

Saúde Reprodutiva de Populações Influenciadas Pela Guerra: O Que Sabemos?

Por Therese McGinn

O enfoque tradicional das agências locais e internacionais de assistência durante emergências complexas sempre tem sido a provisão de alimentos, água, abrigo adequado e atenção básica à saúde—especificamente a redução da mortalidade através do controle de doenças infecciosas e promoção da saúde infantil. Em meados da década de 1990, no entanto, vários eventos concentraram a atenção na saúde reprodutiva de populações influenciadas pela guerra. Tanto a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, quanto a Quarta Conferência Mundial de Mulheres, em Beijing, em 1995, destacaram as necessidades de populações deslocadas. Um estudo referencial, publicado em 1994, demonstrou que serviços de saúde reprodutiva (além de assistência pré-natal e de parto) raramente eram incluídos nos serviços de saúde disponíveis aos refugiados ou deslocados.¹ Finalmente, o âmbito e a cobertura de atrocidades, especialmente violência sexual, perpetrada durante os conflitos na antiga Iugoslávia e em Ruanda, chamaram a atenção do mundo às questões de saúde reprodutiva.

As respostas das agências de assistência e de saúde reprodutiva às necessidades dos refugiados sofreram obstáculos pela falta de pesquisa e experiência programática específica para emergências complexas. Uma estrutura útil para uma avaliação fora do local, usando dados de fontes secundárias da resposta da saúde reprodutiva em emergências, examina a interação das características populacionais e condições antes e depois do conflito, para avaliar como as necessidades de saúde reprodutiva possam ter sido influenciadas pelo conflito.² Não obstante, ainda falta informação sobre até que ponto os modelos existentes da provisão de saúde reprodutiva, desenvolvidos em comunidades estabelecidas ou assentadas, podem ser utilizados ou adaptados para as populações influenciadas pela guerra.

Dados disponíveis (de fontes publicadas e não publicadas) são analisados neste artigo para determinar se, e como, o estado de saúde reprodutiva é influenciado pelo estado de refugiado ou deslocado. A maioria dos dados reflete trabalhos documen-

tados durante a década de 1990, embora também incluamos estudos publicados das décadas de 1970 e 1980. A população mais freqüentemente estudada é a dos refugiados em ambientes de campos estáveis; deve usar cautela ao aplicar estes achados a refugiados durante a fase de emergência de uma crise ou aos deslocados internamente, e outros grupos influenciados pela guerra. São examinadas achados acerca de fecundidade e planejamento familiar, maternidade segura, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV, e violência sexual e com base no gênero.

Fecundidade e anticoncepção

As pessoas que trabalham com populações influenciadas pela guerra têm opiniões contraditórias em relação ao impacto da migração forçada sobre a fecundidade: que a fecundidade aumenta por causa da pressão de substituir crianças e soldados falecidos, e que cai porque o estresse e incerteza da vida de refugiados não conduzem a ter filhos. De fato, ambas as respostas são descritas em várias análises demográficas e econômicas, resumidas em uma análise, em 1999, sobre a redução da fecundidade na Etiópia.³ Alta fecundidade tem sido observada durante épocas de insegurança econômica e onde redes de apoio sociais ou públicas não estão disponíveis ou são incertas, e reduções na fecundidade têm sido observadas como resposta ao declínio econômico, a curto ou longo prazo, e à convulsão política, guerra, fome coletiva aguda e separação marital devido à migração forçada (ou outra). Estudos publicados e não publicados sobre fecundidade, tamanho de família desejada e utilização de anticoncepcionais revelam uma resposta mista ao engravidamento entre as pessoas influenciadas pela guerra.

Uma comparação de níveis de fecundidade entre dois grupos de refugiados do Khmer Vermelho por seis meses após a sua chegada em dois campos na Tailândia, em 1979–1980, indicou que as taxas efetivas e projetadas de nascimento e de gravidez eram diferentes de acordo com o estado sócio-econômico e educacional dos refugiados.⁴ A taxa de nascimento daqueles que tinham morado em áreas urbanas,

eram relativamente bem educados e tinham melhores estados financeiros era semelhante à taxa no Camboja antes da guerra; permaneceu bastante constante durante os seis meses de observação, e não estava projetada a mudar substancialmente nos meses subsequentes. A taxa de nascimento entre aqueles que moravam em áreas rurais, tinham pouca educação e eram mais pobres era notavelmente mais baixa do que a taxa no Camboja antes da guerra; aumentou durante o período de estudo; e era projetada a continuar a aumentar—embora não, pelo menos a curto prazo, ao nível das mulheres com melhor situação financeira. Os pesquisadores atribuíram a baixa fecundidade das mulheres mais pobres quando começaram as observações à sub-fecundidade, o que foi rapidamente revertido com o melhoramento na alimentação.

Dados compilados pelo Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (Centro para Pesquisa sobre a Epidemiologia de Desastres) acerca de refugiados do Sudão em dois campos na Etiópia (Bonga e Fugnido) em resposta a emergências semelhantes também ilustram diferentes padrões de fecundidade entre migrantes do mesmo país (embora de distintos grupos étnicos).⁵ Taxas brutas de nascimento de fevereiro de 1993 a julho-agosto de 1996 indicam um aumento em Bonga (de cerca de um a mais de quatro por 1.000 de população) e uma redução em Fugnido (de mais de três a menos de um por 1.000). Os pesquisadores atribuíram o aumento em Bonga a um desejo de re-popular depois de um massacre, assim como uma organização do campo melhor e uma obediência superior de pacientes com conselhos de saúde, e a redução em Fugnido ao ambiente severo e inferiores instalações e serviços de saúde.

Pesquisadores em Belize usaram dados

Therese McGinn é professora clínica assistente em saúde pública, Heilbrunn Center for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nova Iorque. A autora deseja agradecer Martina Frank, Michelle Hynes e membros do Reproductive Health for Refugees Consortium (Consórcio para Saúde Reprodutiva e Refugiados) pelas suas contribuições a este trabalho, e a David and Lucile Packard Foundation, e a Bill and Melinda Gates Foundation pelo seu apoio financeiro.

de 1989 para comparar a fecundidade entre a população nativa do Belize com três categorias de refugiados e imigrantes que fugiram de violência política e desestabilização econômica em El Salvador e Guatemala: residentes permanentes, refugiados registrados, e aqueles em estado ilegal.⁶ Os pesquisadores analisaram mães com pelo menos uma criança com menos de seis anos de idade; seu tempo mediano em Belize era de cinco anos. Os autores concluíram que características sociais e demográficas, tais como idade, educação, e quanta terra pertencia a eles em Belize, tinham maior impacto na fecundidade e número de filhos desejados do que estado migratório.

