

RESTLESS
DEVELOPMENT
POWERED BY YOUNG PEOPLE



SUMÁRIO EXECUTIVO: ADVOCACIA PARA SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO ÂMBITO DA COVID-19

VISÃO GERAL

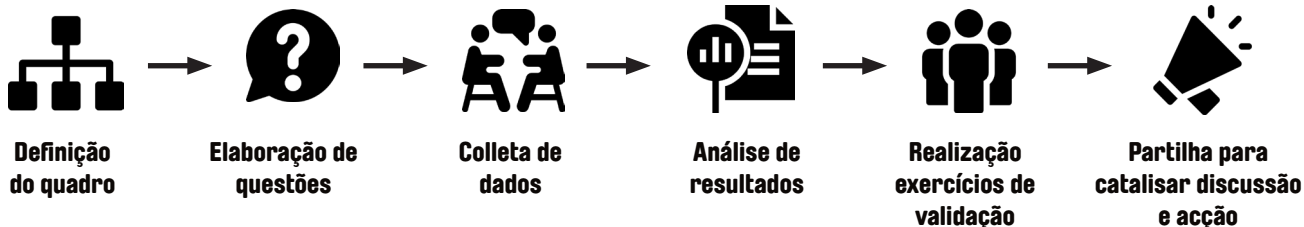
A nossa pesquisa anterior como parte do desenho do programa, mostra que mulheres jovens e raparigas adolescentes (15- 30 anos) são desproporcionalmente afectadas pela discriminação, violência sexual, gravidezes não desejadas, violência baseada no gênero; e ainda de forma mais significativa quando elas se encontram na intersecção de identidades múltiplas estigmatizadas. Todavia, os serviços de S-DSR (Saúde & Direitos Sexuais & Reprodutivos) que incluem apoio no caso de violência baseada no gênero, são muitas vezes inacessíveis para elas devido aos custos, e a falta de entendimento e sensibilidade por parte dos provedores de serviços. Os detentores de direitos nos informaram que a sociedade civil joga um papel crucial de pressionar por uma sociedade mais inclusiva, que garanta a S-DSR para todos. Para apoiar a sociedade civil jovem nesta jornada competitiva, a Comunidade de Acção precisava aprender mais.

Nesta pesquisa, nós ouvimos os detentores de direitos do Líbano, Guatemala, Moçambique, Uganda e Nigéria: em como as OSC se adaptaram para de forma significativa, fornecerem serviços de S-DSR para mulheres jovens, enquanto fazem face a onda/ efeitos da pandemia da COVID-19. Nós procuramos e ouvimos respostas relacionadas à 3 questões:

1. Qual foi a experiência colhida pelas mulheres jovens em relação à S-DSR, como é que foi no período pré-COVID-19, vis-à-vis pós COVID-19?
2. Qual foi o envolvimento das mulheres jovens em advocacia pela S-DSR? Qual foi a sua opinião em relação às OSCs, o envolvimento de decisores políticos/ responsáveis estatais na advocacia pela S-DSR durante este período da COVID-19?
3. Que mudanças adaptativas de advocacia as OSC realizaram durante esta pandemia da COVID-19 para responderem às necessidades de S-DSR das mulheres jovens? Quão efectivas foram estas mudanças?

