de contraírem VIH/SIDA.⁴⁸

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

ACTORES ARMADOS NÃO ESTATAIS E O SEU IMPACTO NA VULNERABILIDADE DA MULHER AO VIH/SIDA

Grupos armados como paramilitares e guerrilheiros podem visar mulheres e raparigas durante conflitos violentos. Pesquisas do Human Rights Watch sobre a violência sexual contra as mulheres no leste da RDC realçaram que a violação e crimes sexuais não são apenas cometidos por facções armadas mas também crescentemente pela polícia e outros em posições de autoridade e poder.⁴⁹ Estes incluem criminosos oportunistas e a cultura da violência contra as mulheres e as raparigas forçadas a aliarem-se a esses grupos, oferecendo sexo em troca de protecção ou de remuneração económica.⁵⁰ Nessas situações, a vulnerabilidade ao VIH pode aumentar. Adicionalmente, muitas sobreviventes de violação infectadas com o vírus do VIH não têm recurso à justiça estão impossibilitadas de exigir compensações e responsabilidade daqueles que cometeram crimes sexuais contra elas.

ABORDAR E COMBATER O VIH/SIDA: TRATAMENTO, CUIDADOS, APOIO

VIH/SIDA propaga-se frequentemente onde existe falta de segurança resultante de violência e conflito. Uma resposta eficaz exige uma estratégia integrada multisectorial focalizada na educação, informação e comunicação, formação, assistência e protecção. A prevenção do VIH/SIDA requer uma focalização estratégica no ‘empoderamento’ e na correcção dos desequilíbrios de género, reduzindo a vulnerabilidade dos indivíduos, fornecendo tratamento e assistência, incluindo aconselhamento voluntário nas fases pré- e pós-teste, monitorizando as tendências e os progressos e criando conhecimento através da educação e informação.

Parcerias e alianças de diferentes tipos têm que ser desenvolvidas, uma vez que o VIH/SIDA afecta muitos sectores diferentes. Uma medida chave é assegurar que as mulheres têm acesso a cuidados de saúde reprodutiva acessíveis, incluindo preservativos grátis.⁵¹

A investigação e desenvolvimento de vacinas também é crítica. Nos últimos 15 anos, as organizações internacionais, a indústria farmacêutica e outros estiveram envolvidos nesse trabalho. Além disso, existe investigação em curso para o desenvolvimento de **microbicidas** – substâncias aplicadas sob a forma de cremes ou géis que podem reduzir a transmissão de IST, incluindo VIH.⁵²

Aconselhamento e testagem voluntários (ATV) e acesso a tratamento acessível e de longa duração podem ser eficazes na prevenção da transmissão do VIH. Pode ser também um ponto de entrada importante para o tratamento de doenças relacionadas como a TBC. A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** recomenda que o ATV seja introduzido para servir as necessidades globais de saúde sexual e reprodutiva das pessoas. De facto, resultados de dois projectos piloto na **Côte d’Ivoire** e na **Índia** indicaram que integrar o ATV nos serviços de saúde sexual e reprodutiva pode reduzir o estigma associado ao VIH/SIDA, reforçar comportamentos sexuais saudáveis e aumentar o acesso e o uso dos serviços.⁵³

3. QUEM CONCEBE POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA ABORDAR E COMBATER O VIH/SIDA?

Existem presentemente muitas organizações, órgãos governamentais e outros envolvidos neste campo. A lista abaixo fornece uma panorâmica das entidades chave, incluindo agências das NU, instituições regionais, organizações não governamentais internacionais (ONGs) e agências bilaterais de cooperação de desenvolvimento.

