

Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher

Ação e produção de evidência



Prevenção

Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher

Ação e produção de evidência

Edição original em inglês:
Preventing intimate partner and sexual violence against women:
taking action and generating evidence
© Organização Mundial da Saúde, 2010
ISBN 978 92 4 156400 7

Dados em Publicação para Catalogação na Biblioteca da OPAS

Organização Mundial da Saúde.

Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher:
ação e produção de evidência

1. Maus-tratos conjugais – prevenção e controle . 2. Violência – prevenção e controle.
3. Parceiros sexuais . 4. Medição de risco . 5. Mulheres maltratadas . 6. Delitos sexuais – prevenção e controle. I. Organiza-
ção Mundial da Saúde.

ISBN 978-92-75-71635-9 (NLM classification: HV 6625)

© Organização Mundial da Saúde, 2012. Todos os direitos reservados.

A Organização Pan-Americana da Saúde aceita pedidos de permissão para reprodução de suas publicações, parcial ou integralmente. Os pedidos e consultas devem ser enviados para Editorial Services, Area of Knowledge Management and Communications (KMC), Panamerican Health Organization, Washington, D.C., Estados Unidos (correio eletrônico: pubrights@paho.org).

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

A tradução do original em inglês e publicação em língua portuguesa foi realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde, Representação em Brasil, por meio do apoio do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde – Termo de Cooperação no. 41

Tradução: B&C Revisão de Textos Ltda - ME

Revisão da tradução: Alessandra Guedes, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS em Washington, DC; Roberta de Freitas Santos, Unidade Técnica de Política de Recursos Humanos em Saúde, e Rossana Estevam Lima, Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação, Representação da OPAS/OMS no Brasil; Regina Ungerer, coordenadora da rede ePORTUGUÊSe, da Organização Mundial da Saúde.

Revisão técnica: Lília Blima Schraiber e Ana Flavia d'Oliveira, Universidade de São Paulo.

Conteúdo

Agradecimentos	v
Resumo	1
Prefácio	3
Introdução	5
Os custos ocultos da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo	5
Abordagem da saúde pública à prevenção	6
Uma perspectiva ao longo da vida	8
Qual o propósito do presente documento?	8
Quem deve utilizar o presente documento?	9
Mensagens-chave	10
CAPÍTULO 1 Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo	11
1.1 O que é violência sexual e violência pelo parceiro íntimo?	11
1.2 Qual é a prevalência da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo?	12
1.3 Quais são as consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo?	14
1.4 Mensagens-chave	17
CAPÍTULO 2 Fatores de risco e de proteção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo	18
2.1 O modelo ecológico da violência	18
2.2 Identificação dos fatores de risco	19
2.3 Fatores de risco relacionados com a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual	20
2.4 Fatores de risco relacionados com a violência pelo parceiro íntimo	26
2.5 Fatores de risco relacionados com a violência sexual	29
2.6 Fatores de proteção para a violência pelo parceiro íntimo e para a violência sexual	31
2.7 Normas de gênero e desigualdade	31
2.8 Mensagens-chave	32
CAPÍTULO 3 Estratégias de prevenção primária baseadas em evidências	34
3.1 Introdução	34
3.2 Avaliação das evidências para as diferentes abordagens de prevenção	36

3.3 Tabelas-síntese de estratégias e programas de prevenção primária	38
3.4 Durante a infância e o início da adolescência	41
3.5 Durante a adolescência e no início da vida adulta	44
3.6 Durante a vida adulta	47
3.7 Todas as etapas da vida	51
3.8 Mensagens-chave	57
CAPÍTULO 4 Melhorando o planejamento e a valiação do programa	58
4.1 Passo 1: Como começar	58
4.2 Passo 2: Definir e descrever a natureza do problema	62
4.3 Passo 3: Identificar programas potencialmente eficazes	66
4.4 Passo 4: Desenvolver políticas e estratégias	67
4.5 Passo 5: Criar um plano de ação para garantir a provisão das atividades	68
4.6 Passo 6: Avaliar e compartilhar o aprendizado	70
4.7 Mensagens-chave	75
Prioridades para futuras pesquisas e conclusões	76
Prioridades para futuras pesquisas	76
Conclusões	77
Bibliografia	79
ANEXOS	
ANEXO A: Definições operacionais	91
ANEXO B: Atividades de prevenção que podem ser usadas para a avaliação do processo e as potenciais fontes de informação a respeito dessas atividades	94

Agradecimentos

O presente documento foi redigido por Alexander Butchart, Claudia Garcia-Moreno, e Christopher Mikton, da Organização Mundial da Saúde, e baseia-se em um projeto inicial produzido por Joanna Nurse, da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e do Departamento de Saúde do Reino Unido, e Damian Basher do Departamento de Saúde do Reino Unido. Natalia Diaz-Granados, da Universidade McMaster, elaborou o Capítulo 2: *Fatores de risco e de proteção da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo*, enquanto Joanne Klevens e Linda Anne Valle do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos contribuíram com o Capítulo 4: *Melhorando o planejamento e a avaliação do programa*. O documento foi editado por Tony Waddell.

O documento beneficiou-se sobremaneira de comentários e sugestões providenciados pelos seguintes pares revisores: Linda Dahlberg, Kathryn Graham, Rachel Jewkes, Holly Johnson, Julia Kim, Karen Lang, Charlotte Watts e Alys Willman.

Os fundamentos conceituais para o presente documento foram delineados em uma consulta de especialistas em maio de 2007 sobre a prevenção primária da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo e a monografia para a reunião preparada por Alison Harvey, Claudia Garcia-Moreno e Alexander Butchart. Participaram da consulta: Mark Bellis, Pimpawun Boonmongkon, David Brown, Carme Clavel-Arcas, Jane Cottingham, Pamela Cox, Isabelle De Zoysa, Jane Ferguson, Vangie Foshee, Kathryn Graham, Henrica Jansen, Holly Johnson, Faith Kasiva, Jackson Katz, Karen Lang, Lori Michau, Adepeju Aderemi Olukoya, Judith Ann Polsky, Jamela Saleh Al-Raiiby, Susan Blair Timberlake, Bernice Van Bronkhorst e Charlotte Watts.

O desenvolvimento e a publicação do presente documento foi viabilizado pelo generoso apoio financeiro do Governo da Bélgica e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

A tradução do original em inglês e publicação em língua portuguesa foi possível por meio do apoio do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde - Termo de Cooperação no. 41

Tradução: B&C Revisão de Textos Ltda - ME

Revisão da tradução: Alessandra Guedes, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS em Washington, DC; Roberta de Freitas Santos, Unidade Técnica de Política de Recursos Humanos em Saúde, e Rossana Estevam Lima, Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação, Representação da OPAS/OMS no Brasil; Regina Ungerer, coordenadora da rede ePORTUGUÊSe, da Organização Mundial da Saúde.

Revisão técnica: Lilia Blima Schraiber e Ana Flavia d'Oliveira, Universidade de São Paulo.

Resumo

A violência sexual e a violência praticada pelo parceiro íntimo afetam uma grande proporção da população – sendo mulheres a maioria que vivencia diretamente essas violências e a maioria que as perpetram, homens. O dano que elas causam pode durar uma vida inteira e abrange gerações, com efeitos adversos sérios na saúde, na educação e no trabalho. A prevenção primária desse tipo de violência, portanto, salvará vidas e dinheiro – investimentos realizados agora, para acabar com a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo antes que ocorram, protegerá o bem-estar físico, mental e econômico e o desenvolvimento de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.

O presente documento objetiva providenciar informações suficientes aos formuladores de políticas e planejadores para desenvolverem programas de prevenção, orientados por dados e baseados em evidências, contra a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, sendo dividido nos capítulos que seguem:

- **Capítulo 1:** delinea a natureza, magnitude e as consequências da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo na tipologia mais ampla da violência.
- **Capítulo 2:** identifica os fatores de risco e de proteção para esses tipos de violência e a importância de abordar os fatores de risco e de proteção nos esforços de prevenção.
- **Capítulo 3:** resume a base da evidência científica para as estratégias de prevenção primária e descreve os programas de eficácia comprovada, os que são apoiados em evidência emergente e os que poderiam ser potencialmente eficazes mas que ainda precisam ter seu impacto suficientemente avaliado.
- **Capítulo 4:** apresenta uma estrutura de seis passos para a ação, a geração de evidências e o compartilhamento de resultados.

Na seção final são delineadas várias prioridades de pesquisas futuras e apresentada uma série de conclusões-chave.

A prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo baseada em evidências está ainda em seus primórdios e há muito que se fazer. No momento, apenas uma estratégia possui evidências para a sua eficácia – e essa se refere apenas à violência pelo parceiro íntimo. A referida estratégia é o uso de programas baseados nas escolas para a prevenção da violência em relacionamentos de namoro. As evidências estão emergindo, contudo, da eficácia de uma série de outras estratégias para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, incluindo programas de micro-financiamento para mulheres em combinação com a educação em igualdade de gênero; esforços para reduzir o acesso ao álcool e seu uso nocivo; e mudança das normas sociais e culturais. Muitas outras estratégias parecem potentes, quer em bases teóricas ou porque

objetivam fatores de riscos conhecidos, porém, a maioria delas não foi implementada sistematicamente e muito menos avaliada.

A abordagem da saúde pública quanto à prevenção, adotada no presente documento, destina-se à complementação de abordagens baseadas na justiça criminal. A abordagem conta com o uso de dados populacionais para descrever o problema, seu impacto e fatores de risco e de proteção associados, enquanto aproveita as evidências científicas para estratégias de prevenção eficazes, promissoras e indicadas teoricamente. Parte da abordagem é para garantir que todas as políticas e os programas incluam mecanismos de monitoramento e avaliação embutidos. Paralelamente, tomar uma perspectiva de ciclo de vida ajudará na identificação precoce de fatores de risco e dos melhores momentos para interromper o desenvolvimento de trajetórias que rumam ao comportamento violento, utilizando uma abordagem de prevenção primária. É preciso uma intervenção precoce, com enfoque em grupos etários mais jovens, para uma prevenção primária bem-sucedida.

Embora urgente, a necessidade de se ter evidências e mais pesquisas em todas essas áreas em nada se opõe à ação imediata para a prevenção de ambas as violências, pelo parceiro íntimo e a violência sexual. Os programas que possuírem evidências dando bases para sua eficácia deveriam ser implementados e, onde, necessário, adaptados. Os que foram promissores e os que parecem ter potencial podem também desempenhar um papel imediato – desde que grandes esforços sejam feitos para incorporar, desde o início, avaliações criteriosas de seus resultados. É apenas através da ação e da geração de evidências que a violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo serão prevenidas e que o campo da prevenção primária baseada em evidências poderá amadurecer.

Prefácio

A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo são problemas sérios e muito difundidos em todo o mundo. Além de serem violações de direitos humanos, causam danos profundos no bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Os desfechos imediatos e a longo prazo na saúde que foram associados a esses tipos de violência incluem traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/Aids), transtorno de estresse pós-traumático, entre outros. Há também uma série de complicações relacionadas com a gravidez, como aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer associados com a violência durante a gravidez. Além disso, comportamentos de alto risco, como tabagismo, uso nocivo de álcool e drogas e sexo não seguro são significativamente mais frequentes entre as vítimas de violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo.

A carga esmagadora da violência pelo parceiro íntimo (física, sexual e emocional) e da violência sexual é suportada pelas mulheres em mãos dos homens. Reconhecendo as consequências em grande escala e extensas do problema, inúmeros países promulgaram leis para criminalizar a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, e muitos países providenciam cada vez mais serviços legais, de saúde e sociais às mulheres que sofreram abusos. Ao mesmo tempo, registraram-se marcadamente poucos esforços para a prevenção precoce da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Os serviços bem elaborados e adequadamente implantados para as vítimas continuarão tendo uma importância vital. Entretanto, a real magnitude do problema significa que a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo antes que ocorram será crucial não somente para a redução da carga do sofrimento como também para a redução dos custos humanos, econômicos e de saúde pública dessa violência a longo prazo. Tanto os esforços de prevenção primária como os serviços que respondem ao atendimento dessas violências devem ser bem documentados e avaliados quanto à sua eficácia.

A escassez atual de abordagens de prevenção baseada em evidências deve-se parcialmente ao desenvolvimento e implementação, em separado, de pesquisas e de atividades de defesa dessa causa (*advocacy*). Deve-se também parcialmente ao conjunto complexo de fatores que aumentam a probabilidade da violência realmente acontecer. Esses fatores incluem desigualdade de gênero e normas sociais acerca da masculinidade, bem como outros determinantes como desigualdade econômica; outros problemas comportamentais (como uso nocivo de álcool); e outros tipos de violência (como abuso na infância). Existe pouca coordenação entre programas ou agendas de pesquisa sobre abuso durante a infância, uso nocivo de álcool e substâncias, determinantes sociais e violência sexual

e violência praticada pelo parceiro íntimo. E, no entanto, todos esses problemas afetam regularmente famílias, previsivelmente com maior frequência em comunidades economicamente desfavorecidas, nas quais, muitas vezes, existe também uma grande desigualdade entre mulheres e homens.

Prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher: agir e gerar evidências objetiva o fortalecimento da área de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo para que os esforços de prevenção possam complementar programas de saúde, legais e outros de oferta de serviços que respondam ao problema. As políticas e os programas de prevenção primária devem ser proativos, baseados nas melhores evidências disponíveis e focados nas causas básicas do problema, incluindo a desigualdade de gênero, para que, em primeiro lugar, um número sempre menor de mulheres seja afetado por essas violências.