Pesquisadores que examinaram tendências de fecundidade na Etiópia durante as décadas de 1970 e 1980—uma época marcada por convulsão social e política, violência e grandes movimentos populacionais, assim como fome coletiva aguda e declínio econômico⁷—notaram que a fecundidade durante a década de 1970 permaneceu alta e relativamente estável, embora marcada por reduções e aumentos periódicos em resposta a eventos políticos e econômicos específicos. Em 1982, entretanto, a fecundidade sofreu uma redução paulatina, mas estável, o que parece ter sido sustentado até meados da década de 1990, quando a estabilidade voltou à Etiópia. Depois da avaliação e rejeição de explicações alternativas, os autores atribuem a redução na fecundidade à contínua guerra civil e declínio econômico depois de 1982.

Em 1995, um estudo entre refugiados palestinos no Líbano mostrou padrões constantes de alta fecundidade e fecundidade precoce, e curtos intervalos intergenésicos.⁸ Os desejos relacionados à fecundidade, no entanto, podem estar mudando. Embora 50% das mães de 15–60 anos de idade tenham mais de cinco filhos, somente 22% escolheram este número como sua preferência. Paralelamente, 58% tiveram o primeiro parto até 19 anos de idade, mas 78% consideravam a idade de 20–25 anos como ideal para começar a ter filhos.

O International Organization of Migration (Organização Internacional de Migração), com sede em Genebra, relatou uma queda no número médio de nascimentos em Sarajevo durante meados da década de 1990 (de 10.000 antes do conflito a 2.000 durante a guerra),⁹ e atribuiu a redução à separação marital e postergação de partos devido à insegurança. O movimento populacional, por si só, explicou muito pouco esta queda. A postergação foi conseguida através do uso de aborto eletivo

(uma média de dois abortos por cada gravidez a termo para a maioria da guerra) ao invés do uso de anticoncepcionais, que permaneceu baixo.¹⁰

Em 1998, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) compilou dados de saúde reprodutiva usando estatísticas rotineiras de serviço e estudos especiais em oito locais de refugiados no mundo inteiro: Bonga, Etiópia; Dadaab e Kakuma, Quênia; Nepal oriental; Hangu, Paquistão; Kibondo, Tanzânia; norte de Uganda; e Goma, República Democrática do Congo (antigo Zaire).¹¹ Em sete locais, as taxas de nascimento eram consideravelmente mais baixas do que do país de origem e do país anfitrião; em Hangu, a taxa de nascimento do campo era quase igual à do Paquistão, mas inferior à do Afeganistão. O relatório indicou que inexatidões no tamanho da população ou em sistemas de dados de saúde podem haver influenciado a precisão das taxas compiladas.

Em resumo, estes estudos, assim como outras publicações sobre fecundidade,¹² sugeriram que não existe um padrão comum de fecundidade entre refugiados. A natureza imediata e a severidade de uma emergência podem influenciar a resposta a curto prazo, mas a longo prazo, a fecundidade de refugiados parece estar influenciada por fatores sociais e demográficos usualmente associados com mudança na fecundidade (tais como idade, estado sócio-econômico, educação e residência rural ou urbana).

O alcance da fecundidade desejada é uma função de vários fatores, incluindo a utilização de anticoncepcionais eficazes, que é, em parte, função da disponibilidade de serviços. Em relação a isto, os resultados também são mistos.

Uma pesquisa de 1983, entre mulheres refugiadas dos grupos étnicos Lao e Hmong com idades entre 15 e 49 anos que chegaram à Tailândia no final da década de 1970 e no início de 1980, demonstrou uma alta fecundidade completada de 6–7 crianças.¹³ Ambos os grupos chegaram com conhecimentos limitados sobre planejamento familiar. Até 1983, no entanto, a fecundidade desejada e o comportamento anticoncepcional mostraram uma marcante diferença nos dois grupos. O número ideal de filhos para as mulheres Lao era de três, e somente 30% expressou um desejo de ter mais filhos. Os números correspondentes para as mulheres Hmong eram de seis e 66%. O uso atual de anticoncepcionais (em sua maioria os métodos modernos) era de 42% entre as mulheres Lao e 3% entre as Hmong. Os autores atribuí-

em as diferenças a variações culturais e administrativas, mas notam também a influência de uma educação substancialmente mais avançada nas mulheres Lao.

Os refugiados Khmer Vermelho, na Tailândia, no final da década de 1970 responderam rapidamente à disponibilidade de serviços de planejamento familiar. Em poucas semanas, a prevalência subiu de zero a 30%.¹⁴ Em 1997, refugiados do Afeganistão, no Paquistão, relataram uso limitado mas forte interesse no planejamento familiar.¹⁵ De maneira semelhante, em meados da década de 1990, os refugiados de Ruanda expressaram forte demanda para serviços de planejamento familiar,¹⁶ uma reflexão da prevalência anticoncepcional muito mais alta antes da guerra na Ruanda (21%) do que no Congo e Tanzânia, onde os campos de refugiados eram localizados. A prevalência de 2% notificada entre refugiados da Ruanda em Goma,¹⁷ por conseguinte, pode refletir estrangimentos no fornecimento em vez de falta de demanda.

A anticoncepção de emergência é um serviço de planejamento familiar importante para os refugiados, incluindo aqueles cujo acesso a fornecimentos anticoncepcionais regulares foi interrompido e onde mulheres foram estupradas. Em uma análise em 1998 de 14 projetos fornecendo serviços de saúde reprodutiva, a International Rescue Committee (Comissão Internacional de Resgate), uma agência líder de assistência a refugiados, encontrou que anticoncepção de emergência somente estava disponível em quatro locais.¹⁸ A falta de familiaridade, tanto entre provedores quanto entre mulheres refugiadas, e escassez de fornecimento foram citadas como estrangimentos para a sua maior disponibilidade.

Não é surpreendente que a demanda para serviços de planejamento familiar é influenciada pelo conhecimento e experiência prévia dos migrantes sobre planejamento familiar. Não obstante, mesmo entre grupos de migrantes com exposição anterior limitada e baixa demanda, pode-se esperar que a disponibilidade de educação de alta qualidade e serviços possa ajudar a que alcancem o tamanho de família que desejam e que melhorem seu estado de saúde.

Maternidade segura

Como as mulheres no mundo todo, as mulheres refugiadas encontram perigo na gravidez e maternidade. Os recém-nascidos de refugiadas também enfrentam riscos. Em geral, no entanto, a presunção prevalente de que o estado de refugiado agrava

os riscos e resultados da gravidez pode não ser apoiada pelos dados disponíveis.

Somente os resultados da saúde do recém-nascido são medidos na maioria dos estudos sobre resultados da gravidez. O resultado medido mais comum é o baixo peso ao nascer; outras medidas incluem parto prematuro e taxas de mortalidade neonatal. Os resultados maternos de saúde (tais como complicações obstétricas, morbidade e mortalidade) são notificados menos frequentemente.