METODOLOGIA

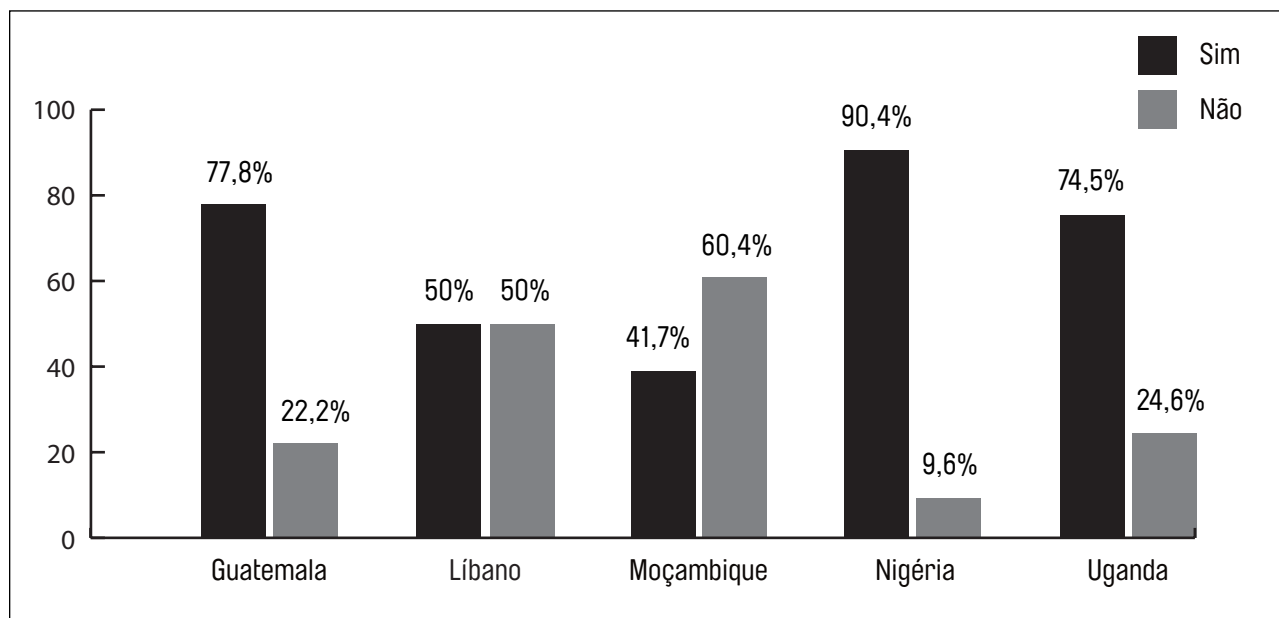
Fundamentada na abordagem participativa liderada por jovens da Restless Development, um grupo diversificado de **11 pesquisadores vibrantes jovens de 5 países**, colheram dados electronicamente usando o KoboCollect, entrevistas virtuais através de chamadas telefónicas devido às perturbações causadas pela COVID-19, e entrevistas presenciais. Os pesquisadores jovens construíram um grande relacionamento com os detentores de direitos, o que lhes permitiu terem relatos detalhados de experiências, e opiniões dos detentores de direitos. Os métodos qualitativos nos permitiram captar a compreensão, perspectivas e experiências detalhadas de 227 mulheres jovens avaliando padrões e tendências emergentes de certas observações. As ferramentas/instrumentos de pesquisa usadas neste estudo, foram traduzidas em línguas locais.



RESULTADOS CHAVE

Existe ainda uma falta de conhecimento sistemático sobre quais as iniciativas que funcionam na prática, principalmente em Moçambique onde havia 41,7% dos inquiridos que tinham conhecimentos sobre a sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Enquanto no Líbano, a proporção foi de 50%, o que proporciona às COAs uma base para assegurar que se faça mais em torno das directrizes e decisões ligadas à educação em S-DSR, tanto a nível local, como nacional. Na Guatemala, Uganda e Nigéria 67,5% tinham conhecimento sobre a S-DSR, expressando que “todas as decisões que tomas sobre o teu próprio corpo, devem ser tuas”. O nível mais alto de conhecimentos relacionados com a S-DSR, era sobre a gravidez, e o mínimo era sobre a contracepção.

Figura. Mostrando as respostas dos detentores de direitos, sobre seu conhecimento em torno da sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos.



33%



encontraram barreiras que os impediram de receber informações e serviços sobre S-DSR



46%



sentiram que a pandemia piorou sua experiência de acesso aos cuidados de saúde



65%



das mulheres jovens não participou deste trabalho de advocacia

Aqui está o que aprendemos:

As mulheres jovens descreveram normas sociais que incluíam serem estigmatizadas por serem sexualmente activas, e sobre leis e políticas de S-DSR, incluindo a limitação no acesso a contraceptivos como sendo particularmente restritiva. Um terço (33%) dos detentores de direitos acordou como tendo encontrado barreiras que lhes previniam aceder a informação e serviços em torno da S-DSR. As perturbações ao nível dos serviços sociais, violência sexual e baseada no género, a falta de fontes formais de informação, a falta de estoques de medicamentos e contraceptivos, longas viagens às unidades sanitárias, e a falta de opções de transportes acessíveis, foram parte dos desafios de acessibilidade e disponibilidade que as mulheres jovens identificaram. As mulheres jovens com deficiência e as mulheres jovens LGBT em particular, enfrentavam atitudes discriminatórias por parte de profissionais da saúde. O medo de contrair a COVID-19, aliada às restrições do confinamento da COVID-19 (principalmente restrições de viagens), mantiveram distantes as mulheres jovens da procura de serviços básicos de S-DSR, e deixaram quase metade (46%) com o sentimento de que a pandemia piorou as suas experiências no acesso à cuidados de saúde.