O presente documento está também construído em torno de uma perspectiva de ciclo de vida que reconhece o quanto as experiências infantis, incluindo as da primeira infância, influenciam a probabilidade de alguém se tornar um perpetrador ou uma vítima de violência. Oferece-se uma revisão dos achados científicos mais recentes sobre estratégias de prevenção eficazes, promissoras e teoricamente viáveis, bem como um modelo de saúde pública utilizado para ressaltar os passos necessários para abordar os determinantes subjacentes nos planos individual, familiar, comunitário e social. É também extremamente importante que os esforços futuros na abordagem da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo sejam elaborados e conduzidos com o objetivo explícito de ampliar a base de evidência científica a respeito da magnitude, das consequências e da capacidade preventiva desses problemas. Isso pode ser alcançado, por exemplo, através da integração, desde o princípio, da avaliação dos resultados com os projetos de prevenção.

Refletindo a importância global de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, o presente documento é uma publicação conjunta da Organização Mundial da Saúde e da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres. Junte-se, então, a nós na ampliação do número, da qualidade e da eficácia de programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo em todas as sociedades do mundo. Isso contribuirá para a melhora em segurança, bem-estar e felicidade pessoal de meninas, meninos, mulheres e homens, por toda parte.

Etienne Krug

Diretor, Departamento da OMS de Prevenção de e Incapacidade por Violência e Traumatismos

Michael Mbizvo

Diretor (interino), Departamento da OMS de Saúde Reprodutiva e Pesquisa

Introdução

Os custos ocultos da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo

Devido à natureza da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, sua ocorrência e impactos são frequentemente “ocultos”, resultando em uma significativa subestimação do nível real do dano causado. Contudo, pesquisas baseadas em população revelam que essas formas de violência são comuns. Por exemplo, o estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (Garcia-Moreno *et al.*, 2005) indicou que 15 a 71% das mulheres sofrem violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. Pesquisas também mostram que a violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo levam a uma vasta gama de problemas físicos, mentais e de saúde sexual a curto e longo prazo (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). De fato, a magnitude de resultados pobres em saúde decorrentes de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo é comparável (e em alguns casos excede) àquela associada a muitos outros fatores de risco mais conhecidos. Por exemplo, um estudo que utilizava a metodologia da carga de doenças, em Victoria, Austrália, estimava que, em mulheres da faixa etária de 18 a 44 anos, a violência pelo parceiro íntimo representava 7% da carga total de doenças. Essa violência era um fator de risco bem maior que outros tradicionalmente incluídos, como alta pressão arterial, uso de tabaco e aumento do peso corporal (Vos *et al.*, 2006).

A violência pelo parceiro íntimo produz muito frequentemente impactos negativos no bem-estar emocional e social de toda a família, com efeitos adversos nas competências parentais e nos resultados educacionais e laborais. Algumas crianças oriundas de domicílios onde existe violência pelo parceiro íntimo podem apresentar altas taxas de problemas comportamentais e emocionais, os quais podem resultar em maiores dificuldades com educação e emprego, muitas vezes levando a abandono escolar precoce, delinquência juvenil e gravidez precoce (Anda *et al.*, 2001; Dube *et al.*, 2002).

A violência pelo parceiro íntimo tem também um impacto econômico adverso. No Reino Unido, por exemplo, uma análise estimou que o seu custo anual para a economia na Inglaterra e no País de Gales era de aproximadamente £22,9 bilhões (Walby, 2004). Outro estudo nos Estados Unidos (Arias & Corso, 2005) olhou para as diferenças de sexo na utilização de serviços para o tratamento de traumatismos causados pela violência praticada por um parceiro. Em comparação com os homens:

- As mulheres foram mais propensas a relatarem a violência física praticada pelo parceiro íntimo e que resultou em traumatismos;
- Uma maior proporção de mulheres relatou a procura de serviços de saúde mental em decorrência de sofrer violência praticada pelo parceiro íntimo, declarando, em média, mais consultas;

- As mulheres eram mais propensas a relatarem a utilização de serviços de emergência, de hospitalização e médicos; e
- As mulheres eram mais propensas a tirarem uma folga do trabalho ou do cuidado de crianças ou tarefas domésticas em decorrência de seus traumatismos.

Além disso, o custo médio por pessoa para a mulher sofrendo pelo menos uma ocorrência de violência praticada pelo parceiro íntimo foi mais que o dobro daquele do homem. Os custos globais para a sociedade são ainda maiores quando contabilizamos os custos dos indivíduos que não alcançam seu pleno potencial produtivo.

Abordagem da saúde pública à prevenção

Foram adotadas abordagens e perspectivas diferentes – porém sobrepostas e em grande medida complementares – para entender a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Por exemplo, a perspectiva de gênero enfatiza o patriarcado, as relações de poder hierárquico e as construções de masculinidade e feminilidade como propulsores predominantes e generalizados do problema. Esses se baseiam no controle das mulheres e resultam em desigualdade estrutural de gênero.

A abordagem dos direitos humanos baseia-se nas obrigações dos Estados de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos e, portanto, de prevenir, erradicar e punir a violência contra mulheres e meninas. Ela reconhece a violência contra as mulheres como uma violação de muitos direitos humanos: os direitos à vida, à liberdade, à autonomia e segurança da pessoa; os direitos de igualdade e não discriminação; o direito de estar livre de tortura e tratamentos ou punições cruéis, desumanos e degradantes; o direito à privacidade; e o direito ao mais alto padrão de saúde possível. Esses direitos estão consagrados em tratados internacionais e regionais e constituições e leis nacionais, que estipulam as obrigações dos Estados, e incluem mecanismos para a responsabilização dos Estados. Por exemplo, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) exige que os países signatários da Convenção tomem todas as medidas adequadas para pôr fim à violência contra as mulheres, assim como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), a única convenção regional abordando especificamente essa violência.

A abordagem da justiça criminal vê como sua tarefa principal responder à violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo, depois de sua ocorrência, através do cumprimento da lei e garantindo que “a justiça seja feita”. Trata-se de identificar adequadamente os autores da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, determinando a culpa e garantindo que eles sejam devidamente condenados. Para prevenir e responder à violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo, a abordagem da justiça criminal se baseia fundamentalmente na dissuasão, no encarceramento e na punição e reabilitação dos agressores.

A abordagem da saúde pública¹ adotada no presente documento baseia-se em outras abordagens e perspectivas, particularmente a perspectiva do gênero. Conforme descrito no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002), a abordagem da saúde

de pública é uma abordagem guiada pela ciência, de base populacional, interdisciplinar e intersetorial com base no modelo ecológico que enfatiza a prevenção primária.

Em vez de se focar em indivíduos, a abordagem da saúde pública objetiva providenciar o máximo benefício para o maior número de pessoas e providenciar uma melhor atenção e segurança a populações inteiras. A abordagem da saúde pública é interdisciplinar, inspirando-se em muitas disciplinas, incluindo epidemiologia, sociologia, psicologia, criminologia, educação e economia. Devido ao fato de que a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo englobam problemas multifacetados, a abordagem da saúde pública enfatiza uma resposta multissetorial. Foi repetidamente comprovado que os esforços cooperativos de diversos setores como saúde, educação, previdência social e justiça criminal são frequentemente necessários para resolver o que são usualmente presumidos serem puros problemas “criminais” ou “médicos”. A abordagem da saúde pública considera que a violência, em vez de ser o resultado de um único fator, é o resultado de fatores de risco e causas múltiplos interagindo em quatro de níveis articulados e hierarquizados de circunscrição (individual, relação estreita/família, comunidade e sociedade como um todo).

Da perspectiva da saúde pública, as estratégias de prevenção podem ser classificadas em 3 tipos (Dahlberg & Krug, 2002):

- **Prevenção primária** – abordagens que objetivam a prevenção da violência antes que ocorra.
- **Prevenção secundária** – abordagens que enfocam respostas mais imediatas à violência, como atenção pré-hospitalar, serviços de emergência ou tratamento de infecções sexualmente transmitidas decorrentes de estupro.
- **Prevenção terciária** – abordagens que enfocam cuidados de longo prazo relacionados com a violência, como reabilitação e reintegração, e tentam diminuir o trauma ou reduzir a incapacidade a longo prazo, relacionada com a violência.

Uma abordagem de saúde pública enfatiza a prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, isso é, impedir que ela aconteça. Até recentemente, essa abordagem foi relativamente negligenciada nessa área, sendo que a maioria dos recursos foram direcionados à prevenção secundária e terciária. Talvez o elemento mais crítico de uma abordagem de saúde pública na prevenção seja a capacidade de identificar as causas subjacentes em vez de focar nos “sintomas” mais visíveis. Isso permite o desenvolvimento e teste de abordagens eficazes para tratar das causas subjacentes e assim melhorar a saúde.

A abordagem da saúde pública é um processo sistemático e baseado em evidências envolvendo os seguintes quatro passos:

1. **Definir o problema**, conceitual e numericamente, utilizando estatísticas que descrevam com precisão a natureza e a escala da violência, as características dos mais afetados, a distribuição geográfica dos episódios e as consequências da exposição a tais violências (**Capítulo 1**).
2. **Investigar a razão da ocorrência do problema**, determinando suas causas e correlatos, os fatores que aumentam ou diminuem o risco de sua ocorrência (fatores de risco e de proteção) e os fatores que poderiam ser modificáveis através da intervenção (**Capítulo 2**).

¹ A Saúde Pública é “a ciência e arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde através de esforços organizados e escolhas informadas da sociedade, das organizações públicas e privadas, das comunidades e dos indivíduos” (Winslow, 1920).

3. **Explorar maneiras de prevenir o problema**, utilizando as supracitadas informações e elaborando, monitorando e avaliando rigorosamente a eficácia dos programas por meio de avaliações de resultados (**Capítulos 3 e 4**).
4. **Disseminar informações** sobre a eficácia dos programas e ampliar a escala de programas com eficácia comprovada. As abordagens de prevenção de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, quer dirigidas a indivíduos ou comunidades inteiras, devem ter sua eficácia devidamente avaliada e seus resultados compartilhados (**seção 4.6**). Esse passo inclui também adaptar os programas aos âmbitos locais e sujeitá-los a uma rigorosa reavaliação para garantir a sua eficácia no novo contexto.

Uma perspectiva ao longo da vida

O presente documento analisa as causas, consequências e a prevenção de violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo ao longo da vida como perspectiva baseada no entendimento de que influências cedo na vida podem agir como fatores de risco nos comportamentos relacionados com a saúde ou problemas de saúde em momentos posteriores (Davey Smith, 2000). Para efeitos de entender e prevenir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, o ciclo da vida é dividido em: primeira infância (0-4 anos); infância e primeiros anos de adolescência (5-14 anos); adolescência e primeiros anos de vida adulta (15-25 anos); vida adulta (26 anos e acima); e todas as idades. Cada uma dessas etapas de vida representa uma fase especial no desenvolvimento de riscos e uma oportunidade única de atingir plenamente fatores de risco específicos. Portanto, a adoção dessa perspectiva ‘ao longo da vida’ ajuda a identificar tanto os fatores de risco precoces como os melhores momentos de intervenção utilizando uma abordagem de prevenção primária.

Qual o propósito do presente documento?

O presente documento provê um marco de planejamento para o desenvolvimento de políticas e programas para a prevenção de violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Inspirando-se em princípios de saúde pública sólidos e apoiados por evidências disponíveis sobre fatores de risco para essas violências e sobre a eficácia dos programas de prevenção, ele ressalta de que modo as estratégias de prevenção, adequadas às necessidades, capacidades e recursos de âmbitos específicos, podem ser desenvolvidas. O documento enfatiza a importância de integrar procedimentos de avaliação científica em todas as iniciativas de prevenção para monitorar e melhorar continuamente sua eficácia, bem como de informar e ampliar a base global de evidências nessa área.

Atualmente, o volume limitado de recursos humanos e financeiros gastos na área da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo são direcionados a tratamento, gestão e apoio às vítimas (que muitas vezes procuram os serviços somente mais tarde na vida) e detenção e prisão dos agressores. Aprender lições desde a perspectiva de saúde pública significa, contudo, que uma maior ênfase deve ser colocada agora na prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. O foco principal desse documento é, portanto, o uso da abordagem de saúde pública na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo antes que essas ocorram, já que isso tem o potencial de:

- melhorar a saúde, o bem-estar e a produtividade de indivíduos, comunidades e sociedades;
- ajudar a reduzir as desigualdades baseadas no gênero, na medida em que a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo – ou sua ameaça – contribuem para a manutenção dessas desigualdades;
- reduzir o comportamento antissocial, ofensivo e outras formas de violências interpessoais que podem resultar do testemunho de violência praticada pelo parceiro íntimo, enquanto criança; e
- reduzir custos e consequências econômicas e sociais, diretos e indiretos, relacionados com essas formas de violências.

Considerando que – conforme acima indicado – a carga esmagadora da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo é sofrida pelas mulheres nas mãos dos homens, o presente documento foca a violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher. Apesar de achados (principalmente dos Estados Unidos), baseados em autorrelatos, mostrarem que homens e mulheres perpetraram violência como parceiros íntimos com taxas aproximadamente iguais (Archer, 2000, 2006; Currie, 1998; Strauss, 1998, 2009), as mulheres são super-representadas em termos de óbitos e traumas graves decorrentes da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, bem como nas populações de sala de emergência e clínicas (Anderson, 2005; Archer 2000, 2006; Strauss 1999, 2009). Os achados de simetria sexual dizem essencialmente respeito a formas menos graves de violência praticada pelo parceiro íntimo e parecem se aplicar principalmente a países ocidentais de alta renda (Archer, 2006). Além disso, a maioria das evidências atualmente disponíveis sobre violência sexual e violência pelo parceiro íntimo origina-se de estudos sobre como essas violências afetam as mulheres. Por fim, o escopo do presente documento não inclui as diferenças significativas que existem na natureza de e nos fatores de risco e estratégias de prevenção para a violência perpetradas por mulheres, seja a sexual, seja a praticada pela parceira íntima, e para a violência entre homens.