A FAMÍLIA DAS NU

ONUSIDA é uma resposta conjunta ao VIH/SIDA. Estabelecida em 1994 por uma resolução do Conselho Económico e Social das NU (ECOSOC) e lançada em Janeiro de 1996, a UNAIDS é o principal advogado para a acção global contra a epidemia, liderando respostas que visam prevenir a transmissão do VIH, melhorando a assistência e o apoio, reduzindo a vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades ao VIH/SIDA, e atenuando o impacto da epidemia. A ONUSIDA orienta respostas globais à SIDA através da liderança e advocacia para acção efectiva; fornece informação estratégica para orientar os esforços contra a SIDA em todo o mundo; segue, monitoriza e avalia a epidemia e as respostas a ela e promove o engajamento da sociedade civil, desenvolvimento de parcerias e a mobilização de recursos.

Cada um dos nove co-financiadores da ONUSIDA tem os seus próprios programas e focalização prioritária. Eles são o Fundo das Nações Unidas para a Infância,⁵⁴ Programa Alimentar Mundial,⁵⁵ Fundo das Nações Unidas para a População,⁵⁶ Gabinete das Nações Unidas para o Controlo de Drogas,⁵⁷ Organização Internacional do Trabalho,⁵⁸ Organização Económica, Social e Cultural das Nações Unidas,⁵⁹ Organização Mundial da Saúde,⁶⁰ o Banco Mundial⁶¹ e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.⁶² Adicionalmente, o Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) criou um postal na web com informação sobre uma série de questões relacionadas com conflito, incluindo VIH/SIDA.⁶³

GOVERNOS E AGÊNCIAS DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO

O governos dos Estados Unidos da América (EUA) tem várias iniciativas incluindo uma liderada pelo Coordenador Global da SIDA e pelo Director do Gabinete de Políticas Nacionais da SIDA. Ele providenciou um orçamento anual para a SIDA de US\$2.4 biliões que serão gastos globalmente, principalmente pela agência dos EU para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Entre as iniciativas do governo do Reino Unido (RU) para combater e abordar a SIDA globalmente está o programa do Departamento de Desenvolvimento Internacional (DfID).⁶⁴ O Canadá também fornece financiamento para o VIH/SIDA globalmente; a informação pode ser acedida a partir da website da Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional (CIDA).⁶⁵ Informação sobre o apoio sueco pode ser acedida a partir da website da Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA).⁶⁶ Informação sobre as iniciativas da UE pode ser acedida a partir da sua website.⁶⁷

4. QUE POLÍTICAS EXISTEM PARA ABORDAR O VIH/SIDA?

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

A maioria dos direitos humanos fundamentais ou declarações relacionadas com a saúde que emergiram da comunidade internacional nas duas últimas décadas realçam a propagação do VIH/SIDA e a necessidade de medidas preventivas integradas e concertadas. As particularmente relacionadas com a mulher estão indicadas abaixo e podem ser usadas para reforçar as estratégias de advocacia e responsabilizar os governos.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW). Embora não exista nenhuma menção ao VIH/SIDA, uma vez que a doença foi descoberta depois da CEDAW ter sido redigida, o Artigo 12 aborda a área da saúde. A CEDAW continua a ser a convenção sobre os direitos da mulher mais amplamente reconhecida internacionalmente. Em 1990, a Comissão da CEDAW emitiu **Recomendações Gerais para Evitar a Discriminação Contra a Mulher nas Estratégias Nacionais para a Prevenção da SIDA**, que recomenda que os Estados que tomam parte na CEDAW disponibilizem mais amplamente a informação para aumentar a consciência pública dos riscos e efeitos da infecção do VIH e SIDA, especialmente nas mulheres e crianças.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD). A Secção C, 7:30-33 do Programa de Acção (PdA) trata de infecções de transmissão sexual incluindo VIH/SIDA. A Secção D apela aos governos que mobilizem todos os segmentos da sociedade para controlar a epidemia da SIDA. Na sessão de revisão da ICPD, em 1999, (ICPD+5), a Assembleia Geral das NU (UNGA) acordou um novo conjunto de metas, incluindo a de em 2005 pelo menos 90 por cento das mulheres e homens jovens com idades de 15-24 anos devem ter acesso a métodos preventivos para reduzir a vulnerabilidade à infecção do VIH/SIDA, e.g. preservativos masculinos e femininos, testagem voluntária, aconselhamento e acompanhamento.

Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher: Plataforma de Acção de Beijing (BPFA): Objectivo Estratégico C.3 sobre a saúde recomenda que os governos envolvam mulheres VIH positivo e afectadas pelo VIH que vivem com VIH/SIDA na tomada de decisão sobre desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação de políticas e programas sobre VIH/SIDA e outras ITS. Os governos devem também rever e emendar as leis e combater as práticas que possam contribuir para a susceptibilidade da mulher à infecção do VIH e outras ITS. Na Revisão Beijing+5, a UNGA organizou uma sessão especial intitulada *Mulheres 2000: Igualdade do Género, Desenvolvimento e Paz para o Século XXI*. Nessa reunião, os governos adoptaram *Acções e Iniciativas Seguintes para Implementar a Declaração e PdA de Beijing*, incluindo um acordo para adoptar medidas para promover o respeito e a privacidade para, e a não discriminação contra os que vivem com VIH/SIDA e ITS.

Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS): Em 2001, os Estados membros concordaram unanimemente com a *Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA* de reduzir as taxas de infecção em 25 por cento até 2005, para terminar a discriminação desafiando “estereótipos e atitudes do género” e providenciar educação sobre a SIDA a 90 por cento dos jovens até 2005. Prazos e metas específicas incluem o desenvolvimento e implementação de estratégias nacionais multisectoriais e planos financeiros para combater o VIH/SIDA até 2003. Isto deverá envolver parcerias com a sociedade civil e o sector empresarial e deverá incluir a

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

participação plena de pessoas que vivem com VIH/SIDA, incluindo as de grupos vulneráveis e as pessoas que estão sob maior risco, i.e. mulheres e jovens.

Outras políticas dignas de nota incluem as **Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDMs)** na *Declaração do Milénio* acordadas na Cimeira do Milénio em 2000. A Meta 6 trata do combate ao VIH/SIDA, malária e outras doenças transmissíveis e procura travar e reverter a propagação do VIH/SIDA até 2015. A **Resolução 1308 do Conselho de Segurança das NU, 1308 S/Res/1308** (2000), apela para que estratégias nacionais que abordem a propagação da SIDA entre os serviços uniformizados estejam a postos em 2003 e o emprego de pessoas uniformizadas para levarem a cabo formação para a consciencialização e prevenção da SIDA nas suas fileiras. Em resposta, foi produzida uma Ficha de consciencialização do VIH/SIDA para os militares de manutenção da paz contendo factos sobre o VIH/SIDA, um Código de Conduta para os Serviços Uniformizados, instruções de prevenção e uma manga para transportar preservativo.

Adicionalmente, a **Resolução 1325 do Conselho de Segurança (Outubro de 2000) sobre a Mulher, Paz e Segurança** solicita o Secretário Geral das NU que forneça aos estados membros directrizes e materiais sobre protecção, direitos e necessidades particulares da mulher. Também convida os Estados membros a incorporar estes elementos, bem como a formação de consciencialização sobre o VIH/SIDA, nos seus programas nacionais de formação para o pessoal da polícia militar e civil na preparação para a participação nas operações de apoio à paz. Também recomenda medidas especiais para proteger as mulheres e raparigas contra todas as formas de violência em situações de conflito armado, particularmente violação, outras formas de abuso sexual e violência baseada no género.

A nível regional, as políticas dignas de nota desenvolvidas incluem a *Declaração de Abuja sobre VIH/SIDA, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Relacionadas: Cimeira de África sobre VIH/SIDA (2001)* e a *Comunicação da Comissão ao Conselho e Parlamento Europeus. Programa de Acção: Acção Acelerada sobre o VIH/SIDA, Malária e Tuberculose no contexto da redução da pobreza.*⁶⁸