As mulheres jovens reconheceram as campanhas mais bem sucedidas de S-DSR das OSCs, e de acções registando estratégias adaptativas de advocacia das OSC, realizadas para responder as suas necessidades de S-DSR.

A maioria das mulheres jovens (65%) no entanto, não participou deste trabalho de advocacia, destacando uma falta de treino e fóruns para engajar no âmbito da implementação de acções de advocacia. Ainda assim, aqueles que participaram no trabalho de advocacia eram parte de grupos multidisciplinares, trabalhando principalmente ao nível da base (como os educadores de pares, coordenadores de campo, conselheiros).

As mulheres jovens também elogiaram as iniciativas conjuntas das OSCs, e o trabalho por estas realizado, tendo reconhecido que estas precisavam de fazer mais, tais como tomar atitude destas necessidades identificadas de S-DSR. Os resultados mostram haver uma necessidade dos movimentos das OSC/ iniciativas conjuntas, responderem a variada gama de assuntos em torno dos esforços de advocacia contemporânea para S-DSR. Alguns dos assuntos notáveis incluem: o retrocesso no desenvolvimento de políticas de S-DSR; OSCs trabalhando individualmente em S-DSR, e os poderes invisíveis se opondo a realização da S-DSR progressivos.

A atitude de pressão (puchar vis-à-vis empurrar) dos decisores políticos/ responsáveis estatais no sentido de responderem às necessidades de S-DSR de mulheres jovens era desanimador.

As mulheres jovens lamentaram a falta de apoio e envolvimento dos responsáveis estatais/ decisores na resposta às suas necessidades de S-DSR, principalmente no Líbano, Guatemala e Moçambique. As acções dos decisores de políticas em relação à S-DSR das mulheres jovens, eram meramente motivadas pelas acções de advocacia das OSC, e raramente como resultados de vontade própria.

Melhores resultados de saúde ligados à S-DSR para de detentores de direitos são alcançados, através de informação e serviços disponíveis, acessíveis, e de qualidade de S-DSR.

Os resultados mostraram que fornecer as mulheres jovens e adolescentes com meios para atingirem altos padrões de saúde, sob formas que asseguram a qualidade, a não-discriminação, privacidades, e confidencialidade, é uma parte integral do respeito e proteção de direitos humanos, globalmente aceitáveis.



MOÇAMBIQUE

A conduta sexual do mesmo sexo foi descriminalizada em Moçambique em 2015. O quadro legal inclui a orientação sexual como fundamento para igualdade no emprego e a não discriminação no local de trabalho.¹ Apesar deste ambiente favorável, as pessoas LGBT ainda enfrentam o estigma e a discriminação.

O casamento infantil é outra questão generalizada em Moçambique, tendo o país uma das taxas mais elevadas de casamento precoce do mundo com quase 50% das raparigas casadas antes dos 18 anos de idade.²

Os casamentos de prematuros obrigam as raparigas a abandonarem a escola, expondo-as à violência (física, sexual e psicológica), ao sexo precoce e as ITSs, incluindo o HIV/SIDA, e a mudanças drásticas na vida, incluindo o parto e a maternidade. Para conter esta situação, Moçambique introduziu a Lei n.º 19/2019, tornando ilegal casar ou entrar em união prematuramente, ou antes dos 18 anos de idade.

Durante a COVID-19, o governo associou-se à sociedade civil, criando um ambiente propício ao trabalho das OSC, e a resposta à propagação da COVID-19 foi muito mais eficaz. Isto foi salientado pelas COAs, onde estabeleceram com sucesso uma parceria com o Ministério da Saúde, para promoverem a sensibilização sobre a COVID-19, utilizando os meios de comunicação social e outros canais de comunicação como a rádio para alcançar grupos vulneráveis e excluídos em torno da COVID-19, e da informação sobre S-DSR.

