

FICHAS INFORMATIVAS

Como implementar as obrigações de assistência às vítimas?



AO ABRIGO DO TRATADO DE PROIBIÇÃO DE MINAS OU DA CONVENÇÃO CONTRA BOMBAS DE FRAGMENTAÇÃO



Acções concretas para melhorar a qualidade de vida das vítimas e das pessoas com deficiência

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



INTRODUÇÃO

A assistência às vítimas de minas/explosivos remanescentes de guerra (ERG) é uma obrigação para os Estados que subscreveram o Tratado de Proibição de Minas ("MBT") e a Convenção sobre Bombas de Fragmentação ("CCM"). O Plano de Acção de Cartagena e o Plano de Acção Vienciana incluem compromissos específicos que os Estados signatários concordaram para implementar de forma eficaz as suas obrigações de Assistência às Vítimas (AV), em especial para melhorar a qualidade de vida das vítimas. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) fornece o quadro mais completo para responder às necessidades e avanços dos direitos de todas as pessoas com Deficiência (PcD), incluindo sobreviventes de minas/ERG. Os quadros regionais sobre deficiência e desenvolvimento, tais como a *Estratégia de Incheon para "Tornar o Direito Real" para as Pessoas com Deficiência na Ásia e Pacífico* e a *Década Africana para as Pessoas com Deficiência* também são relevantes.

OBJECTIVO DAS FICHAS INFORMATIVAS

As fichas informativas sobre assistência às vítimas foram desenvolvidas pela Handicap International (HI) como uma ferramenta para fornecer **informações concisas sobre o que é assistência às vítimas (AV), e sobre a forma de traduzi-la em acções concretas que têm o potencial de melhorar a qualidade de vida das vítimas de minas/ERG e das pessoas com deficiência.** As fichas informativas visam os Estados signatários afectados por minas/ERG, os Estados signatários em condições de prestar assistência, além de associações de sobreviventes e outras PcD, e outras associações da sociedade civil - e internacionais.

METODOLOGIA

As fichas baseiam-se na consulta da literatura existente sobre AV, Deficiência e Desenvolvimento Inclusivo, incluindo publicações tais como as directrizes da OMS para Reabilitação Baseada na Comunidade, publicações da HI específicas ao sector e cada país, além de outras pela Unidade de Apoio à Implementação da Convenção para Proibição de Minas Anti-Pessoal, o CICV e outras associações. Feedback técnico também foi solicitado junto dos Consultores Técnicos da HI com contribuições das equipas de campo da HI. Também ocorreram discussões com sobreviventes e outras associações parceiras nos países afectados por minas/ERG. No entanto, o conteúdo final é da responsabilidade exclusiva da HI e reflecte as políticas e práticas da associação.

SÍNTESE DAS FICHAS INFORMATIVAS

Este pacote é composto por 12 fichas. Seis focam numa área específica ao sector ou política pública em que a AV é parte integrante e as restantes seis abordam questões transversais. Com vista a promover sinergias entre diferentes quadros, cada ficha de informação faz ligações claras aos sectores e questões de desenvolvimento. Esta abordagem tem como objectivo evitar a duplicação de esforços e lacunas entre aqueles realizados no contexto da AV e outros esforços de desenvolvimento; promover a articulação entre as iniciativas semelhantes e facilitar a utilização eficiente dos recursos. Mais importante, integrar a AV nos esforços abrangentes de Desenvolvimento Inclusivo resultará na melhoria mais significativa e sustentável da qualidade de vida nas vítimas de minas/ERG e PcD, que é o principal objectivo da AV.



OS 12 TÓPICOS ABORDADOS NESTAS FICHAS SÃO:

SECTORES/ÁREAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- 1 ASSISTÊNCIA MÉDICA
- 2 REABILITAÇÃO
- 3 APOIO PSICOLÓGICO E PSICOSSOCIAL
- 4 EDUCAÇÃO
- 5 INCLUSÃO SOCIAL
- 6 INCLUSÃO ECONÓMICA

QUESTÕES TRANSVERSAIS

- 7 GÉNERO
- 8 EMPODERAMENTO
- 9 ACESSIBILIDADE & ACESSO AOS SERVIÇOS
- 10 RECOLHA DE DADOS
- 11 PLANOS DE ACÇÃO NACIONAL, COORDENAÇÃO
- 12 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E ASSISTÊNCIA



COMO USAR AS FICHAS

Estas fichas foram concebidas para poderem ser usadas como um pacote, ou autonomamente. Cada ficha está dividida em capítulos diferentes, incluindo: definição do sector da AV ou tema transversal, os quadros jurídicos e políticos internacionais, os principais actores, os desafios comuns nos países de baixa renda, um projecto de sucesso, recomendações, indicadores, descrição de um projecto ou programa e referências.

O capítulo 6 de cada ficha fornece uma lista de recomendações para os Estados Signatários para o MBT e CCM. **Os estados afectados por minas/ERG** encontrarão exemplos do que pode ser feito a nível nacional para melhorar a AV, enquanto os **Estados em posição de prestar assistência** podem encontrar ideias sobre aquilo que os Estados afectados estão e podem fazer para AV; e, como tal, conceber ideias sobre o tipo de políticas, planos, programas e projectos em que podem contribuir através de esforços de cooperação internacional. Além disso, a ficha 12 foca-se especificamente em como a cooperação internacional pode apoiar a AV.

Na maioria das fichas, o Capítulo 6, Recomendações, e o Capítulo 7, Indicadores, estão subdivididos em três partes:

1. Qualidade de vida,
2. Acesso aos serviços,
3. Legislação e Políticas.

A informação está organizada desta forma, de modo a reflectir o facto de intervenções diferentes terem um impacto directo sobre um destes três níveis. No entanto, a HI acredita que os avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas são importantes, mas devem derradeiramente contribuir para um impacto positivo, mensurável e sustentável sobre a qualidade de vida das vítimas e PcD.



CONCEITOS CHAVE

• ACESSO AOS SERVIÇOS:

Ao usar o termo "acesso aos serviços" nestas fichas, os seis critérios abaixo estão subjacentes ao conceito de "acesso": **disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, custo acessível, responsabilidade e boa qualidade técnica** (vide a ficha 9: *Acessibilidade / Acesso a Serviços*).

• NÃO-DISCRIMINAÇÃO:

Neste contexto, refere-se especificamente ao facto de não deve haver discriminação contra ou entre as vítimas ou entre sobreviventes e outras PcD. Os esforços de AV devem beneficiar as outras PcD da mesma forma que os esforços de promover os direitos das PcD e das suas famílias devem incluir os sobreviventes e as suas famílias.

• DESENVOLVIMENTO INCLUSIVO:

Garantir que todos os grupos em situação de marginalização, vulnerabilidade ou exclusão (tais como grande parte das vítimas e PcD) beneficiem, contribuam para e participem significativamente e eficazmente em todos os processos de desenvolvimento.

• VÍTIMAS:

Todas as pessoas que foram mortas ou sofreram ferimentos físicos ou psicológicos, perda económica, marginalização social ou limitação substancial da realização dos seus direitos causados pelo uso de minas/ERG. Incluem as pessoas directamente afectadas pelas minas/ERG, além das suas famílias e comunidades afectadas. Elas são mencionadas nas fichas informativas como "vítimas".

• PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

De acordo com a CRPD, PcD são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interacção com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efectiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

• ABORDAGEM DUPLA:

Refere-se a uma abordagem que promove o Desenvolvimento Inclusivo através de dois métodos complementares e igualmente importantes:

- › Ao implementar acções específicas que promovem o empoderamento individual e colectivo das vítimas de minas/ERG e PcD. (Vide a ficha 8: Empoderamento)
- › Ao eliminar todas as barreiras físicas, atitudes e de comunicação que excluam a pessoa com deficiência do desenvolvimento. (Vide a ficha 9: Acessibilidade / Acesso a Serviços)

Esperamos que estas fichas sejam informativas e úteis para os leitores, e que sirvam como um convite para aprender mais sobre formas de contribuir para a AV e Desenvolvimento Inclusivo. A Handicap International agradece todas as contribuições e comentários. Cada ficha informativa oferece uma lista das directrizes detalhadas, documentação técnica e boas práticas sobre estes tópicos.



O QUE É A ASSISTÊNCIA MÉDICA?

A **assistência médica** é um dos componentes dos **serviços de Saúde**. É a prevenção, **identificação, avaliação e tratamento de problemas de saúde e deficiência**.⁽¹⁾ No contexto a AV, os serviços de saúde têm-se focado na emergência e a continuidade dos cuidados médicos. **O objectivo do atendimento médico** de emergência é fornecer atendimento a traumatismos agudos: primeiros socorros, transfusões de sangue e outras **medidas imediatas** que impedem a morte e impedimentos permanentes depois que uma pessoa sobreviver a um acidente. **O objectivo da assistência médica continuada** é **promover a recuperação plena da pessoa** com medidas como o manejo da dor.

A **assistência médica** é o primeiro passo para garantir que uma pessoa possa sobreviver a um acidente e minimizar, tanto quanto possível, o risco e nível de impedimentos permanentes. No entanto, a assistência médica em reacção a uma lesão é apenas parte dos serviços de saúde mais abrangentes. Os sobreviventes precisam e têm direito ao acesso a cuidados médicos apropriados, mesmo depois de terem recuperado do traumatismo inicial.

Os serviços de saúde são compostos pelas seguintes componentes:⁽²⁾

- ▶ **A promoção da saúde:** reforço das competências dos indivíduos para mudar as condições sociais, económicas e ambientais para aliviar o impacto de uma lesão na saúde.
- ▶ **Prevenção:** medidas de prevenção primária (prevenção de doenças), secundária (detecção precoce e tratamento) e terciária (reabilitação).
- ▶ **A assistência médica** (incluindo atendimento de emergência e a continuidade dos cuidados médicos): Identificação, avaliação, cirurgia e tratamento de doenças e impedimentos.

Factos Rápidos

- ★ Todos os anos, milhares de pessoas morrem ou são incapacitadas por acidentes com minas/ERG, em parte devido à **falta de acesso imediato a primeiros socorros qualificados**.
- ★ PcD, incluindo sobreviventes, muitas vezes vivenciam **níveis de saúde mais baixos** e enfrentam **mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde** do que o resto da população.
- ★ A mulher e rapariga com deficiência, incluindo sobreviventes, sofrem um **índice maior de abuso sexual** do que outras mulheres, e têm menos acesso à informação sobre saúde reprodutiva. Elas enfrentam um **risco maior de infecção pelo HIV, de gravidez indesejada e morte materna**.



QUADRO LEGAL E POLÍTICA

- / **CCM:** Art. 5. | **Plano de Acção Vienciana:** Acção # 25 & # 28.
- / **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, n. 12. Acção # 31.
- / **CRPD:** Art. 25 & 26.
- / **ODM:** Objectivos 4, 5 e 6.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- / **Associações** de sobreviventes e PcD | **Provedores de serviços:** **Hospitais, incluindo serviços de transporte médico de emergência**, centros de saúde da comunitários
- / **Ministérios:** Saúde | **Organizações internacionais de saúde:** OMS.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- ▶ Recursos humanos e materiais limitados ou inexistentes para saúde (incluindo os resposta com primeiros socorros e fonte segura de sangue) disponíveis nas **zonas rurais**, onde vive a maioria das vítimas.
- ▶ O transporte para os centros de saúde é muitas vezes demorado e caro: barreiras, tais como a distância e custos tendem a **dificultar o acesso regular aos serviços de saúde** para as pessoas, em particular para as crianças, o que é necessário quando estão em crescimento.
- ▶ Poucos cirurgiões têm formação nas **técnicas de amputação e medidas para salvar a visão** que muitas vezes são necessárias depois de ferimentos provocados por minas/ERG.
- ▶ Os serviços de saúde frequentemente **requerem pagamentos** que não são acessíveis para pessoas pobres, tal como para a maioria dos sobreviventes.
- ▶ Nas zonas afectadas por conflitos, a insegurança **dificulta ou impossibilita a existência dos serviços de saúde**. Muitas vezes, existem poucas ou nenhuma equipa móvel ou serviços itinerantes.
- ▶ Em determinados contextos a **falta de mulheres trabalhadoras de saúde**, dificulta o acesso a estes serviços pelas sobreviventes do sexo feminino.
- ▶ Pessoal de saúde insuficiente está formado sobre os direitos das PcD ou sobre a forma de garantir que as **pessoas com diferentes tipos de impedimentos** possam aceder a informações sobre prevenção, promoção, assistência médica e serviços; uma vez que esta informação sobre os serviços de saúde **raramente chega aos sobreviventes**.



PROJECTOS DE SUCESSO NO ACESSO À SAÚDE

▶ **No Afeganistão**, a **OMS** colaborou com o **Ministério da Saúde Pública** para capacitação na área de procedimentos cirúrgicos e de anestesia de emergência e essenciais nos hospitais regionais e provinciais através do Programa de Gestão Integrada do Atendimento Cirúrgico de Emergência e Essencial.⁽³⁾

▶ **Na Colômbia**, o **Ministério para a Protecção Social**, com o apoio da **CICV**, produziu um guião técnico sobre atendimento médico de emergência e formou cirurgiões dos hospitais regionais nas áreas afectadas por minas/ERG. A **CIRC** e a **Cruz Vermelha Colombiana** ofereceram formação sobre primeiros socorros comunitários de base na em 12 das regiões afectadas.⁽⁴⁾

▶ **Na Tailândia**, o **Sistema de Serviços Médicos de Emergência** expandiu-se para todas as províncias e comunidades locais, incluindo 27 províncias afectadas por minas/ERG. Pode-se ter acesso a uma rede de equipas de resposta de emergência em situações de emergência ao discar a linha de atendimento de emergência e está disponível em todo o país, com excepção das comunidades remotas ao longo das zonas fronteiriças.⁽⁵⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- › Formar as populações locais nas zonas afectadas por minas/ERG para oferecerem primeiros socorros.
- › Certificar que os sobreviventes e outras pessoas feridas recebam **seguimento** de equipas cirúrgicas, de enfermagem e dos profissionais de reabilitação.
- › Certificar-se de que a PcD, incluindo sobreviventes e as suas famílias **estejam bem informados** sobre os riscos e benefícios das cirurgias e que tenham conhecimento do custo e duração do tratamento.
- › Desenvolver as aptidões das pessoas ao fornecer educação em saúde e outra informação para permitir-lhes ganhar mais controlo sobre a sua saúde.
- › Em particular, garantir que as mulheres e raparigas com deficiências, incluindo sobreviventes, tenham aos serviços de **saúde sexual e reprodutiva** em igualdades de condições com as mulheres e raparigas sem deficiência.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- › Garantir que as unidades sanitárias tenham **equipamento adequado e estoques de sangue seguro e medicação**.
- › Garantir uma capacidade adequada para **cirurgia para traumatismos e manejo da dor**.
- › Garantir que os serviços de saúde sejam **gratuitos ou acessíveis e baratos** para os sobreviventes, PcD e outras pessoas necessitadas.
- › Implementar uma **formação de sensibilização sobre a deficiência** para profissionais de saúde.
- › Garantir a presença de **provedores de cuidados de saúde do sexo feminino**.
- › Conceber e apoiar os **sistemas de referência** para facilitar o acesso para PcD, especialmente mulheres e crianças a todos os serviços de saúde.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- › A legislação e políticas sobre a saúde devem estar em conformidade com a CRPD com subsequente desenvolvimento de **planos e respectivos orçamentos** para permitir a sua implementação a nível local.
- › Garantir que a legislação e políticas incluam **promoção de saúde, prevenção e cuidados médicos**.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas deveriam contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

› Qualidade de vida:

*Proporção de vítimas directas que sobrevivem. *Redução do tempo necessário para conseguir assistência médica depois de um acidente. *# de PcD, incluindo sobreviventes, que conhecem o procedimento para aceder aos serviços de saúde. *Proporção de raparigas e mulheres com deficiência, incluindo sobreviventes, que têm acesso aos serviços de saúde, comparado a mulheres e raparigas sem deficiência. *Redução da diferença entre a taxa de fatalidade masculina e feminina.

› Acesso aos serviços:

*# de pessoas locais que receberam formação para primeiros socorros nas aldeias com alta incidência de acidentes. *# de trabalhadores dos cuidados de saúde nas zonas afectadas. *Aumento da consciência do pessoal de saúde sobre os direitos e necessidades das PcD. *Maior capacidade nas áreas de cirurgia e anestesia nas, ou próximo das, zonas afectadas. *# de procedimentos dos programas de saúde para alcançar e incluir homens, mulheres, raparigas e rapazes com deficiência.

› Legislação e políticas:

*A legislação relativa à saúde está em conformidade com a CRPD e leva em consideração as necessidades específicas das vítimas directas de acidentes com minas/ERG e outros traumatismo. *Políticas de promoção da saúde, de prevenção e cuidados clínicos incluem medidas e um orçamento específico para incluir as PcD na base de igualdade com outros.



EXEMPLO DO PROJECTO: FORMAÇÃO DOS PARAMÉDICOS NO NORTE DO IRAQUE ⁽⁶⁾



© Xavier Bourgois

Centro KORD, Souleymaniah, Iraque 2011.

Problemas identificados: Grande parte dos acidentes com minas/ERG acontece em zonas rurais, mas mesmo assim a maioria dos médicos e unidades sanitárias estão localizadas nas cidades. No Norte do Iraque, havia pouca capacidade de fazer o atendimento pré-hospitalar para vítimas de traumatismo.

Objectivo: Melhorar o acesso a atendimento pré-hospitalar pela formação de um grupo de paramédicos de referência, que por sua vez devem formar aos socorristas a nível da comunidade.

Actividades: formação de 6,000 leigos para se tornarem **socorristas** e 88 paramédicos (1996-2004).

Todos os utentes foram registados com monitoria dos intervalos de tempo, intervenções realizadas, tratamento pré-hospitalar e taxa de mortalidade. | **Sustentabilidade:** Os paramédicos e socorristas formados vivem e trabalham nas zonas afectadas, para que os recursos permaneçam no local mesmo depois da vigência do projecto. Todos tinham extensa experiência pessoal na resposta a pessoas feridas e mortas por minas/ERG. A retenção de paramédicos no programa foi de 72% depois de 8 anos. O projecto foi implementado em cooperação com os hospitais locais existentes e as autoridades regionais de saúde. | **Indicadores Chave:** Foram formados 88 paramédicos. Por sua vez, eles formaram 6.000 socorristas leigos nas suas próprias aldeias e aldeias vizinhas na área de suporte básico de vida para vítimas de traumatismo. 2.349 utentes receberam tratamento durante o período. Destas, 919 pessoas sofreram de ferimentos causados por minas ou outros ferimentos penetrantes e 1.430 de traumatismo ou outras emergências médicas. A taxa de mortalidade nas vítimas diminuiu de 28,7% para 9,4%, tal como o intervalo entre o ferimento e a primeira assistência médica, de 2,4 horas para 0,6 horas. A maioria dos casos fatais foram localiza no sitio do acidente depois do falecimento. O efeito do tratamento pré-hospitalar melhorou significativamente. | **Duração:** Resultados reportados de 1999 a 2005; o projecto ainda está em curso. | **Implementado por:** Centro de Recursos para a Vítima de Minas Tromso em cooperação com a Fundação Trauma Care Iraque. | **Doador:** Ministério dos Negócios Estrangeiros, Noruega.



O QUE É A ASSISTÊNCIA MÉDICA?

Reabilitação é um processo com vista a permitir que os sobreviventes e outras PcD de ter acesso e manter níveis ideais de funcionalidade física, sensorial, intelectual e social.

A **reabilitação** apoia aos sobreviventes e outras PcD em alcançar o seu nível máximo de saúde e bem-estar, em viver independentemente e a ser incluídos na sociedade.

As Componentes da Reabilitação são:

- ▶ **Serviços de Prótese e Órteses (P&O):** A produção e aplicação de próteses e órteses para permitir que uma pessoa volte a caminhar ou para melhorar a função dos membros superiores. Uma prótese substitui um membro e uma órtese apoia ou melhora a função sensorial e motor. As próteses e órteses pertencem ao grupo de dispositivos assistenciais, que também incluíam dispositivos para mobilidade, tais como cadeiras de rodas e deambuladores.
- ▶ **Fisioterapia:** Uso de técnicas manuais, exercícios e dispositivos básicos para melhorar e desenvolver a função motora e sensorial, além do controlo da dor.
- ▶ **Terapia Ocupacional:** Uso terapêutico de actividades da vida quotidiana individualmente ou em grupos para melhorar a participação no lar, escola, local de trabalho, comunidade, actividades culturais, desportivas e de lazer. Tem em vista abordar e reduzir impedimentos físicos, cognitivos, psicossociais e sensoriais.
- ▶ **Fonoaudiologia:** Trata todos os distúrbios da voz, fala e linguagem não associados a deficiência mental ou auditiva.