Evidências sobre a natureza da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo e a eficácia dos esforços de prevenção foram, onde possível, selecionadas apenas em estudos de alta qualidade – por exemplo, de análises sistemáticas e estudos em grande escala com boas metodologias como o uso de ensaios randomizados controlados. No entanto, a maioria dos estudos de pesquisa de alta qualidade são oriundos dos Estados Unidos e as evidências da eficácia podem não ser sempre transferíveis diretamente para um âmbito de baixa renda. As evidências analisadas incluem também exemplos de prática promissora de países de baixa e média renda (PBMR).

Quem deve utilizar o presente documento?

O presente documento destina-se a formuladores de políticas, programadores e planejadores e órgãos de financiamento na saúde pública e setores relacionados, que objetivam promover a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher. Embora os profissionais da saúde pública sejam um público-alvo-chave, o documento não pressupõe nenhum conhecimento prévio em princípios de saúde pública. Além do público principal, outras partes interessadas incluem:

- os que trabalham em outros setores governamentais como a educação, bem-estar da criança, assistência social, justiça criminal e departamentos que lidam com a mulher e a igualdade de gênero;
- os defensores da prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, por exemplo, organizações não governamentais;
- as autoridades locais;
- os planejadores ambientais e urbanos; e
- os pesquisadores.

Pretende-se que os profissionais de saúde e outros profissionais trabalhando nesses setores considerem o presente documento como fonte útil de informação sobre os esforços do estado da ciência atual para aprimorar e fortalecer a colaboração multissetorial na elaboração, oferta e avaliação de programas de prevenção da violência sexual e da violência praticada pelo parceiro íntimo.

Mensagens-chave

- A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo pode afetar a todos – embora haja uma forte tendência de gênero, sendo as mulheres a maioria dos que as vivenciam e os homens, a maioria dos que as perpetraram; todos podem ajudar em suas prevenções e trabalhar juntos para impedir a continuação da violência através das gerações.
- O dano causado por esses tipos de violência pode durar uma vida inteira e ampliar-se através das gerações, com efeitos adversos graves na saúde, educação, no trabalho, no crime e no bem-estar econômico de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.
- A prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo pode salvar vidas e dinheiro – o investimento para detê-las antes que ocorram é crucial, já que isso protegerá e promoverá o bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.
- O presente documento adota uma abordagem de saúde pública que se inspira em perspectivas de gênero, dos direitos humanos e da justiça criminal sobre a prevenção. A prevenção baseia-se na utilização de dados populacionais para descrever o problema, seu impacto e seus fatores de risco e de proteção e aproveita a evidência científica sobre estratégias de prevenção comprovadas, promissoras e teoricamente indicadas, ao mesmo tempo em que insta a que todas as políticas e programas incluam mecanismos internos de monitoramento e avaliação.
- Tomar uma perspectiva ao longo da vida permite identificar fatores de risco precoces e os melhores momentos para intervir, utilizando uma abordagem de prevenção primária. É preciso uma intervenção precoce, que se foque nos grupos etários mais jovens, para se ter uma prevenção primária bem-sucedida.
- Utilizar evidências do que já funcionou aumentará a probabilidade de os esforços de prevenção serem bem-sucedidos.
- A incorporação de avaliações dos resultados nas intervenções de prevenção primária é crucial na geração de evidências adicionais.

CAPÍTULO 1

Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo

1.1 O que é violência sexual e violência pelo parceiro íntimo?

O presente documento adota as definições de violência pelo parceiro íntimo e de violência sexual a partir do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). Essas definições (**Caixa 1**) são agora amplamente utilizadas e providenciam um marco conceitual útil. Contudo, precisam ser operacionalizadas para monitorar o progresso e demonstrar o quanto a magnitude do problema se modifica na resposta a esforços de prevenção específicos. Para mais informações sobre a utilização das definições operacionais, ver o **Anexo A**.

CAIXA 1

Definição de termos

■ **Violência do parceiro íntimo** – comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores.

Essa definição cobre violência pelos cônjuges e parceiros atuais e passados.

■ **Violência sexual** – qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto – contudo, a definição de estupro pode variar em vários países.

Fonte: Heise & Garcia-Moreno (2002); Jewkes, Sen & Garcia-Moreno (2002)

A violência pelo parceiro íntimo ocorre principalmente a partir da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta, muito frequentemente no âmbito do casamento ou coabitação, e inclui muitas vezes abuso físico, sexual e emocional, bem como comportamentos controladores. A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade – incluindo durante a infância – e pode ser perpetrada por pais, provedores de cuidados, conhecidos e estranhos, bem como parceiros íntimos. Ambas as formas de violência são na maioria perpetradas pelos homens contra meninas e mulheres, contudo o abuso sexual de crianças masculinas é também comum. A violência pelo parceiro íntimo pode ser também perpetrada por mulheres contra homens e pode ocorrer no âmbito de relações com o mesmo sexo.

1.2 Qual é a prevalência da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo?

A prevalência de violência sexual e a prevalência da violência pelo parceiro íntimo podem ser medidas por referência à vitimização e à perpetração. Devido à pequena proporção de casos registrados em estatísticas coletadas rotineiramente de unidades de assistência às vítimas e da polícia, tanto a vitimização como a perpetração são mais precisamente medidas por meio de pesquisas populacionais baseadas em autorrelatos (o **Capítulo 4** do presente documento aborda mais detalhadamente a coleta de dados). Até o momento, poucas pesquisas populacionais fora dos Estados Unidos mediram a perpetração da violência pelo parceiro íntimo e da violência sexual (porém, ver Jewkes *et al.* 2009; Philpart *et al.*, 2009), e a comparabilidade de seus achados não é clara. Além disso, baixas taxas de divulgação podem comprometer os achados de pesquisas populacionais sobre perpetração. O presente capítulo foca, portanto, os achados de vitimização, que são mais disponíveis internacionalmente, mais comparáveis e provavelmente menos sujeitos a baixas taxas de divulgação.

O estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (Garcia-Moreno *et al.*, 2005) providencia uma visão abrangente dos padrões de vitimização pela violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual em contextos de baixa e média renda. Mais de 24.000 mulheres entre as idades 15 e 49 anos foram entrevistadas em áreas rurais e urbanas em 10 países. Seus achados principais foram:

- entre 1 e 21% das entrevistadas relataram abuso sexual infantil abaixo dos 15 anos de idade;
- o abuso físico praticado por um parceiro em algum momento na vida até os 49 anos de idade foi relatado por 13-61% das entrevistadas em todos os locais do estudo;
- a violência sexual praticada por um parceiro em algum momento na vida até os 49 anos de idade foi relatado por 6-59% das entrevistadas; e
- a violência sexual praticada por um não parceiro a qualquer momento após os 15 anos e até os 49 anos de idade foi relatada por 0,3-11,5% das entrevistadas.

Tabela 1: Resume as prevalências relatadas de violência pelo parceiro íntimo contra as mulheres nos países do estudo. Esses achados indicam que a violência física e sexual ocorrem juntas e de modo frequente no contexto de relações de parceiros íntimos e salientam as diferenças na prevalência tanto nos países, como entre eles. As taxas de violência física e/ou sexual praticada por um parceiro íntimo variou entre 15% no Japão e aproximadamente 70% na Etiópia e no Peru, com a maioria das localidades relatando taxas entre 29 e 62%.

O estudo também identificou que os níveis relatados de violência sexual praticada por não parceiros a partir de 15 anos de idade variaram entre abaixo de 1% na Etiópia e em Bangladesh (onde a maioria das mulheres são casadas até os 15 anos de idade) até 10-12% no Peru, em Samoa e na zona urbana da Tanzânia. Na maioria dos casos, ape-

¹ **Maus-tratos infantis** – refere-se ao mau tratamento físico e emocional, ao abuso sexual, ao abandono e tratamento negligenciado de crianças, bem como sua exploração comercial ou outra forma de exploração. Ocorre em muitos locais diferentes. Os perpetradores de maus-tratos infantis podem ser pais e outros membros da família; provedores de cuidados; amigos; conhecidos; estranhos; outras figuras de autoridade – como professores, soldados, policiais e membros do clero; empregadores; trabalhadores em saúde; e outras crianças (WHO-ISPACAN, 2006).

² Para obter esse guia, favor visitar a página: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

nas um agressor foi mencionado, normalmente um conhecido ou um estranho. Na África do Sul, uma pesquisa em 1.300 mulheres em três províncias mostrou que o primeiro episódio de estupro foi perpetrado em 42,5% dos casos por um estranho, 20,8% por um conhecido, 9,4% por alguém da escola, 8,5% por um parente, 7,5% por um parceiro e 11,3% por outros (Jewkes *et al.*, 1999).

Informações sobre a Pesquisa Nacional sobre a Violência Contra a Mulher nos Estados Unidos (Tjaden & Thoennes, 2006) mostra que a maioria das vítimas de estupro nos Estados Unidos conhece seu estuprador. Entre todas as vítimas do sexo feminino identificadas pela pesquisa, 16,7% foram estupradas por um estranho e 43% de todas as vítimas do sexo feminino foram estupradas pelo parceiro íntimo atual ou por um antigo parceiro íntimo.

TABELA 1

Violência física e sexual contra a mulher praticada por um parceiro íntimo

Localidade	Violência física		Violência sexual		Violência física ou sexual ou ambos	
	Alguma Vez (%)	Atual (%)	Alguma Vez (%)	Atual (%)	Alguma Vez (%)	Atual (%)
Bangladesh Cidade	37,7	19,0	37,4	20,2	53,4	30,2
Bangladesh Província	41,7	15,8	49,7	24,2	61,7	31,9
Brasil Cidade	27,2	8,3	10,1	2,8	28,9	9,3
Brasil Província	33,8	12,9	14,3	5,6	36,9	14,8
Etiópia Província	48,7	29,0	58,6	44,4	70,9	53,7
Japão Cidade	12,9	3,1	6,2	1,3	15,4	3,8
Namíbia Cidade	30,6	15,9	16,5	9,1	35,9	19,5
Peru Cidade	48,6	16,9	22,5	7,1	51,2	19,2
Peru Província	61,0	24,8	46,7	22,9	69,0	34,2
Samoa	40,5	17,9	19,5	11,5	46,1	22,4
Sérvia & Montenegro Cidade	22,8	3,2	6,3	1,1	23,7	3,7
Tailândia Cidade	22,9	7,9	29,9	17,1	41,1	21,3
Tailândia Província	33,8	13,4	28,9	15,6	47,4	22,9
Tanzânia Cidade	32,9	14,8	23,0	12,8	41,3	21,5
Tanzânia Província	46,7	18,7	30,7	18,3	55,9	29,1

Fonte: Garcia-Moreno *et al.* (2005)

Prevalência na adolescência

No estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher, 3-24% das mulheres relataram que sua primeira experiência sexual foi forçada e que para a maioria das respondentes isso ocorreu durante a adolescência (Garcia-Moreno *et al.*, 2005). Em 10 dos 15 contextos investigados, acima de 5% das mulheres relataram que sua primeira experiência sexual foi forçada, com mais de 14% informando que a primeira relação sexual foi forçada em Bangladesh, na Etiópia, Peru (província) e Tanzânia. Um estudo nigeriano identificou que 45% das pessoas do sexo feminino e 32% das pessoas do sexo masculino com faixa etária de 12-21 anos relataram terem tido uma relação sexual forçada (Slap, 2003). Na África do Sul, uma pesquisa em 280.000 alunos mostrou que, até os 15 anos de idade, aproximadamente 9% de meninas e meninos relataram sexo forçado no último ano, aumentando para 13% das pessoas do sexo masculino e 16% das pessoas do sexo feminino até os 19 anos de idade (CIETafrica, 2002).

Revisão de estudos norte-americanos conclui que as prevalências de violência física e sexual ocorrida em namoros¹ ao longo da vida, no último ano e atual variam significativamente nos estudos – variando entre 9 a 49% (Glass *et al.*, 2003). Isso torna prematuras as conclusões sobre as prevalências de violência ocorrida em namoros de adolescentes (Hickman, Jaycox & Aronoff, 2004). No campo internacional, são poucos os estudos populacionais sobre violência no namoro, porém, eles sugerem que isso afeta uma proporção substancial da população jovem. Por exemplo, um estudo sul-africano (Swart, 2002) em 928 pessoas do sexo masculino e feminino na faixa etária de 13-23 anos mostrou que 42% das pessoas do sexo feminino e 38% do sexo masculino relataram terem sido vítimas de violência física ocorrida no namoro em algum momento em suas vidas. Na Etiópia, quase 16% dos 1.378 estudantes do sexo masculino relataram ter abusado fisicamente de uma parceira íntima ou uma não parceira, e 16,9% relataram ter perpetrado atos de violência sexual (Philpart *et al.*, 2009).

Prevalência na vida adulta

Estudos populacionais de vários países indicam que 10-69% de mulheres na faixa etária de 15-49 anos sofrem abuso físico praticado pelo parceiro íntimo pelo menos uma vez em sua vida (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999; Heise & Garcia-Moreno, 2002) enquanto 6-47% de mulheres relatam tentativa ou realização de sexo forçado praticada pelo parceiro íntimo ao longo de suas vidas (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). O estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher identificou que entre 6% e 59% das mulheres relataram sofrer violência sexual praticada pelo parceiro íntimo ao longo de suas vidas, com os valores para a maioria das localidades variando entre 10% e 50% (Garcia-Moreno *et al.*, 2005).

Pesquisas populacionais em países de alta renda (PAR) mostram que uma proporção significativa de homens também relata sofrer abuso físico por parte de uma parceira íntima (ver, por exemplo, Mirrlees-Black, 1999), embora não com as mesmas consequências físicas e emocionais que em mulheres. Estudos que solicitaram mais detalhes sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo na relação homem-mulher identificaram geralmente que os homens sofreram violência com menos frequência, eram menos propensos a sofrerem danos pela violência perpetrada pelas mulheres e não relataram viver com medo de sua parceira. Além disso, uma proporção da violência sofrida pelos parceiros íntimos pode ser o resultado direto da tentativa por parte das mulheres de se defenderem (Williams *et al.*, 2008).