O trabalho das COAs deve, portanto, ter por objectivo, continuar a aumentar a sensibilização para os aspectos negativos do casamento infantil, e mudar as normas e práticas de género que conduzem ao casamento infantil. É necessário educar as raparigas, e mantê-las na escola, bem como encorajar as comunidades a falarem pelos direitos das raparigas. Devem também visar campanhas contra o estigma e a discriminação contra pessoas LGBTI, uma vez que têm um ambiente propício para o fazer.



NIGÉRIA

Com base nos resultados, 55% dos inquiridos acederam aos serviços de S-DSR nos centros de cuidados de saúde primários dos PDI que haviam sido esforços das COA, e outros OSC. De acordo com a Declaração de Saúde para Todos de Alma Ata até 2020 e mais além, os centros de Cuidados de Saúde Primários são centros comunitários de base concebidos para prestarem cuidados essenciais tornando-os universalmente acessíveis, e a um custo que os indivíduos, as famílias e as comunidades possam pagar. Os resultados também mostraram que a maioria dos serviços como contraceptivos, kits menstruais, não estavam prontamente disponíveis, e se estavam, o custo de aquisição ou tais serviços eram enormes, dispendiosos e inacessíveis. Isto acontece porque a maioria dos detentores de direitos, têm pouca ou nenhuma actividade económica em que se envolvem, como meio de subsistência.

As respostas mútuas, lideradas por pessoas, foram fundamentais durante a pandemia. As COA asseguraram que trabalhavam em conjunto nos seus próprios bairros, escolas e indivíduos para satisfazerem as necessidades de pessoas vulneráveis, e das pessoas em maior risco de infecção, partilhando os recursos da comunidade.

As COA empoderadas podem advogar de forma eficaz a implementação de políticas e programas de saúde reprodutiva. Ênfase na necessidade de evidência sobre a natureza, extensão e implicações das discrepâncias entre a legislação nacional sobre a idade de consentimento, aos serviços de S-DSR, e a idade de casamento, que são questões actuais no continente. Os informantes chave, salientaram a necessidade de pesquisa para acompanhar a extensão da implementação das leis, políticas e estratégias/orientações existentes, a nível regional, subregional e nacional.



UGANDA

Os resultados mostram que 42% dos 57 inquiridos no Uganda, eram mulheres jovens e raparigas com deficiência que enfrentam barreiras financeiras, sociais e psicológicas para acederem a cuidados de saúde reprodutiva adequados. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, o acesso aos cuidados de S-DSR eram mais difíceis para as mulheres jovens e raparigas com deficiência, em comparação com outras pessoas, por várias razões. O equipamento e as instalações de saúde em ambientes de S-DSR não são muitas vezes fisicamente acessíveis, ou localizados próximo das casas de mulheres com deficiência, sem opções de transporte acessíveis e económicos, e os provedores de cuidados de saúde podem demonstrar falta de sensibilidade, cortesia, e apoio para elas.

Para melhorar os serviços de S-DSR entre raparigas e mulheres jovens com deficiência, todos os programas de S-DSR têm de ser intencionais na integração de mulheres jovens e raparigas com deficiência. A maioria das pessoas com deficiência pode beneficiar da inclusão em programas de S-DSR concebidos para alcançar a comunidade em geral. É necessário que a COA acompanhe de perto, e acompanhe os esforços do governo para promover cuidados de saúde inclusivos, para as pessoas com deficiência através de vários programas e projectos de saúde (MFPED, 2019). Isto permitiria a responsabilização pela boa governação em torno da resposta às necessidades das Pessoas com Deficiência. A Política Nacional de Protecção Social do Uganda (2015), que estabeleceu um conjunto de estratégias para mitigar as barreiras e os obstáculos ao acesso das Pessoas com Deficiência aos serviços de SSR, em conformidade com os compromissos existentes em matéria de direitos humanos, precisa de ser mais posta em prática. A COA pode garantir que utilizam estas estratégias nas suas actividades de advocacia nas comunidades.

Além disso, a Lei das Pessoas com Deficiência 2020 – que foi estabelecida pelo Ministério do Género, Trabalho e Desenvolvimento Social em 2019, dá prioridade a áreas de enfoque como acessibilidade, participação, capacitação, sensibilização, prevenção e gestão de deficiências, cuidados e apoio, segurança sócio-económica, pesquisa, comunicação (linguagem gestual, alfabetização táctil e em Braille), e elaboração de orçamentos. Estes precisam de ser reforçados a todos os níveis, desde o nível comunitário até ao nível nacional em todos os sectores, para garantir que toda a legislação e regulamentos que afectam a S-DSR, reflectam as necessidades das pessoas com deficiência.