Um estudo na Tanzânia, em 1998, indicou resultados inferiores de gravidez comuns entre refugiados de Burundi, no campo Mtendeli.¹⁹ Mais de um quinto de todos os nascidos vivos estavam com baixo peso ao nascer (menos de 2.500 g), e as taxas de mortalidade fetal e neonatal estavam a 46 e 29 mortes por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Os resultados inferiores estavam associados com a primeira e a segunda gravidez, frequência de malária e prévio alto estado sócio-econômico. Este último aspecto é surpreendente, sendo que o estado sócio-econômico e estado de saúde geralmente variam juntos. Os autores sugerem que as mulheres de alto estado sócio-econômico não tinham as habilidades necessárias para funcionar bem dentro do ambiente do campo.

Uma avaliação de dados de saúde em Sarajevo, antes e durante a guerra, indicou que a mortalidade perinatal tinha aumentado de 15 a 39 mortes por 1.000 nascidos vivos.²⁰ Os pesquisadores consideraram como fatores subjacentes importantes o aumento da porcentagem de recém-nascidos de baixo peso (de 5% a 13%) e as dificuldades de administrar atenção aos recém-nascidos devido a infraestrutura de saúde danificada. Os dados de saúde de Sarajevo também indicam um aumento em defeitos congênitos (de menos de 1% a 3%), atribuídos, em parte, pelos autores a deficiências nutricionais.

A compilação da ACNUR de dados de serviços e pesquisas de 1998 de oito locais

indicou uma ampla gama de porcentagens de recém-nascidos com baixo peso ao nascer: 3% em Uganda; 6% no Zaire; 9% na Etiópia; 10% em Nepal; e 22% na Tanzânia.²¹ Com exceção da Tanzânia, os recém-nascidos dos refugiados experimentaram baixo peso ao nascer a taxas mais baixas do que as populações na sua terra natal ou países anfitriões. A taxa de mortalidade neonatal nestes locais variava de 10 mortes por 1.000 nascidos vivos (em Uganda) a 29 (na Tanzânia), e era mais baixa em todos os locais do que entre populações na terra natal ou países anfitriões. No total, a cobertura da atenção pré-natal era mais alta do que a estimativa de 68% a nível mundial, da Organização Mundial da Saúde. Em alguns casos, a cobertura foi calculada acima de 100%, provavelmente devido às sub-estimativas de partos e ao uso dos serviços por não-refugiados. As estimativas de mortalidade materna dos oito locais mostraram coeficientes de mortalidade materna de 65 a 526 mortes por 100.000 nascidos vivos (refugiados de Ruanda no Zaire e da Somália em Dadaab, Quênia, respectivamente). Em todos os casos, estas estimativas são consideradas mais baixas do que para ambos—o país de procedência e anfitrião.

O relatório da ACNUR adverte que estatísticas baseadas em serviços são vulneráveis a sub- e super-estimação, e que as estimativas da população no campo, usadas para calcular as taxas, também podem ser incorretas. Embora o quadro geral positivo da saúde materno-infantil dos refugiados comparado com aquele do país de procedência ou anfitrião possa ser correto, importância não deve ser atribuída a pequenas diferenças ou números específicos.

Um estudo no Chile examinou o relacionamento entre complicações da gravidez (incluindo ruptura prematura das membranas, contrações pré-termo e hemorragia) e a violência sócio-política (tal como ameaças de bombas, presença militar e manifestações) que ocorreram regularmente em Santiago durante 1985 e 1986.²² Embora o estudo não fosse concentrado numa população deslocada, os efeitos da exposição à violência contínua são relevantes a situações de conflito. (Estes efeitos não foram analisados em situações de conflito por razões logísticas e éticas). Depois do controlar para possíveis variáveis de confusão, os pesquisadores encontraram que mulheres que moravam em vizinhanças com altos níveis de violência tinham uma probabilidade cinco vezes maior de ter complicações da gravidez do que as que moravam em áreas com baixos níveis de violência.

Vários estudos compararam os resultados da gravidez de refugiados re-estabelecidos e populações anfitriãs. Um estudo de 1990–1991 em Atenas, Grécia, por exemplo, comparou os resultados da gravidez de refugiados da Europa Oriental, Oriente Médio e África e de refugiados de origem grega das antigas repúblicas soviéticas na Ásia Central, com os resultados de gregos com estado sócio-econômico inferior.²³ Baixo peso ao nascer era menos comum para todos os grupos de refugiados (4–10%) do que para a população grega local (11%). Partos prematuros (menos de 37 semanas) também eram menos comuns entre os refugiados (4–6%) do que entre os gregos (11%). Os autores concluíram que o estado de refugiado não afeta negativamente os resultados da gravidez.

Estes resultados foram contrários às esperanças dos autores, sendo que fatores sociais—presumidos desfavoráveis para os refugiados—têm demonstrado influência nos resultados da gravidez. As conclusões, entretanto, são altamente consistentes com outros estudos citados pelos autores, indicando que os resultados de nascimentos de refugiados re-estabelecidos são tão bons ou melhores do que os resultados das populações locais dos estados norte-americanos de Massachusetts, Oregon e Califórnia, e de Inglaterra; são igualmente consistentes com estudos semelhantes em outros lugares (Filadélfia e Estado de Washington^{24*}).

Outros estudos documentaram mais problemas obstétricos entre refugiados do que a população local. Em Hong Kong, entre 1986 e 1988, por exemplo, o peso médio ao nascer de crianças de refugiados vietnamitas e de crianças controle chinesas da mesma idade não era diferente; não obstante, as refugiadas tinham maior prevalência de crianças com baixo peso ao nascer (8%) do que as mulheres chinesas (4%).²⁵ As mulheres refugiadas sofriam de mais doenças durante a gravidez (tais como anemia, tuberculose e sífilis) do que as mulheres chinesas, mas nenhuma morbidade perinatal foi identificada nos dois grupos.

A principal explicação oferecida para bons resultados da gravidez entre refugiados é a disponibilidade e utilização de serviços de saúde. Esta explicação é apoiada por uma análise de atenção obstétrica de emergência disponível aos refugiados em oito áreas na África (Guiné, Quênia, Libéria, Líbano, duas localidades em Ruanda e dois locais no Sudão).²⁶ As refugiadas em todas as localidades tinham acesso a pelo menos alguns serviços obstétricos de emergência. Em quatro localidades, a atenção era disponível a nível lo-

*Devemos indicar que a pequena parte de refugiados que estão oficialmente re-estabelecidos num país que não seja o país de origem ou anfitrião—menos de um em 10.000 dos 14 milhões de refugiados e dos que procuram asilo, a nível mundial, em 1999—ou que têm alguma outra maneira de migrar aos países desenvolvidos onde estes estudos foram conduzidos, possam ter um estado sócio-econômico mais alto do que os refugiados em geral e talvez mesmo do que as populações locais com as quais foram comparados. (Fontes: ACNUR, Refugees and others of concern to UNHCR, 1999 statistical overview, <http://www.unhcr.ch/statist/99oview/tab520.pdf>, acessado em setembro de 2000; e U.S. Committee for Refugees, *World Refugee Survey 2000*, Washington, DC: Immigration and Refugee Services of America, 2000).

cal ou dentro de uma hora de transporte; outros locais necessitavam de 3–8 horas de transporte. As organizações não-governamentais que trabalham nestes campos, ou outras autoridades, geralmente forneceram transporte para emergências. Em quase todas as situações de campo, os serviços de emergência e outros serviços disponíveis às refugiadas eram melhores—em quantidade e qualidade—do que o que existia nos seus países de origem e, na maioria dos casos, antes do conflito que as tornou refugiadas.