Enquanto a maioria das pesquisas focou na violência praticada pelo parceiro íntimo nas relações heterossexuais, estudos mostraram que ela ocorre nas relações entre o mesmo sexo. Alguns achados sugerem que as taxas de violência praticada pelo parceiro íntimo nas relações de mesmo sexo são similares àquelas das relações heterossexuais (Shipway, 2004), enquanto outros indicam taxas mais altas de violência em relações de mesmo sexo. Isso pode ser causado por níveis mais altos de estresse decorrentes de preconceito social e altas taxas de uso nocivo de álcool e substâncias relatadas nas relações de mesmo sexo. Além disso, muitas pessoas que estão em relações violentas de mesmo sexo podem não buscar ajuda por medo de serem discriminadas (Shipway, 2004).

1.3 Quais são as consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo?¹

A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo têm um impacto significativo nos indivíduos, nas famílias, comunidades e na sociedade. Em nível individual, a violência

¹ Violência no namoro refere-se à ocorrência de violência física e sexual no contexto de um “relacionamento de namoro”. O termo “relacionamento de namoro” não se refere, na Europa e nos Estados Unidos, nem a casamento e nem a uma relação de coabitação de longo prazo que ocorra durante a adolescência ou nos primeiros anos da vida adulta. Varia de primeiros encontros casuais a parcerias sexuais de maior prazo. Na Ásia e outras partes do mundo, onde o casamento frequentemente ocorre em idade mais jovem, o fenômeno de violência no namoro é raro e a violência praticada pelo parceiro íntimo começa mais cedo.

ocorrendo nas idades mais jovens – em particular, abuso sexual da criança – pode afetar aquele indivíduo e sua família pelo resto de suas vidas. Isso pode levar a consequências em muitas esferas da vida, incluindo subdesempenho educacional e econômico, práticas sexuais não seguras, capacidade reduzida de vínculo na paternidade, aumento de adoção de comportamentos de risco para a saúde (como o uso nocivo de álcool e entorpecentes) e a perpetração de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

Comportamentos de risco para a saúde e desfechos relacionados com a violência sexual durante a infância e a adolescência

História de abuso sexual durante a infância e a adolescência foi consistentemente comprovada de relacionar-se significativamente com o aumento de riscos em saúde e comportamentos de riscos para a saúde em pessoas do sexo masculino e feminino (Mangiolo, 2009). A maioria desses foi identificada como fatores de risco para a vitimização e a perpetração da violência sexual na vida adulta (ver **Capítulo 2** para uma discussão completa sobre os fatores de risco e de proteção para a violência sexual e a violência pelo parceiro íntimo). Por exemplo, uma meta-análise da prevalência de abuso sexual da criança e suas consequências para a saúde ao longo da vida mostrou que o abuso sexual da criança contribui significativamente para depressão, uso e dependência de álcool e drogas, síndrome do pânico, síndrome do estresse pós-traumático e tentativas de suicídio (Andrews *et al.*, 2004). Mais recentemente, um estudo em 20.000 de alunos na faixa etária 13-15 anos de idade na Namíbia, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue (Brown *et al.*, 2009) identificou que 23% relataram terem sofrido violência sexual (forçados fisicamente a ter uma relação sexual) em algum momento de suas vidas. Tais experiências foram moderada e até fortemente relacionadas com saúde mental precária, ideação suicida, uso de cigarros, mau uso de álcool ou drogas, múltiplos parceiros sexuais e uma história de infecção sexualmente transmitida.

Em uma pesquisa na Suazilândia que examinou a prevalência e as circunstâncias da violência sexual contra meninas, em torno de 33% das respondentes relataram ter sofrido um episódio de violência sexual antes dos 18 anos de idade. A violência sexual foi associada a um aumento significativo de probabilidade de ter se sentido deprimida alguma vez, de ter pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, gravidez não desejada, complicações de gravidez ou abortos espontâneos, doenças sexualmente transmitidas, dificuldades em dormir e consumo de álcool. A violência sexual durante a infância não foi, contudo, associada a um aumento na probabilidade das mulheres relatarem violência sexual na faixa de 18-24 anos de idade (Reza *et al.*, 2009).

Além disso, a iniciação sexual forçada, a violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou a violência sexual parecem aumentar o risco de gravidez durante os primeiros anos da adolescência. Constatou-se, na África do Sul, que as adolescentes grávidas eram duas vezes mais propensas a terem um histórico de iniciação sexual forçada que adolescentes não grávidas (Jewkes *et al.*, 2001). Achados similares foram também relatados nos Estados Unidos (Silverman, Raj & Clements, 2004).

Comportamentos de risco para a saúde e resultados associados à violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual durante a vida adulta

A violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher na vida adulta podem levar diretamente a traumatismo grave, incapacidade ou óbito. Podem também

¹ A maioria dos estudos que informam as seções seguintes são transversais, e é difícil ter certeza sobre a natureza e direção da interação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual e seus comportamentos de risco para a saúde e desfechos associados. Por exemplo, o aumento de consumo de bebida alcoólica aumenta o risco de sofrer ou perpetrar violência sexual – mas ao mesmo tempo ter anteriormente sofrido violência sexual aumenta potencialmente o risco de beber.

levar indiretamente a uma variedade de problemas de saúde, como mudanças fisiológicas induzidas pelo estresse, uso de substâncias e falta de controle de fertilidade e autonomia pessoal como se observa em relações abusivas. Comparadas a seus pares que não sofreram abusos, as mulheres que sofreram abusos têm taxas mais altas de gravidez não desejada e abortos, infecções sexualmente transmitidas, incluindo HIV, e transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtornos do sono e alimentares. Quando essa violência ocorre durante a gravidez, é associada a eventos adversos de gravidez – como abortos espontâneos, bebês prematuros e natimortos (Ahmed, Koenig & Stephenson, 2006; Asling-Monemi, Tabassum & Persson, 2008; Boy & Salihu, 2004; Campbell, 2002; Campbell *et al.*, 2008; Dunkle *et al.*, 2004; Plichta & Falik, 2001; e Vos *et al.*, 2006).

A violência praticada pelo parceiro íntimo afeta não somente a mulher envolvida, como pode provocar danos na saúde e no bem-estar das crianças na família. Isso se deve, em parte, ao aumento das taxas de depressão e estresse traumático em mães que sofreram abusos, bem como aos efeitos destrutivos da violência praticada pelo parceiro íntimo na qualidade de suas capacidades de afeto e paternidade. Uma análise de estudos que examinam a presença de maus-tratos infantis e de violência praticada pelo parceiro íntimo mostrou que ambos ocorreram durante o mesmo período em 45-70% dos estudos (Holt, Buckley & Whelan, 2008). Na maioria desses casos, uma criança testemunhando a violência praticada pelo parceiro íntimo pareceu preceder os maus-tratos subsequentes de crianças por membros da família (McGuigan & Pratt, 2001). Estudos mostraram que as crianças de mães que sofreram abusos têm taxas mais baixas de imunidade e taxas mais altas de doenças diarreicas, e são mais propensas a falecer antes dos cinco anos de idade (Asling-Monemi, Tabassum & Persson, 2008; Silverman *et al.*, 2009).

Achados de uma série de análises mostram que o fato de testemunhar a violência praticada pelo parceiro íntimo pode também afetar negativamente o desenvolvimento normal de crianças no seio da família. Por exemplo, uma meta-análise concluiu que a exposição das crianças à violência entre os pais é significativamente correlata com problemas infantis nas áreas do funcionamento social, emocional, comportamental, cognitivo da saúde geral (Kitzmann *et al.*, 2003). Contudo, nem todas as crianças são afetadas de maneira similar, e uma porcentagem significativa de crianças em algumas análises de estudos mostrou que não havia nenhum problema de desenvolvimento apesar de presenciar violência repetida (Edelson, 1999; Wolfe *et al.*, 2003). Isso sugere que cada criança vivenciará a violência praticada pelo parceiro íntimo de uma forma única, dependendo de uma série de fatores. É muito provável que esses fatores incluam a possibilidade de ter havido ou não abuso físico da criança, o sexo e a idade da criança, o tempo decorrido desde a exposição à violência e a relação da criança com os adultos no lar.

Estudos de vários países identificaram que as mulheres soropositivas relatam taxas mais altas de violência praticada pelo parceiro íntimo (Dunkle *et al.*, 2004; Maman *et al.*, 2000) e há cada vez mais evidências de que o risco de HIV está vinculado à exposição ao longo de toda a vida e de forma complexa à violência (Campbell *et al.*, 2008). O estupro é a causa potencial de infecção direta pelo vírus HIV para algumas mulheres, no entanto, até mesmo em contextos de alta prevalência, o baixo risco de transmissão do vírus HIV durante um único ato sexual torna improvável que o estupro resulte em uma proporção substancial de casos de HIV em nível de população. A violência e a desigualdade de gênero são mais propensas a ampliar o risco de HIV através de vias indiretas, incluindo relações cronicamente abusivas em que as mulheres são constantemente expostas ao mesmo indivíduo e são incapazes de negociar o uso de preservativos para o sexo seguro (OMS/UNAIDS, 2010).

A pesquisa qualitativa sugere que as interseções do vírus HIV/Aids, da desigualdade de gênero e a violência baseada em gênero podem envolver noções de masculinidade que

são predicadas sobre o controle das mulheres e que prezam a força e dureza masculina (Jewkes & Morrell, 2010). Esses ideais se traduzem imediatamente em comportamentos sexualmente de risco, predação sexual e outros atos de violência contra a mulher, bem como em comportamentos que aumentam o risco de contrair o vírus HIV. A exposição à violência, incluindo o comportamento controlador do parceiro, está associada a um comportamento sexual de alto risco (como parceiros múltiplos e simultâneos); um número maior de parceiros; níveis mais baixos de uso de preservativos; aumento de uso de substâncias e de sexo em estado de intoxicação; e aumento de sexo transacional e prática da troca de sexo por dinheiro. As evidências emergentes na Índia e na África do Sul indicam que os homens que perpetraram a violência são mais propensos a serem infectados pelo vírus HIV (Decker *et al.*, 2009; Jewkes *et al.*, 2009).

1.4 Mensagens-chave

Prevalência

- A prevalência de violência praticada pelo parceiro íntimo notificada por meninas e mulheres varia marcadamente entre e nos países, com tendência de taxas maiores em países de alta renda.
- Em algumas partes do mundo, particularmente onde os jovens podem ter relações fora do casamento, é frequente a ocorrência de “violência no namoro”.
- A violência sexual afeta as crianças de ambos os sexos, particularmente as mulheres.

Consequências

- A violência sexual – particularmente durante a infância – está associada a um aumento de comportamentos de risco para a saúde – incluindo tabagismo, uso nocivo de drogas e álcool e comportamentos sexuais de risco.
- O abuso sexual e experiências adversas durante a infância podem causar desigualdades em saúde por toda a vida através do aumento de comportamentos de risco.
- A violência praticada pelo parceiro íntimo prejudica a saúde física e mental das mulheres e suas crianças – mulheres que sofreram violência praticada pelo parceiro íntimo são mais propensas a apresentar um quadro precário ou muito precário de saúde, de sofrimento emocional e de tentativas de suicídio; e suas crianças tendem a ter desfechos em saúde e educacionais mais precários.
- A violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez aumenta a probabilidade de aborto, aborto espontâneo, natimortos, bebês prematuros e baixo peso ao nascer.
- A violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual são associadas a um aumento da vulnerabilidade ao vírus HIV.
- As crianças que crescem em famílias nas quais existe violência pelo parceiro íntimo sofrem uma série de distúrbios comportamentais e emocionais que podem estar associadas à perpetração ou à vivência de violência mais tarde na vida.

CAPÍTULO 2

Fatores de risco e de proteção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo

2.1 O modelo ecológico da violência

Conforme observado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2004) dos Estados Unidos, é crucial entender as circunstâncias e os fatores de risco e de proteção que influenciam a ocorrência da violência sexual para poder preveni-la. Vários modelos teóricos tentam descrever os fatores de risco e de proteção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, inclusive os que se baseiam em conceitos biológicos, psicológicos, culturais e de igualdade de gênero. Cada um desses modelos contribui para um melhor entendimento da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo e ajuda a construir programas que objetivam a redução de fatores de risco modificáveis e o fortalecimento dos fatores de proteção. Os fatores de risco aumentam a probabilidade de alguém se tornar a vítima ou o perpetrador de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, e sua redução deve, portanto, ser um objetivo-chave dos esforços de prevenção, bem como um conceito integral nos esforços de monitoramento e avaliação de programas. Da mesma forma que os fatores de proteção, que são uma margem de segurança contra o risco de alguém se tornar uma vítima e/ou perpetrador de violência sexual e violência pelo parceiro íntimo, podem precisar de promoção – inclusive através de intervenções estruturais ou de outra natureza para alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento da mulher.

No presente documento, a OMS escolheu o uso do “modelo ecológico” (Figura 1) conforme apresentado no relatório mundial sobre violência e saúde (Dahlberg & Krug, 2002) porque permite a inclusão de fatores de risco e de proteção a partir de vários domínios de influência. Portanto, existindo evidências de modelos psicológicos sobre fatores de risco individuais e de modelos de gênero sobre fatores de risco sociais, elas poderão ser incorporadas no mesmo modelo ecológico.