Factos Rápidos

- ★ Em muitos países de baixa renda, somente **5–15%** das pessoas que necessitam de dispositivos assistenciais realmente **têm acesso a estes**.⁽¹⁾
- ★ 50% dos 114 países inquiridos em 2004 **não tinham legislação relevante sobre reabilitação**; 48% **não tinham políticas sobre dispositivos assistenciais**.⁽²⁾
- ★ Estima-se que **105 milhões de pessoas** ou 1.5% da população mundial, necessitam de uma cadeira de rodas.⁽³⁾
- ★ O uso de dispositivos de mobilidade melhora **oportunidades para educação e trabalho** e contribui para melhoria da **saúde, participação social e da qualidade de vida no geral**.⁽⁴⁾



QUADRO LEGAL E POLÍTICA

CCM: Art. 5 para. 1 & 2.H. Art. 6 para. 7. Art. 7 para. 1.K.

Plano de Acção Vienciana: Acções #25 e #28.

Plano de Acção de Cartagena: Secção IV, para. 12. Acção #31.

CRPD: Art. 20 & 26.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

Associações de sobreviventes e PcD | **Provedores de serviços:** Centros de reabilitação e equipas associadas geridas por ONG, ONG internacionais, serviços públicos | **Ministérios:** Saúde, Assuntos Sociais, Educação | **Organizações profissionais nacionais** de especialistas em reabilitação. | **Organizações profissionais internacionais** tais como a Sociedade Internacional para Próteses e Órteses (ISPO), a Confederação Mundial para Terapia Física e a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais | **Organizações Internacionais:** CICV.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- ▶ **Recursos financeiros limitados** para o sistema de cuidados de saúde e mais especificamente para os serviços de reabilitação **nas zonas rurais e remotas**.
- ▶ **Ausência de planificação nacional** para desenvolvimento da reabilitação e especificamente para os serviços de P&O; as duas tendem a estar integradas nos programas de cuidados sanitários.
- ▶ Alguns programas de reabilitação podem **focar-se somente na fisioterapia e dispositivos assistenciais** ou em determinados tipos de limitação funcional (visão, mobilidade...) sem ligações a outros serviços de reabilitação.
- ▶ **Poucos profissionais de reabilitação**, com pouca ou nenhuma formação sobre recursos a nível da comunidade em particular nas áreas afectadas por minas/ERG.
- ▶ **Ausência de seguimento apropriado** assim que o utente tem alta do serviço de reabilitação.
- ▶ Pouca ou **nenhuma ligação aos serviços médicos, sociais e de saúde mental**.
- ▶ Potenciais **utentes** nem sempre têm conhecimento dos serviços de reabilitação existentes e das modalidades para acederem a estes.
- ▶ **Os utentes não conseguem pagar** o custo real dos serviços de reabilitação ou custos associados, tais como transporte, rendimento perdido e puericultura.
- ▶ **Os utentes não participam** na planificação, monitoria e avaliação dos serviços.



PROJECTOS DE ÉXITO EM REABILITAÇÃO

No Sudão do Sul, a CICV apoia o *Ministério da Mulher, Criança e da Segurança Social* na gestão e operação do Centro de Referência de Reabilitação Física de Juba, que serve como centro de referência para o país. Para responder às dificuldades existentes, a CICV:

1. Ofereceu apoio para cobrir o **custo de transporte** e alojamento de quem frequentava o centro,
2. Facilitou o desenvolvimento de um sistema de referência,
3. Apoiou **visitas de proximidade e campanhas de informação**. Também doou materiais e componentes para garantir que o Centro tinha os meios para prestar os serviços. Mais de 1.440 beneficiaram dos vários serviços em 2011. O CICV também prestou apoio no local, orientação profissional e bolsas para cursos de P&O e apoiou o Ministério no aumento da sua capacidade para implementar, coordenar e gerir as actividades de reabilitação física.⁽⁶⁾

Em Moçambique, a Handicap International (HI) abriu **centros de reabilitação** na década de 1980, juntamente com o CICV. Durante 15 anos, a HI trabalhou em várias regiões para apoiar o estabelecimento de serviços de Medicina Física e Reabilitação, principalmente centros de P&O e prestar os serviços directamente; foram criados centros de trânsito para hospedar os beneficiários provenientes de zonas remotas e foi desenvolvido um programa de reabilitação comunitária. A organização apoiou uma formação interna continua e institucional dos perfis de reabilitação. Mais tarde, a HI fortaleceu as suas parcerias com as autoridades nacionais para desenvolver o sistema de reabilitação no país através do apoio ao desenvolvimento de políticas, capacitação dos provedores de serviço e advocacia a nível do ministério para alocação de recursos dentro do sector de reabilitação.



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Na melhoria da qualidade de vida:

- Facilitar o **acesso aos serviços de reabilitação** que um sobrevivente ou outra PcD pode necessitar, incluindo terapia física, ocupacional e Fonoaudiologia, aparelhagem ortopédica e manejo da dor.
- Considerar as exigências específicas dos homens, mulheres, raparigas e rapazes relativamente à **concepção, durabilidade e adequação a cada idade** dos dispositivos assistenciais.
- Os serviços de reabilitação, incluindo os meios de compensação, devem **responder às necessidades dos utilizadores e ser adaptados às condições ambientais locais**.
- Garantir o seguimento de todos os utentes dos serviços de reabilitação, em particular das crianças cujas necessidades mudam com frequência à medida que elas crescem.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- Garantir que a **fisioterapia** esteja disponível o mais cedo possível depois do acidente para prevenir complicações, preparar a reabilitação e facilitar o uso dos dispositivos assistenciais.
- Se possível, oferecer dispositivos assistenciais feitos a partir de **materiais locais que sejam produzidos localmente**.
- **Formar** um número suficiente de **profissionais de reabilitação** (fisioterapeutas, técnicos de P&O, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos) de acordo com as necessidades da população e da sua localização geográfica.
- Garantir cuidados de qualidade e formação dos profissionais para benefício dos utentes através do **reconhecimento ISPO** – o padrão global para aparelhagem ortopédica.
- Promover a **disponibilidade, conhecimentos e uso de meios de compensação** para os sobreviventes, outras PcD e as suas famílias.
- Desenvolver **serviços móveis de reabilitação baseada na comunidade**.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- Garantir a reabilitação como **parte integrante da legislação e das políticas de saúde**, em linha com a CRPD ao permitir que as PcD obtenham e mantenham o máximo de independência, em parte através de avaliação multidisciplinar das necessidades e forças individuais.
- Garantir que recursos suficientes sejam alocados para a sua implementação, incluindo nas zonas rurais e remotas.
- Desenvolver uma **rede de reabilitação** com cobertura suficiente, incluindo centros de referência, centros de ortopedia comunitários e equipas móveis.
- **Eliminar taxas e direitos** sobre materiais de reabilitação importados.
- Quando organizações internacionais estão envolvidas na prestação de serviços, garantir que as autoridades nacionais tenham um plano claro para assumir os serviços de reabilitação ao desenvolver os **recursos técnicos, humanos e financeiros** necessários para garantir a sustentabilidade.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados devem ser capazes de demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

➤ Qualidade de vida:

*# de utentes a receber tratamento e dispositivos. *Redução do tempo entre a necessidade e o acesso ao serviço. *# de pessoas a participar activamente no desenvolvimento do seu plano de reabilitação. *# de utentes que reportam aumento da participação social depois do acesso aos serviços de reabilitação. *# de pessoas a usarem o seu dispositivo assistencial um ano depois de o terem recebido pela primeira vez.

➤ Acesso aos serviços:

*Aumento no # de serviços de reabilitação prestados nas zonas rurais e remotas afectadas por minas/ERG. *Nível de credenciação ISPO. *% de serviços de reabilitação com equipamento adequado. *# de serviços que são gratuitos ou acessíveis financeiramente. *# de utilizadores referidos para serviços médicos, sociais ou outros. *# de provedores de serviços que submetem regularmente relatórios sobre critérios de qualidade. (custo, atitude do pessoal e adequação dos dispositivos...). *# de terapeutas e técnicos que participam na formação profissional inicial ou continuada, incluindo mulheres. *# de PcD contratadas para os serviços de reabilitação. *Existência de mecanismos para os utentes dos serviços expressarem as suas exigências. *# de provedores de serviços que incluem os utentes na planificação, monitoria e avaliação do serviço.

➤ Legislação e políticas:

*A reabilitação faz parte integrante da legislação e políticas sobre os cuidados sanitários, em conformidade com os padrões da CRPD. *Existem directrizes para reabilitação física. *Os dados relevantes para tomada de decisões são recolhidos rotineiramente.



EXEMPLO DO PROJECTO: AOS SERVIÇOS DE MEDICINA E REABILITAÇÃO NA ALBÂNIA



© Erika Pineros / Handicap International

Campos Birmaneses na Tailândia, 2011.

Problemas identificados: Os serviços de reabilitação não estavam bem desenvolvidos no país; falta de unidades de formação para profissionais de reabilitação.

Objectivo: Aumentar o acesso igual e sustentável para todos aos serviços de Medicina Física e Reabilitação de qualidade.

Actividades: 1. **Formação e capacitação** dos profissionais de reabilitação. 2. Apoio para o desenvolvimento de **serviços de reabilitação** numa região afectada (Hospital Regional de Kukës). 3. Apoio para o desenvolvimento de uma **política para reabilitação**.

Sustentabilidade: 1. Garantir o apoio dos actores nacionais: Ministério da Saúde, instituições de formação, serviços locais. 2. Capacitação local para formação e formação de formadores. 3. Apoio à definição de um plano de acção nacional para reabilitação.

Indicadores Chave: *Foi adoptada uma estratégia nacional e plano de acção para medicina física e reabilitação *70 fisioterapeutas graduados no programa de licenciatura recentemente criado. *18 médicos concluíram um curso de um ano sobre medicina física e reabilitação. *6 formandos participaram na formação P&O * 399 pessoas receberam os serviços de aparelhagem ortopédica. *Um hospital regional tem uma unidade de reabilitação em bom funcionamento (Serviços de Fisioterapia, P&O). *APcD estão activas a advogar os seus direitos e monitoria do Plano de Acção Nacional para a Deficiência. | **Actores:** Executivo Albanês para Acção Contra Minas, Ministério da Saúde, Faculdade de Enfermagem de Tirana, duas faculdades de Fisioterapia na Bélgica. | **Duração:** Fim de 2005 - 2010 | **Doador:** International Trust Fund | **Implementado por:** HI

Referências (1) OMS, UNICEF, OIT, IDDC. Directrizes RBC, componente Reabilitação. 2010 | (2) OMS, USAID. Documento conjunto de posição sobre 'the provision of mobility devices in less resourced settings'. 2011 | (3) (4) HI. Policy brief: wheelchair mobility and positioning devices. 2012; HI. The sustainability analysis process: the case of physical rehabilitation. 2012 | (5) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012; ICRC. Understanding the concept of physical rehabilitation. 2009 | (6) CICV. Relatório das actividades. 2011; ISPO, LSN. Prosthetics and Orthotics Program Guide: Implementing P&O in low-income settings. 2006; Landmine Survivors Network. Surviving Limb Loss. 2000

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

O QUE É APOIO PSICOLÓGICO E PSICOSSOCIAL?

O apoio psicológico e psicossocial faz parte dos serviços de saúde mental.

Saúde Mental é um estado de bem-estar e felicidade, onde as pessoas reconhecem as suas capacidades, conseguem lidar com o stress normal da vida e do trabalho e contribuem para a vida das suas comunidades. ⁽¹⁾ Está associado a traços da personalidade, tais como resistência, optimismo, capacidade de lidar com dificuldades, controlar a sua vida e auto-estima. ⁽²⁾

As componentes da Saúde Mental são:

- ▶ **Apoio psicológico:** Aconselhamento por profissionais de psicologia e psiquiatria.
- ▶ **Apoio psicossocial:** Actividades culturais, desportivas e de lazer cujo objectivo principal é melhorar o bem-estar psicológico.
- ▶ **Apoio de pares:** A provisão de apoio social e emocional por pessoas que enfrentam situações e desafios similares através de visitas individuais ou grupos de apoio social.

Os serviços de saúde mental são importantes para aqueles que sobreviveram o choque de um acidente com mina/ERG, mas também para a sua família e mais no geral, as comunidades afectadas. No contexto da AV, o **objectivo destes serviços** é prevenir e responder ao sofrimento psicológico nas populações confrontadas a ferimentos causando deficiências e a ameaça de traumas, tais como acidentes com minas/ERG; e para prevenir e responder a distúrbios mentais, tais como o síndrome de stress pós-traumático. Os serviços de saúde mental trabalham directamente com a pessoa, além do seu ambiente. Eles contribuem para garantir que as pessoas consigam encontrar equilíbrio e harmonia no ambiente em que vivem.

Factos Rápidos

- ★ As redes de sobreviventes recebem um **apoio** extremamente **limitado** por parte dos governos nacionais enquanto muitas são os únicos provedores de serviços de saúde mental **na forma de apoio de pares nas regiões afectadas.** ⁽³⁾
- ★ Embora a saúde mental dos sobreviventes seja crucial para o bem-estar, continua descurada pela maioria das políticas e programas.
- ★ Nos países de baixa renda, somente 1,54% do **orçamento para a saúde** é alocado à saúde mental. ⁽⁴⁾

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

- ✓ **CCM:** Art. 5 para. 1 e 2.H. Art. 6 para. 7. Art. 7 para. 1.K.
- ✓ **Plano de Acção Vienciana:** Acções #25 e #28.
- ✓ **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, para. 12. Acção #31.
- ✓ **CRPD:** Art. 19, 25 & 26.

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- ✓ **Associações** de sobreviventes e PcD | **Provedores do serviço:** centros de saúde, grupos de apoio de pares | **Ministérios:** Saúde, Assuntos Sociais | **Organizações internacionais:** OMS, o Comité Inter-Agência em Vigor para Saúde Mental e Apoio Psicológico em Cenários de emergência.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- ▶ A saúde mental, incluindo o apoio psicossocial geralmente **não é considerada uma prioridade** entre outros problemas de saúde.
- ▶ Existem muito **poucos profissionais** nos campos de **psicologia e psiquiatria** nos países afectados onde tendem a estar sedeados nas grandes cidades.
- ▶ Poucos esforços são envidados para incluir a saúde mental nas actividades mais vastas de **promoção e prevenção de saúde** a nível da comunidade.
- ▶ Os esforços de cooperação internacional em AV tendem a colocar **ênfase insuficiente no apoio a programas de saúde mental.**
- ▶ As pessoas que vivem com distúrbios psiquiátricos e as suas famílias geralmente **não estão suficientemente organizadas** para advogar efectivamente para cuidados apropriados.
- ▶ É difícil integrar os **serviços de saúde mental nos serviços primários de saúde** uma vez que os provedores dos serviços primários tendem a já estar confrontados com uma carga laboral excessiva.
- ▶ Os profissionais de saúde mental e provedores de apoio de pares tendem a ser **predominantemente do sexo masculino**, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde mental por parte das mulheres Os serviços de saúde mental para crianças geralmente estão em falta.

PROJECTOS DE SUCESSO EM SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

▶ **No Tajiquistão**, o *Ministério do Trabalho e da Protecção Social da População* liderou esforços de cooperação regional para fortalecimento do apoio psicológico e o apoio de pares. Foram organizadas duas Conferências Regionais sobre *Reabilitação Psicossocial* em Dushanbe, em cooperação com o *Centro de Acção Contra Minas do Tajiquistão (TMAC)* e o Programa das Nações Unidas para apoio à Deficiência no Tajiquistão. Os membros de organizações de sobreviventes Tajik também participaram num seminário de formação de uma semana sobre apoio de pares pela *Organização de Sobrevivente de Minas Terrestres no Afeganistão* em Cabul, Afeganistão. O TMAC e o PNUD também deram apoio a duas ONGs recentemente criadas geridas por sobreviventes em Dushanbe e Khujand que promovem o apoio de pares. ⁽⁵⁾

▶ **No Uganda**, o *Ministério da Mulher, Trabalho e Desenvolvimento Social* produziu o kit "*Apoio Psicossocial para Sobreviventes de Minas Terrestres e ERG: Um manual de formação para trabalhadores de desenvolvimento a nível da comunidade.*" O manual é usado para formar Trabalhadores de Desenvolvimento Comunitário e Oficiais de Reabilitação nas comunidades afectadas. ⁽⁶⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- › Fornecer sessões de psicoterapia individual, criar equipas multidisciplinares, grupos de discussão terapêutica, apoio de pares e actividades culturais, desportivas e de lazer terapêuticos nas comunidades afectadas que tenham um **impacto positivo** sobre a saúde mental das vítimas.
- › Juntamente com os sobreviventes e PcD, criar um **plano de tratamento personalizado** que responda às necessidades específicas e expectativas de cada pessoa.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- › Prestar apoio técnico, financeiro e organizacional para **associações comunitárias** novas e existentes que prestem serviços de saúde mental, em particular apoio de pares. Este tipo de apoio frequentemente é o serviço de proximidade mais eficaz disponível para as vítimas e PcD nas zonas rurais.
- › Formar, apoiar e supervisionar os trabalhadores comunitários e assistentes sociais, conselheiros psicossociais e outras pessoas que prestem serviços de saúde mental **para melhorar a sua prática**.
- › Criar e fortalecer **sistemas de referência** para que as pessoas com problemas de saúde mental e sofrimento psicológico sejam referidas para os serviços necessários.
- › Encorajar a criação de **fóruns de discussão e coordenação** que incluam psicólogos e psiquiatras, assistentes sociais, PcD, vítimas e as suas famílias com o objectivo de facilitar uma troca de práticas especificamente associadas às dificuldades enfrentadas pelas vítimas.
- › Apoiar a criação de uma **associação nacional de trabalhadores de saúde mental**.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- › Em conformidade com a CRPD, as autoridades devem desenvolver **políticas que garantam o respeito pela integridade mental** das pessoas com problemas psicológicos e psiquiátricos em todos os sectores do serviço público.
- › Toda política de saúde pública deve conter um **capítulo significativo sobre saúde mental**, abrangendo a prevenção, cuidados e seguimento e incluir acções específicas que contribuam para remover o estigma associado a doenças mentais.
- › As políticas devem reforçar o papel dos **doentes e da sua família** como intervenientes no sistema de saúde no seu próprio direito, juntamente com os profissionais de saúde.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados deveriam ser capazes de **demonstrar mudança**. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um **impacto positivo na qualidade de vida**.

› Qualidade de vida:

*Aumento do # de auto-referências pelas vítimas e PcD que vivem com sofrimento psicológico ou distúrbios psiquiátricos para os serviços de saúde mental. *Redução na prevalência de distúrbios psiquiátricos ou sofrimento psicológico. *Maior participação das vítimas e PcD em actividades culturais, desportivas e de lazer importantes para elas.

› Acesso aos serviços:

*Melhor acesso para pessoas que sofrem de problemas psicológicos e/ou distúrbios mentais para prevenção, rastreio e serviços de saúde mental. *Aumento da saúde, instituições sociais e associações locais que garantem a continuidade dos cuidados para as vítimas e PcD com distúrbios psiquiátricos e/ou psicológicos. *Aumento no # de profissionais de saúde mental por 100.000 habitantes. *Aumento no # de trabalhadores de comunitária para saúde mental que cubram zonas rurais e remotas. *Aumento no # de grupos de pares num determinado território. *Aumento no # de trabalhadores de comunitária para saúde mental. *Aumento do # de vítimas e PcD formadas em apoio de pares.

› Legislação e políticas:

*Abolição de toda a legislação e políticas que sejam discriminatórias para as pessoas com deficiência mentais. *Maior número de instrumentos para monitoria e avaliação do sistema de gestão nacional de saúde mental. *Existência de políticas nacionais para saúde mental em conformidade com a CRPD ou um plano nacional para saúde mental com legislação relevante, decretos e orçamentos para implementação.



EXEMPLO DE PROJECTO: APOIO DE PARES EM EL SALVADOR ⁽⁷⁾



© Jesus Martínez

Educador de Pares em El Salvador, Rede de Sobreviventes e PcD

Problema identificado: Exclusão social e pobreza absoluta das PcD e suas famílias, incluindo sobreviventes de conflito armado.

Programas implementados pela 'Vermelha': 1. Acesso a **Saúde:** promoção da **saúde mental** (auto-estima e auto-gestão), reabilitação (dispositivos de mobilidade) e prevenção (nutrição, prevenção de doenças infecciosas). 2. Apoio ao **Emprego Decente:** formação profissional e capital inicial. 3. Promoção do **Empoderamento Social:** formação sobre deficiência e direitos humanos, liderança, advocacia e quadros legais; fortalecimento das organizações comunitárias de base e consciencialização a nível nacional.