As populações anfitriãs também podem se beneficiar dos serviços desenvolvidos para refugiados. Em um estudo na Guiné rural, onde cerca de 500.000 refugiados da Libéria e de Serra Leoa se instalaram começando em 1990, as taxas das principais intervenções obstétricas entre a população anfitriã aumentaram consideravelmente em todas as áreas onde os refugiados se estabeleceram.²⁷ O aumento era maior (de 0,03% a 1,06%) na área com a maior concentração de refugiados. Os autores atribuíram a utilização aumentada do país anfitrião dos serviços obstétricos a melhoramento no sistema de saúde, melhor transporte e atividade econômica acelerada (todos produtos dos programas de assistência aos refugiados), assim como a algumas iniciativas do governo de Guiné. Indicam também que a interação social entre os refugiados e locais pode ter encorajado o uso dos serviços pela população local.

Conseqüentemente, os dados disponíveis sobre resultados da gravidez na saúde materno-infantil sugerem que resultados inferiores são comuns em muitas populações influenciadas pela guerra. Os resultados podem piorar nas etapas ativas dos conflitos, mas podem não ser mais comuns do que nos países anfitriões ou de procedência uma vez que a estabilização ocorre. Os refugiados, especialmente dos países mais pobres que moram em campos cobertos por agências humanitárias, provavelmente têm acesso a mais e melhor atenção à saúde do que tiveram nos seus próprios países influenciados por conflito. Podem também receber melhor atenção do que a população local. Sendo assim, depois da fase de emergência, as diferenças nos resultados relacionados à gravidez entre estes grupos provavelmente são atribuíveis à disponibilidade e utilização dos serviços em vez do estado de refugiado.

DST

Várias características da vida dos refugiados logicamente aumentariam a exposição as DST. Zwi e Cabral identificaram cinco aspectos pelos quais as populações se

tornam de alto risco durante um conflito de baixa intensidade: deslocamento, atividade militar, convulsão econômica, estresse psicológico e migração aumentada.²⁸ Os dados disponíveis parecem apoiar estes vínculos e sugerem que os efeitos não são limitados aos próprios refugiados.

Várias avaliações sobre a prevalência de HIV e outras DST num momento específico foram realizadas no contexto dos refugiados. Um estudo prospectivo de 1989 de 179 refugiadas vietnamitas em Hong Kong, encontrou uma prevalência de 3% de sífilis e nenhuma gonorréia.²⁹ A mesma taxa para sífilis foi encontrada em 1998 no campo de refugiados de Kakuma, no Quênia, entre 876 clientes do Sudão e da Somália, visitando uma clínica de assistência pré-natal.³⁰

Num estudo de 1992–1993 de 1.728 mulheres grávidas deslocadas na província de Zambézia, no Moçambique, pesquisadores confirmaram sífilis em 12% e HIV em 2%.³¹ Os autores notam a taxa relativamente baixa de infecção por HIV (que é surpreendente, considerando a alta taxa de sífilis) e oferecem como possível explicação a introdução recente de HIV ou a ausência de co-fatores para transmissão. Estudos anteriores entre pessoas rurais deslocadas em outras áreas de Moçambique encontraram uma prevalência de HIV de 3% em 1987, e 5% em 1990, consideravelmente mais do que a taxa de 1987 de menos de 1% na população adulta geral. Os autores também descrevem um estudo de 1983 que mostrou uma taxa de sífilis de 6% entre moçambicanas grávidas em oito províncias, e notam que não é possível determinar se o aumento aparente entre 1983 e 1992–1993 era resultado dos efeitos do deslocamento, da geografia ou do decorrer do tempo. O estudo posterior não indicou correlação entre sífilis ou soropositividade com HIV e a duração do deslocamento.

Imediatamente seguindo o maciço movimento de refugiados de Ruanda a Tanzânia em meados de 1994, os pesquisadores realizaram uma avaliação rápida da prevalência de DST em campos de refugiados.³² Entrevistaram e examinaram clinicamente um total de 528 homens de clínicas ambulatoriais e da comunidade, e 100 mulheres grávidas que visitavam uma clínica para atenção pré-natal durante um período de oito dias. Mais de 60% das mulheres tinham algum tipo de infecção do trato reprodutivo quando são incluídas candidíase, vaginite bacteriana e tricomoníase; 3% tinham gonorréia e 2% sífilis. Entre os homens, a prevalência de gonorréia era de 1–2%, e uretrite cerca de 3%, em ambas amostras; 6% dos homens das clínicas

ambulatoriais (o único grupo masculino testado) tinham sífilis. Os níveis de infecções do trato reprodutivo e DST entre a população de refugiados eram geralmente consistentes com aqueles de um estudo anterior de residentes da Tanzânia, na região vizinha de Mwanza.

Pesquisadores também realizaram estudos de populações re-estabelecidas ou imigrantes em terceiros países. Em Londres, um estudo retrospectivo de 196 pacientes da antiga Iugoslávia e controles britânicos da mesma idade, mostrou que 34% dos imigrantes e 27% dos controles tinham uma DST.³³ A prevalência de HIV era de 6% entre 5.234 refugiados africanos e haitianos visitando um dispensário na França para estrangeiros.³⁴ Em 1989–1991, menos de 1% de refugiados vietnamitas no Japão com um mês de re-estabelecimento, testaram positivos para sífilis, uma taxa que não mudou dos achados anteriores de refugiados vietnamitas.³⁵

Vários estudos vincularam a propagação de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis aos conflitos e às mudanças populacionais que estes impulsionam. Uma análise de 1990 sobre a distribuição e propagação de infecção por HIV em Uganda durante a década de 1980, vinculou o padrão do recrutamento militar nos anos pós-Amin e a disseminação geográfica da epidemia.³⁶ Os pesquisadores notaram o vínculo histórico entre soldados, trabalhadores sexuais comerciais e a transmissão de DST no Ocidente, assim como em várias partes da África, e concluíram que, em grande medida, a associação entre a guerra e doença era a razão pela distribuição geográfica dos casos da AIDS em Uganda.

Dados de Ruanda fornecem evidência adicional sobre o efeito da migração forçada na prevalência de HIV.³⁷ Em 1997 (isto é, após a guerra), a prevalência de HIV estava a 11%, tanto nas áreas rurais quanto nas urbanas. Isto constitui um contraste com os níveis baixos antes da guerra em áreas rurais (estimado a 1%), onde cerca de 95% da população residia, e os níveis altos nas áreas urbanas (mais de 10% das mulheres grávidas). A soro-prevalência entre os que tinham morado em campos de refugiados na Tanzânia ou Zaire era de 9%, representando um aumento de 6–8 vezes acima das taxas nas áreas rurais de onde vieram. O aumento era ainda maior, no entanto, para os deslocados que permaneceram na Ruanda durante os anos de conflito. Das mulheres estupradas, 17% estavam HIV-positivas.