FIGURA 1

O modelo ecológico



O modelo ecológico organiza os fatores de risco de acordo com quatro níveis de influência, como segue:

- **Individual:** inclui fatores biológicos e de histórico pessoal que podem aumentar a probabilidade de um indivíduo se tornar uma vítima ou um perpetrador de violência.
- **Relacional:** inclui fatores que aumentam o risco resultantes de relacionamentos com pares, parceiros íntimos e membros familiares. Esses são o círculo social mais próximo à pessoa e podem moldar seu comportamento e os tipos de experiências.
- **Comunitário:** refere-se a contextos comunitários, nos quais estão contidas relações sociais – como as escolas, os locais de trabalho e as vizinhanças – e busca identificar as características desses ambientes que são associadas a pessoas que se tornam vítimas ou perpetradores de violência sexual e violência pelo parceiro íntimo.
- **Social:** inclui os fatores mais amplos e em nível macrosocial que influenciam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, tais como desigualdade de gênero, sistemas de crenças religiosas ou culturais, normas sociais e políticas econômicas ou sociais que criam ou sustentam lacunas e tensões entre grupos de pessoas.

A construção desse tipo de modelo oferece um marco para o entendimento da interação complexa de todos os fatores que influenciam a violência sexual e violência pelo parceiro íntimo e pode, portanto, providenciar pontos-chave para a prevenção e a intervenção (Dahlberg & Krug, 2002).

O modelo ecológico sustenta também uma abordagem de saúde pública abrangente, a qual não somente trata do risco de um indivíduo se tornar a vítima ou o perpetrador de violência, como também das normas, das crenças e dos sistemas sociais e econômicos que criam as condições favoráveis para a ocorrência da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Na essência da abordagem está a forte ênfase sobre as interações múltiplas e dinâmicas entre os fatores de risco nos e entre os seus vários níveis. Por exemplo, as desigualdades estruturais entre homem e mulher, as construções sociais da masculinidade e as normas de gênero são fatores de risco para violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo que poderiam se situar primariamente no nível social do modelo. Contudo, eles também se manifestam claramente em outros níveis – por exemplo, no comunitário e no relacional – e são mais propensos a serem vinculados a outros fatores de risco, como o fato de presenciar violência entre os pais e o abuso de álcool por parte dos perpetradores do sexo masculino.

A utilização do modelo ecológico ajuda também a promover o desenvolvimento de políticas e programas intersetoriais de prevenção ao ressaltar os vínculos e as interações entre os vários níveis e fatores. Como resultado, ao se elaborar abordagens abrangentes para prevenir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, a incorporação de estratégias eficazes nos principais programas vigentes, tratando essas questões, aumentará sua relevância e sustentabilidade.

A percepção de como esses fatores de riscos se reúnem e influenciam padrões de comportamento em todo o curso da vida providencia *insights* nos pontos-chave em que as intervenções deveriam ser implementadas para quebrar o ciclo (Capítulo 3).

2.2 Identificação dos fatores de risco

A identificação de fatores de risco é de suma importância para informar estratégias e programas que visam melhorias ou proteção contra riscos – e até mesmo orientar a política de prevenção. As causas de violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo são melhor investigadas através do uso de estudos longitudinais. Esses estudos localizam

peessoas ao longo do tempo para documentar suas experiências nesses tipos de violência e como essas experiências se relacionam com outros fatores em várias etapas de suas vidas. Infelizmente, poucos estudos desse tipo existem – então a maioria das informações nessa seção origina-se de estudos populacionais transversais. Esses conseguem providenciar um retrato fiel da frequência com que algo ocorre e seus fatores associados, porém, normalmente não conseguem informar se a associação observada de fato “causou” certo resultado.

Esse capítulo se inspira em duas fontes principais de informação, a primeira são os capítulos do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde referentes à violência praticada pelo parceiro íntimo (Heise & Garcia-Moreno, 2002) e à violência sexual (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002), que analisaram a literatura até o ano de 2002; a segunda é uma análise sistemática da literatura revisada por pares e mais recente, sobre os fatores de risco e de proteção associados à perpetração ou à experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo, de violência sexual ou ambos.

A maioria da literatura provém de países de alta renda (PAR), e não fica claro se os fatores identificados nos PAR também se aplicam a países de baixa e média renda (PBMR) devido a diferenças nas economias, ecologias, histórias, políticas e culturas. Qualquer estudo inicial dos PBMR identificando fatores associados à violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual foi também incluído nessa análise de literatura mais recente.

Como resultado desse processo, mais de 50 fatores de risco foram identificados para a violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual – principalmente no nível individual e relacional/familiar. A escassez de fatores de risco que foram identificados nos níveis comunitário e social deve-se provavelmente mais à falta de pesquisas sobre fatores de risco relativos a esses níveis do que à verdadeira ausência de fatores de risco.

2.3 Fatores de risco relacionados com a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual

A **Tabela 2** lista os fatores de risco identificados para a perpetração por parte dos homens e a vivência por parte das mulheres de violência sexual e de violência pelo parceiro íntimo. Os fatores de risco estão organizados de acordo com os níveis individual, relacional, comunitário e social do modelo ecológico mostrado na **Figura 1**. Alguns desses fatores de risco podem ser modificados (por exemplo, o uso nocivo de álcool) enquanto que outros, não (por exemplo, sexo e idade). Os fatores que têm o mais forte efeito ou são consistentemente identificados nos estudos são ressaltados em negrito na tabela.

Fatores do nível individual

Juventude

A juventude parece ser um fator de risco tanto para ser um perpetrador ou uma vítima de violência pelo parceiro íntimo, bem como de violência sexual. A juventude foi consistentemente identificada como fator de risco para homens cometerem violência contra parceiras (Black *et al.*, 2001) e para mulheres sofrerem violência praticada por parceiro íntimo (Harwell & Spence, 2000; Romans *et al.*, 2007; Vest *et al.*, 2002). Observou-se que as mulheres jovens têm mais risco de sofrer estupro que mulheres mais velhas (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). De acordo com dados de sistemas da justiça e centros para crises por estupros no Chile, Malásia, México, Papua Nova Guiné, Peru e Estados Unidos, entre um a dois terços de todas as vítimas de agressão sexual têm até

TABELA 2

Fatores de risco para violência praticada pelo parceiro e para violência sexual

Perpetração pelo homem	Vitimização da mulher
NÍVEL INDIVIDUAL	
DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa renda ▪ Baixo nível de escolaridade 	DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Juventude ▪ Baixo nível de escolaridade ▪ Estado civil: separada/divorciada
EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso sexual ▪ Violência intraparental 	EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência intraparental
TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidade antissocial 	TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressão
USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso nocivo de álcool ▪ Uso ilícito de drogas 	USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso nocivo de álcool ▪ Uso ilícito de drogas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação da violência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação da violência
NÍVEL RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parceiros múltiplos/infidelidade ▪ Baixa resistência à pressão de pares 	
NÍVEL COMUNITÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções comunitárias fracas ▪ Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções comunitárias fracas ▪ Pobreza
NÍVEL SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de gênero e sociais tradicionais que toleram a violência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de gênero e sociais tradicionais que toleram a violência

15 anos de idade, embora isso possa refletir certo viés de relato. Por exemplo, algumas formas de violência sexual são estreitamente associadas às idades mais jovens, em particular a violência que ocorre nas escolas e colégios e o tráfico de mulheres para exploração sexual. Já para a perpetração de violência sexual pelos homens, é menos claro que a juventude seja um fator de risco. Na África do Sul, achados sugeriram um efeito geracional, em que homens na faixa etária de 20-40 anos eram mais propensos a terem cometido estupro que outros homens mais jovens ou mais velhos (Jewkes *et al.*, 2009).

Educação

A relação entre o nível de escolaridade individual e a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual é complexa. Contudo, nos estudos, o baixo nível de escolaridade é o fator mais consistente relacionado com a perpetração e a experiência da violência sexual praticada pelo parceiro íntimo e a da violência sexual (Ackerson *et al.*, 2008; Boy & Kulczycki, 2008; Boyle *et al.*, 2009; Brown *et al.*, 2006; Chan, 2009; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Gage, 2006; Jeyaseelan *et al.*, 2004; Johnson & Das, 2009; Koenig *et al.*, 2006; Martin, Taft & Resick, 2007; Tang & Lai, 2008). Por exemplo, mulheres que relatam baixos níveis de instrução (fundamental ou nenhum) têm de 2 a 5 vezes mais risco de sofrerem violência praticada pelo parceiro íntimo que mulheres com alto nível de escolaridade (Ackerson *et al.*, 2008; Boy & Kulczycki, 2008; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Koenig *et al.*, 2004; Martin, Taft & Resick, 2007; Tang & Lai, 2008). Similarmente, estudos identificaram que pessoas do sexo masculino com baixo nível de escolaridade eram de 1,2 a 4,1 vezes mais propensas a perpetrar violência praticada pelo parceiro íntimo que homens com um nível mais alto de instrução (Ackerson *et al.*, 2008; Dalal, Rahman & Jansson, 2009).

Contudo, seria prematuro presumir que a relação entre o nível de escolaridade e a violência praticada pelo parceiro íntimo seja a mesma, independentemente do tipo de violência praticada pelo parceiro íntimo em questão. Em contraste com os estudos mencionados acima, que incluíram a violência física em sua definição de violência pelo parceiro íntimo, Flake (2005) identificou que as mulheres com um alto nível de instrução estavam em grande risco de sofrer violência sexual praticada pelo parceiro íntimo. Mais pesquisas são necessárias sobre como o nível de escolaridade está associado a vários tipos de violência praticada pelo parceiro íntimo.

Apesar da escassez de evidências, foi também indicada uma relação entre o nível mais baixo de instrução de pessoas do sexo feminino e sua experiência de violência sexual. Um estudo (Brown *et al.*, 2006) mostrou que mulheres com ensino fundamental ou nenhum nível de educação eram duas vezes mais propensas a sofrer violência praticada por um não parceiro, em comparação com mulheres que possuem o nível de ensino médio ou superior.

Exposição a maus-tratos infantis

Um fator consistentemente citado nos estudos como sendo um fator de risco tanto para a experiência e a perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo quanto para a violência sexual, foi maus-tratos infantis. Uma análise sistemática bem conduzida resumiu evidências de 10 estudos para mostrar que a exposição à violência durante a infância aumentava, de 3 a 4 vezes, a probabilidade da perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo entre os homens em comparação com homens sem exposição à violência durante a infância (Gil-Gonzalez *et al.*, 2007).

Outra meta-análise identificou que a exposição a qualquer tipo de abuso sexual durante a infância (porém, não tão somente o abuso físico) aumentava, em mais de três vezes, a perpetração de violência contra as mulheres por parte do sexo masculino (Jesperesen, Lalumiere & Seto, 2009). Uma série de estudos iniciais nos PBMR observou que a exposição à violência durante a infância (particularmente, violência intraparental e abuso sexual) era positivamente associada à experiência, pelas mulheres, de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual (Martin, Taft & Resick, 2007; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Vung & Krantz, 2009). Essa exposição à violência durante a infância pode aumentar a probabilidade de aceitação da violência como vítima e perpetrador em parcerias futuras e situações de alto risco.

Personalidade antissocial

Vários estudos examinaram as características da personalidade e sua relação com a perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual. Três análises narrativas (duas de países de alta renda e outra de um país de renda média) relataram uma associação consistente entre os transtornos de personalidade antissocial e características relacionadas (como impulsividade e falta de empatia) e a perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual. Esses estudos sugerem que os perpetradores com essas características são mais propensos a ignorarem as normas sociais e tem tendências de se tornarem agressivos e impulsivos, resultando na perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual (Abbey *et al.*, 2004; Chan, 2009; Marshall, Panuzio & Taft, 2005). Mais estudos são necessários para apoiar empiricamente a relação causal entre os transtornos de personalidade e a perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou de violência sexual.

Uso nocivo de álcool

O uso nocivo de álcool e uso ilícito de drogas são outros fatores de risco comumente citados associados à experiência e à perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual (ver, por exemplo, Graham *et al.*, 2008). Embora vários estudos tenham encontrado uma associação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo ou a violência sexual e o uso ilícito de drogas, a maioria da literatura focou-se na relação entre o uso nocivo de álcool e a violência praticada pelo parceiro íntimo ou a violência sexual. O uso nocivo de álcool foi fortemente associado à perpetração da violência praticada pelo parceiro íntimo em várias análises, que incluíram estudos de PBMR (Abrahams *et al.*, 2004; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Gil-Gonzalez *et al.*, 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig *et al.*, 2004; Marshall, Panuzio & Taft, 2005; Martin, Taft & Resick, 2007; Ramiro, Hassan & Peedicayil, 2004; Tang & Lai, 2008; Testa, 2004). Uma análise sistemática reuniu os desfechos de 11 estudos e identificou que o uso nocivo de álcool era associado a um aumento, em 4,6 vezes, do risco de exposição à violência praticada pelo parceiro íntimo, em comparação com o uso leve ou não uso de álcool (Gil-Gonzalez *et al.*, 2006). Duas análises narrativas concluíram que existe uma associação entre o uso nocivo de álcool e a perpetração de violência sexual (Abbey *et al.*, 2004; Testa, 2004). Estudos intersetoriais de vários PBMR relatam que homens praticando o mau uso de álcool são de 1,6 a 4,8 vezes mais propensos a perpetrarem violência praticada pelo parceiro íntimo (Abrahams *et al.*, 2004; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Flake, 2005; Gage, 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig *et al.*, 2004; Ramiro, Hassan & Peedicayil, 2004).

Contudo, esses achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que as evidências para a relação causal entre o uso nocivo de álcool e a violência é fraco (Gil-Gonzalez *et al.*, 2006). O papel do uso de álcool na experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual é menos claro. Várias análises narrativas observaram uma relação fraca ou nenhuma relação entre o uso de álcool e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo ou de violência sexual (Abbey *et al.*, 2004; Gutierrez & Van Puymbroek, 2006; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Tang & Lai, 2008; Testa, 2004).