Actividades: Apoio de pares: Uma PcD apoia outra com base nos conhecimentos, capacidades e em experiências pessoais similares. A Vermelha possui uma equipa de trabalhadores de campo com deficiência que visita outras PcD para compreender as suas necessidades e definir um plano de acção pessoal de acordo com as prioridades, potencial e ambiente da pessoa. A Vermelha afirma que embora o apoio de pares certamente contribua para melhoria da saúde mental, não deve ser visto como um substituto para o apoio psicológico profissional.

Sustentabilidade: O apoio de pares tem tido muito êxito na melhoria do bem-estar psicológico e socioeconómico; Ele promove a sustentabilidade de três formas: 1. **As próprias PcD recebem formação** e melhoram os seus conhecimentos e capacidades, e **partilham-nos com os seus pares**. 2. As PcD podem usar o apoio de pares com o principal objectivo de **promover a auto-estima e o bem-estar psicológico**, e também como uma metodologia para prestar apoio num **sector específico** (ex. emprego ou saúde). 3. **O Empoderamento colectivo** é fortalecido através das associações locais de PcD para campanhas de advocacia e consciencialização.

Indicadores Chave: Cerca de 700 PcD formadas anualmente pelos seus pares em tópicos de saúde, direitos humanos e de gestão de negócios; 100 PcD receberam apoio para iniciarem projectos de auto-emprego. Em 2012, 160 pessoas receberam dispositivos de mobilidade. Estes indicadores dizem respeito às PcD (incluindo sobreviventes) – enquanto, um número maior beneficia de facto, tal como os familiares. | **Doadores:** Governo da Noruega, InterAmerican Foundations, Fundação Provitimis.

Referências ⁽¹⁾ OMS. *Investing in Mental Health*. 2003 | ⁽²⁾ ⁽⁴⁾ HI. *Mental Health Policy Paper*. 2012 | ⁽³⁾ ⁽⁵⁾ ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012

⁽⁶⁾ GICHD. *Assisting Landmine/REG survivors in the context of disarmament, disability and development*. 2011 | ⁽⁷⁾ Fundación Red de Sobrevivientes y Personas con Discapacidad.. *Emails do Jesús Martínez, Director*. April 2013 ; FICV, Centro de Referência para o apoio Psicossocial. *Psychosocial Interventions : A handbook*. 2009 ; OMS, UNICEF, OIT, IDDC. *Directrices RBC, componente Saúde*. 2010

O QUE É A EDUCAÇÃO?

O **objectivo da educação** é garantir que **todas as pessoas possam aprender** aquilo que precisam e desejam ao longo das suas vidas. **Educação inclusiva é um processo** para aumentar a participação na Educação, numa forma que responda efectivamente às necessidades individuais de todos os alunos, incluindo raparigas, rapazes e pessoas **em situações de vulnerabilidade** (tais como vítimas e crianças com deficiência - CcD). **A Educação Inclusiva** constitui ele próprio um direito e uma forma de facilitar a realização de outros direitos (tais como o acesso a saúde, emprego e participação política). A educação contribui para o bem-estar das pessoas, suas famílias e suas comunidades.

Componentes da educação: ⁽¹⁾

- **Cuidados e educação na primeira infância:** Foca-se na sobrevivência e desenvolvimento, incluindo saúde, nutrição e higiene (3 a 6 anos).
- **Ensino primária:** Primeiro estágio da escolaridade, deve ser gratuito e obrigatório para todos (6 a 15 anos).
- **Ensino secundário e superior:** Para além do nível obrigatório, um portal para uma vida produtiva e realizada (15 a 24 anos).
- **Educação informal:** Gama variada de iniciativas de educação na comunidade, tais como ensino domiciliar e iniciativas lideradas pela comunidade.
- **Aprendizagem continuada:** Tem lugar ao longo de todo o ciclo de vida e foca-se nos conhecimentos e habilidades necessários para o emprego.

Factos Rápidos

- ★ **42% das vítimas de minas/ERG são crianças.** ⁽²⁾
- ★ Nas situações de conflito, os rapazes podem ser recrutados como crianças soldado e faltar à escola. Pelo menos 5% destes rapazes terão **impedimentos** e serão **demasiado grandes** para frequentar a escola primária no fim do conflito. ⁽³⁾
- ★ Cerca de 72 milhões de crianças são **excluídas** da educação em todo o mundo. Um terço delas são CcD. ⁽⁴⁾
- ★ O nível de pobreza de um determinado agregado familiar frequentemente influencia a matrícula das crianças na escola. Nos agregados familiares pobres, ou naqueles que enfrentam traumas, **frequentemente são as raparigas as primeiras a deixar de ir à escola.**

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

- / **CCM:** Implícita nas componentes de inclusão social e económica.
- / **Plano de Acção Vienciana:** Acções #23, #28. | **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, para. 12. Acção #31. | **CRPD:** Art. 24 & 26
- / **Convenção sobre os Direitos da Criança:** Artigo 28. | **ODM #2.**
- / **UNESCO** metas de Educação para Todos.

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- / **Associações** de sobreviventes, PcD e CcD, APcD, associações de pais, estudantes e professores | **Provedores do serviço:** As escolas ordinárias e especiais, organizações que oferecem educação informal e não formal, associações de professores, institutos de formação de professores | **Ministérios:** Educação, Saúde, Assuntos Sociais
- / **Organizações internacionais:** UNESCO, UNICEF.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- **Falta de compreensão** da família do benefício da frequência do ensino para a CcD, em parte em consequência da falta de apoio dentro da família e da comunidade.
- **Nenhuma legislação específica** para promover a educação inclusiva e nenhuma legislação que imponha que a CcD deve frequentar a escola.
- **Falta de uma estratégia geral para a educação** a nível da comunidade, com poucas ou nenhuma conexão com outras formas de educação.
- **Estereótipos negativos** das raparigas e outros grupos marginalizados, tais como crianças sobreviventes e outras CcD que limitam ainda mais o acesso à educação.
- A falta e **má qualidade da formação dos professores** – como consequência, eles podem ter apenas um nível de ensino básico e nenhuma exposição ou formação sobre como garantir que todas as crianças possam acompanhar as aulas e ser incluídas na escola e na vida da comunidade.
- Falta de **material didáctico apropriado** e outro equipamento para o ensino.
- **“Incapacidade de aprendizagem”** considerada “culpa” da criança, em vez de um problema com o sistema de educação.
- **Falta de higiene, segurança** e acesso a **instalações de saneamento** nas escolas frequentemente leva a uma elevada taxa de desistência, particularmente para as raparigas com deficiência.

PROJECTOS DE ÊXITO SOBRE EDUCAÇÃO INCLUSIVA

➤ **Em El Salvador**, funcionários da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) trabalharam com a CcD usando **métodos centrados no formando**, incluindo jogos. Depois de um ano, os professores ficaram convencidos que a inclusão era possível quando fossem adoptados métodos de educação inclusiva. O programa RBC ofereceu **formação** para estes formandos num distrito em particular e pagou a um professor itinerante para prestar apoio regular no local. A escola estabeleceu o primeiro sistema inclusivo em El Salvador; o *Ministério da Educação* pagou a formação e salário de **3** professores itinerantes para cobrirem todas as escolas primárias nesse distrito. ⁽⁵⁾

➤ **No Sri Lanka**, um programa local de **RBC** identificou um número de CcD. O director de uma pré-primária mostrou interesse em incluí-los, mas disse que os professores não estavam capacitados. O programa identificou **recursos nacionais** que forneceram formação sobre educação inclusiva e **patrocinaram** a participação dos professores. Professores, trabalhadores de RBC, pais e CcD conceberam um **plano para inclusão** e também trabalharam com outras crianças e seus pais na sensibilização e para garantir que todos contribuíam para o processo. ⁽⁶⁾

➤ **No Togo**, a HI em parceria com a *Federação Togolesa de APcD* e com o *Ministério da Educação*, **deu apoio personalizado para a CcD** ter acesso à educação, realizou sensibilização entre pais e comunidades, fortaleceu ligações entre as escolas especiais e ordinárias, formou professores na área de educação inclusiva e prestou apoio técnico para melhorar a acessibilidade das escolas e das suas metodologias e instrumentos de educação. Uma equipa de professores móveis e directores de escolas foram formados em educação inclusiva, Braille e Língua de Sinais. Em consequência, 16 escolas tornaram-se fisicamente acessíveis, 949 CcD tiveram acesso aos serviços médicos e de reabilitação para melhorar a sua autonomia e 318 CcD, que previamente não frequentavam a escola foram matriculadas. Foi lançado um **grupo de trabalho nacional** para a educação inclusiva. ⁽⁷⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- › Oferecer **apoio directo à CcD** para permitir que frequentem a escola: identificação de CcD, mecanismos de referência, apoiar o acesso aos serviços de saúde, reabilitação e serviços sociais que elas podem necessitar para facilitar a sua participação na escola.
- › **Trabalhar juntamente com os familiares** para garantir que saibam em termos práticos como apoiar a criança a ter acesso e a permanecer na escola.
- › **Sensibilizar** os membros da comunidade e professores sobre questões de deficiência e direitos para desmantelar atitudes e práticas discriminatórias.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- › **Questionar atitudes** que consideram a CcD como o “problema” em vez de procurar por barreiras externas para a participação da criança.
- › Implementar **medidas de acessibilidade** na escola em termos de estrutura física, meios de comunicação e acesso a informação.
- › Criar ligações entre as **escolas ordinárias e “especiais”** onde estas existem.
- › Formar grupos de escolas que partilhem **professores-recursos itinerantes** formados sobre educação inclusiva e que possam partilhar boas práticas e recursos entre as diferentes escolas e fornecer apoio regular no local.

Para melhorar a legislação e políticas:

- › Garantir que toda a legislação e políticas relativas ao ensino sejam inclusivas da CcD e em **conformidade com a CRPD**, isto é: *Complementar o **currículo de formação de professores** para incluir também metodologias e técnicas sobre educação inclusiva. Conceber um sistema de educação de forma a permitir que forme, recrute e empregue com êxito **professores com deficiência**. *Capacitar dentro do Ministério da Educação para a **concepção de políticas inclusivas**. *Adoptar **normas de acessibilidade** para as escolas.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

› Qualidade de vida:

*Redução da taxa de abandono escolar entre CcD, comparada à taxa média. *# de CcD que frequentam a escola. *# de CcD que registam maior participação nas actividades desportivas e recreativas. *Melhoria no progresso social e académico da CcD. *# de CcD que completam o ensino primário. *# de CcD com acesso à escola primária nas zonas rurais e remotas (ensino formal, escolas móveis...). *# de PcD envolvidas no sistema da educação como modelos, professores ou decisores.

› Acesso aos serviços:

*# de professores formados em como incluir a CcD no ensino ordinário. *# e tipos de instrumentos de ensino acessível disponíveis. *# de escolas que implementam padrões de acessibilidade, incluindo para instalações sanitárias. *# de sessões de sensibilização para a deficiência para todas as crianças na escola receberem a CcD como pares. *Mudança positiva nos conhecimentos e atitudes dos professores e membros da comunidade relativamente à educação inclusiva. *Existência de mecanismos de coordenação que envolvam as autoridades nacionais, professores, pais, associações de pais e APcD.

› Legislação e políticas:

*O Ministério da Educação gera estatísticas sobre o número de CcD na escola. *Mudança nos Conhecimentos-Atitudes-Práticas dos decisores no sistema educacional. *Existência de planos de acção para educação inclusiva (a nível local, nacional, regional) de acordo com a CRPD.



EXEMPLO DE PROJECTO: EDUCAÇÃO INCLUSIVA PARA A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA NA ETIÓPIA



© S. Bonner / Handicap International

Freetown, centro da Cidade, Serra Leoa, 2007.

Problema identificado: A CcD enfrenta barreiras físicas, atitudes e de comunicação para frequentar e permanecer na escola.

Principais Objectivos: Reforçar as capacidades dos professores e outros provedores de serviços de educação para incluir a CcD nos seus programas. 2. Sensibilizar as famílias de CcD sobre o benefício da educação para os seus filhos.

Actividades: 1. **Capacitação** dos professores e outros actores relevantes para melhorar a qualidade da instrução para a CcD. 2. Promoção de um **papel mais activo para as APcD** no ensino inclusivo. 3. Actividades de **sensibilização** entre famílias de CcD. 4. **Apoio técnico** para as escolas desenvolverem ou melhorarem características de acessibilidade, equipamento e materiais de formação adaptados. 5. Identificação e disseminação das **lições e melhores práticas** com o Ministério da Saúde e com a USAID para promover a expansão e réplica.

Sustentabilidade: Projecto baseado no sistema e escolas da educação nacional e regional. Forma oficiais do governo para a educação, professores locais e membros de APcD para que tenham melhores conhecimentos e habilidades mesmo depois do término do projecto. Garante ligações com o Ministério da Educação e vai disseminar as lições e boas práticas para promover a réplica e servir de base para a definição de políticas.

Indicadores Chave: A meio do projecto: 6 escolas foram submetidas a auditoria da acessibilidade e executaram as adaptações recomendadas; 80 professores melhoraram as suas práticas depois da formação; 80 oficiais do Gabinete do Trabalho e Assuntos Sociais e do Gabinete Regional para a Educação aumentaram os seus conhecimentos sobre instrumentos, métodos e abordagens de educação inclusiva; 210 membros de APcD melhoraram as suas habilidades para apoiar a CcD e PcD no acesso à educação.

Duração: Dois anos (em curso). | **Implementado por:** HI, parceiros: Ministério da Educação e APcD.

Doadores: USAID, Cooperação Charleville-Mezières.

Referências (1) EFA Global Monitoring Report. 2010 | (2) ICBL-CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | (3) (4) (5) (6) OMS, UNICEF, OIT, IDDC. Directrices Reabilitação Baseada na Comunidade, componente Educação. 2010 | (7) HI. Le système d'enseignants itinérants – projet Education Inclusive au Togo. 2011; World Vision UK. Education's Missing Millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. 2007; Atlas Alliance. Inclusion Education where there are no resources. 2002; HI. Lessons learnt for the inclusive education of disabled children in Cambodia. 2009; HI. Inclusive Education Policy Paper. 2012; UNESCO. Embracing Diversity: Toolkit for creating learner-friendly environments. 2004; Overcoming Exclusion through Inclusive Approaches in Education. 2003; Understanding and Responding to Children's Needs in Inclusive Classrooms: A Guide for Teachers. 2001

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

O QUE É INCLUSÃO SOCIAL?

Inclusão social é o resultado de apoiar-se uma pessoa a orientar a sua vida e a realizar as suas metas, encontrar um lugar dentro da família e participar na vida comunitária. Pode ser vista como demasiado “difícil” ou desnecessária, mas a **inclusão social** frequentemente é a base fundamental da qualidade de vida, uma vez que gera um sentido de dignidade humana, pertença e valor próprio.

O **objectivo das actividades de inclusão social** é aumentar a auto-suficiência da pessoa ao obter mais informação sobre ela própria e como mobilizar os seus próprios recursos, quer internos e externos (ex. Família, vizinhos, comunidade). Valoriza a cada pessoa e promove princípios de desenvolvimento humano, onde as pessoas assumem um papel activo no processo de planificação da sua vida.

As principais componentes da inclusão social são: ⁽¹⁾

- ▶ **Acompanhamento Social Personalizado:** Provisão de orientação personalizada para ajudar uma pessoa a reduzir as suas barreiras físicas, sociais e emocionais enfrentadas no esforço de aumentar a participação numa área seleccionada da sua vida; e desenvolver um projecto para engajar num papel social ou actividade quotidiana que seja importante para a pessoa (ex. ser estudante ou mãe, cuidar da casa, trabalhar).
- ▶ **Relacionamentos e vida familiar:** Garantir que as pessoas têm relacionamentos positivos ao mudarem atitudes negativas por parte da família e da comunidade. Também tem o objectivo de prevenir e abordar a violência contra as vítimas e PcD.
- ▶ **Cultura, desporto e lazer:** Melhorar a participação nestas actividades como veículo para expressão pessoal, bem-estar e saúde; contribuir para questionar atitudes negativas na comunidade e sensibilizar sobre os direitos e capacidades das vítimas e PcD.

Factos Rápidos

- ★ Os sobreviventes enfrentam **exclusão social** ou são abandonados depois do acidente devido às crenças dominantes na comunidade (ex. que a pessoa traz má sorte).
- ★ Muitas PcD são excluídas dos relacionamentos e da vida familiar em consequência das atitudes negativas
- ★ A mulher com deficiência tem uma taxa de casamento mais baixa do que o homem com deficiência.
- ★ A mulher e a rapariga com deficiência estão particularmente **vulneráveis ao abuso e estupro** nas suas famílias e comunidades.

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

- /// **CCM:** Art.5, para. 1; Art.6, para. 7.
- /// **Plano de Acção Vienciana:** Acções #25, #28.
- /// **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, para. 12.
- /// **CRPD:** Art. 19, 21, 23, 28, 30.

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- /// **Associações** de sobreviventes e PcD (APcD); suas famílias, amigos e vizinhos.
- /// **Provedores do serviço:** Serviços sociais e de saúde.
- /// **Ministérios:** Assuntos sociais, Mulheres e Crianças/Género, Jovens & Desportos...
- /// **Organizações internacionais:** Federação Internacional dos Trabalhadores Sociais.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- ▶ Muitas vítimas e PcD **carecem de informação** sobre os serviços existentes. Mesmo quando há informação disponível, frequentemente não é suficiente. A maioria das vítimas e PcD, em particular as mais vulneráveis, requerem **acompanhamento personalizado** para serem empoderadas e continuarem com a vida, aproximarem-se e receberem os serviços de que necessitam.
- ▶ Em consequência de estarem excluídos da vida quotidiana, as vítimas e PcD frequentemente têm **pouca auto-estima** que reforça o ciclo de exclusão em consequência da sua reticência em participar nas actividades e eventos sociais.
- ▶ As crianças com deficiência, incluindo crianças sobreviventes podem **não receber amor**, afecto, estímulo e oportunidade em **igualdade** com as outras crianças.
- ▶ As mulheres com deficiência, incluindo mulheres sobreviventes, **frequentemente são excluídas** de determinados papéis sociais, tais como casamento e papel parental. Elas frequentemente enfrentam a dupla discriminação em consequência de serem mulheres e com deficiência.
- ▶ **Os familiares** podem sentir que têm parentesco com uma pessoa com uma deficiência que traz vergonha, portanto eles não encorajam nem permitem a sua participação nas actividades culturais, desportivas, de lazer e outras actividades sociais.
- ▶ As APcD, onde ser membro é uma forma de aumentar a participação social, podem involuntariamente **discriminar** contra a mulher com deficiência uma vez que homens com deficiência tendem a liderar as APcD, deixando pouco ou nenhum espaço para a voz das mulheres com deficiência.

PROJECTOS DE ÊXITO QUE PROMOVEM A INCLUSÃO SOCIAL

▶ Na **Bósnia e Herzegovina**, as **actividades desportivas** e de lazer foram reconhecidas como uma forma de facilitar a inclusão social e o bem-estar psicológico das PcD. Existem clubes de voleibol sentado, basquetebol em cadeira de rodas, futebol e atletismo para e inclusivo de homens e mulheres com deficiência. Na República Sérvia, o *Secretariado para a Juventude e Desportos* tem uma pessoa focal para promover a actividade desportiva e física para PcD. O governo tem um orçamento anual para desportos inclusivos. ⁽²⁾

▶ Em **Moçambique**, em 2011 a *RAVIM* (Rede de Assistência as Vítimas de Minas) e a HI, em coordenação com o *Ministério da Mulher e Acção Social* e o *Instituto Nacional de Acção Social*, estão a implementar um projecto para facilitar a **inclusão social** de PcD e CcD. Até à data, 328 pessoas, das quais 118 são crianças, foram identificadas, apoiadas para definir as suas necessidades e prioridades, e referidas para serviços acessíveis. Além disso, foram formados 65 provedores de serviços na área de acessibilidade, direitos das PcD e sobre quais passos dar para facilitar o acesso das PcD aos serviços de saúde e sociais.



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- Apoiar as vítimas e PcD para identificar as suas **necessidades, aptidões, prioridades, recursos e interesses** e desenvolver e Implementar um plano de acção exequível para atingir as suas metas (ex. educação, emprego, vida social).
- Apoiar as vítimas e PcD a identificarem **oportunidades para participarem** na vida comunitária (ex. Aderirem a grupos locais, tais como associações de sobreviventes, APcD ou outros para a população geral).
- **Trabalhar com as famílias** para que saibam a melhor forma de apoiar e empoderar um familiar com deficiência e como advogar juntos pelos seus direitos.