Nem sempre os refugiados são encontrados com altas taxas de infecção, ou ta-

xas mais altas do que as das populações locais. Numa análise de 1993 de 398 amostras de sangue de refugiados moçambicanos, em dois campos na Suazilândia, a prevalência de HIV estava a 11% no campo localizado perto das duas principais cidades da Suazilândia, e 1% num campo isolado, numa área com população escassa mais ao sul.³⁸ Os autores concluíram que a maior interação com a população da Suazilândia, que tinha soro-prevalência estimada a 18%, foi responsável pela prevalência mais alta no campo anterior.

A localização dos refugiados, ao invés do próprio estado de refugiado, também foi considerada importante numa análise de 1987 e 1988 sobre a propagação da infecção por HIV em Angola.³⁹ Amostras de soro foram testadas de um total de 1.695 indivíduos aparentemente saudáveis e pacientes (procurando tratamento para DST, tuberculose e outras doenças) em seis províncias; entre estes estavam 250 homens deslocados em três das províncias. Os pesquisadores concluíram que a soro-positividade era mais alta entre pacientes e pessoas saudáveis nas áreas do norte (perto da República do Zaire), entre refugiados nas áreas mais afetadas pela guerra e entre o pessoal do exército. A proximidade a uma zona de guerra pareceu ser mais importante do que o estado de refugiado, sendo que a soro-positividade entre os deslocados variava consideravelmente por província: 20% numa área central influenciada pela guerra (Huambo); 8% em Kuando-Kubango no sudeste, bem afastado da luta no norte; e zero entre refugiados na Luanda, chegando do sul. De acordo com os autores, a guerra promove a propagação de HIV através do contato heterossexual.

As DST e sua associação com a guerra e movimentos populacionais são percebidas como assuntos de importância, não somente pelos pesquisadores, mas também pelos membros da comunidade. Num estudo qualitativo de 1999 de saúde reprodutiva em comunidades influenciadas pela guerra no sul do Sudão, as DST eram o problema mais consistentemente identificado pelos membros da comunidade.⁴⁰ A importância das DST foi confirmada pelas estatísticas de saúde: as DST eram responsáveis por 13% das consultas no hospital principal e a quarta razão mais comum para visitas. Homens e mulheres de todas as faixas etárias atribuíam as DST ao “movimento de pessoas e à guerra”.

Os dados disponíveis mostram uma gama de taxas para HIV e DST entre os refugiados. Esta descoberta não é surpreendente ou específica a refugiados; uma

variação semelhante em prevalência pode ser encontrada em qualquer número de populações não influenciadas por conflito.⁴¹ O deslocamento, que pode fomentar a exposição ao risco de infecção entre populações de alta e baixa prevalência, parece ser um fator crítico. De fato, a associação de DST com movimento populacional—seja voluntário ou não—existe de longa data.⁴² A alta taxa de HIV na África do Sul, por exemplo, foi atribuída, em parte, à sua longa história de migração trabalhista masculina.⁴³ Os dados também mostram que a presença militar promove a transmissão ainda mais, conforme esperada, desde que os militares têm sido associados com altas taxas de DST por muito tempo.⁴⁴

Podemos dizer que os conflitos aumentam a propagação de DST, pelo menos através do deslocamento e presença militar, que são resultado inevitável da guerra. Os afetados pela guerra incluem não somente os deslocados, mas também residentes locais na comunidade anfitriã. Ainda, é importante indicar que a direção da propagação dependerá dos níveis relativos de prevalência nas áreas de origem e de destino.

Violência sexual

A prevalência da violência sexual e baseada em gênero é difícil de medir, e pode ser ainda mais onerosa numa população afetada pela guerra. Não obstante, tentativas foram realizadas para avaliar o âmbito do problema, pela análise de registros e pela elaboração de pesquisas trans-seccionais ou outras técnicas de estimativas baseadas na população. Esta revisão de dados disponíveis é limitada a estupro e violência doméstica entre populações forçadas à migração, e não inclui outras formas de violência sexual e baseada em gênero (tais como mutilação genital feminina, casamento forçado, tráfico sexual, ou abuso sexual especificamente direcionado a crianças).

Embora a atenção ao tema de violência sexual durante a guerra seja um fenômeno recente, este não é o caso com a própria violência sexual. O exército japonês, por exemplo, seqüestrou 100.000–200.000 mulheres coreanas e as forçou à escravidão sexual durante a segunda guerra mundial; 250.000–400.000 mulheres foram estupradas durante a guerra de independência no Bangladesh, em 1971; e 39% de mulheres vietnamitas com 11–40 anos de idade, fugindo seu país pelo mar em 1985, foram seqüestradas ou estupradas.⁴⁵

Os achados de uma análise da ACNUR de estatísticas de saúde reprodutiva de campos de refugiados indicam que o nú-

mero anual de mulheres que relatavam ser estupradas era de 0,2 por 1.000 entre as procedentes de Ruanda em Ngara, Tanzânia; 0,3 por 1.000 entre as de Ruanda em Goma, Zaire; 0,5 por 1.000 entre as da Somália em Dadaab, Quênia; 0,6 por 1.000 principalmente entre as do Sudão em Uganda; e 3,1 por 1.000 entre as refugiadas de Burundi em Kibondo, Tanzânia.⁴⁶ O autor adverte que as definições de casos de estupro e outras formas de violência sexual não eram necessariamente padronizadas em todas as localidades, que os dados relatados podem ter sido influenciados pela disponibilidade de serviços e outros fatores, e que, em geral, as estimativas tinham probabilidade de subestimar a verdadeira prevalência de estupro nas comunidades.

As avaliações baseadas na população podem proporcionar uma estimativa mais correta da prevalência do estupro, embora as subestimações provavelmente continuarão. A maioria dos estudos foi realizada seguindo os conflitos da década de 1990 na África central, Libéria e a antiga Iugoslávia.

Em 1994, 205 mulheres e jovens de uma amostra aleatória das várias localidades na Monrovia, Libéria, foram entrevistadas sobre sua experiência com violência sexual por soldados ou lutadores durante os cinco anos de conflito civil no país.⁴⁷ A metade das mulheres relataram algum tipo de violência, e 15% relatou estupro, tentativa de estupro ou coerção sexual. As mulheres acusadas de pertencer a certos grupos étnicos, aquelas forçadas a cozinhar para os soldados e aquelas com menos de 25 anos de idade estavam a risco aumentado para violência.

Outro estudo de 1994, conduzido em Monrovia pela OMS (e discutido num artigo em 1999⁴⁸) encontrou semelhantes altos níveis de violência sexual. O estupro foi relatado por 33% das 450 mulheres entrevistadas; a maioria de estupros (84%) foram realizados durante períodos de luta ativa. Mais do que um atacante estava presente em mais da metade dos incidentes, e armas foram usadas na grande maioria (84%). Baseado em notificações de sobreviventes, assim como de soldados desmobilizados, o autor supõe que exércitos rebeldes estupraram altos números de mulheres liberianas durante um período de sete anos.