Aceitação da violência

As atitudes de homens e mulheres diante da violência são fortemente correlatas à exposição à violência praticada pelo parceiro e a violência sexual – ambas em termos de vitimização e de perpetração. Análises e estudos, incluindo vários de PBMR, identificaram uma forte associação entre as atitudes diante da violência e a exposição à violência praticada pelo parceiro íntimo ou a violência sexual (Abrahams *et al.*, 2004; Boyle *et al.*, 2009; Gage, 2006; Jewkes *et al.*, 2006; Johnson & Das, 2009; Tang & Lai, 2008). Os homens que acreditam que é aceitável espancar suas esposas têm duas vezes mais risco de serem perpetradores de violência praticada pelo parceiro íntimo (Abramson, 2004). Esse risco aumentou com o aumento da aceitação da violência. Os homens que acreditam que é sempre aceitável espancar suas esposas têm quatro vezes mais risco de perpetrarem violência praticada pelo parceiro íntimo, em comparação com as duas vezes dos que acreditam ser às vezes aceitável espancar suas esposas (Johnson & Das, 2009). A aceitação da violência por parte das mulheres é também associada positivamente à experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo (Boyle *et al.*, 2009; Uthman, Lawoko & Moradi, 2009). A aceitação da violência praticada pelo parceiro íntimo por parte de homens e mulheres, as atitudes dos homens diante das mulheres – considerando-as inferiores, os papéis restritivos de gênero e os valores patriarcais dominantes podem todos perpetuar a ocorrência de violência. Essas atitudes podem ser transferidas de geração em geração através dos processos de aprendizado, a mídia, as escolas e o fato de presenciar e vivenciar a violência ao longo da vida – e podem, portanto, ser modificadas.

Fatores do nível relacional

Parceiros múltiplos

Homens que relatam parcerias sexuais múltiplas são também mais propensos a perpetrarem violência como parceiro íntimo e violência sexual. Parcerias múltiplas e infidelidade (conforme percebidas pelas parceiras) foram também associadas tanto à perpetração como à experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo (Abrahams *et al.*, 2004; Chan, 2009; Dalal, Rahman & Jansson, 2009; Jewkes *et al.*, 2006; Johnson & Das, 2009; Koenig *et al.*, 2004; Tang & Lai, 2008; Vung & Krantz, 2009). Todos os estudos observaram uma forte relação entre a infidelidade percebida pelas mulheres ou as parcerias sexuais múltiplas de seus parceiros e a violência praticada pelo parceiro íntimo ou a violência sexual. As estimativas variaram entre 1,5 vezes (Índia) até 17,1 vezes (África do Sul) maior risco de perpetração de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual, e 1,5 vezes (Uganda) até 2,4 vezes (Vietnã) maior risco de sofrer violência praticada pelo parceiro íntimo (Jewkes *et al.*, 2006; Koenig *et al.*, 2004; Vung & Krantz, 2009). Acredita-se que esses homens podem buscar parcerias sexuais múltiplas como fonte de *status* e autoestima, relacionando-se impessoalmente com suas parceiras e sem o devido vínculo emocional (Jewkes *et al.*, 2006). Também, esses homens são mais propensos a adotarem comportamentos de risco nas parcerias sexuais múltiplas ao recusarem o uso de preservativos – assim expondo-se e expondo seus parceiros a um maior risco de infecção pelo vírus HIV. Na maioria das localidades cobertas pelo estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra as mulheres (Garcia-Moreno *et al.*, 2005), as mulheres cujo parceiro ou parceiro mais recente era violento, eram mais propensas a relatarem pelo menos uma recusa de usar preservativos que mulheres em relações não violentas.

Fatores do nível comunitário

Sanções comunitárias fracas contra a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual

O *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* observa que os níveis globais de abuso na comunidade dependem da resposta dessa comunidade à violência praticada pelo parceiro (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Em um estudo comparativo de 16 sociedades com altas e baixas taxas de violência praticada pelo parceiro íntimo, Counts, Brown & Campbell (1992) identificaram que as sociedades com níveis mais baixos de violência praticada pelo parceiro íntimo eram aquelas que adotavam sanções comunitárias contra ela e onde as mulheres que sofreram abuso tinham acesso à proteção – seja na forma de abrigo ou de apoio familiar. As sanções comunitárias, ou proibições, podem ter a forma de sanções legais formais ou de pressão moral para a intervenção de vizinhos no caso de espancamento de uma mulher. O marco “sanções e proteção” sugere a hipótese de que a violência praticada pelo parceiro íntimo será maior em sociedades onde o *status* da mulher está em transição. Não há necessidade de aplicar a autoridade masculina onde a mulher possui um *status* muito baixo.

Por outro lado, onde a mulher tem um *status* elevado, elas teriam alcançado coletivamente poder suficiente para modificar os papéis de gênero. Assim, a violência praticada pelo parceiro íntimo é normalmente maior no ponto de transição, que é o caso na maioria dos PBMR.

A probabilidade de violência sexual está relacionada com quanto as crenças na superioridade masculina e o direito do homem ao sexo são enraizados em uma comunidade, a tolerância geral da agressão sexual na comunidade e a força das sanções, se houver, contra os agressores (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Pobreza

Estudos oriundos de uma ampla gama de âmbitos mostram que, embora a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual abranjam todos os grupos socioeconômicos, as mulheres vivendo na pobreza são afetadas desproporcionalmente (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). Não fica clara a razão pela qual a pobreza aumenta o risco dessas formas de violência – se é por causa da baixa renda em si ou por outros fatores relacionados com a pobreza, como superpopulação ou desespero. Para alguns homens, viver na pobreza pode produzir estresse, frustração e um sentido de inadequação de ter fracassado em seu papel cultural esperado de provedor. A pobreza pode providenciar material pronto para desavenças maritais ou dificultar o afastamento das mulheres de relacionamentos violentos ou insatisfatórios. Sejam quais forem os mecanismos precisos, é provável que a pobreza funcione como “marcador” para uma variedade de condições sociais que se combinam para aumentar os riscos enfrentados pelas mulheres. Mulheres e meninas pobres podem estar mais em situação de risco de estupro no decorrer de suas tarefas cotidianas que aquelas que têm uma melhor condição de vida, por exemplo, quando voltam tarde à noite do trabalho para o lar ou trabalham nos campos ou coletam madeira sozinhas. As crianças de mulheres pobres podem ter um nível menor de supervisão quando não estão na escola, uma vez que suas mães podem estar trabalhando e sem condições para pagar creches. Mesmo as crianças podem estar trabalhando e, portanto, estar vulneráveis à exploração sexual. A pobreza força muitas mulheres e meninas a ocupações que possuem um risco relativamente alto de violência sexual, especialmente no sexo como profissão. Cria também pressões enormes de encontrar ou manter empregos, seguir atividades comerciais e, em caso de estarem estudando, obter boas notas – todas tornando-as vulneráveis à coerção sexual pelos que lhes podem prometer essas coisas (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Fatores do nível social

Normas de gênero e sociais tradicionais que toleram a violência

Pesquisas em diferentes culturas revelaram uma série de fatores sociais e culturais que podem dar origem a níveis mais altos de violência. Por exemplo, Levinson (1989) utilizou a análise estatística de dados etnográficos codificados, de 90 sociedades, para examinar os padrões culturais de espancamento de esposas – explorando os fatores que distinguem consistentemente sociedades onde o espancamento de esposas é comum, de sociedades onde essa prática é rara ou ausente. Essa análise indicou que o espancamento de esposas ocorre mais frequentemente em sociedades onde os homens possuem o poder econômico e de decisão no lar, onde as mulheres não têm fácil acesso ao divórcio e onde os adultos recorrem rotineiramente à violência para resolverem seus conflitos. Outro forte indicador nesse estudo sobre a frequência de espancamento de esposas foi a ausência de grupos de trabalho composto apenas por mulheres. Sugeriu-se que a presença de grupos de trabalho femininos oferece proteção contra o espancamento de esposas porque proporcionam às mulheres uma fonte estável de apoio social e independência econômica de seus cônjuges e suas famílias.

Uma das teorias mais comuns para explicar a perpetração e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual é a manutenção do patriarcado ou domínio masculino no âmbito da sociedade (Taft, 2009). As normas patriarcais e de domínio masculino refletem a desigualdade e iniquidade de gênero em nível social e legitimam a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual perpetradas pelos homens (Russo & Pirlott, 2006). Embora estejam situadas em nível social, essas normas atuam nos níveis comunitário, relacional e individual. Acredita-se que as nor-

mas sociais relacionadas a gênero contribuem para a violência contra as mulheres e a iniquidade de gênero e outras iniquidades, por meio da criação de hierarquias de poder nas quais os homens são vistos como econômica e religiosamente superiores pela sociedade, possuindo um *status* social mais alto em comparação com as mulheres – que são por vezes vistas como um fardo (Ali & Bustamante-Gavino, 2008).

Assim, os homens são socializados de modo a acreditar que são superiores às mulheres, que devem dominar suas parceiras e endossar papéis de gênero tradicionais (Taft, 2009). A subordinação e submissão são, portanto, consideradas normais, esperadas e, em alguns casos, atrativas para os homens (Russo & Pirlott, 2006). Mulheres com mais competência ou educação são frequentemente estigmatizadas ou detestadas pela sociedade. Essa desigualdade de gênero e a dominação masculina reduzem as oportunidades de mulheres de se envolverem na tomada de decisões em todos os níveis, diminuem os recursos disponíveis para as mulheres e aumentam a aceitação do uso de violência contra as mulheres. Além disso, elas contribuem para as iniquidades baseadas em gênero na saúde e no acesso à atenção em saúde, nas oportunidades de emprego e promoção, nos níveis de renda, na participação e representação política e na educação. Desse modo, as intervenções macrossociais, ampliadoras dos apoios e recursos estruturais que diminuem a desigualdade de gênero – assim como as intervenções para reduzir a desigualdade de gênero nos níveis comunitário e individual, podem ajudar a reduzir a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual (Smith Fawzi *et al.*, 2005).

Resumindo, há necessidade de mais pesquisas para identificar fatores modificáveis que podem influenciar a perpetração ou a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual, tanto em nível comunitário como em nível social. Os fatores potenciais de nível comunitário incluem a educação, a disponibilidade e a acessibilidade de recursos e facilidade de uso de recursos comunitários. Os fatores importantes de nível social incluem as normas de gênero e outros fatores estruturantes que apoiam a desigualdade de gênero e a violência.

2.4 Fatores de risco relacionados com a violência pelo parceiro íntimo

A maioria dos fatores relacionados com a perpetração e a experiência da violência pelo parceiro íntimo identificados até o momento situam-se no nível individual, seguidos por aqueles dos níveis relacional e comunitário; poucos foram identificados no nível social (Tabela 3). Os fatores que são mais forte e consistentemente relacionados com a violência pelo parceiro íntimo estão evidenciados em negrito na tabela, e os que não foram já discutidos na Seção 2.3 (Tabela 2) são examinados a seguir.

Fatores do nível individual

Histórico de vitimização ou de perpetração de violência

Mulheres que sofreram anteriormente abusos por parceiros íntimos ou por outros que não os parceiros íntimos, durante a vida adulta, são mais propensas a vivenciarem violência praticada pelo parceiro íntimo no futuro, em comparação com aquelas sem exposição à violência. Por exemplo, um estudo na Índia mostrou que as mulheres que relataram violência anterior praticada por outros que não o parceiro íntimo foram 3,8 vezes mais propensas a relatarem violência pelo parceiro íntimo do que aquelas sem exposição à violência (Boyle *et al.*, 2009). Um análise narrativa também identificou que a exposição anterior ao abuso pode contribuir para a vitimização futura, ao mudar a atitude da mulher ante à violência, ao diminuir a sua habilidade de reconhecer o risco, ao abaixar a sua autoestima, ao aumentar a sua culpa, vergonha e constrangimento e ao reduzir a sua assertividade sexual (Söchting, Fairbrother & Koch, 2004). Similarmente, um histórico de perpetração entre os homens foi um forte fator de risco para a violência praticada pelo

parceiro íntimo. Homens com um histórico de comportamento abusivo e violento eram mais propensos a mostrarem esse comportamento em suas parcerias íntimas futuras, especialmente durante a gravidez e o período pós-natal (Chan, 2009; Jewkes *et al.*, 2006; Martin, Taft & Resick, 2007; Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Tang & Lai, 2008).

TABELA 3

Fatores de risco para a violência praticada pelo parceiro íntimo^a

Perpetração pelo homem	Vitimização da mulher
NÍVEL INDIVIDUAL	
DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> Juventude Baixo <i>status</i> socioeconômico/nível de renda Baixo nível de escolaridade Desemprego 	DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> Juventude Baixo <i>status</i> socioeconômico/nível de renda Baixo nível de escolaridade Estado civil: separada/divorciada Gravidez
EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> Violência intraparental Abuso sexual Abuso físico 	EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> Violência intraparental Abuso sexual
TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> Personalidade antisocial 	TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> Depressão
USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> Uso nocivo de álcool Uso ilícito de drogas 	USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> Uso nocivo de álcool Uso ilícito de drogas
<ul style="list-style-type: none"> Aceitação da violência Histórico de prática de abuso 	<ul style="list-style-type: none"> Aceitação da violência Exposição anterior ao abuso/vitimização
NÍVEL RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> Disparidade educacional Parceiros múltiplos/infidelidade 	<ul style="list-style-type: none"> Disparidade educacional Número de crianças
QUALIDADE DA RELAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Insatisfação conjugal/discórdia Contendas de papéis do gênero Duração do casamento 	QUALIDADE DA RELAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Insatisfação conjugal/discórdia
NÍVEL COMUNITÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> Aceitação dos papéis tradicionais de gênero 	<ul style="list-style-type: none"> Aceitação dos papéis tradicionais de gênero
CARACTERÍSTICAS DA VIZINHANÇA <ul style="list-style-type: none"> Alta proporção de pobreza Alta proporção de desemprego Alta proporção de analfabetismo masculino Aceitação da violência Alta proporção de domicílios usando punição corporal 	CARACTERÍSTICAS DA VIZINHANÇA <ul style="list-style-type: none"> Alta proporção de pobreza Alta proporção de desemprego Alta proporção de analfabetismo masculino Aceitação da violência Baixa proporção de mulheres com alto nível de autonomia Baixa proporção de mulheres com alto nível de escolaridade
<ul style="list-style-type: none"> Sanções comunitárias fracas 	<ul style="list-style-type: none"> Sanções comunitárias fracas
NÍVEL SOCIAL	
	<ul style="list-style-type: none"> Regulamentação do divórcio pelo governo Ausência de legislação sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo no âmbito do casamento Lei protetora do casamento
<ul style="list-style-type: none"> Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência 	<ul style="list-style-type: none"> Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência

^a Alguns desses fatores são também fatores para a violência sexual (ver Tabela 2 sobre os fatores de risco da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo).