Para melhorar o acesso aos serviços e actividades sociais:

- Identificar agentes polivalentes que possam ser formados para prestar **acompanhamento social personalizado a nível local** (RBC, assistentes sociais e trabalhadores de saúde, outros...)
- Incluir acompanhamento social personalizado como **parte do programa de formação regular** dos assistentes sociais e trabalhadores de saúde.
- Identificar, mapear e disseminar **informação sobre os serviços** na comunidade.
- Apoiar aos provedores de serviço para garantir que as vítimas e PcD possam aceder aos seus serviços.
- Trabalhar com **líderes na comunidade** para encorajá-los a consciencializarem a população sobre os direitos das vítimas e PcD; para questionarem a discriminação; e criarem oportunidades para discussões sobre a deficiência na comunidade.
- Trabalhar com **associações** para que fiquem interessadas e estejam informados sobre como incluir as PcD nas suas actividades, em particular grupos de mulheres para que mulheres com deficiência sejam incluídas nas suas actividades.
- Formar **associações desportivas e culturais** sobre os direitos das PcD e sobre fáceis adaptações para o seu equipamento, regras do jogo e instalações físicas.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- Incluir acompanhamento social personalizado, actividades culturais, desportivas e de lazer inclusivas, além dos elementos-chaves relativos à vida comunitária **nos planos de acção nacionais** para assistir às vítimas e área da deficiência.
- Em conformidade com a CRPD sobre liberdade de expressão e opinião, garantir a **voz das PcD** é levada em conta nos fóruns políticos.
- Encorajar e informar aos actores locais, nacionais e internacionais sobre como incluir as vítimas e PcD nas suas **políticas e programas culturais, de lazer e desportivos**.
- Realizar uma revisão da legislação e políticas actuais que podem conter **abordagens discriminatórias ou barreiras** para a inclusão social das PcD.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

➤ Qualidade de vida:

- *# de pessoas a desenvolver um plano de acção pessoal.
- *# de pessoas que alcançam os objectivos dos seus planos.
- *# de pessoas que reportam maior participação na tomada de decisões dentro das suas famílias. *# de pessoas que reportam maior participação nas actividades sociais que elas apreciam. *# de pessoas a participar nas actividades culturais, desportivas ou de lazer.

➤ Acesso aos serviços e actividades sociais:

- *# de pessoas a receber acompanhamento social personalizado.
- *# membros da comunidade ou líderes que aceitam que a PcD pode casar e ter filhos. *# de famílias que encorajam e apoiam que os seus membros com deficiência socializem e criem relacionamentos fora da casa. *# de centros espirituais e religiosos que contam PcD como membros. *# de locais culturais, desportivos ou de lazer que tomam medidas para atrair PcD. *# de centros culturais, desportivos e de lazer que adaptam o seu equipamento/comunicação/estrutura ou regras do jogo para incluir PcD.

➤ Legislação e políticas:

- *Políticas e programas culturais, lazer e desportos são especialmente inclusivos das PcD. *Recursos nacionais são mobilizados para Implementar políticas culturais, desportivas e de lazer inclusivas. *A discriminação com base na deficiência foi abolida na lei de família. *As políticas indicam como adaptar com segurança as actividades, equipamento e para os locais serem inclusivos.



EXEMPLO DE PROJECTO: INCLUSÃO SOCIAL DAS VÍTIMAS NO UGANDA



Projecto « Criança Feliz » para mãe e filho
Siem Reap, Camboja

Problemas identificados: Vítimas e PcD enfrentam barreiras importantes para participar na vida social e laboral em igualdade com as outras pessoas. | **Objectivos Principais:** 1. Apoiar as autoridades a cumprirem as suas obrigações de AV e em conformidade com o MBT e o Plano de Acção de Cartagena. 2. Identificar as vítimas nas duas regiões mais afectadas e melhorar o seu acesso aos serviços sociais e meios de subsistência. | **Actividades:** A) **Política:** Melhorar a coordenação da AV ao organizar workshops com múltiplos actores com o Ministério da Mulher, Trabalho e Desenvolvimento Social. B) **Acompanhamento personalizado:** Prestar acompanhamento individual para permitir que as vítimas definam as necessidades e prioridades e desenvolvam um plano para atingir os seus objectivos. C) **Acesso aos serviços:** Fazer o reconhecimento dos serviços de saúde, psicológicos e de meios de subsistência a apoiá-los para se tornarem acessíveis (sensibilização e formação). Dentro das actividades sociais, foi dado foco às actividades **desportivas e de lazer**, que foi uma prioridade para os grupos de auto-ajuda. D) **Empoderamento:** Apoiar os grupos de auto-ajuda para iniciar e melhorar as suas capacidades e actividades associadas ao desporto e lazer (adaptações simples das regras e equipamento desportivo e torná-los acessíveis). | **Sustentabilidade:** Com base em vários elementos, incluindo: 1. Responder às necessidades identificadas do Ministério e mobilizar os actores locais 2. Melhorar a coordenação nacional ao mobilizar vários actores nacionais através de seminários. 3. Formar aos provedores de serviços sociais e meios de subsistência e grupos de auto-ajuda nas zonas alvo para garantir que sejam acessíveis para além da duração do projecto. 4. Prestar apoio pessoal para garantir uma melhoria na qualidade de vida das vítimas. | **Indicadores Chave:** * foram identificadas 2448 vítimas e 1230 PcD. *900 vítimas e PcD receberam acompanhamento social pessoal. Um estudo de impacto avaliou a ingestão de alimentos, condições de habitação, poupanças, habilidades, cuidados pessoais e mobilidade no fim do projecto: 93% dos inquiridos afirmaram que pelo menos uma destas 5 dimensões melhoraram e 24% reportaram melhorias em 4 ou 5 dimensões. *20 provedores de serviços tornaram-se mais inclusivos para sobreviventes e outras PcD. *20 grupos de auto-ajuda receberam formação para melhoria das suas actividades sociais. *4 reuniões de coordenação a nível nacional e 1 a nível local. | **Duração:** 18 meses | **Implementado por:** HI; parceiros: Associação de Sobreviventes de Minas, Uganda, MoGLSD. | **Doador:** AusAid.

Referências (1) HI. *Acompanhamento social personalizado: Reflexões, método e ferramentas de uma abordagem em trabalho social de proximidade*. 2010

(2) GICHD. *Assisting Landmine/ERG survivors in the context of disarmament, disability and development*. 2011; Intl Association of Schools of Social Work. *Social work in the context of political conflict*. 2008; Inclusion International. *Supporting children with disability- parent and family information kit. Right to Play. Harnessing the power of sport for development: recommendations to governments*. 2008; OMS, UNICEF, OIT, IDDC. *CBR Directrices RBC, componente Inclusão Social*. 2011

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

O QUE É INCLUSÃO SOCIAL?

Inclusão económica significa que todas as pessoas, sem discriminação, podem beneficiar, participar e contribuir para o desenvolvimento económico das suas comunidades. O seu **objectivo** é garantir que todas as pessoas tenham rendimento suficiente para garantir padrões de vida adequados através do emprego e protecção social. Aumenta o rendimento de uma pessoa e da sua família, e melhora a participação social e bem-estar psicológico. A inclusão económica beneficia uma única pessoa, como também o desenvolvimento colectivo da sua família e comunidade. A maioria das vítimas e PcD mencionam a inclusão económica como sua primeira prioridade.

As principais componentes da inclusão económica são: ⁽⁴⁾

A) Emprego:

- **Auto-emprego:** Uma pessoa que trabalha para si própria e não para um patrão. Frequentemente é a principal opção disponível nos países de baixa renda, mas não é a melhor para todos.
- **Trabalho assalariado:** Uma pessoa realiza um trabalho remunerado ao abrigo de um contrato. O emprego requer **desenvolvimento de habilidades:** Aptidões técnicas e profissionais, aptidões de gestão de empresas e habilidades de vida (definição de metas, gestão de tempo, comunicação...). Além disso, **serviços financeiros** (poupanças, crédito, seguros e transferências de dinheiro) são de particular importância para o auto-emprego.

B) Social protection: compreende a segurança e assistência social e é composta por medidas que fornecem uma rede de segurança para pessoas em situação de vulnerabilidade e que garante os padrões mínimos de vida, incluindo alimentação, vestuário, habitação, água e saneamento.

Factos Rápidos

- ★ Um inquérito a 1,645 sobreviventes em 26 países demonstrou que a **inclusão económica é o sector em que a maioria diz que a sua situação piorou com os anos**. 74% afirmou que o rendimento do agregado familiar era insuficiente. ⁽¹⁾
- ★ **Menos de 20% das PcD trabalha**. A sua exclusão do trabalho priva as sociedades de até 1,94 biliões de USD por ano (valor anual total do PIB mundial perdido com relação à deficiência). ⁽²⁾
- ★ **82% das PcD vivem com menos de 1 \$/dia**. ⁽³⁾
- ★ 80% das PcD vivem em **zonas rurais isoladas**.
- ★ **As mulheres com deficiência têm 50% menos probabilidade de conseguir emprego** do que os homens com deficiência. ⁽⁴⁾

QUADRO LEGAIS E POLÍTICA

- / **CCM:** Art.5, para 1 & 2.H. Art.6, para 7. Art. 7, para 1.K.
- / **Plano de Acção Vienciana:** Acções #25 e #28.
- / **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, para. 12. Acção #31.
- / **CRPD:** Art. 27, 24. MDG #1.
- / **Convenção 159 do OIT, Reabilitação Vocacional e Emprego**

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- / **Associações** de sobreviventes e PCD | **Provedores de serviços:** Centros de formação vocacional, Serviços de Desenvolvimento de Empresas, provedores de micro-finanças, serviços sociais, centros de emprego, Câmaras do Comércio, sindicatos, grupos empresariais, empregadores públicos e privados, ONG e outras associações que trabalham com desenvolvimento de meios de subsistência e empreendedorismo. | **Ministérios:** Trabalho, Agricultura, Assuntos Sociais, Finanças e/ou autoridade relevante para Micro-finanças, Desenvolvimento e Planificação, Gabinete para Redução da Pobreza | **Organizações internacionais:** OIT.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- Os programas de emprego frequentemente **focam-se nas zonas urbanas** ou peri-urbanas, em vez das zonas rurais e isoladas onde vive a maioria das vítimas e PcD.
- Os programas podem focar-se em **facilitar o acesso a um serviço** (ex. centros de formação) em vez que olhar para todos os serviços globalmente as pessoas podem precisar de desenvolver uma actividade económica com êxito (micro-finanças, apoio a criação de empresas, ligação aos mercados...)
- **A formação vocacional nem sempre é orientada pelo mercado.**
- Há poucos conhecimentos sobre como **adaptar o local de trabalho à PcD**, enquanto ser criativo e recolher ideias junto de outras PcD na comunidade frequentemente é suficiente se não houver apoio profissional no local.
- **Os preconceitos continuam fortes** entre as famílias, empregadores e provedores de serviços relativamente às habilidades e competitividade das vítimas e PcD. É necessária orientação profissional a longo prazo para mudar os conhecimentos, atitudes e práticas, mas tende a faltar.
- Projectos de inclusão económica podem **negligenciar** possibilidades de **trabalho assalariado**.
- **Os mecanismos governamentais de protecção social** são mínimos nos países de baixa renda.
- Frequentemente, os programas de inclusão económica **não incluem uma análise de género**, o que pode levar ou reforçar a discriminação contra a mulher.
- **As famílias de pessoas mortas por minas/ERG** são frequentemente negligenciadas pelos programas de subsistência.

PROJECTOS DE ÊXITO EM INCLUSÃO ECONÓMICA

▶ **Na Etiópia**, o *Centro para a Deficiência e Desenvolvimento* (ECDD) apoiado pela OIT, oferece **formação sobre deficiência para organizações comerciais, industriais e do sector público**. Nas zonas rurais trabalha com a DECSI, um provedor de micro-finanças. O DECSI agora inclui a PcD como resultado de investigação, advocacia e formação do ECDD e da *Associação de Veteranos Deficientes Tigray*. Em 2010, 900 pessoas (5% dos clientes do DECSI) eram PcD; o DECSI agora possui um sistema de monitoria para medir melhorias nesta área. ⁽⁵⁾

▶ **Em Nicarágua**, a instituição de micro-finanças *ProMujer* procurou a **APCD local e os serviços sociais** para incluir mulheres com deficiência nos seus serviços de micro-finanças. A *ProMujer* incluiu mulheres com deficiência nos bancos comunitários e também prestou serviços a um banco comunitário organizado por 30 mulheres com deficiência. Os participantes também frequentam sessões sobre saúde reprodutiva e prevenção da violência doméstica. ⁽⁶⁾

▶ **Nas Filipinas**, **650 membros** da *Federação Nacional de Cooperativas* são PcD. Eles produzem principalmente carteiras escolares para o Ministério da Educação. O lema da sua empresa é *“Não queremos que comprem os nossos produtos por pena, mas sim porque são a melhor oferta”*. ⁽⁷⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- Apoiar as vítimas e PcD para desenvolverem um **plano de acção relevante e exequível** para o emprego.
- Os programas devem garantir que os serviços financeiros e workshops de formação sejam o **mais perto possível** das comunidades alvo e dos seus membros.
- O apoio do programa não deve acabar assim que a pessoa iniciar um negócio ou conseguir emprego – deve-se garantir acompanhamento **por pelo menos 6 meses**.
- Os programas têm maior êxito quando, em vez que de concentrarem numa pessoa, a família também é implicada na planificação e gestão da actividade económica, além de formação em gestão financeira e no processo de acesso a capital.
- Deve-se dar um foco especial sobre as **mulheres em idade produtiva**, uma vez que encontram maiores barreiras para inclusão económica, e devido ao seu papel chave na melhoria das condições de vida das suas famílias.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- Trabalhar com os **serviços principais**, tais como instituições de micro-finanças e centros de formação vocacional para apoiá-los na identificação das barreiras que enfrentam para se tornarem acessíveis e inclusivos para as PcD.
- Propor **apoio organizacional a estes serviços** ao longo de um período de tempo para garantir que melhoram as suas práticas e políticas em aspectos tais como conhecimento dos direitos, atitudes e práticas não discriminatórias por parte do pessoal de estes serviços, acessibilidade em termos de estruturas físicas e comunicações, alojamento razoável e acessibilidade económica.
- Estabelecer parcerias com **empregadores** para realizar uma análise dos seus procedimentos de recrutamento, possíveis adaptações no local de trabalho para aumentar a acessibilidade e formação do pessoal para incluir PcD.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- A legislação e políticas de emprego e redução da pobreza devem **estar em conformidade com a CRPD**. Estas devem ser seguidas por planos e orçamentos para implementação a nível local.
- **Empregar PcD no sector público**.
- Garantir que as vítimas e PcD podem participar activamente na **definição e planificação de políticas económicas** a nível nacional, regional e local.
- Estabelecer e manter políticas e programas sobre **protecção social** e aquelas que apoiam PcD a procurar emprego.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

➢ Qualidade de vida:

*Aumento no rendimento do agregado familiar. *Aumento nas receitas dos empresários com deficiência. *Melhoria nas habilidades técnicas e empreendedoras. *# de pessoas que continuam no emprego depois de um ano. *# de empresas activas um ano depois do início. *Melhor capacidade para aceder a uma dieta nutritiva todo o ano. *Registado aumento na auto-confiança e participação social. *Melhor capacidade para gerir o rendimento do agregado familiar. *Aumento na cobertura das vítimas e PcD nos programas de protecção social.

➢ Acesso aos serviços:

*# de serviços que incluem vítimas como beneficiários. *# de vítimas que completam a formação vocacional/recebem empréstimos ou concessões. *# de vítimas empregadas. *# de sessões de sensibilização e formação sobre deficiência e inclusão para os provedores de serviços principais.

➢ Legislação e políticas:

*Abolida na lei do trabalho a discriminação com base na deficiência. *Legislação nacional sobre emprego de acordo com os padrões CRPD. *As políticas para redução da pobreza incluem medidas específicas para as vítimas e PcD. *São alocados recursos a nível local para promover a inclusão económica. *Vítimas e PcD participam activamente na política e tomada de decisões a nível comunitário.



EXEMPLO DE PROJECTO: INCLUSÃO ECONÓMICA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM LAOS



© Till Mayer / Handicap International

Johnson Bwambale, 50 anos de idade, centro comercial de Kanyampara, Subcondado de Munkunyu, Uganda.

Problema identificado: No Laos, o aumento do rendimento do agregado familiar é uma prioridade para a maioria das PcD, incluindo sobreviventes, mesmo assim existem muitas barreiras para eles acederem a trabalho remunerado e desenvolver um auto-emprego.

Objectivos: 1. Aumentar o acesso das PcD a **empregos assalariados** 2. Apoiar as PcD a iniciarem e expandirem **actividades de geração de rendimento** através do acesso a crédito, formação técnica e de habilidades empreendedoras, apoio ao desenvolvimento de negócios.

Actividades: a) **Trabalho remunerado:** Estabelecimento de um centro de colocação no emprego; capacitação da Associação de Pessoas Com Deficiência no Laos (LDPA) para apoiar pessoas com deficiência à procura de emprego; sensibilização e parceria com empregadores; acompanhamento individual das PcD no processo de candidatura, de trabalho e permanência no emprego remunerado. b) **Auto-emprego:** Acompanhamento personalizado para as PcD desenvolverem planos de negócios, acederem a formação técnica e habilidades empreendedoras, e acesso a capital (kits e serviços de micro-finanças); capacitação do pessoal da LDPA e Gabinetes do Trabalho e Segurança Social nos distritos alvo.

Sustentabilidade: Projecto concebido e implementado com LDPA; participação e capacitação dos Gabinetes do Trabalho e Segurança Social, sensibilização e formação dos trabalhadores, orientação das PcD para facilitar a permanência no emprego.

Indicadores Chave: Auto-emprego: 312 pessoas tiveram acesso a crédito; 202 participaram na formação técnica; 97 em formação sobre criação de empresas; e 236 na formação sobre alfabetização financeira. Trabalho remunerado: 66 pessoas empregadas; 172 empregadores partilham anúncios de vagas com a LDPA.

Duração: 42 meses | **Implementado por:** HI, LDPA. | **Doador:** USAID, Cooperação Belga, União Europeia.

Referências (1) HI. *Voices from the Ground: Mine/ERW survivors speak out on victim assistance*. 2009 | (2) OIT. *The price of exclusion*. 2009; OIT. *Assisting disabled persons in finding employment*. 2005 | (3) Banco Mundial. *Poverty and disability, a literature review*. 1999 | (4) (7) OMS, UNICEF, OIT, IDDC. *Directrices RBC, componente subsistência*. 2010 | (5) OIT. *Ethiopia: Disability Inclusion Support Services Case Study*. 2010 | (6) HI. *Good practices for the economic inclusion of persons with disabilities*. 2006; CDPO. *Report on good practices in inclusive agricultural skill training*. 2011; OIT. *Disability in the Workplace: company practices*. 2010; *Placement of job-seekers with disabilities: an effective service*. 2003; *Training for success: A guide for peer-to-peer training*. 2008



O QUE É GÉNERO?

“**Género**” é um conjunto de **papéis, direitos, responsabilidades, características e qualidades** que uma sociedade específica associa a ser do sexo **masculino ou feminino**. Instituições, ideologias, religião e valores dão forma às atitudes sobre género. As noções associadas ao género mudam com o tempo e variam em função das culturas. Em contraste, “sexo” refere-se às características biológicas dos homens e mulheres.

As mulheres e os homens vivenciam **as mesmas condições de forma diferente**. De facto, a prevalência da pobreza e da dependência económica é mais forte nas mulheres. Geralmente, as mulheres têm poder limitado sobre a sua vida sexual e reprodutiva, estão mais propensas a serem vítimas de violência do que os homens e carecem de influência na tomada de decisões.⁽¹⁾

O **objectivo da abordagem de género** é alcançar a **igualdade de género**: garantir que as raparigas, rapazes, mulheres e homens entre as vítimas e PcD tragam as suas experiências, conhecimentos e interesses para a agenda de desenvolvimento; e que eles contribuam e beneficiem igualmente das melhorias na sua qualidade de vida. Isto envolve trabalhar com as raparigas, rapazes, mulheres e homens para analisar, e se necessário mudar as atitudes, comportamentos, papéis e responsabilidades em casa, escola, no local de trabalho e na comunidade. A não ser que a abordagem de género seja utilizada, é provável que a desigualdade no acesso aos recursos continue a prejudicar o direito à liberdade e a qualidade de vida de homens e mulheres a longo prazo.

Melhorias na qualidade de vida de todos na base de igualdade beneficia a sociedade como um todo.