Existem também várias outras iniciativas, incluindo o **Plano Estratégico do ACNUR 2000-2004 sobre VIH/SIDA e Refugiados**, que é baseado na estrutura de direitos humanos e na abordagem **ABC** liderada pelos EUA: **A**bstain (Abster-se), **B**e faithful (ser fiel) e use **C**ondoms (usar preservativos). Para que esta abordagem seja eficaz na redução do VIH/SIDA, é necessário que seja apoiada pela abordagem das questões da iniquidade do género, ‘empoderamento’ da mulher e acesso melhorado a aumentado a direitos e serviços de saúde reprodutiva acessíveis.⁶⁹

A **Iniciativa 3x5 da Organização Mundial da Saúde (OMS)** é um esforço conjunto OMS ONUSIDA para fornecer terapia antiretroviral a 3 milhões de pessoas com VIH/SIDA nos países em desenvolvimento até ao final de 2005. É baseada nos princípios nucleares de “urgência, equidade e sustentabilidade.”⁷⁰ Adicionalmente, People Living with HIV/AIDS lançou a Iniciativa de Maior Envolvimento das Pessoas que Vivem Com VIH/SIDA (GIPA) em 1983 para protestar contra a sua exclusão do processo. Desde então foram acordados o acrónimo GIPA e um conjunto de cinco princípios desenvolvidos para apoiar a PLWHA. Os princípios do GIPA são sancionados pela Declaração de Compromisso das NU (2001).⁷¹

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

5. O QUE FOI FEITO A NÍVEL LOCAL, NACIONAL, REGIONAL E INTERNACIONAL PARA ABORDAR O VIH/SIDA?

Algumas iniciativas que abordam as preocupações das mulheres relativamente ao VIH/SIDA, tanto no pós conflito como na paz, são listadas abaixo.

GLOBAL

A **International AIDS Candlelight Memorial** é um movimento global, envolvendo mais de 1 milhão de pessoas em mais de 3.000 comunidades, que em cada mês de Maio exaltam os que vivem com SIDA e os que morreram em resultado da doença. Cada vez mais, os organizadores da comunidade e principais sujeitos do Candlelight Memorial são mulheres jovens.”⁷¹

Coligação Global da ONUSIDA sobre a Mulher e VIH/SIDA foi criada pela ONUSIDA em Fevereiro de 2004. É um movimento de pessoas, redes e organizações lançado em Londres. Tem quatro objectivos chave: aumentar a visibilidade das questões relacionadas com as mulheres, as raparigas e a SIDA; catalisar acções para abordar essas questões; facilitar a colaboração a todos os níveis e aumentar proporcionalmente as acções que irão levar a melhorias concretas, mensuráveis na vida das mulheres e das raparigas. A Coligação procura construir advocacia global e nacional para destacar os efeitos do VIH e SIDA nas mulheres e nas raparigas e estimular acção concreta e efectiva.

Stepping Stones é uma iniciativa internacional desenvolvida pela primeira vez em 1995 no **Uganda**. Desde então tem sido usada por mais de 2000 organizações em 104 países em todo o mundo. A iniciativa visa homens e mulheres jovens para redefinir normas do género e incentivar uma sexualidade saudável. Grupos locais traduziram e adaptaram-na para o seu próprio uso em muitos países diferentes, incluindo **Sri Lanka** (Sinhala), **Camboja** (Khmer), **Rússia**, **África do Sul**, **Tanzânia** (Ki-Swahili), **Argentina** (Espanhol) e **Moçambique** (Português). **Stepping Stones** é baseada em três princípios: que as melhores soluções são aquelas desenvolvidas pelas próprias pessoas, que os homens e as mulheres respectivamente precisam de tempo e espaço privado com os seus pares para explorar as suas próprias necessidades e apreensões sobre as relações e a saúde sexual, e que a mudança de comportamento é muito mais passível de ser efectiva sustentada se toda a comunidade estiver envolvida. Stepping Stones trabalha através de grupos individuais de mulheres ou homens de idades semelhantes: mulheres mais velhas, homens mais velhos, mulheres mais jovens e homens mais jovens.⁷³