Um estudo de alta qualidade relatou que os homens sul-africanos com um histórico de prática de abuso eram três vezes mais propensos a terem perpetrado violência contra suas parceiras íntimas (Jewkes *et al.*, 2006).

Fatores do nível relacional

Disparidade educacional

As disparidades do nível de escolaridade entre os parceiros do sexo masculino e feminino podem resultar em taxas mais altas de violência praticada pelo parceiro íntimo (Ackerson *et al.*, 2008; Chan, 2009). Os homens podem usar da violência para tomar o poder em uma relação na qual o nível de instrução das mulheres é mais alto. Ackerson *et al.* (2008) observaram que as mulheres indianas com um nível de escolaridade mais alto que seu parceiro eram mais propensas a sofrerem violência física praticada pelo parceiro íntimo. Xu *et al.* (2005) identificaram uma relação similar entre conquistas de instrução diferentes entre parceiros e qualquer tipo de violência praticada pelo parceiro íntimo na China.

Qualidade da relação/satisfação conjugal

As parcerias com satisfação conjugal baixa, desentendimentos contínuos e alto índice de discórdia conjugal são mais propensas a serem associadas à violência praticada pelo parceiro íntimo em comparação com aquelas que não apresentam esses aspectos. A ausência de satisfação conjugal e a discórdia conjugal são fortemente correlacionados à ocorrência tanto da perpetração como da experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo (Morrison, Ellsberg & Bott, 2007; Stith *et al.*, 2004; Tang & Lai, 2008). Os desentendimentos ocorrem muitas vezes sobre os papéis de gênero, o controle nas relações com *status* díspares (por exemplo, na renda, na educação ou na idade) e sobre atos sexuais ou suas recusas. A violência é perpetrada contra um parceiro como forma de lidar com o conflito e resolver o desentendimento. Além disso, o risco de vitimização da mulher pode ser ampliado em situações nas quais as mulheres iniciam uma argumentação ou quando revidam.

Fatores dos níveis comunitário e social

Poucos estudos analisaram os fatores dos níveis comunitário e social para a violência praticada pelo parceiro íntimo, especialmente nos PBMR. No entanto, estudos recentes (Ackerson *et al.*, 2008; Boyle *et al.*, 2009; Gage, 2005; Koenig *et al.*, 2004; Koenig *et al.*, 2006) mostram que vários fatores, em nível da vizinhança, são associados às mais altas taxas de violência pelo parceiro íntimo, tais como:

- menor proporção de mulheres com alto nível de escolaridade;
- maior nível de pobreza da vizinhança;
- maior taxa de desemprego da vizinhança;
- maior proporção de analfabetismo masculino e feminino;
- maior proporção de indivíduos com uma visão positiva sobre a violência;
- menor proporção de mulheres com alto nível de autonomia; e
- maior proporção de domicílios usando punição corporal.

Um estudo em 17 países subsaarianos mostrou que a violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher era amplamente aceita em certas circunstâncias por homens e mulheres em todos os países estudados (Uthman, Lawoko & Moradi, 2009), sendo as mulheres mais propensas a justificá-la que os homens. “Negligência de crianças” foi

a razão mais comum confirmada por homens e mulheres na justificativa da violência praticada pelo parceiro íntimo, seguida por “sair sem informar o cônjuge” e “revidando na discussão com o cônjuge”. O estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (Garcia-Moreno *et al.*, 2005) observou que a porcentagem de mulheres que concordaram com uma ou mais justificativas para o “espancamento de esposa” variou entre 6% a mais de 65%. A suspeita de infidelidade da mulher foi a justificativa que teve mais consenso. Em todos os países, exceto a Tailândia, a aceitação de que o espancamento da esposa poderia ser justificado era significativamente maior entre as mulheres que sofreram violência sexual ou física praticada pelo parceiro íntimo (ou ambas) do que em mulheres que nunca sofreram essa violência. O aumento da riqueza, o nível de escolaridade, a urbanização, o acesso à mídia e a tomada de decisão em conjunto foram todos associados a uma redução dos níveis de justificação da violência praticada pelos parceiros íntimos contra as mulheres, na maioria dos países. Embora a força das associações entre esses fatores e a violência pelo parceiro íntimo precisa ainda ser validada, elas permanecem alvos potenciais para o desenvolvimento de programas em nível de comunidade.

2.5 Fatores de risco relacionados com a violência sexual

A maioria dos fatores associados à perpetração e à experiência da violência sexual foi identificada no nível individual (**Tabela 4**). Os fatores para os quais foi apontado o mais forte efeito ou os que são mais consistentemente apontados estão ressaltados em negrito na tabela. Muitos dos fatores de risco relacionados como fortes fatores de risco da violência sexual já foram discutidos nas seções anteriores, sugerindo que poucos deles são específicos da violência sexual.

Honra familiar e pureza sexual

As respostas das famílias à violência sexual que culpam as mulheres, sem punir os homens, e que, em vez disso, se concentram na restauração da honra familiar “perdida”, criam um ambiente onde o estupro pode ocorrer com impunidade. Embora essas famílias tentem frequentemente proteger suas mulheres do estupro e possam também impor a contracepção às suas filhas para prevenir sinais visíveis em caso de estupro, raramente existe muita pressão social para controlar os homens jovens ou persuadi-los de que o sexo coercivo é errado. Pelo contrário, em alguns países, há, muitas vezes, um apoio a membros das famílias no sentido de fazer o que for necessário – inclusive assassinar a vítima – para aliviar a “vergonha” associada com um estupro ou outra transgressão sexual (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Ideologias do direito masculino ao sexo

A violência sexual cometida pelos homens é em grande medida enraizada em ideologias do direito masculino ao sexo. Esses sistemas de crença dão às mulheres poucas opções legítimas de recusar as investidas sexuais. Assim, muitos homens simplesmente excluem a possibilidade de que suas investidas sexuais com relação a uma mulher possam ser rejeitadas ou que uma mulher tenha o direito de tomar uma decisão autônoma sobre a participação no sexo. Em muitas culturas, tanto homens como mulheres consideram o casamento como acarretando uma obrigação da mulher de estar sexualmente disponível praticamente sem limites, ainda que o sexo possa ser culturalmente proibido em certos momentos, como depois do parto ou durante a menstruação. As normas sociais sobre o uso da violência como meio para alcançar objetivos têm sido fortemente associadas com a prevalência de estupro. O estupro é mais comum nas sociedades em que a ideologia de superioridade masculina é forte, enfatizando o domínio, a força física e a honra mascu-

TABELA 4

Fatores de risco para a violência sexual^a

Perpetração pelo homem	Vitimização da mulher
NÍVEL INDIVIDUAL	
DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixo status socioeconômico/nível de renda 	DEMOGRAFIA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Juventude ▪ Baixo nível de escolaridade ▪ Mulheres separadas/divorciadas e solteiras
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação em gangues 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposição precoce à atividade sexual
EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso sexual ▪ Abuso físico ▪ Violência intraparental 	EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência intraparental ▪ Abuso sexual
TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidade antissocial 	TRANSTORNO MENTAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depressão
USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso nocivo de álcool ▪ Uso ilícito de drogas 	USO DE SUBSTÂNCIAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso nocivo de álcool ▪ Uso ilícito de drogas
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prior victimization
NÍVEL RELACIONAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parceiros múltiplos/infidelidade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parceiros múltiplos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa resistência à pressão de pares 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Honra familiar e pureza sexual 	
NÍVEL COMUNITÁRIO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções comunitárias fracas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções comunitárias fracas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobreza
NÍVEL SOCIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideologias do direito masculino ao sexo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideologias do direito masculino ao sexo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções legais fracas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanções legais fracas

^a Alguns desses fatores são também fatores para a violência sexual (ver **Tabela 2** sobre os fatores de risco da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo).

lina. Os países que possuem uma cultura de violência, ou nos quais um conflito violento está acontecendo, experimentam um aumento de outras formas de violência, inclusive da violência sexual (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

Sanções legais fracas

Os fatores que operam em nível social e que influenciam a violência sexual incluem leis e políticas nacionais relacionadas com a igualdade de gênero em geral, e mais especificamente com a violência sexual e a violência pelo parceiro íntimo, bem como normas relacionadas com o uso da violência. Embora os vários fatores operem principalmente em nível local (em famílias, escolas, locais de trabalho e comunidades), há também influências de leis e normas operando em nível nacional e até internacional.

Há variações consideráveis entre os países em suas abordagens da legislação sobre violência sexual. Alguns países têm legislação e procedimentos legais de grande alcance, com uma ampla definição de estupro, que inclui estupro conjugal, multas pesadas para os condenados e uma forte resposta de apoio às vítimas. Um compromisso de preven-

ção ou de redução da violência sexual é também refletido na ênfase no treinamento de policiais e uma alocação adequada de recursos policiais para o problema, na prioridade dada à investigação de casos de agressão sexual e nos recursos disponibilizados para apoiar as vítimas e providenciar serviços médico-legais. Entretanto, a taxa de condenação para casos de violência sexual é mínima até em países possuindo as melhores leis.

No outro extremo da escala há países com abordagens muito mais fracas para a questão, em que não é permitida a condenação de um suposto agressor com base nas evidências apenas da mulher, em que certas formas ou contextos de violência sexual são especificamente excluídos da definição legal e em que as vítimas de estupro são fortemente dissuadidas de levar a questão a juízo, pelo medo de serem punidas por entrar com uma ação referente a um caso de estupro “não comprovado” (Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002).

2.6 Fatores de proteção para a violência pelo parceiro íntimo e para a violência sexual

A maioria das pesquisas sobre a perpetração e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual focou em fatores associados a uma maior probabilidade de violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual (fatores de risco) em vez de fatores que reduzam ou protejam contra o risco (fatores de proteção). Contudo, vários estudos mostraram que as mulheres possuindo um nível de escolaridade mais alto (ensino médio ou superior) eram de 20 a 55% menos propensas a serem vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo ou de violência sexual, em comparação com mulheres possuindo um nível mais baixo de escolaridade (Brown *et al.*, 2006; Fehringer & Hindin, 2009; Flake, 2005). Similarmente, os homens com um nível de instrução mais alto eram 40% menos propensos a perpetrarem a violência contra suas parceiras íntimas, em comparação com homens com um nível mais baixo de instrução (Johnson & Das, 2009). A duração do casamento de mais de 15 anos foi identificada como um fator de proteção potencial contra a perpetração de violência pelo parceiro íntimo em Bangladesh (Johnson & Das, 2009). Outros fatores que podem reduzir ou proteger contra o risco incluem:

- ter-se beneficiado de uma parentalidade saudável enquanto criança (proteção para a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual);
- ter o apoio da própria família (violência pelo parceiro íntimo);
- viver em uma família estendida / estrutura familiar (violência pelo parceiro íntimo);
- pertencer a uma associação; e
- capacidade da mulher de reconhecer o risco (violência sexual) (Ellsberg *et al.* 1999; Gidycz *et al.*, 2006; Schwartz *et al.*, 2006).

No entanto, há necessidade de mais pesquisas científicas sobre os fatores de proteção.

2.7 Normas de gênero e desigualdade

A desigualdade e a iniquidade de gênero são fatores do nível social que permanecem significativamente subpesquisados em termos de sua associação com a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual. No entanto, dois fatores de risco parecem ser fortemente associados com essas violências – a posição desigual das mulheres em certas relações e na sociedade (que está regida por ideologias da superioridade masculina); e o uso normativo da violência para a resolução de conflitos (e durante as lutas políticas). Esses fatores se expressam por meio de papéis de gênero distintos e hierárquicos, de

noções de direito masculino ao sexo, do baixo valor social e poder da mulher e de ideias de masculinidade vinculadas ao controle ou ao exercício de “disciplinar” a mulher. Eles, por sua vez, são vinculados a fatores tais como baixos níveis de escolaridade entre as mulheres, poucos papéis públicos para as mulheres, falta de apoio familiar, social e legal às mulheres e falta de poder econômico para as mulheres (Jewkes, 2002).

Para uma prevenção eficaz da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo, torna-se imprescindível esclarecer de que maneira as normas de gênero e a desigualdade e iniquidade de gênero são relacionadas com essas violências. É necessário haver um conhecimento aprofundado baseado em evidências empíricas sólidas sobre como as normas de gênero e a desigualdade e iniquidade de gênero operam como causas ou como fatores de risco e de proteção para a violência sexual e a violência pelo parceiro íntimo, em vários contextos socioculturais. Adquirir esse conhecimento deveria ser uma prioridade máxima de pesquisas sobre os fatores de risco e de proteção para a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo.