Factos Rápidos

- ★ As raparigas, rapazes, mulheres e homens são vítimas directas e indirectas das consequências física, psicológicas, sociais e económicas das minas/ERG; mas são afectados de forma diferente por esta ameaça.
- ★ Em 2011, **90% dos acidentados** onde se tinha conhecimento do sexo eram **homens. Os acidentes com crianças** contribuíram para **42%** dos acidentes em civis, nos quais a idade era conhecida.⁽²⁾
- ★ Depois de um acidente com mina/ERG, a taxa de mortalidade feminina é de **43%**, enquanto entre os homens é de 29%.⁽³⁾
- ★ A mulher com deficiência frequentemente enfrenta **maior discriminação** do que os homens no acesso aos serviços.⁽⁴⁾
- ★ A mulher e rapariga com deficiência sofrem um índice maior de **abuso sexual** e têm menos acesso à informação sobre **saúde reprodutiva**.⁽⁵⁾
- ★ Os números de homens empregados ultrapassa o de mulheres. Os empregos assumidos pelas mulheres são menos seguros que os dos homens; **as mulheres ganham menos** e têm **menos protecção social** do que os homens.⁽⁶⁾



QUADRO LEGAL E POLÍTICO

CCM: Art.5, para 1. Art.5, para 7. Art.7, para 1.K. | **Plano de Acção de Viçiana:** Acções #22 & #30. | **Plano de Acção de Cartagena:** Secção III, Acção #19. Secção IV, para 12, Acção #29. Secção V, Acção #41. | **CRPD:** Art. 3, 6 & 16. | **ODM:** Objectivo 3. | **Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.** | **A Plataforma de Acção de Pequim,** Secção 143) E. | **Resolução do Conselho de Segurança das NU** 1325.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- ✓ **Associações** de sobreviventes, PcD, mulheres e mulher com deficiência.
- ✓ **Provedores de serviços** em todos os sectores relevantes para AV.
- ✓ **Ministérios:** Género, todos os Ministérios.
- ✓ **Organizações internacionais:** UNWOMEN.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- **Poucos Ministérios e provedores de serviços** possuem uma **abordagem de género** explícita nas suas políticas, programas e processos de recrutamento.
- Frequentemente, as mulheres representam uma **proporção menor dos trabalhadores** nos serviços de saúde, reabilitação, sociais e de emprego – portanto algumas mulheres podem ser desencorajadas e sentir-se menos confortáveis para aproximar-se ou usar estes serviços.
- As zonas afectadas frequentemente são remotas. O tempo e custo envolvido para se chegar aos serviços nas principais cidades resultam frequentemente em que as **mulheres não conseguem chegar a eles**, adicionando o facto que não podem estar longe da sua família ou gastar o rendimento limitado em transporte e alojamento.
- Em alguns países, alguns homens desenvolvem problemas de **saúde mental** e de **abuso de drogas** a seguir a um acidente com mina/ERG foi reportado que tornam-se agressivos e envolvem-se em **violência doméstica e sexual** contra os seus familiares.
- As mulheres sobreviventes, tal como são as outras mulheres com deficiência, estão mais propensas a tornarem-se vítimas de violência do que as outras mulheres.⁽⁷⁾
- Em contextos onde se espera que os homens sustentem a família financeiramente, acredita-se que o **impacto psicológico da perda de rendimento** devido a um acidente com mina/ERG seja mais sofrido pelos homens.⁽⁸⁾ As mulheres sobreviventes podem enfrentar dificuldades psicológicas diferentes. Aquelas com ferimentos ou deficiência visíveis podem ser **abandonadas** e perder todas as **perspectivas de casamento**. De outras pode ser esperado que **continuem com os mesmos papéis no agregado familiar e na produção** com pouco ou nenhum apoio.
- Quando os homens sofrem ferimentos ou são mortos por minas/ERG, a responsabilidade de **auferir um rendimento e garantir a sobrevivência e bem-estar** da família e filhos frequentemente recai sobre as mulheres, que também podem tornar-se o principal cuidador do sobrevivente.



PROJECTOS DE SUCESSO QUE PROMOVEM A IGUALDADE DE GÉNERO

Na Bósnia e Herzegovina, as *Iniciativas de Sobreviventes de Minas (LSI)* incluem uma **abordagem de género em todo o seu trabalho**. A LSI procura identificar e chegar às mulheres sobreviventes, uma tarefa difícil uma vez que a informação sobre as mulheres não é priorizada pelas associações dos veteranos de guerra geridas por homens, com quem a LSI coopera. A LSI garante que recursos adequados sejam alocados para apoiar as mulheres sobreviventes a alcançarem os seus objectivos de recuperação. Por exemplo, os Trabalhadores de Proximidade da LSI, que são homens, podem ser substituídos por uma Trabalhadora Social. A LSI implementa iniciativas especificamente para empoderar as mulheres (ao convocar reuniões exclusivamente para mulheres sobreviventes para discutir os direitos da PcD, acompanhamento de pares e empoderamento económico. As esposas de sobreviventes são incluídas no processo de recuperação e inclusão dos seus maridos. A LSI também garante que a voz das mulheres seja devidamente valorizada relativamente à abertura ou expansão de pequenas empresas familiares.⁽⁹⁾

No Tajiquistão, o *Coordenador das NU para Acção contra Minas* apoiou o estabelecimento de uma rede de **80 mulheres chefes de família abrangendo 331 aldeias**. Elas actuavam como pontos focais nas zonas remotas ou nas zonas em que a situação de segurança é sensível, incluindo as zonas fronteiriças. Elas receberam apoio a distância para realizar actividades comunitárias de sensibilização para AV nas suas aldeias.⁽¹⁰⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- Os projectos e programas devem incluir sobreviventes (maioritariamente **homens e rapazes**), mas também **vítimas indirectas** – os seus cuidadores e familiares (maioritariamente **mulheres e crianças**).
- Garantir que os serviços respondam às **diversas necessidades** dos homens e mulheres, rapazes e raparigas. Nos serviços de saúde, certificar que haja **mulheres no quadro profissional e a privacidade** das utentes durante os seus exames físicos. Na formação vocacional e empresarial, garantir que o **calendário permita** a participação dos homens e de mulheres.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- Recolher dados e elaborar relatórios sobre o # de vítimas (homens, mulheres, rapazes e raparigas) que têm acesso aos serviços, incluindo aqueles direccionados às **mulheres** (tais como gravidez segura e saúde materna) e **crianças** (tais como campanhas de vacinação).
- Investir na **análise dos papéis** dos diferentes grupos de vítimas e PcD, incluindo mulheres e homens e o seu nível de **acesso e controlo sobre os recursos**.
- Garantir **equilíbrio de género** entre os trabalhadores de saúde e conselheiros para responder melhor às necessidades específicas das mulheres, raparigas, rapazes e homens.
- Tomar providência para **fornecer alojamento adequado** para que as mulheres e crianças sobreviventes possam ter acesso aos serviços, particularmente se tiverem que viajar.
- Consultar e envolver homens e mulheres na concepção, implementação, monitoria e avaliação dos **programas e políticas**.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- Certificar que o **orçamento** permita assumir uma abordagem de género para os planos e programas: alocação de recursos públicos deve reflectir as necessidades e direitos dos homens e mulheres; e, se necessário, devem ser implementadas **iniciativas específicas para empoderar as mulheres**.
- Avaliar as necessidades e contribuições de mulheres e homens, rapazes e raparigas nas alocações de receitas, despesas e alocações. Se necessário, ajustar o orçamento para beneficiar todos os grupos.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

Qualidade de vida:

*Maior participação das mulheres e dos homens com deficiência na tomada de decisões a nível familiar e da comunidade.

*Redução na taxa de mortalidade das mulheres vítimas de minas/ERG. *Redução da mortalidade materna das mulheres sobreviventes. *Redução da violência doméstica nas vítimas.

Acesso aos serviços:

* Percentagem de mulheres, homens, rapazes e raparigas com acesso aos serviços de saúde, saúde mental, reabilitação, sociais e económicos. *# de mulheres sobreviventes que acedem aos serviços de saúde sexual e reprodutiva comparado à população geral. *# de mulheres em relação aos homens no quadro de pessoal. *# de programas que oferecem apoio para mulheres com deficiência que são vítimas de abuso.

Legislação e políticas:

*Abolição de legislação e políticas que discriminem com base no género. *Existência de dados de referência desagregados por sexo e idade. *Existe um orçamento para iniciativas de empoderamento da mulher.



EXEMPLO DE PROJECTO: ABORDAGEM PARA O GÉNERO NO CAMBOJA ⁽¹¹⁾



Kanha na escola, escola primária Bun Rany Hun Sen, Memot, Kampong Cham, Camboja, 2011.

Problema identificado: No Camboja, tal como em muitos outros países, a PcD enfrenta discriminação. Mais especificamente, as mulheres com deficiência nas zonas rurais enfrentam aquilo que a UNESCAP refere como “tripla discriminação”: ser mulher, pobre e com deficiência. As barreiras que elas enfrentam para exercerem os seus direitos e responderem às suas necessidades são complexas e se uma abordagem de género não for incluída nos projectos, estas barreiras podem permanecer – ou até mesmo serem reforçadas. | **Objectivos do projecto:** 1. Oferecer acompanhamento personalizado aos homens e mulheres que são vítimas e PcD a começarem o seu próprio negócio e melhorarem a sua qualidade de vida. 2. Formar as autoridades e serviços para incluírem PcD. | **Abordagem de género:** O projecto: 1. Usou **abordagens participativas** para garantir que as mulheres e homens tenham igualdade na voz e oportunidades, e levou em conta os seus diferentes papéis e responsabilidades. 2. Tomou **providências** para que o calendário e as formações vocacionais e comerciais tornassem acessível para homens e mulheres. 3. Recolheram, desagregaram e reportaram **dados por sexo, idade e indicadores socioeconómicos** com base em critérios para a qualidade de vida, tal como definida por homens e mulheres. 4. Garantiu que o **quadro incluía homens e mulheres** em todas as capacidades. 5. Planeou para que 45% dos beneficiários do projecto fossem mulheres – alcançou 49%. 6. Facilitou acesso aos serviços de saúde para as mulheres, incluindo **gravidez segura e saúde reprodutiva; e programas de prevenção de violência doméstica**, que beneficiavam tanto homens como mulheres.

Sustentabilidade: Os agentes de campo a trabalharem para ONG locais incluíam PcD no quadro; está sedado na província mais afectada e leva a abordagem de género em todo o seu trabalho. As autoridades locais e provedores de serviços receberam formação para garantir que a PcD tivesse acesso aos seus serviços. Foi prestado apoio individual durante um ano a seguir ao arranque do negócio para aumentar as possibilidades de êxito. | **Indicadores Chave:** 560 pessoas participaram no projecto. 78% aumentaram o seu rendimento no primeiro ano. 100% registaram um aumento na qualidade de vida no geral (incluindo rendimento, acesso a alimentos, serviços escolares e de saúde, e participação social). As mulheres e os homens mais vulneráveis registaram as melhorias mais significativas na qualidade de vida. As mulheres em particular valorizaram o facto de terem mais opções para encontrar um marido e começar uma família. | **Duração e doador do projecto:** 30 meses, financiado pela União Europeia. | **Implementado por:** HI e a ONG local OEC. APcD Cambojana juntou-se na segunda fase.

Referências ⁽¹⁾ UNESCAP. *Incheon Strategy to Make the Right Real for Persons with Disabilities in the Asia Pacific*. 2012 | ⁽²⁾ ICBL, CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 Report | ⁽³⁾ ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ Swiss Campaign to Ban Landmines. *Gender and landmines: from concept to practice*. 2008 | ⁽⁴⁾ Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Recommendation 18 – Disabled Women*. 1991 | ⁽⁵⁾ UNHCHR. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability*. 2012 | ⁽⁶⁾ UNDP. *Factsheet MDG Goal 3 : Promote gender equality and the empowerment of women*. 2010 | ⁽⁹⁾ Landmine Survivor Initiatives Website (accessed March 2013) and email exchanges. March 2013 | ⁽¹⁰⁾ UN. *Gender guidelines for Mine Action Programs*. 2010 | ⁽¹¹⁾ HI. *Good practices from the project Towards Income Generating Activities*. 2010; UNDP, UNIFEM. *A guide to gender-sensitive indicators in basic service delivery*. 2009



O QUE É O EMPODERAMENTO?

Empoderamento é um processo através do qual as pessoas constroem a sua confiança, capacidade e auto-estima para compreender e exigir os seus direitos, tomar decisões, falar e participar em todos os aspectos da vida da comunidade.⁽¹⁾

A sua **meta** é garantir que as vítimas e PcD possam exercer auto-determinação e gozar dos seus direitos e responsabilidades na base de igualdade com terceiros.

A **nível individual**, permite que uma pessoa assuma responsabilidade pela sua própria vida e aja para gozar dos seus direitos – tais como participar na comunidade com opções iguais aos outros. A **nível colectivo**, o crescimento de um movimento democrático e representativo de vítimas e PcD é uma condição fundamental para garantir que os governos, provedores de serviço e a sociedade no geral respondam às suas necessidades e direitos. Também ajuda a garantir que estejam envolvidos e participem activamente na planificação, implementação e monitoria da legislação, políticas e programas que lhes digam respeito.⁽²⁾ O empoderamento individual e colectivo das vítimas e PcD é um de dois caminhos da abordagem dupla para o desenvolvimento inclusivo.

As componentes do empoderamento são:

- **Empoderamento individual:** O acompanhamento personalizado que é necessário para as vítimas mais vulneráveis, para que elas possam fortalecer a sua auto-determinação e alcançar os seus objectivos de vida. Este processo permite que uma pessoa aumente as suas capacidades e poderes de tomada de decisões ao desenvolver auto-confiança, auto-estima, um sentido de iniciativa ao ganhar controlo sobre a sua própria vida.⁽³⁾
- **Empoderamento Colectivo:** Processo através do qual os grupos de vítimas e PcD, tais como associações de sobreviventes e APcD, associações, grupos de auto-ajuda e federações criadas e lideradas por PcD, desenvolvam as suas capacidades para representar e mobilizar os seus pares; advogar para mudanças nas políticas e práticas; monitorar os direitos humanos; empoderar os seus membros. Estas associações desempenham um papel essencial na promoção de sociedades inclusivas onde os direitos das vítimas e PcD são totalmente realizados.⁽⁴⁾ APcD, incluindo associações de sobreviventes, também desempenham um papel essencial no aumento do acesso aos serviços.

Factos Rápidos

- ★ O Empoderamento é um processo complexo e longo; não é algo que pode acontecer em poucos dias ou que pode ser dado a uma pessoa. ⁽⁵⁾
- ★ O Empoderamento envolve ter acesso a informação para garantir que as pessoas estejam mais bem equipadas para tirar partido das oportunidades, aceder aos serviços, exercer os seus direitos, negociar efectivamente, e responsabilizar a quem de direito. ⁽⁶⁾



QUADRO LEGAL E POLÍTICA

Plano de Acção Vienciana: Implícito nas Acções #30, #31 e #32.

Plano de Acção de Cartagena: Secção IV, Acção #23.

CRPD: Implícito no Artigo 3.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

Associações de sobreviventes e PcD, outras associações da sociedade civil, tais como associações de mulheres | **Provedores de serviços** em todos os sectores relevantes para AV.

Ministérios: **Assuntos Sociais** ou ministério com a pasta da Deficiência e AV, todos outros ministérios para advocacia | **Redes Internacionais:** Aliança Internacional para a Deficiência, Consórcio Internacional para a Deficiência e Desenvolvimento, Disabled People's International

Organizações internacionais: Secretariado para a CRPD e outras agências relevantes das NU.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- Muitas PcD passam pelo **desempoderamento na família e na comunidade**. Elas podem ter um forte apoio das suas famílias, mas também podem ser excessivamente protegidas; ou rejeitadas e excluídas da vida comunitária, o que reforça o sentimento de vítimas em vez de agentes para mudança.
- O pessoal nos serviços públicos e outros provedores de serviços podem **não estar cientes dos direitos das vítimas e PcD** e não saber em termos práticos como tomar providências razoáveis para garantir o acesso aos seus serviços.
- Os funcionários governamentais podem desconhecer que é sua responsabilidade garantir a **participação informada e activa** de vítimas e PcD. Eles podem desconhecer que devem elucidar a participação ou tendem a dialogar com uma pessoa ou associações sem saber até que ponto a pessoa ou associações realmente é **representativa e responsável**.
- Em alguns países, as APcD são actores relativamente novos na sociedade civil e assim frequentemente **precisam melhorar a sua capacidade** em termos de representação, governação democrática, mobilização dos membros, partilha de informação e conhecimentos, e estratégias de sustentabilidade.



PROJECTOS DE ÉXITO QUE PROMOVEM O EMPODERAMENTO

Na Colômbia, um governo local, ao perceber que muitos dos seus programas de RBC careciam de participação da comunidade, apoiaram o estabelecimento da **Fundação para a Pessoa com deficiência FUNDISCA**, para facilitar o empoderamento da PcD ao formar e encorajá-las a assumirem papéis de liderança dentro do programa RBC e desempenhar um papel activo na planificação e controlo das suas próprias vidas. A FUNDISCA mobilizou PcD, pais, cuidadores, pessoas deslocadas, pessoas indígenas, membros e líderes da comunidade. Tem 218 membros e 20 funcionários da RBC que promovem a auto-estima, inclusão familiar, acesso aos serviços e diálogo com as autoridades locais. ⁽⁷⁾

No Uganda, a *Associação Ugandesa de Sobreviventes de Minas (ULSA)* trabalha desde 2005 **na capacitação dos sobreviventes através de acompanhamento psicossocial e formação em liderança** ao criar mecanismos de apoio social e económico tais como apoio de pares, visitas de intercâmbio, actividades recreativas, projectos de subsistência e um sistema de referência para os serviços médicos e de reabilitação. A ULSA sensibiliza sobre o MBT, o CCM e a CRPD e recolhe e dissemina informação sobre acção contra minas. Os parceiros da ULSA incluem a *União Nacional de Pessoas Com Deficiência* no Uganda, o *Conselho Nacional para a Deficiência* e o *Ministério da Mulher, Trabalho e Desenvolvimento Social*. Desde o seu arranque, a ULSA trabalhou com mais de 400 sobreviventes e PcD. O que inclui apoio directo aos sobreviventes nas regiões de Kasese, Lira e Agago/Pader, além de formação em liderança para mais de 40 líderes em 10 distritos no Uganda. ⁽⁸⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar o empoderamento individual:

- Fornecer **acompanhamento social personalizado** às vítimas para identificar as suas necessidades e recursos e desenvolver um plano de acção para alcançar os seus objectivos.
- **Trabalhar com as famílias** para que saibam a melhor forma de apoiar e empoderar um familiar com deficiência e como advogar juntos pelos seus direitos.
- Apoiar as vítimas para se **juntarem a associações locais** de sobreviventes e/ou PcD, e outros grupos para a população geral.

Para melhorar o empoderamento colectivo:

- Apoiar as APcD a realizarem auto-avaliações para identificar as áreas em que requerem capacitação.
- **Capacitação organizacional** para as APcD ao formar os seus membros a nível local, regional e nacional. Pode incluir aptidões de gestão de projectos e mobilização de recursos, que continuam a ser um desafio para a maioria das APcD, mas também advocacia para influenciar a legislação e políticas, sensibilização, discursos públicos, mobilização dos media e como usar estes instrumentos de forma estratégica de acordo com as metas de advocacia.
- Fornecer informação sobre **oportunidades de formação** nas áreas tais como direitos humanos, a CRPD e monitoria nacional dos direitos humanos.
- Apoiar as APcD a fortalecerem a sua função como **associações representativas**: governação, disseminação de informação e imputabilidade.
- Apoiar a organização de **visitas de estudo ou viagens de intercâmbio** entre APcD, incluindo visitas direccionadas, partilha de informação e réplica das práticas no regresso.
- Facilitar a **representação das vítimas e PcD** em todos os aspectos de implementação e monitoria de MBT, a CCM e CRPD a nível local, regional, nacional e internacional.
- Garantir que associações de vítimas e APcD tenham conhecimento e possam participar activamente na **definição de políticas e planificação, monitoria e avaliação** de programas a nível nacional, regional e local – não apenas sobre AV, mas em todos os processos e sectores que lhes digam respeito, juntamente com outros membros da sociedade civil.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

➤ Empoderamento individual:

*As vítimas e PcD registam um aumento na auto-confiança e participação nas suas famílias e comunidades. *As vítimas e PcD têm capacidade de alcançar os seus objectivos. *# de vítimas e PcD que conhecem os seus direitos e como reivindicá-los. *As vítimas e PcD registam maior acesso aos serviços nas suas comunidades. *As vítimas e PcD aderem a grupos e associações representativos.

➤ Empoderamento Colectivo:

*% de membros e funcionários das APcD que melhoraram a capacidade na gestão de projectos, advocacia, direitos humanos, angariação de fundos e diversidade das fontes de financiamento até ao fim do projecto. *Melhor capacidade organizacional da APcD: frequência das reuniões, transparência dos mecanismos de tomada de decisões, auditorias. *Existência de mecanismos claros para partilha de informação entre os funcionários da APcD e os seus membros e entre uma rede de APcD. *Um plano de advocacia abrangente é implementado de forma coordenada entre APcD e outras associações da sociedade civil. *As APcD são membros de # de estruturas formais de tomada de decisões e comités. *As APcD participam activamente no # de reuniões sobre desenvolvimento, monitoria e avaliação de políticas e programas de desenvolvimento, incluindo sobre AV.