A **Comunidade Internacional das Mulheres que Vivem Com VIH/SIDA (ICW)** é a única rede internacional, representando 19 milhões de mulheres que vivem com VIH/SIDA (WLWHA) no mundo. A ICW foi formada em 1992 por 52 MVSIDA. Treze dos membros financiadores ainda estão vivas. A rede concentra-se na pesquisa, advocacia, desenvolvimento das capacidades e trabalho em rede. Os membros incluem mães, profissionais, académicos, investigadores, trabalhadores do sexo, consumidores de drogas injectáveis, líderes religiosos, esposas, parceiros, irmãs, filhas, mulheres pobres e ricas. A ICW tem 4000 membros em mais de 90 países.⁷⁴

Em Abril de 2004, os Estados Unidos e 15 outras nações ricas assinaram um acordo internacional para dar estrutura a programas de VIH/SIDA nos países em desenvolvimento de forma que os fundos possam ser usados de modo mais eficaz. As

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

nações doadoras e os países em desenvolvimento desenvolveram três princípios denominados **Os Três Uns** para ajudar a estruturar a resposta da comunidade internacional à SIDA. Estes princípios são: 1. Uma Estrutura de Acção VIH/SIDA para coordenar todas as partes envolvidas, 2. Uma Autoridade Nacional da SIDA com um mandato que atravesse todos os sectores da sociedade, e 3. Um sistema a nível do país que monitorize e avalie os programas. Os EUA, Grã Bretanha, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Japão, Luxemburgo, os Países Baixos, a Noruega e a Suécia, todos assinaram este acordo.⁷⁵

Existe um esforço cada vez mais difundido para clarificar crenças incorrectas sobre VIH/SIDA. Uma forma vigorosa de o fazer é mostrando as pessoas que vivem com VIH/SIDA como elas são realmente – seres humanos de todas as posições sociais que estão a aprender a viver com os seus diagnósticos, bem como com as suas esperanças e sonhos. Por exemplo, **Photo-Voice**, uma ONG baseada em Londres, trabalhou com mulheres que vivem com VIH/SIDA, na **RDC**, ensinando-lhes como tirar fotografias umas às outras como uma forma de cura, uma fonte de rendimento sustentável e um mecanismo de resistência para auto-representação positiva. Essas fotografias foram exibidas em Londres. Os participantes da iniciativa estão a usar a sua capacidade para ganhar uma renda tirando fotografias e registando as vidas e as memórias de pessoas que vivem com VIH/SIDA.

Existem incontáveis iniciativas a nível nacional lançadas por governos e ONGs, frequentemente em parceria. Por exemplo, na **Guatemala**, a **APAES-Solidaridad**, uma ONG fundada em 1990, deu formação a vários milhares de professores para fornecerem informação sobre o VIH/SIDA aos estudantes. A Solidaridad também realizou seminários para homens e mulheres nas prisões da Guatemala e providenciou programas nutricionais e médicos para pacientes e suas famílias.⁷⁶ Na Colômbia, a **Reproductive Health Association (Associação de Saúde Reprodutiva) (RHAC)** opera programas de aconselhamento e testagem voluntários, aumentando a consciência sobre as consequências de comportamento arriscado e contribuindo para a redução das taxas de infecção.⁷⁷

No **Norte da Tanzânia**, depois de um afluxo de refugiados e todos os problemas de saúde e sociais que os acompanham, foi lançado um projecto de serviço médico integral pela Fundação Africana de Investigação Médica (AMREF), sociedade civil local e organizações governamentais. O projecto visava principalmente mulheres, mas procurou activamente o envolvimento dos parceiros masculinos quando possível. A AMREF e os seus parceiros forneciam uma variedade de serviços integrados, incluindo testagem do VIH, aconselhamento, planeamento familiar, capacidades de educação para a vida e formação de conselheiros culturalmente aceitáveis para o apoio comunitários de abrangência às mulheres e famílias que sofreram de violência e abuso.⁷⁸