Numa pesquisa baseada na população de 1996 de 339 mulheres refugiadas de Burundi, no distrito de Kibondo, Tanzânia, mais de uma em quatro mulheres relatou ter sido estuprada desde o início do conflito, cerca de três anos antes; dois terços dos estupros ocorreram dentro ou perto do

campo.⁴⁹ As sobreviventes identificaram outros refugiados como culpados em 59% dos casos, residentes locais de Burundi em 24% dos casos, e os locais da Tanzânia, soldados e polícia no resto dos incidentes.

Uma pesquisa em Ruanda em 1997, encontrou que 3% das mulheres informaram ter sido estupradas, mais da metade durante o conflito.⁵⁰ Aproximadamente 40% eram adolescentes. As sobreviventes de estupro tinham uma taxa de soro-prevalência de HIV de 17%, mais alta do que a taxa de 11% encontrada na população total. Num estudo de 1992–1993 realizado em Moçambique, 8% de 1.728 mulheres grávidas deslocadas relataram abuso sexual.⁵¹ Destas, cerca da metade relatou mais de um episódio de estupro.

Numa população de 106.000 refugiados em Dadaab, Quênia, foram relatados 106 casos de estupro nos primeiros nove meses de 1998, mais do que durante todo o ano de 1997.⁵² Os pesquisadores descobriram que as refugiadas atribuíam a aumentada violência sexual (incluindo estupro e coerção sexual) à segurança cada vez mais inferior e à falta de oportunidades econômicas para mulheres. A segurança econômica permitiria às mulheres comprar lenha em vez de busca-la em áreas inseguras fora do campo, onde se dizia que mais de 90% dos estupros aconteciam, e também lhes permitiria resistir às demandas para sexo de outros refugiados e autoridades dentro do campo.

Estimativas do número de mulheres estupradas na antiga Iugoslávia variam de 14.000 a 50.000, de acordo com uma autora de uma avaliação sobre violência sexual na Croácia e Bósnia-Herzegovina.⁵³ Ela também indica que, embora o número relatado de estupros varie, “todos os relatórios concordam que o estupro foi usado como instrumento de genocídio contra populações étnicas”.

Uma análise de 486 consultas ginecológicas, entre refugiadas e residentes locais num centro de saúde para mulheres em Bósnia-Herzegovina em 1993–1994, revelou uma história de estupro em 3% de todos os casos; a taxa para refugiadas era a mesma do que para o grupo total.⁵⁴ Entre 123 jovens refugiadas morando na Dinamarca, 6% notificou ter sido estupro ou ter sofrido outras formas de abuso sexual.⁵⁵

Uma avaliação de violência sexual entre os refugiados de Kosovo na Albânia e Macedônia em abril-maio de 1999, logo após o início da campanha de bombardeio da OTAN, concluiu que não existia “evidência concreta de uma ‘sistematização’ da violência sexual”.⁵⁶ O autor documen-

ta muitas notificações de seqüestro, estupro maciço e outras formas de tortura, assim como estupro episódico, no entanto. As refugiadas interpretaram a violência sexual pelas forças armadas sérvias como pilhagem—geralmente estupro em pontos de controle, depois do qual as mulheres eram liberadas—ou como uma “manifestação concreta” do ódio sentido pelos sérvios contra os de Kosovo e intencionado como ataque a todos de Kosovo.

Estudos de violência doméstica entre refugiados são menos comuns do que estudos de estupro. Em pesquisas baseadas na comunidade entre homens e mulheres no campo de refugiados de Kakuma, no Quênia, conduzidas em 1998, os pesquisadores encontraram que 57% das mulheres e 76% dos homens acreditavam que os maridos tinham o direito de bater nas suas esposas.⁵⁷ Existiam marcantes diferenças nestas atitudes por nacionalidade, no entanto. Uma porcentagem maior de nacionais do Sudão aprovava bater nas esposas (70% das mulheres e 87% dos homens) do que os nacionais da Somália (40% das mulheres e 39% dos homens). Não obstante, exatamente as mesmas porcentagens de mulheres nacionais do Sudão e da Somália informaram ter sido batidas no mês anterior (12%).

A pesquisa qualitativa apóia a noção de que a violência doméstica é considerada normal no dia a dia. Em três campos da Etiópia, com diferentes composições étnicas, os pesquisadores encontraram que tanto os homens quanto as mulheres relataram abuso doméstico e o atribuíram, em parte, a álcool ou *qat*, uma folha halucinógena.⁵⁸ Num local, as mulheres relataram que a violência tinha aumentado desde a sua chegada no campo porque os homens eram inativos e com tédio. As mulheres informaram também que batiam nas suas crianças.

Estes dados sugerem fortemente que o estupro e violência doméstica são prevalentes em situações de conflito. A violência sexual, entretanto, é também um problema sério, freqüentemente escondido, entre populações estabelecidas. Nos Estados Unidos, várias pesquisas indicam que 14–20% das mulheres sofrerão um estupro completado pelo menos uma vez na sua vida; em Toronto, no Canadá, 40% das mulheres pesquisadas relataram pelo menos um episódio de relações sexuais forçadas, desde a idade de 16 anos.⁵⁹ Um estudo em Seul, na Coreia, encontrou que 17% das mulheres pesquisadas relataram uma tentativa de estupro ou estupro completado.⁶⁰ Numa análise de cerca de 50 estudos, baseados na população, sobre violência doméstica em 36 países no mundo inteiro (todas, menos

uma, conduzidas na década de 1990), 10–50% das mulheres notificaram ter sido fisicamente prejudicadas por um parceiro masculino íntimo.⁶¹ Outros estudos indicam que o abuso psicológico e sexual freqüentemente acompanham o abuso físico.

É impossível quantificar o nível até o qual as refugiadas são mais afetadas pelo estupro e violência doméstica do que as suas contrapartes em populações estabelecidas. Além disso, isto não é relevante desde uma perspectiva de programa, sendo que ambos os grupos requerem serviços médicos, psicológicos e apoio social. Podem, no entanto, existir importantes diferenças nas experiências de estupro das mulheres. A maioria das relações sexuais não-consensuais em populações estabelecidas é cometida por homens que as mulheres conhecem, tais como seu marido, familiares, ou vizinhos.⁶² Embora os achados sugiram que este padrão surge uma vez que as situações de refugiados se tornem estáveis, o estupro por militantes desconhecidos parece ser mais comum nas fases iniciais de um conflito.

O Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) relata uma ampla gama de fatores interconectados culturais, econômicos, legais e políticos que perpetuam a violência, incluindo a violência sexual.⁶³ Muitos destes são especialmente pertinentes a situações de migração forçada: perturbação das normas culturais e composição familiar, a dependência econômica do mulher do homem, acesso limitado às necessidades básicas, opções limitadas para compensação judicial, e forte pressão social para manter o status quo em vista de um ataque pelo inimigo. Além disto, por definição, a utilização da violência como maneira de resolver conflitos é padrão na guerra.