LÍBANO

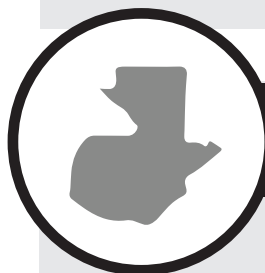
58% dos detentores de direitos entrevistados, eram mulheres jovens afectadas pela deslocação, e 70% delas nunca tinham acedido aos serviços de S-DSR.

“Penso que a sociedade em que vivo, nem sequer sabia que os serviços de S-DSR existiam...”
detalhou uma jovem mulher afectada pelo deslocamento no Líbano.

Os resultados salientam que enquanto as mulheres jovens e raparigas afectadas pelo deslocamento experimentam barreiras semelhantes de S-DSR como outros detentores de direitos, muitas destas barreiras são exacerbadas pelo contexto dos refugiados. É necessário que a COA apresente estratégias de protecção para mulheres jovens e raparigas afectadas pela deslocação, tais como a deslocar-se em grupos, enquanto 50% das raparigas adolescentes com deficiência pediram para serem ensinadas actividades baseadas no empoderamento, para aumentarem a sua autonomia, e a tomada de decisões em relação à S-DSR.

“Devem procurar pessoas deficientes e dar-lhes uma oportunidade de obterem mais informação sobre todos os tópicos ligados à S-DSR. Podem ser mais inovadores, incitando mais pessoas a falarem sobre estas coisas e sentirem-se mais seguras e incluídas”, partilhou uma jovem mulher de 24 anos com deficiência do Líbano.

Embora estivessem disponíveis serviços pré-natais, de saúde mental e relacionados com o HIV, estes serviços não foram concebidos para mulheres jovens e raparigas, o que as desencorajou a utilizarem tais serviços, e a confiarem nos provedores de serviços, incluindo assim a formação de provedores de serviços de saúde para responderem às necessidades específicas de todos os detentores de direitos em S-DSR.



GUATEMALA

Os resultados mostraram que 70% dos grupos de detentores de direitos, sofrem de serviços de S-DSR de má qualidade. Os provedores de serviços comportam-se frequentemente de uma forma discriminatória em relação às mulheres LGBTI.

“Eles discriminam contra muitas de nós mulheres LGBTI, assumindo que somos seropositivas”, disse uma jovem mulher da Guatemala.

Para resolver este problema, as COAs na Guatemala precisam de fazer uma campanha activa contra esta política discriminatória e injusta, junto de todos os decisores políticos chave.

É necessário abordar normas socioculturais e melhorar a comunicação entre mulheres jovens e raparigas com os respectivos progenitores, para facilitar uma atitude aberta em relação a abordagem sobre S-DSR que possa ajudar os jovens e as suas famílias a navegarem nas diferentes atitudes socioculturais.

Para superar estes desafios, as COAs precisam de empregar várias estratégias, incluindo a ligação das suas estratégias à responsabilidade legal, despesas orçamentais, ou outros processos institucionalizados; tomarem medidas para assegurar a inclusão, incluindo a consulta a grupos excluídos ou estigmatizados; (todos os detentores de direitos) durante todo o processo de concepção e implementação do programa; apoio e divulgação específicas para integrar os detentores de direitos nas actividades do programa; e a criação de espaços separados para assegurar a confidencialidade, e a segurança.



CONCLUSÃO

Proporcionar às mulheres jovens e raparigas com meios para atingirem elevados padrões de saúde, de forma a assegurarem a igualdade, não discriminação, privacidade e confidencialidade, é parte integrante do respeito e protecção dos direitos humanos globalmente aceites.³ Garantir que os detentores de direitos tenham acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, requer o alargamento da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da informação e dos serviços.

O leque de intervenções sugeridas incluiu o reforço do ambiente propício, e o fornecimento de informação e serviços e programas ou organizações de apoio, para construir resiliência e bens.

Geralmente, os sistemas de saúde e os indivíduos podem tomar uma série de medidas para salvaguardar a saúde reprodutiva. Estas acções diferem de muitas outras intervenções de saúde, na medida em que a motivação para a sua utilização não se limita necessariamente a uma melhor saúde, mas envolve normas culturais e sociais.⁴ Os programas para melhorar as habilidades de vida e desenvolver resiliência aos factores de risco entre adolescentes, têm mostrado resultados promissores.