Em Freetown, **Serra Leoa**, o projecto **Women in Crisis** (Mulheres em Crise) tem dois centros de acolhimento onde as mulheres e as raparigas podem aprender como se proteger do VIH/SIDA.⁷⁹ No **Ruanda**, a Polyclinic of Hope (Policlínica da Esperança) estabelecida em 1995, aborda as necessidades médicas, psicológicas e económicas das mulheres vítimas de violação e crimes relacionados. O Centro disponibiliza programas de consciencialização sobre o SIDA, testagem, cuidados e apoio especiais às vítimas do VIH.⁸⁰ Trabalhadores do sexo comercial que foram vítimas da guerra **Etiópia-Eritreia** beneficiaram de um programa integrado de aconselhamento, cuidados e geração de

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

rendimentos.⁸¹ E, como se destaca no quadro abaixo, existem também várias iniciativas do sector privado por toda a África.

Actor do Sector Privado	Iniciativa
Eskom – uma companhia sul africana de utilidade pública	Implementa um programa para actualizar as competências dos profissionais médicos nas áreas rurais. Complementa a resposta interna da própria Eskom às actividades de prevenção, assistência e apoio.
Coca-Cola	Disponibiliza aconselhamento voluntário, Testagem do VIH e terapia antiretroviral a todos os empregados elegíveis
Privat Investors for Africa – Um grupo de companhias multinacionais, incluindo o Barclays, Diageo, UNILEVER e outros	Criou um Grupo de Trabalho sobre o VIH/SIDA para compreender melhor como acção conjunta e experiências partilhadas do sector privado e da ampla comunidade podem melhorar a eficácia da abordagem da SIDA.
The Global Business Coalition on VIH/SIDA – uma organização de grandes companhias multinacionais	Os Membros da Coligação têm que adoptar um conjunto de princípios e práticas da companhia para lidar com o VIH/SIDA, incluindo a não discriminação, prevenção e consciencialização, ATV e assistência, apoio e tratamento.
Merck e Companhia, a Fundação Bill e Melinda Gates e o Governo do Botswana	Desenvolveram a Parceria Africana Extensiva para o VIH/SIDA para alargar o programa nacional do país para fornecer tratamento antiretroviral. ⁸²

6. ADOPTAR ACCÇÃO ESTRATÉGICA: O QUE É QUE AS MULHERES PACIFICADORAS PODEM FAZER?

1. As mulheres podem fazer *lobby* e advogar para a implementação de políticas locais, nacionais, regionais e globais desenvolvidas e adoptadas para abordar o VIH/SIDA,
 - Desenvolver alianças com grupos de homens a fim de formar uma plataforma de advocacia mais vigorosa, e.g. analisar a Declaração de Compromisso das NU (2001), identificar que artigos respondem melhor às necessidades da vossa comunidade e advogar por eles, visando as autoridades locais e nacionais.
 - Organizar um diálogo político entre organizações de mulheres e fazedores de política no vosso país.
 - Estabelecer um conselho de aldeia ou comunidade para a SIDA que poderá ter as seguintes funções:

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

- organizar os esforços de prevenção do VIH/SIDA;
 - aumentar o acesso aos serviços de saúde; e
 - criar projectos para reeducar a comunidade a fim de diminuir o estigma e a discriminação.
2. Realizar análises de avaliação para identificar os sectores da comunidade mais em risco e planificar intervenções apropriadas. Por exemplo, se existirem trabalhadores do sexo na área, os programas de formação e de consciencialização podem ser dirigidos a estes.
 3. Identificar e incluir os homens locais na rede de activistas – e encorajar os homens a iniciar programas de consciencialização ou formação entre os homens da comunidade.
 4. Estabelecer ligações com grupos de pessoas que vivem com VIH/SIDA para prestar serviços de aconselhamento talhados para homens, mulheres, jovens, crianças e outras pessoas. Desenvolver uma aliança e talvez engajar-se numa campanha para a inclusão dos grupos na tomada de decisão para abordar ou combater o VIH/SIDA.
 - Lançar iniciativas para unificar os órfãos com outros membros da família e parentes.
 5. Alcançar e trabalhar com as comunidades de refugiados e de DIs. Aproveitar a Artigo 75 da **Declaração de Compromisso** (que se centra nas situações de emergência) para informar os grupos dos seus direitos.
 - Estabelecer contacto com a vossa delegação local, nacional ou regional do ACNUR e outros fazedores de política relevantes para angariar apoio.
 - Prover serviços básicos para as vítimas da SIDA. No **Uganda**, por exemplo, os grupos das pessoas que vivem com VIH/SIDA prestam serviços aos refugiados infectados e DIs.
 6. Focalizar as políticas nacionais e monitorizar a implementação do governo dos seus compromissos internacionais e das prazos e metas que se colocaram a si mesmos.
 - Desenvolver a capacidade e o conhecimento dos membros da vossa organização para monitorizar os compromissos, fazer *lobby* junto do governo e lançar campanhas de consciencialização pública.
 7. Desenvolver uma aliança com empresas visadas para assegurar o financiamento para iniciativas multi-sectoriais para informação, educação e comunicação comunitária.
 8. Quando estão presentes operações de manutenção da paz, trabalhem com as Unidades do Género e os Oficiais do VIH/SIDA para educar, informar e aumentar a consciência sobre as questões do VIH/SIDA entre o pessoal de manutenção da paz.

Inclusive Security: Women Waging Peace cannot vouch for the accuracy of this translation.

- Abranger também os trabalhadores humanitários e oferecer-lhes workshops de formação sobre a abordagem do VIH de um modo culturalmente apropriado.
9. Curandeiros tradicionais, líderes religiosos e até mesmo militares, e outros tais actores podem desempenhar um papel na mudanças das percepções, corrigindo falsas crenças e abordando o estigma e a discriminação. Desenvolver um projecto para desenvolver a capacidade desses actores para se tornarem educadores de pares e defensores da abordagem e combate ao VIH/SIDA na vossa comunidade.
 10. A Formação é também uma questão importante. O FNUAP está a dar formação a prestadores de cuidados de saúde e suas famílias nos conhecimentos e competências necessárias para prevenir a doença. Pode engajar-se na formação a homens e rapazes locais, bem como às forças de segurança e à polícia no vosso país. Lançar um programa para dar formação e educar os militares desmobilizados – ou apenas a eles ou, se possível, com as suas famílias – e incluam tanto homens como mulheres. Tentar estabelecer ligações com as delegações locais do UNFPA e outras agências e financiam e apoiam esses projectos. Sempre que possível, envolver os homens como parceiros para a mudança.
 11. Serviços de aconselhamento: Integram a prevenção da infecção do VIH/SIDA com a saúde reprodutiva, incluindo serviços de planeamento familiar.
 - Estabelecer serviços de aconselhamento que sejam talhados para as mulheres e também para equipas de marido e mulher para educar tanto mulheres como homens sobre o VIH/SIDA.
 - Criar policlínicas onde os serviços de aconselhamento e a ajuda médica são combinados com programas de apoio económico para assistir as vítimas de violação e os infectados com VIH.
 12. Disponibilização de preservativos: lançar uma campanha para educar as mulheres e adolescentes locais, bem como os trabalhadores do sexo, sobre os benefícios do uso dos preservativos femininos se o uso de preservativo pelos homens for baixo.
 - Lançar campanhas promocionais para a distribuição de preservativos nas festas, discussões de grupo, diversões locais, etc.
 - Contactar a ONUSIDA ou qualquer outro dos parceiros individuais das NU para ajuda quanto à forma de se engajarem eficazmente.
 - Tornar os preservativos acessíveis aos refugiados e DIs nos centros de distribuição de artigos alimentares e não alimentares.
 13. Visar e apoiar as comunidades de refugiados prestando cuidados básicos de saúde, bem como educação, informação e aconselhamento sobre VIH/SIDA, preservativos grátis, testagem confidencial e, se possível, medicação.

14. Visar os trabalhadores do sexo comercial, combinando projectos de geração de rendimentos com aconselhamento e informação integrados sobre a prevenção do VIH/SIDA.