EXEMPLO DE PROJECTO: DEFENSORES DA PROIBIÇÃO ⁽⁹⁾



Defensores e membros da campanha para proibição numa Conferência sobre Bombas de Fragmentação, Dublin, 2008

“Defensores da Proibição” (“Ban Advocate” em Inglês, “BA”) é um grupo de vítimas de Bombas de Fragmentação provenientes de 12 países. Iniciado em 2007 com o apoio da HI.

Problema identificado: Falta de envolvimento sistemático e informado das vítimas (sobreviventes, familiares de pessoas feridas ou mortas, pessoas que vivem nas comunidades afectadas) no processo para proibir Bombas de Fragmentação.

Objectivos: Empoderar as vítimas – também referidas como BA elas próprias – para conhecerem e advogarem os seus próprios direitos; apoiar esforços internacionais para livrar o mundo das bombas de fragmentação; sensibilizar sobre o impacto humano das Bombas de Fragmentação e advogar uma proibição total, nacional e internacionalmente.

Actividades: 1. **Identificação e sensibilização** das vítimas nos países afectados. 2. **Acompanhamento de pares e formação** dos BA para aumentar o seu bem-estar psicológico e melhorar a suas capacidades para se envolverem numa advocacia efectiva. 3. Apoiar os BA para interagirem com outras vítimas, APcD e redes e associações da sociedade civil. 4. **Apoio técnico, logístico e financeiro** para facilitar as iniciativas de advocacia dos BA a nível nacional e internacional.

Sustentabilidade: Os BA estão engajados no apoio de pares e participaram em várias formações sobre CCM, o MBT e a CRPD, e sobre advocacia e gestão. Eles aumentaram os seus contactos com outras associações da sociedade civil e são reconhecidos como membros representativos das comunidades por parte de funcionários governamentais. Os BA participam activamente nos diálogos políticos a nível local, nacional e internacional. O seu empenho para universalização e implementação da CCM e do MBT persevera, particularmente na área da AV e de forma mais geral, na advocacia para os direitos da PcD.

Indicadores Chave: *Existem 32 BA em 12 países dos quais 11 são mulheres. * Participação activa e contribuição de peritos de BA em mais de 25 conferências relativas a CCM e ao MBT, além de 4 workshops regionais sobre AV. Os esforços de advocacia continuam nos seus respectivos países. *Participação dos BA em 7 formações formais e informações específicas antes de cada conferência.

Duração e doadores: 6 anos, em curso desde Março de 2013. Ministério dos Negócios Estrangeiros da Noruega e o Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação Belga para o Comércio Internacional e Desenvolvimento. Antigos contribuintes: Fundo Memoria da Diana Princesa de Gales, os Países Baixos, Austrália, Irlanda e Áustria.



O QUE É ACESSIBILIDADE?

Acessibilidade significa que todas as pessoas têm liberdade de movimento e podem usar um serviço em segurança, independentemente da idade, género e deficiência. ⁽¹⁾ Está associado ao conceito de **design universal** – os produtos e serviços devem ser **usáveis por todas as pessoas, na maior medida possível**, sem necessidade de adaptação ou concepção especial ⁽²⁾ (ex. uma rampa bem construída é acessível para todos, não é necessário acrescentar escadas para as pessoas com deficiência). A sua meta é garantir que todos possam ter acesso ao ambiente físico e a informação, **sem barreiras físicas, de comunicação ou atitudes**, com dignidade e com o maior nível de independência possível. Ajuda a melhorar a qualidade de vida através de maior **participação, mobilidade e comunicação** das PcD – mas também beneficia a **sociedade como um todo**, incluindo as pessoas idosas, pessoas com deficiência temporária e mulheres grávidas. **Portanto, a acessibilidade não é um constrangimento, mas sim uma mais-valia.**

Devido à sua importante contribuição para melhoria da qualidade de vida, uma ênfase maior foi dada especificamente ao **acesso aos serviços**. Seis critérios estão subjacentes ao conceito de acesso, nomeadamente: **disponibilidade, acessibilidade, acessibilidade financeira, aceitabilidade, responsabilidade e boa qualidade técnica.** ⁽³⁾ Todos os serviços, incluindo aqueles nas zonas afectas por minas/ERG devem cumprir estes seis critérios de acessibilidade.

As metodologias abaixo contribuem para tornar os serviços acessíveis e consequentemente inclusivos para PcD:

- **Avaliação:** Melhorar a **compreensão** dos desafios enfrentados, e as prioridades dos provedores de serviços em termos de acessibilidade.
- **Informação:** melhorar os **conhecimentos** dos provedores de serviços sobre os direitos e necessidades da PcD.
- **Sensibilização:** mudar **atitudes** negativas por parte dos provedores de serviço para com a PcD.
- **Formação:** melhorar as **habilidades práticas** de um provedor de serviço para melhorar a acessibilidade dos serviços para PcD. Inclui formação sobre como

tornar o ambiente físico acessível para a maioria das pessoas (incluindo aqueles com deficiência física e outras deficiências); e sobre como facilitar e melhorar a comunicação com pessoas com deficiência auditiva, visual ou intelectual.

- **Advocacia:** mudar as **políticas** dos provedores de serviço ou autoridades relevantes para a inclusão da PcD.
- **“Coaching”:** Acompanhamento contínuo para os provedores de serviços para melhoria dos **conhecimentos, atitudes, habilidades práticas e políticas a todos os níveis**, entre **todo o pessoal**, de uma **forma sustentável**.

Factos Rápidos

- ★ Em 2011 ocorreram **regressões na acessibilidade** dos serviços para sobreviventes em pelo menos 12 países, maioritariamente em consequência do declínio da assistência internacional e conflitos novos ou intensificados. ⁽⁴⁾
- ★ Quando uma pessoa é pobre e tem uma deficiência, ela enfrenta barreiras significativas para o **acesso aos serviços**. O que por sua vez limita as oportunidades para redução do seu nível de pobreza. ⁽⁵⁾
- ★ O efeito da **discriminação com base na deficiência** foi particularmente severo no educação, emprego, habitação e transporte. ⁽⁶⁾



QUADRO LEGAL E POLÍTICA

- / **CCM:** Art. 5 para 1, 2.A. Art. 7 para 1.K. | **Plano de Acção**
- / **Vieniana:** Acções #22, #25. | **Plano de Acção de Cartagena:**
- / Secção IV, Acção #25. | **CRPD:** Art. 3, 9.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- / **Associações** de sobreviventes e PcD. **Provedores de serviços** em todos os sectores relevantes para
- / AV. | **Ministérios:** **Infra-estrutura**, todos os outros Ministérios. | **Organização internacional:**
- / Organização internacional para Padronização e outras organizações das NU relevantes.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES DE BAIXA RENDA?

- Os sobreviventes e PcD frequentemente registam as seguintes **barreiras** no acesso aos serviços: meios financeiros insuficientes para pagar os serviços, distância geográfica, percepção de uma imagem negativa da PcD por parte dos provedores de serviço, inacessibilidade física do serviço, dificuldades de comunicação, procedimentos administrativos demasiado complicados e falta de informação sobre os serviços existentes.
- Algumas associações podem facilitar sessões de sensibilização para melhorar a acessibilidade dos provedores de serviço sem considerarem que é necessário **apoio regular e assessoria técnica prática** para garantir que os serviços se tornem e permaneçam acessíveis e inclusivos a todos os níveis.
- Os provedores de serviços podem ter o **conceito errado** de que a PcD **precisa de serviços “especializados”**, e que não conhecem os seus direitos e necessidades, ou vêm a acessibilidade como um “luxo” ou segundo passo, quando a acessibilidade é um direito e podem ser feitas adaptações simples para garantir que os serviços sejam acessíveis para todos desde o início da sua existência. ⁽⁷⁾
- Em alguns casos, a **prestação dos serviços não se baseia na igualdade** e pode favorecer somente

determinados grupos da população. Os incentivos para prestar os serviços a populações vulneráveis podem ser prejudicados pela falta de conhecimento, capacidade e vontade do governo ou como consequência de conflito. ⁽⁸⁾

- Podem não existir **padrões de acessibilidade** na legislação e política. Onde existem, podem não levar em consideração os padrões e boas práticas existentes, ou podem não estar adaptadas ao contexto (tal como nas zonas rurais ou remotas); eles podem não ser muito conhecidos nem disseminados.
- Melhorar a acessibilidade dos serviços não é suficiente: **assistência social ou acompanhamento social personalizado** podem não estar disponíveis para empoderar as vítimas e PcD para pedirem ajuda e acederem aos serviços de que necessitam.



PROJECTOS DE ÊXITO QUE PROMOVEM A ACESSIBILIDADE E ACESSO AOS SERVIÇOS

➤ **Nos campos de Refugiados Birmaneses** na Tailândia existe uma grande percentagem de PcD, incluindo sobreviventes. Eles enfrentam mais dificuldades na mobilidade, comunicação e acesso aos serviços do que o resto da população – que já enfrenta grandes dificuldades. A **HI** melhorou a acessibilidade dos campos através de **simples adaptações às rampas de terra escorregadias** e nas cabanas das PcD. **HI** forma outras associações para se tornarem acessíveis, tais como aquelas que trabalham nos cuidados sanitários, água e saneamento. **ZOA**, uma ONG parceira, apoiou os sobreviventes a **adaptarem as suas ferramentas** para poderem engajar-se em jardinagem e actividades agrícolas.

➤ **No Uganda**, a associação **Acção Nacional de Uganda para Deficiência Física**, juntamente com o **Ministério da Mulher, Trabalho e Desenvolvimento Social**, desenvolveu e disseminou **Padrões de Acessibilidade** para facilitar a implementação da Política Nacional para a Deficiência. Estes fornecem orientação prática para arquitectos, provedores de serviço e decisores durante a concepção e implementação de projectos de construção.



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Para melhorar a qualidade de vida:

- Realizar **diagnóstico da acessibilidade e fornecer soluções nas casas** dos sobreviventes e outras PcD, incluindo instalações de água e saneamento.
- Oferecer acompanhamento personalizado para garantir que os sobreviventes e PcD **têm conhecimento e sejam empoderados** para ceder a todos os serviços de que necessitam.

Para melhorar o acesso aos serviços:

- Garantir os sobreviventes e as **PcD podem contribuir nos esforços para melhorar a acessibilidade** e que **pessoas com tipos diferentes de deficiência** (visual, auditiva, fala, física, mental, intelectual e deficiências múltiplas) estejam representadas.
- Avaliar os **conhecimentos, atitudes e práticas dos provedores de serviços** na área de acessibilidade e conceber em conjunto uma estratégia personalizada para melhorar a acessibilidade dos seus serviços.
- Conduzir **actividades de sensibilização sobre acessibilidade**, com objectivos e indicadores específicos e verificáveis. Garantir que as actividades de sensibilização estejam direccionadas à audiência relevante e específica: arquitectos, autoridades, provedores de serviços, etc.
- Formar aos provedores de serviços sobre o que os **serviços acessíveis e inclusivos** significam em **termos práticos** e nos seus sectores, serviços e áreas de intervenção geográficas específicas.
- Preparar e disseminar **orientações práticas sobre acessibilidade** que estejam adaptadas ao contexto e também orientações específicas por sector (saúde, educação, emprego...). Deveriam incluir acessibilidade em termos de perspectivas físicas, atitudinais e de comunicação.
- Identificar **práticas inovadoras** e garantir a sua disseminação.
- Garantir impacto sustentável dos esforços para melhoria da acessibilidade, **seleccionar provedores de serviços e providenciar um acompanhamento (coaching)** incluindo sensibilização, formação e advocacia para melhorar a infra-estrutura, comunicação e atitudes de toda a organização e pessoal para garantir o seguimento dos efeitos destes esforços nos próximos 6 meses.

Para melhorar o acesso a legislação e políticas:

- Garantir que a **legislação e políticas em todos os sectores** incluam **padrões de acessibilidade** que estejam baseados em boas práticas.
- Apoiar o desenvolvimento e implementação técnica e financeira de **planos de acessibilidade local** a nível comunitário e provincial.



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

➤ Qualidade de vida:

*# de sobreviventes que registam maior mobilidade nas suas casas depois das modificações de acessibilidade. *# de vítimas que registam acesso a um determinado serviço pela primeira vez *# de vítimas que registam melhoria na qualidade de vida em consequência de poderem ter acesso aos serviços.

➤ Acesso aos serviços:

*Maior percentagem de PcD entre os utentes de um determinado serviço no geral *Melhores conhecimentos, atitudes e práticas relativamente à acessibilidade pelos provedores de serviço *# de acções para melhorar a acessibilidade que são realizadas pelos participantes a seguir à formação sobre o tema. *# de provedores de serviços que recebem coaching para tornar os seus serviços acessíveis para PcD. *A acessibilidade está incluída nos currículos existentes para arquitectura, urbanismo e engenharia civil.

➤ Legislação e políticas:

Disponibilidade e # de auditorias governamentais sobre acessibilidade realizadas com a participação de PcD *Existência de padrões técnicos obrigatórios para acesso sem barreiras a todos edifícios.



EXEMPLO DE PROJECTO: ACESSIBILIDADE DA PEQUENA EMPRESA ELIBY NO SENEGAL



© J.-J. Bernard / Handicap International

Trabalhadores com deficiência ou não a trabalharem juntos. Senegal, 2010.

Problemas identificados: Falta de oportunidades de emprego (até 60% do desemprego geral); falta de conhecimentos por parte dos empregadores sobre como tornar os seus serviços **acessíveis e inclusivos** para PcD (em particular mulheres pobres com deficiência) na região de Casamance afectada por minas.

Objectivos do projecto: 1. Melhorar a acessibilidade de um pequeno produtor local de castanha de caju; 2. Apoiar os sobreviventes e PCD no acesso a emprego remunerado em condições decentes de trabalho na base de igualdade com os outros.

Actividades: 1. Melhores **conhecimentos e atitudes** dos trabalhadores de pequenas empresas e a nível comunitário sobre os direitos e capacidades das PcD através de sessões de sensibilização. 2. Melhoria das **práticas** dos proprietários de pequenas empresas através de formação sobre como permitir o emprego de PcD segundo os **padrões de trabalho decente da OIT**. 3. Prestou apoio técnico para melhoria da **acessibilidade física** da fábrica de castanha de caju (entrada nas instalações, circulação na pequena fábrica, adaptações aos postos de trabalho, sanitários e equipamento e instrumentos para utilizadores de cadeiras de rodas...) 4. Apoio aos pequenos empresários para coordenarem uma rede de **comércio justo**. 5. Prestou **acompanhamento personalizado** para as PcD acederem a emprego remunerado (acompanhamento social personalizado, referência para serviços de reabilitação e dispositivos assistenciais, além de formação vocacional).

Sustentabilidade: O projecto foi implementado conjuntamente com uma pequena empresa local; foram facilitados contactos com uma rede de feira comercial para facilitar ligações aos mercados nacionais e internacionais; foi preparado um vídeo de sensibilização para disseminar boas práticas.

Indicadores Chave: Mais de 40 PcD foram contratados pelas pequenas empresas e seus parceiros, representando pelo menos 10% da sua força de trabalho. | **Duração do projecto:** 3 anos.

Doadores: Embaixada dos Países Baixos. | **Implementado por:** HI, EnterpriseWorks, Eliby.

Referências

(1)(2) HI. Accessibility Policy Paper. 2009 | (3)(7) HI. Access to services for persons with disabilities in challenging environments. 2010 | (4) ICBL, CMC. Landmine and Cluster Munition Monitor. 2012 | (5) IDDC. Make Development Inclusive website. Accessed March 2013 | (6) HI. How to build an accessible environment in developing countries. 2008 | (8) OECD. Service delivery in fragile situations. 2008



O QUE É RECOLHA DE DADOS?

Recolha de dados refere-se a recolha, análise e partilha de informação num dado domínio. No contexto da AV, significa a recolha de dados sobre o número, situação e qualidade de vida das vítimas. O seu **objectivo** é:

- 1) Compreender, elaborar relatórios e disseminar informação sobre o **número, sexo, idade, situação, necessidades e capacidades** das vítimas; 2) Permitir que os Ministérios e outros actores **formulem, implementem, monitorizem e avaliem políticas, planos e programas** para responder aos direitos e necessidades das vítimas.

Sem dados relevantes e precisos, é impossível propor opções políticas efectivas, para ter uma referência contra a qual medir o progresso, para mobilizar recursos e mais no geral, planificar e implementar a AV efectiva e estrategicamente.

Existem muitas metodologias para realizar a recolha de dados. Normalmente, poucas são usadas ao mesmo tempo – idealmente, numa forma coordenada – para responder devidamente a objectivos diferentes da recolha de dados.

As **principais metodologias** incluem o seguinte:

- ▶ **Recolha de dados das vítimas:** Recolha e análise de dados sobre vítimas com o objectivo principal de planificar educação sobre o risco, limpeza e entrega da terra. O Sistema de Gestão de Informação para Acção contra Minas (IMSMA) é um instrumento frequentemente usado para este fim pelos Centros e Autoridades de Acção Contra Minas. ⁽¹⁾
- ▶ **Avaliação das necessidades e capacidades e mapeamento dos serviços:** Estas metodologias recolhem dados relevantes para compreender a situação num determinado território e para planificar e definir programas prioritários, incluindo alocação de recursos numa forma participativa. São recolhidos dados sobre A) *a população alvo*: necessidades, procura, capacidades e recursos; e B) *o ambiente*: provedores de serviços, normas sociais e culturais e infra-estrutura que possam agir como facilitadores ou barreiras para a qualidade de vida das vítimas. ⁽²⁾
- ▶ **Diagnóstico para acompanhamento personalizado:** Recolhe informação sobre e com as vítimas e PcD mais vulneráveis, com o objectivo específico de apoiá-las para melhorar a sua qualidade de vida. Inclui as necessidades e prioridades da pessoa e feedback da sua família e de profissionais, tais como trabalhadores de saúde e assistentes sociais; também identifica barreiras e facilitadores no seu ambiente. ⁽³⁾

Factos Rápidos

- ★ **4.286 vítimas** de minas/ERG identificadas em **todo o mundo** em 2011. ⁽⁴⁾
- ★ **Os dados sobre as vítimas** são mais sistemáticos nos países que usam o IMSMA; mas outras metodologias são mais abrangentes para planificar e monitorar a AV.
- ★ Os países mais afectados **carecem de informação de referência sobre a qualidade de vida das vítimas** – assim é difícil medir o progresso.
- ★ Somente **10 países** conduziram avaliações de necessidades bastante abrangentes para AV. ⁽⁵⁾



QUADRO LEGAL E POLÍTICO

- CCM: Art.5, para 1, 2.A. Art.7 para 1.K.
- Plano de Acção Vienciana: Acções #22 & #25.
- Plano de Acção de Cartagena: Secção IV, Acção #25.
- CRPD: Art.31.



QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

- Associações de sobreviventes e PcD | **Provedores de Serviços** em todos os sectores da AV
- Ministérios:** Assuntos Sociais, Ponto Focal para Deficiência e todos os outros Ministérios
- Centros de Acção Contra Minas (MAC) e Autoridades (MAA)** | **Organizações internacionais:** Departamento das NU para Estatística, o Centro Internacional de Genebra para Desminagem Humanitária.



QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES AFECTADOS POR MINAS/ERG?