É difícil de compreender completamente se o estupro afeta refugiadas e populações estabelecidas da mesma maneira, em parte porque o estupro não pode ser isolado de outras experiências violentas. Um pesquisador observou que, sendo que refugiados freqüentemente têm experiência com várias formas de trauma (tal como morte de familiares, deslocamento e estupro), a diferenciação dos efeitos de qualquer uma das formas é difícil.⁶⁴

O estupro é reconhecido como arma de guerra, e os dados sugerem que refugiadas sofrem de estupro e outras formas de violência sexual pelo menos tantas vezes quanto, e provavelmente mais freqüentemente, do que mulheres em populações estabelecidas. Não obstante, grande parte da potência do estupro como arma—durante guerra ou paz—é resultado do

consentimento da sociedade. De fato, um analista indicou que “os estupros durante a guerra da antiga Iugoslávia [ou qualquer outro lugar] não seriam uma arma de tortura e terror tão eficaz, se não fosse pelos conceitos de honra, vergonha e sexualidade vinculados aos corpos das mulheres durante tempos de paz”.⁶⁵

Discussão

A maioria das pesquisas conduzidas sobre problemas de saúde reprodutiva entre refugiadas têm sido concentradas em refugiadas em ambientes estáveis de campo. Esta situação pode ser diferente nas fases de emergência para aquelas que não vivem em campos e para os deslocados internos que podem estar menos acessíveis às agências multilaterais e internacionais que fornecem a grande maioria dos serviços de saúde e outros serviços relacionados.

Os dados disponíveis sugerem que o estado de refugiados em relação à fecundidade, planejamento familiar e maternidade segura é, em grande medida, determinado por fatores semelhantes àqueles de populações estabelecidas. Ao invés do próprio estado de refugiado ou deslocado, aspectos sociais e demográficos, como idade, estado sócio-econômico, educação e residência urbana ou rural, assim como o acesso aos serviços, parecem influenciar os desejos relacionados à fecundidade e comportamento de saúde relacionado a saúde reprodutiva. Sendo que estado inferior social e demográfico, no entanto, não é limitado às populações refugiadas, existe sobreposição ou coincidência substancial entre países extremamente subdesenvolvidos e aqueles sofrendo conflitos: seis dos 10 países no mundo com as taxas mais altas de mortalidade para crianças com menos de cinco anos estão em estado de conflito ou pós-conflito.^{66*}

As populações afetadas pela guerra têm risco desproporcionalmente alto para as DST, incluindo o HIV. O deslocamento promove a transmissão entre grupos de alta e baixa prevalência, e a exposição aos militares fomenta a transmissão ainda mais. Os riscos são aumentados para todos afetados pela guerra, não somente para refugiados e deslocados.

As condições da vida de refugiado especialmente conduzem à violência sexual, tanto nas etapas iniciais de uma emergência complexa, quando o estupro é usado por exércitos como arma de guer-

ra, quanto mais tarde, na etapa estável quando violência cometida por parceiros íntimos ou conhecidos pode se tornar mais prevalente.

A compreensão dos aspectos pelos quais os problemas de saúde reprodutiva de mulheres refugiadas são, de um lado semelhantes, e de outro diferentes, daqueles das mulheres em populações estabelecidas, pode ajudar aos encarregados de políticas e de programas a dirigir-se às necessidades específicas dos refugiados. Os modelos comprovados de provisão de serviços entre populações estabelecidas nas últimas décadas, foram adaptados e devem continuar a ser adaptados aos refugiados. Com o aumento da experiência em ambientes de refugiados, especialmente em relação à violência sexual (um assunto que recebeu atenção limitada de programas em contextos estabelecidos), as lições aprendidas enriquecerão os serviços de saúde reprodutiva disponíveis a ambas, populações refugiadas e estabelecidas.

Referências

1. Wulf D, *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*, Nova Iorque: Women's Commission for Refugee Women and Children, 1994.
2. Busza J e Lush L, Planning reproductive health in conflict: a conceptual framework, *Social Science and Medicine*, 1999, 49(2):155-171.
3. Lindstrom DP e Berhanu B, The impact of war, famine, and economic decline on marital fertility in Ethiopia, *Demography*, 1999, 36(2):247-261.
4. Holck SE e Cates W, Jr., Fertility and population dynamics in two Kampuchean refugee camps, *Studies in Family Planning*, 1982, 13(4):118-124.
5. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, *Reproductive Health Needs of Refugees: Evidence from Three Camps in Ethiopia*, Bruxelas, Bélgica: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Department of Public Health, Université Catholique de Louvain, 1997.
6. Moss N, Stone MC e Smith JB, Fertility among Central American refugees and immigrants in Belize, *Human Organization*, 1993, 52(2):186-193.
7. Lindstrom DP e Berhanu B, 1999, op. cit. (ver referência 3).
8. Zakharia LF e Tabari S, Health, work opportunities and attitudes: a review of Palestinian women's situation in Lebanon, *Journal of Refugee Studies*, 1997, 10(3):411-429.
9. International Centre for Migration and Health (ICMH), *Reproductive health and pregnancy outcome among displaced women: report of the Technical Working Group*, Genebra: ICMH, outubro de 1995.
10. Carballo M, Simic S e Zeric D, Health in countries torn by conflict: lessons from Sarajevo, *Lancet*, 1996, 348(9031):872-874.
11. Bitar D, *Reproductive health in refugee situations: review of existing reproductive health indicators*, Genebra: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), 1998.
12. Palmer C, *Reproductive Health for Displaced Populations*, RRN Network Paper 24, Londres: Relief and Rehabilitation Network, 1998; e Reed H, Haaga J e Keely C, *The Demography of Forced Migration*, Washington, DC:

National Academy Press, 1998.