Por conseguinte, é importante que as intervenções se concentrem na construção de factores de protecção para promover o sucesso, ao invés de eliminar factores associados ao fracasso, o que deve incluir uma mistura de consciência comunitária, e de envolvimento dos líderes comunitários; assistência para ligar os detentores de direitos a um número significativo de adultos em suas vidas, sobretudo pais, líderes religiosos e tradicionais; disponibilização de espaços seguros para os detentores de direitos; e fornecimento de informação, serviços e edificação de competências.

RECOMENDAÇÕES

Há necessidade de mais esforços em torno de estruturas de múltiplas camadas e da selecção e representação de mulheres jovens e raparigas desde o nível comunitário, até ao nacional, para representarem os mecanismos chave que envolvem mulheres jovens e raparigas, nos processos de tomada de decisões políticas sobre S-DSR, principalmente no Líbano, Guatemala e Nigéria.

No contexto das iniciativas conjuntas das OSC, existe uma necessidade de se alargar a compreensão da responsabilidade colaborativa, promover a expansão das melhores práticas, reforçar a capacidade das OSC locais para implementarem esforços efectivos de prestação de contas, e garantir que dados recentes e fiáveis específicos de S-DSR de cada país, sejam acessíveis aos advogados locais.

Crucial na implementação pelas OSC, é responder a limitada apreciação do contexto global dos problemas ligados à S-DSR entre as principais partes interessadas, principalmente através do treinamento primário de decisores políticos/ responsáveis estatais.

Intervenções de base comunitária para fortalecer a S-DSR das mulheres jovens; As iniciativas e movimentos conjuntos como no Líbano, Guatemala e Moçambique, devem procurar integrar os serviços de S-DSR no sistema de saúde comunitário, uma vez que isto pode ajudar a tornar os serviços de S-DSR compatíveis com as estruturas locais e, assim, apropriados e acessíveis tanto para as mulheres jovens como para as raparigas.⁵

Aulas práticas para trazer os decisores políticos para a pesquisas sobre S-DSR; a necessidade de traduzir a pesquisa em política, ou seja, fazer dos resultados da pesquisa, uma força motriz na definição de agendas e na mudança de políticas, é cada vez mais reconhecida. Contudo, pouco se sabe sobre a tradução de mecanismos no campo da saúde sexual e reprodutiva (S-DSR). Por conseguinte, será necessário que a COA assegure um envolvimento precoce e constante dos decisores políticos na pesquisa, de modo a ter um contexto comum, criando respostas localmente adaptadas que são consideradas fundamentais para resolver as questões de S-DSR.

PRÓXIMOS PASSOS

Com base nas conclusões deste estudo, é importante que os governos, o sector privado e os profissionais de desenvolvimento, envolvam significativamente as mulheres jovens e raparigas, incluindo as das áreas rurais em conversas políticas desde o nível comunitário até o nível nacional. O seu engajamento não deve se concentrar na mera participação, mas deve procurar intencionalmente incorporar suas necessidades de S-DSR na próxima rodada de políticas e implementação das mesmas.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi financiado pelo Ministério dos Negócios Externos da Holanda sob a parceria da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivo; a *We Lead* que está sendo liderada pela HIVOS.

O conteúdo deste relatório, basea-se na pesquisa, pesquisa participativa, e contribuições em workshop de 227 jovens, 11 pesquisadores jovens, facilitadores COA e as próprias COAs da Nigéria, Uganda, Guatemala, Moçambique e Líbano, grupo de trabalho da DMEL.

Para mais informação sobre esta pesquisa, contacte:

Mwesigwa Dennis

Gestor de Pesquisa e Aprendizagem

Restless Development

dennism@restlessdevelopment.org

REFERÊNCIAS:

¹172 Positive Vibes Trust (2020) Contextual Analysis: Sexual and Reproductive health and rights for sexual and gender minorities and sex workers in East, West, and Southern Africa. 2020 Update. Unpublished document.

²<https://plan-international.org/mozambique/sexual-reproductive-health-rights-mozambique>

³UNFPA 2020

⁴Kanesathasan and others 2018

⁵Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. *Am J Public Health*. 2015; 101:1082–8.

***We Lead* parceiros do consórcio:**