- ▶ A maioria dos países ainda não estabeleceu mecanismos de **estatística, recolha de dados e sensores** de acordo com os **padrões da CRPD**.
- ▶ **Os sistemas de informação de saúde** são fracos na maioria dos países em desenvolvimento. ⁽⁶⁾
- ▶ Existem **limitações de recursos e de pessoal capacitado** nas metodologias de recolha de dados e sobre como entrevistar as vítimas e PcD. As autoridades, provedores de serviço e APcD podem recolher dados com pouca coordenação entre eles e frequentemente carecem de mecanismo para compilar os dados de forma sistemática. Estes dados raramente são comparáveis e portanto é difícil usar e compreender a situação global.
- ▶ Em alguns casos, os **dados recolhidos não são usados** para conceber programas para melhorar a qualidade da vida das vítimas com a consequência negativa de somente aumentar as expectativas.
- ▶ Coordenação insuficiente entre os **MAC, as MAA e os Ministérios** relativamente aos métodos de recolha de dados, a sua finalidade e uso.
- ▶ Falta de conhecimentos sobre **como conceber perguntas apropriadas sobre a deficiência**: perguntas tradicionais que inquiram aos membros dos agregados se são “surdos, cegos, aleijados ou mentalmente atrasados” usam terminologia ultrapassada e baseiam-se numa abordagem médica ultrapassada e demonstrou ser limitada e preconceituosa. O número de PcD identificadas com o uso desta abordagem tem sido baixo e permitiu que os governos as ignorem maioritariamente, ou que releguem as políticas e programas relativos à PcD somente aos serviços médicos e de reabilitação. ⁽⁷⁾



PROJECTOS DE ÊXITO NA RECOLHA DE DADOS

▶ **Na Albânia, a extensa recolha de dados usada para concepção e partilha de informação nos programas** contribuiu para o sucesso do programa de AV em 2005-2009. Em 2011, a APcD ALB-AID manteve dados sobre todos os sobreviventes entre os seus membros. A Sociedade da Cruz Vermelha Albanesa recolhe dados sobre vítimas em 12 províncias. Os dados são desagregados por idade, sexo e registados no banco de dados do IMSMA. ⁽⁸⁾

▶ **No Afeganistão, o Inquérito Nacional sobre a Deficiência** em 2005 resultou numa melhor compreensão do número de PcD, incluindo sobreviventes e as suas necessidades e prioridades nas áreas de saúde reabilitação, educação e meios de subsistência. ⁽⁹⁾

▶ **No Camboja**, um projecto da HI, da ONG local OEC e a APcD Cambojana recolhe dados sobre as necessidades básicas, capacidades e participação na comunidade, vida social e política das vítimas antes e depois do término do projecto, que permite medir e submeter relatórios **sobre melhorias na qualidade de vida**. ⁽¹⁰⁾

▶ **Na Nicarágua**, foi recolhida informação sobre os sobreviventes como parte dos **inquéritos comunitários sobre deficiência** em todo o país. ⁽¹¹⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Nível nacional:

- A recolha de dados sobre as vítimas através do IMSMA é mais adequada para definir prioridades em termos de educação sobre o risco, desminagem e entrega da terra do que para definir prioridades em desenvolvimento inclusivo e AV.
- Quando um **MAC assume a liderança** na AV, deve ser **temporariamente** e com foco na sensibilização, mobilização e apoio aos Ministérios relevantes para assumirem esta responsabilidade – particularmente se um Ministério já foi responsável pela Deficiência.
- Identificar um **Ministério, Autoridade ou Comité** responsável por orientar e coordenar os esforços de recolha de dados para a finalidade específica de melhoria da AV e acesso aos serviços para PcD.
- Os dados serão usados para definir políticas, planos e programas relativos a AV devem permanecer da **responsabilidade primária dos Ministérios relevantes** (Saúde, Assuntos Sociais, Emprego...).

Nível do campo:

- Definir as diferentes necessidades e metas para recolha de dados de uma forma **participativa** para decidir sobre as **metodologias mais apropriadas**. Uma única metodologia (ex. vigilância dos ferimentos, avaliação das necessidades e capacidades dos sobreviventes...) não pode responder igualmente bem às necessidades dos programas de Acção contra Minas, da planificação política da AV, ou para medir e submeter relatórios sobre melhorias na qualidade de vida das vítimas.
- Garantir que todos os esforços relativos à melhoria da recolha de dados relativa aos sobreviventes estejam ligados a maiores esforços para recolher dados sobre **todas PcD**.
- **Formar colectores de dados** nas metodologias eficazes de recolha de dados, sobre os direitos das vítimas e PcD e sobre métodos de comunicação com pessoas com diferentes tipos de deficiência.
- Garantir que estas vítimas entrevistadas **compreendam** o objectivo da recolha de dados.
- Estabelecer salvaguardas para **garantir a confidencialidade e respeito pela privacidade** dos dados sobre as vítimas e PcD.
- Garantir que os questionários usem **terminologia apropriada relativa à deficiência**, isto é, evitar usar termos discriminatórios, tais como “aleijado”. As perguntas e terminologia devem estar baseadas nas recomendações da Unidade de Estatísticas das NU, que seguem a Classificação Internacional de Funcionamento. Existem exemplos sobre como pode ser incorporado em vários censos na Ásia. ⁽¹²⁾



COMO MEDIR O PROGRESSO

As fichas mostram algumas áreas em que os Estados poderiam demonstrar mudança. Avanços no acesso aos serviços e na legislação e políticas podem acabar por contribuir para um impacto positivo na qualidade de vida.

- Censos nacionais incluem a deficiência usando perguntas e abordagens de entrevistas relevantes, seguindo as orientações da Divisão das NU para Estatística.
- O sistema nacional de vigilância de ferimentos diferencia entre as diferentes causas e tipos de ferimentos, incluindo os resultantes de acidentes com minas/ERG.
- Os dados do IMSMA sobre as vítimas são usados como primeiro passo para identificar as vítimas e são disseminados aos Ministérios relevantes de forma sistemática.
- Existe um mecanismo para recolha de dados sobre PcD, esta em conformidade com a CRPD e inclui dados sobre sobreviventes.
- Existe um ponto focal ou Comité para orientar e coordenar todos os esforços de recolha de dados relativos a AV, incluindo mecanismos e metodologias diferentes (vigilância de ferimentos, IMSMA, avaliações das necessidades e capacidades dos sobreviventes...).
- Os colectores de dados recebem formação sobre metodologias e comunicação significativa e respeitosa com as vítimas e PcD.
- Foi definida uma referência participativa para medir e redigir relatórios sobre o progresso na AV com foco na qualidade de vida e participação.
- Dados pertinentes são disseminados e disponibilizados aos actores relevantes, enquanto se garante a confidencialidade das vítimas.



EXEMPLO DE MECANISMO PARA RECOLHA DE DADOS:

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE VÍTIMAS DE MINAS/ERG NO CAMBOJA ^{(13) (14)}



Thoeun Leang, merceiro e beneficiário do projecto TIGA, Província de Battambang, Camboja; 2013

Problema identificado: Falta de informação sistemática, comparável, precisa e actualizada sobre vítimas de minas/ERG no Camboja.

Objectivo: Fornecer recolha **sistemática, análise, interpretação e disseminação de informação** sobre vítimas de minas, artefactos não detonados e outros ERG no Camboja.

Actividades: A cadeia de operações do Sistema de Informação sobre Vítimas de Minas/ERG no Camboja (CMVIS) é constituído por colectores de dados que são seleccionados pelo seu conhecimento de uma área geográfica específica, e formados para preencher as fichas CMVIS. Eles prestam contas ao coordenador provincial que introduz os dados para a capital. O CMVIS também conta com uma rede de voluntários em zonas menos contaminadas por minas/ERG.

Sustentabilidade: O CMVIS foi estabelecido em 1994 pela Cruz Vermelha Cambojana com apoio técnico e financeiro da HI e UNICEF. O processo de transferência para a Acção Contra Minas e Autoridade de Assistência às Vítimas (CMAA) foi concluída em 2009.

Indicadores Chave: O sistema de informação é totalmente gerido pela CMAA. O CMVIS permitiu que o governo Cambojano confirmasse que desde 1979 a Janeiro de 2013 houve um total de 64.214 acidentes de minas/ERG. Em Janeiro de 2013, 30% das vítimas estavam envolvidas em actividades de rendimento na altura do seu acidente, 78% de todas as vítimas ficaram feridas e 22% morreram, e 31% eram crianças. Esta informação permite planificar e definir prioridades nas actividades de acção contra minas e, juntamente com outros dados, servir de base à planificação da AV.

Gerido por: Autoridade Cambojana para Acção Contra Minas e Assistência às Vítimas.

Referências ^{(1) (9) (11)} GICHD. *Assisting Landmine/ERG survivors in the context of disarmament, disability and development*. 2011 | ⁽²⁾ HI. *Inclusive local development policy paper*. 2009 | ⁽³⁾ HI. *Acompanhamento social personalizado: Reflexões, método e ferramentas de uma abordagem em trabalho social de proximidade*. 2009 | ^{(4) (5) (8)} ICBL-CMIC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | ⁽⁶⁾ World Health Assembly. *Strengthening of health information systems*. 2007 | ⁽⁷⁾ UNESCAP. *Results of the Testing of the ESCAP Extended Question Set on Disability*. 2011 | ⁽¹⁰⁾ HI. *Good practices from the project Towards Income Generating Activities in Cambodia*. 2010 | ⁽¹²⁾ WHO, UNESCAP. *Training Manual on Disability Statistics*. 2008 | ⁽¹³⁾ Cambodia Mine Action and Victim Assistance Authority Website. | ⁽¹⁴⁾ GICHD. *CMVIS External Evaluation Report*. 2006; James Madison University Mine Action Information Center. *Landmine Casualty Data: Best Practices Guide*. 2008; OMS. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. 2004

O QUE SÃO PLANOS DE ACÇÃO NACIONAIS?

Os Estados Parte, em particular aqueles imputáveis ou responsáveis pelo bem-estar de números significativos de vítimas, empenharam-se em elaborar um **Plano de Acção Nacional de assistência às vítimas**. O seu objectivo é criar um **quadro estratégico e coordenado** através do qual: a) Todos os ministérios e outros actores aumentam a sua **consciência** sobre os direitos e necessidades das vítimas e PcD; b) criado um **ponto focal/comité** para AV e/ou deficiência; c) **Responsabilidades claras e específicas identificadas** para garantir que a AV seja devidamente abordada; d) **Melhor coordenação** entre os actores que trabalham sobre AV, deficiência e esforços de desenvolvimento; e) vítimas e PcD são **empoderadas** e participam na tomada de decisões; f) Existem **dados de referência** que permitem a monitoria do progresso na AV nacionalmente; g) Existe uma base comum sobre a qual mobilizar **recursos nacionais e**, quando necessário, **internacionais**.

Os Planos de Acção Nacionais para assistência às vítimas devem: a) estar ligados ou **incluídos em planos maiores sobre deficiência/ desenvolvimento inclusivo** quando existentes; b) ser esboçados com **participação consciente** das vítimas e PcD; c) Estar baseados nos dados recolhidos no processo de uma avaliação das necessidades dos sobreviventes e mapeamento dos serviços; d) Estar em conformidade com os **padrões e directrizes** definidos pela CRPD, o CCM e os Planos de Acção de Viçiana e Cartagena; e) Ser construídos sobre **boas práticas dos diferentes sectores**, isto é saúde, reabilitação, saúde mental, incluindo apoio psicossocial, educação, inclusão social e económica; f) **Incorporar uma abordagem sensível ao género e idade**.

O desenvolvimento de um Plano de Acção Nacional para assistência às vítimas pode lançar uma dinâmica nacional para a deficiência, particularmente nos países que ainda não pertencem à CRPD, contribuir para melhoria da participação nacional, facilitar a sustentabilidade e impacto da AV e dos esforços mais vastos para a deficiência e desenvolvimento e permitir que cada Estado Membro identifique as suas próprias prioridades e objectivos de forma participativa.

Os Planos de Acção Nacionais devem incluir, no mínimo:

- Uma análise da **legislação e política** existentes relevantes para AV, deficiência e desenvolvimento.
- Uma análise dos **actores relevantes**.
- Uma análise da situação actual em **cada sector** relevante para a assistência às vítimas.
- Uma descrição dos **dados** que ainda precisam ser recolhidos/actualizados.
- Uma lista de **objectivos SMART** por sector com acções para alcançá-los e indicadores para medir o progresso.
- Um **resumo dos recursos** necessários para Implementar, monitorizar e avaliar o plano, incluindo recursos nacionais e internacionais já garantidos e recursos ainda por confirmar.
- Um resumo do **mecanismo de monitoria** do Plano.

Factos Rápidos ⁽¹⁾

- ★ Em 2011 pelo menos 19 Estados Membro do MBT possuíam mecanismos de coordenação nacional que respondiam à AV.
- ★ Pelo menos 17 Estados Membros do MBT tinham planos para **AV ou planos alargados para a deficiência** que incluíam explicitamente os sobreviventes.
- ★ Em 2011, pela primeira vez nos últimos anos, vários Estados Membros registaram **declínios na quantidade e qualidade em todos os sectores da AV**.

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

CCM: Art.5, para. 2.C.
Plano de Acção de Viçiana: Acções #21, 24, 33, 56.
Plano de Acção de Cartagena: Secção IV Acção #27, Secção V Acção #34. | **CRPD:** Art.33.

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

Associações de sobreviventes e PcD; associações Baseada na Comunidade da sociedade civil, incluindo de mulheres e mulheres com deficiências | **Provedores de serviços** em todos os sectores da AV | **Ministérios:** Saúde, Trabalho, Assuntos Sociais e outros relevantes para AV, deficiência e desenvolvimento | **Centros de Acção e Autoridades Contra Minas** | **Organizações internacionais:** CICV, agências das NU e outras relevantes para AV.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS COMUNS NOS PAÍSES AFECTADOS POR MINAS/ERG?

- **Pouco ou nenhum conhecimento, envolvimento e empenho dos ministérios relevantes** (Saúde, Trabalho, Assuntos Sociais etc.) num determinado tópico da AV. Ainda pode ser considerada como responsabilidade primária dos actores do Desminagem, em vez da responsabilidade de cada Ministério relevante.
- Ligações ou coordenação insuficiente **entre os esforços para AV e e quadros legais para avançar os direitos da PcD**.
- **Falta de dados suficientes, actualizados, relevantes e comparáveis** sobre as necessidades dos sobreviventes e os serviços disponíveis, e análise dos dados para construir um Plano de Acção Nacional relevante e exequível para AV.
- **Recursos humanos e técnicos insuficientes** para liderar a concepção, implementação, monitoria e avaliação dos Planos de Acção Nacionais.
- Empenho ou capacidades insuficientes para **actualizar, monitorar e avaliar** regularmente o Plano de Acção assim que tenha sido adoptado.

EXEMPLOS DE PLANOS DE ACÇÃO NACIONAIS PARA ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS E DEFICIÊNCIA

A Albânia possui um **Plano Nacional para AV** que está alinhado às recomendações do Plano de Acção de Cartagena. O Gabinete Albanês para Coordenação de Minas e Munições monitoriza a sua implementação, o que permite que a Albânia reporte em pormenor os seus esforços de AV. Os sobreviventes estão representados em todos os níveis de planificação e implementação do Plano. ⁽²⁾

Na Jordânia, a AV está incluída na **Estratégia Nacional para a Deficiência**. O Alto Conselho para Assuntos da Pessoa Com Deficiência é o ponto focal para AV. A AV é coordenada através do Comité Directivo para Sobreviventes e AV, e inclui representantes governamentais e não-governamentais, além de sobreviventes. A AV também está incluída no Plano de Acção Nacional Contra Minas 2010–2015. ⁽³⁾

No Chade, em 2012 foi adoptado um **Plano Nacional de Acção para AV**. Está em conformidade com o Plano de Acção de Cartagena e reconhece o princípio de não discriminação entre vítimas e PcD. O esforço de coordenação foi liderado pelo Centro de Acção Contra Minas com a Participação Activa dos ministérios relevantes (em particular dos Assuntos Sociais), o CICV, ONG e APcD que incluem sobreviventes. O apoio técnico para o processo foi fornecido pelas Nações Unidas em parceria com a HI.



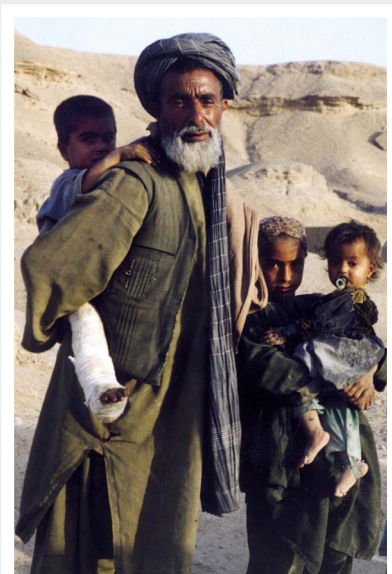
COMO OS ESTADOS PODEM PREPARAR UM PLANO DE ACÇÃO NACIONAL?

Esta secção baseia-se na “Abordagem de treze passos para assistência AV” concebido pela Unidade de Apoio à implementação da Convenção de Proibição de Minas ⁽⁴⁾. Inclui algumas modificações incorporadas na recente experiência da HI no apoio ao desenvolvimento de Planos de Acção Nacionais, e de Planos de Desenvolvimento Local Inclusivos, em vários países. Também baseia-se em documentos de políticas e publicações sobre Desenvolvimento Inclusivo Local criados pela HI ⁽⁵⁾⁽⁶⁾ e pelo Consórcio Internacional para Deficiência e Desenvolvimento ⁽⁷⁾. Este capítulo é uma síntese do processo – cada país deverá certamente adaptá-lo ao seu próprio contexto e certificar-se que não haja duplicação de esforços para avanço da AV e dos direitos de todas as PcD.

- 1. Sensibilização** sobre o quadro da AV e sobre os direitos e necessidades das vítimas e PcD entre os ministérios chave e outros actores relevantes. Desenvolver materiais informativos em formatos acessíveis. Envolver as próprias vítimas como parceiros nas actividades de sensibilização e no desenvolvimento do Plano de Acção Nacional desde o início do processo.
- 2. Atribuir responsabilidade no processo de esboço do Plano de Acção Nacional.** Esta responsabilidade deve ser que a mesma entidade seja responsável, ou ponto focal, pelos direitos da PcD – ex. Ministério dos Assuntos Sociais e da Mulher e Juventude. Se não existir este ponto focal, devem ser exploradas outras possibilidades de liderar o processo temporariamente – incluindo o Centro ou Autoridade de Acção contra Minas. Por fim, a responsabilidade deve cair sob o ministério mais relevante.
- 3. Designar um comité inter-ministerial/inter-sectorial** para coordenar todo o processo. Este grupo deve ser representativo de todos os sectores diferentes da AV (ex. saúde, inclusão económica) e incluir representantes dos Ministérios, provedores de serviços e associações de sobreviventes e PcD. O Comité deve ter um mandato oficial com recursos adequados e termos de referência.
- 4. Realizar uma análise situacional preliminar.** Para desenvolver um plano relevante, é necessário compreender a) o contexto jurídico e político existente; b) a situação actual das vítimas (necessidades, demandas, capacidades, recursos e prioridades); c) realizar uma análise dos actores: quem faz o que e onde, em termos de prestação dos serviços em todos os sectores de AV. Se necessário, realizar um estudo em profundidade que possa ser incluído no próprio Plano de Acção.
- 5. Organizar um primeiro workshop nacional e consultas para introduzir o tópico da AV como enquadrado na deficiência abrangente, desenvolvimento de quadros para direitos humanos; avaliar e finalizar uma análise situacional e iniciar discussões sobre os próximos passos possíveis.** Todos os actores relevantes devem participar neste workshop.
- 6. Organizar grupos de trabalho por sector** (reabilitação, educação, etc.) e **desenvolver objectivos SMART, indicadores e acções para alcançá-los.** Cada grupo de trabalho deve identificar uma associação / ponto focal para liderar as discussões e prestar contas sobre o trabalho de cada grupo ao longo do processo. Note-se que quando as acções e projectos já estão a ter lugar e contribuem para os objectivos dos Planos de Acção, estes também devem ser incluídos no Plano. O que garante que os esforços implementados sejam totalmente levados em consideração e que acções futuras continuem as iniciativas existentes. O Plano deve incluir um orçamento que mencione e diferencie claramente os recursos nacionais e internacionais, além do financiamento garantido e sem garantias.
- 7. Organizar um segundo workshop nacional para integrar o trabalho de cada grupo, priorizar e finalizar um esboço do Plano de Acção Nacional.** Compilar e apresentar o trabalho de todos os grupos e priorizar os objectivos e acções respectivas com base nos recursos existentes.
- 8. Disseminar o esboço do plano a todos os actores relevantes para comentários e aprovação final, e seguir todos os procedimentos de adopção necessários.**
- 9. Coordenar, monitorar, avaliar e submeter relatório** sobre avanços e desafios enfrentados na implementação do Plano de Acção a nível local, nacional e internacional e com regularidade. As vítimas e PcD devem estar activamente envolvidas na monitoria e avaliação do Plano, além de todos outros estágios.
- 10. Actualizar e rever o Plano pelo menos uma vez por ano** para garantir que continue relevante e que todas as dificuldades sejam abordadas o mais cedo possível.



PROCESSO DE PREPARAÇÃO UM PLANO DE ACÇÃO NACIONAL NO AFGANISTÃO ⁽⁸⁾



© Chris Horwood / Handicap International

Uma família vítima de minas/ERG, Afeganistão, 2003

Problema identificado: O Afeganistão é um dos países com mais vítimas de minas/ERG em todo o mundo. A falta de coordenação e ausência de uma abordagem sistemática para AV foram vistos como um obstáculo para a resposta aos direitos e necessidades das vítimas e da PcD no geral. **Objectivos:** O objectivo principal do Plano era “responder aos direitos e necessidades de todas as PcD, incluindo sobreviventes de minas, dentro do quadro da Estratégia Nacional de Desenvolvimento do Afeganistão e MBT.”