13. Chongvatana N e Lavelly WR, Knowledge and practice of contraception in two Indochinese refugee camps, Research Report No. 84-61, julho de 1984, Ann Arbor, Michigan, EUA: Population Studies Center, University of Michigan.
14. Lenart JC e St Clair PA, Childbearing knowledge, beliefs and practices of Cambodian refugees, *Journal of Perinatal Health Care*, 1991, 5(6):299-305.
15. Ahart A, *Participatory Rapid Appraisal of the Reproductive Health Needs of Afghan Refugees*, Haripur, Paquistão: Pakistan/Afghanistan Field Office: Save the Children USA, 1997.
16. Palmer C, 1998, op. cit. (ver referência 12).
17. Bitar D, 1998, op. cit. (ver referência 11).
18. Goodyear L e McGinn T, Emergency contraception among refugees and the displaced, *Journal of the American Medical Women's Association*, 1998, 53(5):266-270, suppl. 2.
19. Jamieson DJ et al., An evaluation of poor pregnancy outcomes of Burundian refugees in Tanzania, *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(3):397-402.
20. Carballo M, Simic S e Zeric D, 1996, op. cit. (ver referência 10).
21. Bitar D, 1998, op. cit. (ver referência 11).
22. Zapata BC, The influence of social and political violence on the risk of pregnancy complications, *American Journal of Public Health*, 1992, 82(5):685-670.
23. Malamitsi-Puchner A et al., Preterm delivery and low birth weight among refugees in Greece, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1994, 8(4):384-390.
24. Roberts NS et al., Intestinal parasites and other infection in Southeast Asian refugees, *Journal of Reproductive Medicine*, 1985, 30(10):720-725; e Wasse H, Holt VL e Daling JR, Pregnancy risk factors and birth outcomes in Washington State: a comparison of Ethiopian-born and US-born women, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(9):1505-1507.
25. King PA et al., Obstetric outcome among Vietnamese refugees in Hong Kong: an age-matched case-controlled study, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1990, 33(3):203-210.
26. Purdin S, The availability of emergency obstetric care in refugee settings, trabalho apresentado na Global Health Council Conference, Arlington, VA, EUA, 20-22 de junho, 1999.
27. Van Damme W et al., Effects of a refugee-assistance programme on host population in Guinea as measured by obstetric interventions, *Lancet*, 1998, 351(9116):1609-1613.
28. Zwi A e Cabral AJ, Identifying “high-risk” situations for preventing AIDS, *British Medical Journal*, 1997, 303(6):1527-1529.
29. King P, Duthie S e Ma HK, Sexually transmitted diseases amongst pregnant Vietnamese refugees in Hong Kong, *Genitourinary Medicine*, 1990, 66(4):257-258.
30. International Rescue Committee (IRC), *Kakuma refugee camp: reproductive health survey results*, Nairobi, Quênia: IRC, abril de 1999.
31. Cossa HA et al., Syphilis and HIV infection among displaced pregnant women in rural Mozambique, *International Journal of STDs & AIDS*, 1994, 5(2):117-123.
32. Mayaud P et al., STD rapid assessment in Rwandan refugee camps in Tanzania, *Genitourinary Medicine*, 1997, 73(1):33-38.
33. Newell A et al., Sexually transmitted diseases, cervical cytology and contraception in immigrants and

*Os seis países atualmente ou recentemente em conflito são Afeganistão, Angola, Libéria, República Democrática do Congo, Serra Leoa e Somália. Os países sem conflitos são Malawi, Mália, Moçambique (que sofreu conflitos como resultado de desastres naturais) e Níger.

- refugees from the former Yugoslavia, *Venerology*, 1998, 11(1):25–27.
34. Bouree P et al., Study of an HIV-positive, tropical-origin population in a refugee center in France, *Bulletin de la société de la pathologie exotique*, 1995, 88(1):24–28.
 35. Katsumata T et al., Health problems among Vietnamese refugees resettled in Japan, *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 1993, 24(4):647–653.
 36. Smallman-Raynor MR e Cliff AD, Civil war and the spread of AIDS in Central Africa, *Epidemiology and Infection*, 1991, 107(1):69–80.
 37. UNAIDS, AIDS epidemic update: Dec. 1998, Geneva: UNAIDS e Organização Mundial da Saúde (OMS), <http://unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/wad1998/wadrp98e.doc>.
 38. Van Rensburg EJ, Lemmer HR e Joubert JJ, Prevalence of viral infections in Mozambican refugees in Swaziland, *East African Medical Journal*, 1995, 72(9):588–590.
 39. Santos-Ferreira MO et al., A study of seroprevalence of HIV-1 and HIV-2 in six provinces of People's Republic of Angola: clues to the spread of HIV infection, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1990, 3(8):780–786.
 40. Palmer C, Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study, *British Medical Journal*, 1999, 319(7212):743–748.
 41. Dallabetta G et al., STDs: global burden and challenges for control, em: Dallabetta G, Laga M e Lamptey P, eds., *Control of Sexually Transmitted Diseases: A Handbook for the Design and Management of Programs*, Arlington, VA, EUA: AIDSCAP/Family Health International.
 42. Gardner R e Blackburn R, People who move: new reproductive health focus, *Population Reports, Series J*, No. 45, novembro de 1996.
 43. Mabey D e Mayaud P, Sexually transmitted diseases in mobile populations, *Genitourinary Medicine*, 1997, 73(1):18–22.
 44. Ibid.
 45. Swiss S e Giller JE, Rape as a crime of war: a medical perspective, *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270(5):612–615.
 46. Bitar D, 1998, op. cit. (ver referência 11).
 47. Swiss S et al., Violence against women during the Liberian civil conflict, *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279(8):625–629.
 48. Cain KL, The rape of Dinah: human rights, civil war in Liberia, and evil triumphant, *Human Rights Quarterly*, 1999, 21(2):265–307.
 49. Nduna S e Goodyear L, *Pain Too Deep for Tears: Assessing the Prevalence of Sexual and Gender Violence Among Burundian Refugees in Tanzania*, Nova Iorque: IRC, 1997.
 50. UNAIDS, 1998, op. cit. (ver referência 37).
 51. Cossa HA et al., 1994, op. cit. (ver referência 31).
 52. Olila S, Igras S e Monahan B, Assessment report: issues and responses to sexual violence, Dadaab refugee camps, Kenya, 16–23 Oct. 1998, Nairobi, Quênia, e Atlanta, GA, EUA: CARE.
 53. Olujic M, Embodiment of terror: gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina, *Medical Anthropology Quarterly*, 1998, 12(1): 31–50.
 54. Frljak A et al., Gynecological complaints and war traumas, a study from Zenica, Bosnia-Herzegovina during the war, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76(4):350–354.
 55. Elklit A, Norregaard J e Tibor B, Occurrence and type of traumatic experience among young Bosnian refugees in Denmark, *Ugeskrift for Laeger*, 1998, 160(29): 4310–4314.
 56. Fitamant DS, Assessment report on sexual violence in Kosovo, 27 April–8 May, 1999, Nova Iorque: Fundo de População das Nações Unidas.
 57. IRC, 1999, op. cit. (ver referência 30).
 58. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 1997, op. cit. (ver referência 5).
 59. Violence against women: rape and sexual assault, Geneva: OMS, julho de 1997.
 60. Heise L, Violence against women: the hidden health burden, *World Health Statistics Quarterly*, 1993, 46(1):78–85.
 61. Heise L, Ellsberg M e Gottemoeller M, Ending violence against women, *Population Reports, Series L*, No. 11, 1999.
 62. Ibid.
 63. UNICEF, Domestic violence against women and girls, *Innocenti Digest*, maio de 2000, No. 6.
 64. Kozaric-Kovacic D et al., Rape, torture, and traumatization of Bosnian and Croatian women: psychological sequelae, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1995, 65(3):428–433.
 65. Olujic M, 1998, op. cit. (ver referência 53).
 66. UNICEF, *State of the World's Children 2000*, Nova Iorque: UNICEF, 2000.