Metodologia: O Plano Nacional de Acção para a Deficiência no Afeganistão 2008-2011 foi esboçado num processo consultivo sob auspícios do Ministério do Trabalho, Assuntos Sociais, Mártires e Deficientes, em conexão com os ODM e a Estratégia de Desenvolvimento Nacional. Foi esboçado através de uma série de sessões de sensibilização e workshops que inclui uma revisão do estatuto/situação actual, objectivos em 2006 e objectivos revistos em 2008, e acções para alcançar os objectivos revistos. Através de consultas e com base no MBT e nas prioridades nacionais, os seguintes sectores foram identificados como pertinentes para inclusão no Plano: 1. Recolha de dados; 2. Cuidados de emergência e atendimento médico continuado; 3. Reabilitação física; 4. Apoio psicológico e reintegração social; 5. Reintegração económica; 6. Reabilitação Baseada na Comunidade; 7. Educação inclusiva; 8. Legislação e políticas públicas.

Está actualmente a ser revisto e actualizado.

Sustentabilidade: O Plano de Acção Nacional foi liderado e esboçado pelos Ministérios relevantes com actores internacionais que prestavam apoio técnico. Desde o início, esteve associado aos quadros nacionais para deficiência e desenvolvimento. Foi estabelecido através de um processo consultivo que envolve todos os actores nacionais e internacionais e, em particular, sobreviventes e PcD.

Liderado por: Ministério Afegão para o Trabalho, Assuntos Sociais, Mártires e Deficientes.

O QUE É COOPERAÇÃO E ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL?

Cooperação e Assistência Internacional refere-se a **todo o apoio** prestado aos Estados e actores afectados para **Implementar a AV de forma efectiva, eficiente e sustentável. Pode ser canalizada através** de mecanismos bilaterais, regionais e multilaterais, entre outros: Agências das NU, além da cooperação Sul-Sul para o CICV, ONG, provedores de serviços, associações de sobreviventes e PcD.

Os países afectados enfrentam múltiplas dificuldades que impedem a implementação rápida e efectiva da AV, tal como conflito contínuo, pobreza disseminada e falta de recursos humanos, técnicos e financeiros suficientes. Como tal, o **objectivo da cooperação e assistência internacional** é **apoiar os Estados** que carecem de recursos suficientes para **cumprir as suas obrigações de AV**, garantindo assim que os direitos das vítimas e PcD são aplicados e que a sua qualidade de vida seja melhorada. A cooperação e assistência internacional têm mais impacto se responderem às prioridades definidas pelos Estados Membro afectados nos seus Planos de Acção Nacionais. Eis o porque da Cooperação Internacional ser um dos pilares do MBT e da CCM e estar incluída nos Planos de Acção de Cartagena e de Vienciana.

As modalidades incluem:

- **Apoio técnico:** Apoio no local para implementação de um projecto específico, tal como desenvolvimento de um Plano de Acção Nacional ou realização de uma avaliação das necessidades e mapeamento dos recursos.
- **Capacitação:** Formação e *coaching* regular das autoridades relevantes ou provedores de serviços ao longo de um período de tempo com o objectivo de melhorar os seus conhecimentos, atitudes, práticas e habilidades gerais num determinado tópico.

Pode ser específico a um sector (ex. formação de profissionais de reabilitação) ou em aspectos tais como Monitoria e Avaliação de políticas e programas.

- **Apoio financeiro:** Apoio orçamental através de mecanismos de cooperação bilateral, regional ou multilateral para Estados, NU e organizações internacionais, ONG internacionais e locais, associações de sobreviventes e PcD e provedores de serviços.

Factos Rápidos

- ★ Em 2011 houve **retrocessos no acesso** aos serviços para sobreviventes em pelo menos 12 países, a maioria como consequência da **diminuição na assistência internacional**. ⁽¹⁾
- ★ Responder aos direitos e necessidades da PcD é um **empenho a longo prazo** a nível político, financeiro e material. ⁽²⁾
- ★ O financiamento para o desminagem foi o maior desde sempre em quase 578 milhões de EUR em 2011, mas o financiamento para a AV atingiu **apenas 6%** do apoio total de acção contra minas.

QUADRO LEGAL E POLÍTICO

CCM: Art.6, para 7. | **Plano de Acção de Vienciana:** Acções # 33 – 38, 41, 42, 47, 56 e 59. | **Plano de Acção de Cartagena:** Secção IV, Acção # 32. Secção V, Acções # 35, 37, 39, 41, 47, 48, 50, 51 e 52. | **CRPD:** Art.32.

QUEM SÃO OS PRINCIPAIS ACTORES?

Associações de sobreviventes e PcD | **Provedores de serviços** em todos os sectores da AV | **Ministérios:** Todos os Ministérios relevantes nos países afectados | **Organizações internacionais:** Agências das NU, GICHD, CICV, ONG internacional | **Fóruns regionais e multilaterais** | **Agências de Desenvolvimento e Cooperação Internacional**, tais como: ADA, AusAID, AFD, BMZ, CIDA, DFID, DGDC, JICA, NORAD, SIDA, USAID, WRA... | **Ministérios dos Negócios Estrangeiros** de países empenhados com a cooperação e assistência internacional.

QUAIS SÃO OS DESAFIOS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL?

- É difícil priorizar a cooperação internacional quando existem **poucos estudos suportados por evidências** que analisem as necessidades e capacidades das vítimas, serviços e recursos existentes, e esforços nacionais para responder às lacunas.
- Continua a haver muitas barreiras que impedem a PcD **de ser incluída em todos os aspectos do desenvolvimento e da cooperação para o desenvolvimento**; e continuam a haver dificuldades em garantir que os esforços para AV sejam baseados ou pelo menos ligados aos **esforços para inclusão da PcD**.
- Os países empenhados na cooperação internacional e aqueles afectados **podem ter prioridades diferentes**.
- **As boas práticas sobre cooperação internacional para AV** de países diferentes ainda não estão bem documentadas, dificultando a maximização.

PROJECTOS DE ÊXITO EM COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

No Afeganistão, a *Associação Afegã de Sobreviventes de Minas (ALSO)* implementa projectos de apoio de pares, sensibilização, acessibilidade, inclusão, advocacia e empoderamento. Estas actividades são **apoiadas pela WRA** através da Clear Path International (CPI) e da OSI, CIDA, Embaixadas da Noruega, Finlândia e Austrália, além de pequenas subvenções do ICBL, CMC e HI. A CPI fez uma grande diferença nas actividades iniciais da ALSO através 1. Oferta de financiamento para o primeiro projecto de apoio de pares; 2. Cobertura parcial dos custos de capacitação e de funcionamento da ALSO. 3. Apoio contínuo ao longo dos anos; 4. Desenvolvimento dos recursos humanos da ALSO através de formação em contabilidade, gestão e monitoria. Através dos seus projectos, a ALSO empoderou centenas de mulheres com deficiência, incluindo sobreviventes; quase 100 escolas e outros locais públicos tornaram-se acessíveis; introduziu o apoio de pares como um conceito novo no Afeganistão; apoiou inúmeras pessoas a matricularem-se na escola e a encontrar emprego. A ALSO também contribuiu para a ratificação do CRPD e CCM. ⁽³⁾

Na República Democrática do Congo, o Centro das *NU para Acção contra Minas (UNMACC)* presta apoio às autoridades nacionais e organizações de acções contra minas na coordenação e implementação da AV. A *UNMACC* mobiliza recursos, advoga a ratificação da CRPD e mantém um banco de dados sobre as vítimas. Os doadores incluem o Japão, a *AusAID* e *MONUSCO*. Em 2011-2013, o UNMACC forneceu subvenções a ONG nacionais para projectos de AV, em particular para inclusão económica; realizou um inquérito sobre AV; actualizou o banco de dados das vítimas e liderou o esforço de esboço do Plano Nacional Estratégico de Acção Contra Minas 2012-2016 e liderou, facilitou, apoiou e trabalhou com outras associações parceiras no desenvolvimento de um Plano Estratégico Nacional para Assistência para Vítimas de Minas/ERG e outras PcD 2010-2012. Como resultado, foram identificados 1.243 sobreviventes e 228 envolveram em actividades de geração de rendimento e melhoraram o rendimento do agregado familiar; 135 pessoas tiveram acesso aos serviços de reabilitação física; existe informação harmonizada sobre AV; está a funcionar um banco de dados actualizado. O UNMACC promove projectos que usam uma abordagem abrangente, incluindo reabilitação física, apoio psicossocial e inclusão económica, que garante uma melhoria duradoura e significativa na qualidade de vida dos sobreviventes. ⁽⁴⁾



O QUE PODEM FAZER OS ESTADOS?

Este capítulo inclui recomendações para os estados afectados mobilizarem mais eficazmente recursos internacionais disponíveis para AV, deficiência, desenvolvimento e direitos humanos e recomendações para os países empenhados na cooperação e assistência internacional para facilitar o cumprimento das disposições do CCM e MBT para AV em linha com a CRPD. Para recomendações específicas para cada sector que a AV pertence, ou para questões transversais, consulte as fichas 1-11.

Recomendações para os Estados afectados:

- Recolher, analisar e disseminar informação suportada por evidências sobre as necessidades e capacidades das vítimas e PcD, sobre os recursos existentes e provedores de serviços, e sobre esforços nacionais para cumprir com as disposições do CCM e MBT para AV em linha com a CRPD.
- Desenvolver um Plano de Acção Nacional para assistência às vítimas e/ou Deficiência, completo com uma análise situacional e de lacunas, objectivos "SMART" e actividades e orçamento associados.
- Ao solicitar cooperação ou assistência internacional, demonstrar como poderia contribuir para alcançar um ou mais dos objectivos SMART do Plano de Acção Nacional para assistência às vítimas e/ou Deficiência. Mencionar todos os esforços nacionais e internacionais já empenhados para o mesmo objectivo.
- Solicitar cooperação e assistência internacional juntamente aos actores relevantes, tais como ONG, associações de PcD e sobreviventes, provedores de serviços.
- Aceder ou ratificar quadros relevantes, tais como o MBT, CCM e CRPD, uma vez que vão aumentar as oportunidades de financiamento que vão beneficiar aos sobreviventes e PcD.

Recomendações para os países e organizações empenhadas na Cooperação e Assistência Internacional: ^{(5) (6) (7)}

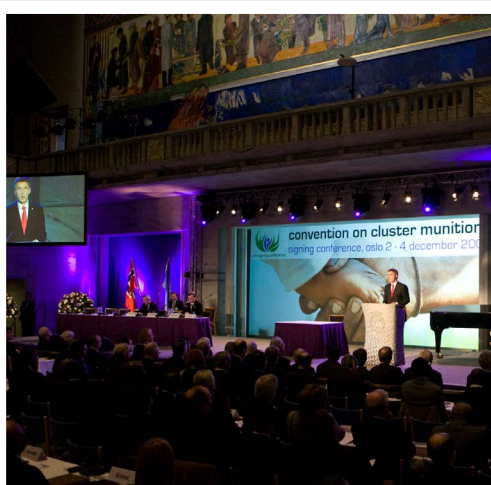
- Garantir que os esforços de AV sejam alinhadas a outras actividades de desenvolvimento, tais como cuidados sanitários, educação, empoderamento e assistência humanitária. Ao mesmo tempo, garantir financiamento contínuo para AV no âmbito da acção contra minas, orçamentos dedicados para evitar lacunas no financiamento enquanto a AV não for levada em consideração nos fundos abrangentes para o desenvolvimento. Os orçamentos específicos para AV devem estar disponíveis mesmo depois de um país ter sido declarado livre de minas e ERG até que a qualidade de vida das vítimas seja igual à do resto da população.
- Garantir que todos os esforços de desenvolvimento financiado sejam inclusivos da deficiência. Formar quadros novos e actuais responsáveis por avaliar as candidaturas a financiamento para AV e desenvolvimento inclusivo da deficiência.
- Pedir que beneficiários da cooperação e assistência internacional em todos os sectores forneçam informação sobre quais medidas serão tomadas para garantir que os seus esforços de desenvolvimento sejam inclusivos para que as vítimas e PcD possam beneficiar em igualdade com os outros.
- Ser flexíveis e responder às necessidades e lacunas demonstradas nos países afectados, incluindo nos aspectos menos financiados, tais como saúde mental, projectos de apoio psicossocial, capacitação a médio e longo prazo das associações de sobreviventes, APcD e autoridades nacionais.

Recomendações para os países e organizações empenhadas na Cooperação e Assistência Internacional e para os Estados afectados:

- Documentar e disseminar boas práticas e lições aprendidas sobre como a cooperação e assistência internacional apoiaram os esforços nacionais para AV, incluindo sobre estratégias para ligar as contribuições da AV àquelas realizadas no âmbito de esforços alargados para deficiência, desenvolvimento e direitos humanos.
- Consultar e empregar PcD a todos os níveis, incluindo a direcção sénior. Nomear pessoas com responsabilidade específica para AV e deficiência. Estas pessoas devem ter autoridade para influenciar decisões e alocação orçamental.
- Todos estudos, recolha de dados, monitoria e avaliação dos programas de desenvolvimento devem desagregar os dados por sexo, deficiência e idade.
- Garantir que as necessidades e capacidades das vítimas sejam reconhecidos e sejam envidados esforços associados no desenvolvimento imediato e agenda humanitária.
- Promover intercâmbios regionais e bilaterais sobre boas práticas como um elemento chave nas estratégias de cooperação.
- Para os Estados membro do MBT e/ou CCM, registar no artigo 7 como a cooperação e assistência internacional para AV contribuem e estão a ser integrados nas estratégias alargadas para deficiência, desenvolvimento e direitos humanos; contribui para o desenvolvimento de um sistema inclusivo de serviço disponíveis e acessíveis e para a melhoria na qualidade de vida das vítimas e PcD.



EXEMPLO DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS



© Kilian Munch

Conferência de assinatura da Convenção Contra bombas de Fragmentação, Oslo, 3 de Dezembro de 2008.

O projecto: A HI implementou um projecto de quatro anos entre 2009-2012 que **promoveu a cooperação Sul-Sul para AV** na Ásia e no Sudeste Asiático, Médio Oriente, África Central e Oriental e Ásia Central. Foram organizados quatro workshops regionais sobre AV para sensibilização sobre AV e deficiência no geral, aumentar os conhecimentos sobre como desenvolver um plano de acção nacional sobre AV/deficiência e fornecer uma plataforma pela qual os estados membro afectados e doadores possam trocar as melhores práticas e capitalizar as oportunidades. Estes workshops juntaram por todos **actores relevantes** numa determinada região, nomeadamente representantes dos Ministérios e Centros de Acção Contra Minas nos países afectados por minas/ERG; representantes dos países empenhados na cooperação internacional, organizações regionais, APcD e associações de sobreviventes, o CICV, agências das NU, a OIT, a ITF, o GICHD, ICBL e a CMC. Estes workshops regionais foram organizados em Bangucoque, Amã, Nairobi, Dushanbe e Viçiana.

Cooperação internacional: a. Financiamento: providenciado pela França através de um fundo especial para fortalecer as associações da sociedade civil, e através da Agência Francesa para o Desenvolvimento (AFD); pela Noruega através do seu Ministério dos Negócios Estrangeiros; pela União Europeia através do seu Fundo para Educação e Desenvolvimento.

Resultados do projecto: *Desenvolvimento do apoio de pares no Iraque, *Participação consciente e poderosa da sociedade civil na RDC no desenvolvimento subsequente do Plano Nacional Estratégico para Assistência para Vítimas de Minas/ERG e outras PcD: 2010-2012, *Subsequentes intercâmbios entre o Laos, Vietname e Camboja na área de meios de subsistência.

Referências ⁽¹⁾ ICBL-CMC. *Landmine and Cluster Munition Monitor*. 2012 | ^{(2) (7)} GICHD. *Assisting Landmine and other ERW Survivors in the Context of Disability, Development and Disarmament*. 2011 | ⁽³⁾ Emails from Firoz Alizada, of the Board of Directors of ALSO. 2013 | ⁽⁴⁾ Emails from UNMACC staff. 2013 | ⁽⁵⁾ European Disability Forum. *Policy Paper Disability and Development Cooperation*. 2002 | ⁽⁶⁾ IDDC. *A guidance paper on Inclusive Local Development Policy*. 2009; AusAID. *Development for All: Towards a disability-inclusive Australian Aid program 2009-2014*. 2008; IICA. *Thematic guidelines on disability*. 2009; Norwegian Agency for Development Cooperation. *Report on Mainstreaming Disability in Development Cooperation*. 2011; SIDA. *Human Rights for People with Disabilities: SIDA's plan for work*; Banco Mundial. *Disability and International Cooperation and Development: A Review of Policies and Practices*.



ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ADA: Agência Austríaca para o Desenvolvimento	IMSMA: Sistema de Gestão de Informação para Acção contra Minas
AFD: Agência Francesa de Desenvolvimento	JICA: Agência Japonesa para a Cooperação Internacional
APcD: Associação de Pessoas com Deficiência	LDPA: Associação de Pessoas com Deficiência, Laos
AusAid: Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional	MAA: Autoridade de Acção contra Minas
AV: Assistência às Vítimas	MAC: Centro de Acção Contra Minas
BMZ: Ministério Federal da Cooperação Económica e Desenvolvimento (Alemanha)	MBT: Tratado para Proibição de Minas
CcD: Criança com Deficiência	NORAD: Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
CIDA: Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional	OCDE: Organização para a Cooperação Económica e o Desenvolvimento
CCM: Convenção sobre Bombas de Fragmentação	ODM: Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
CICV: Comité Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho	ONG: Organização Não Governamental
CMC: Coalizão Contra Bombas de Fragmentação	OIT: Organização Internacional do Trabalho
CMVIS: Sistema de Informação sobre Vítimas de Minas/ERG no Camboja	OMS: Organização Mundial da Saúde
CPI: Clear Path International	OSI: Instituto Sociedade Aberta
CRDP: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência	PcD: Pessoa com Deficiência
DFID: Departamento para Desenvolvimento Internacional (Reino Unido)	PIB: Produto Interno Bruto
DGDC: Direcção-Geral para a Cooperação o Desenvolvimento (Bélgica)	PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ERG: Explosivos Remanescentes de Guerra	RBC: Reabilitação Baseada na Comunidade
GICHD: Centro Internacional de Genebra para a Desminagem Humanitária	SIDA: Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional
HI: Handicap International	UNESCAP: Comissão Económica e Social das Nações Unidas para a Ásia e Pacífico
ICBL: Campanha Internacional para a Proibição de Minas Terrestres	UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
IDDC: Consorcio Internacional para a Deficiência e Desenvolvimento	UNMACC: Centro das Nações Unidas para Coordenação da Acção contra Minas
ITF: Fundo Fiduciário Internacional	USAID: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
	WRA: Gabinete para Remoção e Redução de Armas

Federação Handicap International

14 avenue Berthelot
69361 Lyon Cedex 07
Tél. : +33 (0) 4 78 69 79 79
Fax : +33 (0) 4 78 69 79 94
www.handicap-international.org

Alemanha

Ganghofer str. 19
80339 München
Tél. : +49 (0) 89 54 76 06 00
Fax : +49 (0) 89 54 76 06 20
kontakt@handicap-international.de
www.handicap-international.de

Bélgica

67 rue de Spa
1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0) 2 280 16 01
Fax : +32 (0) 2 230 60 30
info@handicap.be
www.handicap-international.be

Canadá

1819 boulevard René-Lévesque Ouest
Bureau 401
Montréal (Québec) H3H 2P5
Tél. : +1 514 908 2813
Fax : +1 514 937 6685
info@handicap-international.ca
www.handicap-international.ca

EUA

Suite 240 - 6930 Carroll Avenue
Takoma Park, MD 20912
Tél. : +1 301 891 2138
Fax : +1 301 891 9193
info@handicap-international.us
www.handicap-international.us

França - Lyon

16 rue Etienne Rognon
69363 Lyon Cedex 07
Tél. : +33 (0) 4 72 72 08 08
Fax : +33 (0) 4 26 68 75 25
info@handicap-international.fr
www.handicap-international.fr

França - Paris (Escritório de Representação)

104-106 rue Oberkampf
75011 Paris
Tél. : +33 (0) 1 43 14 87 00
Fax : +33 (0) 1 43 14 87 07

Luxemburgo

140 rue Adolphe Fischer
1521 Luxembourg
Tél. : +352 42 80 60 - 1
Fax : +352 26 43 10 60
contact@handicap-international.lu
www.handicap-international.lu

Reino Unido

27 Broadwall
London SE1 9PL
Tél. : +44 (0) 870 774 3737
Fax : +44 (0) 870 774 3738
info@hi-uk.org
www.handicap-international.org.uk

Suíçat

Avenue de la Paix 11
1202 Genève
Tél. : +41 (0) 22 788 70 33
Fax : +41 (0) 22 788 70 35
contact@handicap-international.ch
www.handicap-international.ch



Essas fichas foram produzidos com o apoio financeiro do Ministério dos Negócios Estrangeiros da Noruega. O conteúdo deste documento é da exclusiva responsabilidade da Handicap International e não poderá, em nenhuma circunstância, ser considerado como reflectindo a posição do Ministério dos Negócios Estrangeiros da Noruega.