2.8 Mensagens-chave

Fatores de risco e de proteção

Violência sexual e violência pelo parceiro íntimo

- Homens e mulheres com baixos níveis de escolaridade têm, respectivamente, um maior risco de perpetrar violência contra sua parceira e de sofrer violência pelo parceiro.
- A exposição a maus-tratos infantis é fortemente associada à:
 - perpetração da violência sexual e da violência contra a parceira íntima por parte dos homens; e
 - experiência de violência sexual e de violência pelo parceiro íntimo por parte das mulheres.
- Um transtorno de personalidade antissocial é um forte fator de risco para a perpetração de violência sexual e de violência pelo parceiro íntimo.
- O uso nocivo de álcool é frequentemente associado à perpetração de violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo.
- As pessoas do sexo masculino que possuem parceiros múltiplos ou sob suspeita de infidelidade por parte de seus parceiros são mais propensas a perpetrarem violência sexual e violência contra a parceira íntima.
- As atitudes que são condescendentes com a violência são fortemente associadas à perpetração e à experiência de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

Fatores de risco específicos da violência praticada pelo parceiro íntimo

- Histórico de violência enquanto perpetrador ou vítima é um forte fator de risco para a futura violência pelo parceiro íntimo.
- A discórdia e insatisfação conjugal são fortemente associadas à perpetração e à experiência de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

Fatores de risco específicos da violência sexual

- As crenças de honra familiar e pureza sexual são associadas a uma falta de pressão social para persuadir os jovens homens de que o sexo coercivo é errado.
- A violência sexual cometida pelos homens é em grande medida enraizada em ideologias de direito masculino ao sexo. Esses sistemas de crença proporcionam poucas opções legítimas para recusar investidas sexuais.

- As sanções legais fracas sobre a violência sexual enviam mensagem de que essa violência é perdoada, e podem até excluir certas formas de violência sexual das definições legais.

As implicações da prevenção

- Fatores de risco e de proteção diferentes podem operar em vários países e contextos. Portanto, é importante identificar e depois abordar, em cada âmbito, os fatores de risco mais fortemente associados à violência pelo parceiro íntimo e à violência sexual.
- Os esforços de prevenção primária devem focar grupos etários mais jovens.
- A prevenção de todas as formas de violência e abuso, especialmente maus-tratos infantis, ajudará a reduzir os níveis de violência sexual e de violência pelo parceiro íntimo.
- A redução do consumo global de álcool em uma população pode ajudar a diminuir o uso nocivo de álcool e também a perpetração e a experiência de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.
- Existem vários fatores modificáveis associados com a violência pelo parceiro íntimo que podem ser alvos de medidas de prevenção primária, como a redução da aceitação da violência, aumentar o acesso da mulher à educação, a mudança de leis que discriminam as mulheres e a implementação de mais políticas de equidade de gênero. Embora alcançar esses fatores muito provavelmente diminua a violência sexual, faltam atualmente as evidências necessárias.

CAPÍTULO 3

Estratégias de prevenção primária baseadas em evidências

3.1 Introdução

A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo não são inevitáveis – suas taxas variam ao longo do tempo e entre os lugares devido à uma variedade de fatores sociais, culturais, econômicos e outros. Conforme delineado no **Capítulo 1**, isso pode resultar em diferenças substanciais na prevalência de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo entre os países e nas diversas regiões e comunidades de um mesmo país. Mais importante ainda, essa variação mostra que tais violências podem ser reduzidas por meio de programas e políticas bem elaborados e eficazes. De acordo com o discutido no **Capítulo 2**, existem fatores importantes relacionados tanto com a perpetração como com a vitimização – como exposição a maus-tratos infantis, presenciar violência parental, atitudes de aceitação da violência e o uso nocivo de álcool – que podem ser abordados.

No momento, as evidências sobre a eficácia das estratégias de prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo são limitadas, com a maioria esmagadora de dados oriundos de PAR – principalmente os Estados Unidos. Consequentemente, as principais prioridades no momento nesse campo incluem a adaptação de programas eficazes em locais de alta renda para aqueles de baixa renda; a continuação da avaliação e o refinamento daqueles que já iniciaram a produção de evidências; e o desenvolvimento e teste das estratégias que parecem ter um potencial, especialmente para o uso em contextos de poucos recursos, com uma criteriosa avaliação de sua eficácia. Paralelamente, a escassez de evidências em todos os países significa que a sua geração e a incorporação de procedimentos bem elaborados de avaliação dos resultados nos programas de prevenção primária são prioridades máximas em todos os lugares. Isso permitirá garantir que os esforços realizados nessa área sejam ancorados em uma sólida base de evidências. Além disso, os formuladores de programas deveriam ser incentivados a explicitar a base de seus programas em marcos teóricos e modelos de mudança comportamental existentes para permitir a identificação dos mecanismos subjacentes e tornar mais fácil a sua replicação.

A maioria das estratégias avaliadas visando à prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo tinha como objetivo fatores de risco proximais – principalmente nos níveis individual e relacional do modelo ecológico.

A necessidade de ação dirigida às raízes do problema

No âmbito da saúde pública, prevenção primária significa a redução do número de casos novos de violência sexual e violência pelo parceiro íntimo por meio da abordagem dos fatores associados à ocorrência dessas violências pela primeira vez. Portanto, a prevenção primária baseia-se na identificação dos determinantes “da raiz” do problema e a subsequente ação para abordá-los. O impacto de programas abrangentes, integrais e com alta cobertura pode então ser mensurado comparando as taxas populacionais acerca da ocorrência dessas violências, tanto as vivenciadas quanto as perpetradas. Dada a prevalência ao longo da vida da violência pelo parceiro íntimo mostrada na **Tabela 1 (Capítulo 1)**, as centenas de milhões de mulheres, em todo o mundo, que necessitam

de serviços ultrapassariam até a capacidade dos países com os melhores recursos. Um problema dessa monta requer um especial foco na prevenção primária.

As ações dirigidas à fonte do problema podem objetivar os fatores de risco em todos os quatro níveis do modelo ecológico apresentado no **Capítulo 2**. É particularmente importante abordar o nível social ou externo do modelo para reduzir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo na população. Tais medidas incluem legislação nacional e políticas de apoio visando os fatores sociais e econômicos – como níveis de renda, pobreza e privação econômica, perfis de empregos masculinos e femininos, acesso da mulher à atenção em saúde, propriedade, educação e participação e representação política. Alguns argumentam, até, que os programas visando a redução da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo que não aumentem a equidade do sexo masculino e feminino acabarão por não conseguir a redução da violência contra a mulher. No entanto, embora muitas estratégias envolvendo reformas legais e educacional e oportunidades de emprego tenham sido implementadas para aumentar a igualdade de gênero, poucas foram avaliadas em seu impacto sobre a violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo, tornando a avaliação dessas estratégias uma prioridade. Qualquer estratégia integral de prevenção da violência sexual e violência pelo parceiro íntimo deve abordar esses fatores socioculturais e econômicos por meio de mudanças legislativas e políticas e da implementação de programas conexos.

Criação de um ambiente de não tolerância

A abordagem de fatores de risco relativos à sociedade pode aumentar a probabilidade de reduções bem-sucedidas e sustentáveis da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Por exemplo, quando a lei permite ao marido disciplinar fisicamente a esposa, a implementação de um programa de prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo tem um impacto muito pequeno. A legislação nacional e as políticas de apoio devem, portanto, ser estabelecidas para garantir às mulheres igualdade de direitos na participação política, na educação, no trabalho, na previdência social e um padrão de vida adequado. As mulheres devem ter a capacidade de entrar e sair de um casamento, de obter crédito financeiro e de ser proprietárias e administrar propriedades. As leis e as políticas que discriminam as mulheres devem ser modificadas e toda nova legislação ou política deve ser examinada no que diz respeito ao seu impacto em homens e mulheres. A legislação e as políticas que abordam as desigualdades socioeconômicas podem reduzir outras formas de violência interpessoal que, por sua vez, ajudarão a redução da violência sexual e daquela praticada pelo parceiro íntimo.

A legislação e as políticas que tratam as desigualdades socioeconômicas mais amplas podem ter uma contribuição vital para o empoderamento da mulher e a melhora de seu *status* na sociedade, para a criação de mudanças culturais ao mudar as normas, as atitudes e crenças que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo e para a criação de um clima de não tolerância para esses tipos de violência.

Os direitos humanos de meninas e mulheres devem ser respeitados, protegidos e efetivados como parte da garantia do bem-estar e dos direitos de todos na sociedade. Como primeiro passo nessa direção, os governos devem honrar seus compromissos implementando as legislações internacionais e os instrumentos de direitos humanos, conforme a seguir:

- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979).
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1991).
- Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993).
- Declaração e Plataforma de Ação de Beijing (1995).

- Declaração do Milênio (2000).
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994).

Os sistemas da legislação e da justiça criminal devem estar funcionando para lidar com casos de violência sexual e daquela praticada pelo parceiro íntimo após o evento. Esses sistemas devem ter por objetivo ajudar a prevenção de violência ulterior, facilitar a reabilitação e garantir o acesso à justiça - por exemplo, através do fornecimento de unidades policiais especializadas, ordens de restrição e equipes intersetoriais de resposta à agressão sexual. A proteção legal contra a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo ajuda, potencialmente, a fortalecer normas sociais não violentas, ao enviar a mensagem de que tais atos não serão tolerados. As medidas para criminalizar o abuso praticado pelos parceiros íntimos e ampliar a definição de estupro foram fundamentais para trazer à tona essas questões, dissipando a noção de que essa violência é um assunto familiar e particular. Foram, a esse respeito, muito importantes na mudança de normas sociais (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). No entanto, evidências sobre o valor de dissuasão da detenção em casos de violência praticada pelo parceiro íntimo mostram que isso pode não ser mais eficaz na redução da violência que outras respostas da polícia, como a emissão de avisos e citações, fornecimento de aconselhamento ou separação de casais (Fagan & Browne 1994; Garner, Fagan & Maxwell, 1995). Alguns estudos mostraram um aumento do abuso após detenção, especialmente por homens desempregados e aqueles vivendo em áreas pobres (Fagan & Browne 1994; Garner, Fagan & Maxwell, 1995). Medidas legais protetivas podem ser úteis, porém, a sua execução é desigual e há evidências de que tenham pouco efeito nos homens com ficha criminal grave (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Nos casos de estupro, as reformas relacionadas com a admissibilidade de evidências e a dispensa do requerimento de confirmação das alegações das vítimas foram úteis; no entanto, são ignoradas em muitas cortes em todo o mundo (Du Mont & Parnis, 2000; Jewkes, Sen & Garcia-Moreno, 2002). Atualmente, em geral, ainda faltam suficientes evidências sobre o efeito dissuasivo das respostas do sistema da justiça criminal no que se refere à violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo (Dahlberg & Butchart, 2005).

O desmonte das construções hierárquicas da masculinidade e feminilidade baseadas no controle das mulheres e a eliminação dos fatores estruturais que apoiam essas desigualdades provavelmente podem dar uma contribuição significativa na prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo. Esses são, contudo, objetivos a longo prazo. As estratégias, almejando alcançar esses objetivos, devem ser complementadas por medidas com efeitos mais imediatos, baseadas nas evidências apresentadas no presente capítulo.

3.2 Avaliação das evidências para as diferentes abordagens de prevenção

Da perspectiva da saúde pública, uma pergunta fundamental é: “Os programas de prevenção da violência sexual e daquela praticada pelo parceiro íntimo funcionam?” Ou seja, “Há certos programas ou estratégias eficazes na prevenção ou redução da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo?” A eficácia pode somente ser demonstrada através de projetos de pesquisa rigorosos, como ensaios randomizados-controlados. Esses estudos tipicamente comparam os resultados de um grupo experimental (que recebe o programa) com um grupo de controle ou comparação (o mais equivalente possível ao grupo experimental, mas que não recebe o programa). Uma grande preocupação é a de poder excluir explicações alternativas para quaisquer mudanças observadas no resultado para ter certeza de que as mudanças ocorreram devido ao programa e não por causa de algum outro fator. Essa questão é discutida mais adiante na [seção 4.6](#) do presente documento.

Embora os “depoimentos” não sejam uma base sólida para a avaliação da eficácia de um programa, eles podem trazer conhecimentos quanto à sua operação e se os participantes o consideram valioso. No entanto, as abordagens baseadas em depoimentos podem gastar recursos e capacidades importantes em programas que sejam ineficazes ou que possam até tornar a situação pior (Dahlberg & Butchart, 2005). Foram propostos vários critérios para avaliar mais sistematicamente a eficácia dos diversos programas. Os critérios mais rigorosos envolvem a avaliação do programa utilizando projetos experimentais ou quase experimentais; evidências de efeitos significativos de prevenção; evidências de efeitos sustentados e a replicação independente dos resultados em novos estudos.

Apesar da ênfase e da visibilidade dos esforços de promoção da igualdade de gênero e prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo, uma quantidade exígua dos programas analisados no presente capítulo atendem a todos esses critérios, enquanto que outros não foram submetidos a nenhum tipo de avaliação científica. A avaliação científica rigorosa de programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo são mais raros nos PBMR. Portanto, deve-se considerar que a prevenção dessas violências está em suas etapas primordiais, em termos de ter estabelecido uma base de evidências para as estratégias de prevenção primária, programas e políticas. A base limitada de evidências para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo possui três implicações importantes para o presente capítulo.

Em primeiro lugar, esse capítulo extrapola, quando relevante, da base mais consistente de evidências relacionada à prevenção de maus-tratos infantis e violência juvenil, porém, assinala claramente que tais extrapolações são especulativas. Contudo, muito pode ser aprendido da literatura sobre a prevenção de maus-tratos infantis e violência juvenil.

Em segundo lugar, esse capítulo descreve os programas de prevenção primária que têm potencial de serem eficazes, tanto por sua ancoragem teórica, quanto pelo conhecimento dos fatores de risco – mesmo que nenhuma ou poucas evidências existam para sustentá-los ou que, em alguns casos, não tenham ainda sido amplamente implementados. Um esforço é feito nesse processo para chamar a atenção para as teorias, os princípios e mecanismos subjacentes nos quais os programas são baseados. Contudo, note-se que uma base teórica e uma sólida consistência com fatores de risco identificados não garantem o sucesso de um programa.

Em terceiro lugar, o capítulo inclui programas desenvolvidos em âmbitos de PBMR sob a condição de que tenham evidências (mesmo se forem fracas) ou que estejam atualmente em um processo de serem avaliados, de que pareçam ter potencial em termos de bases teóricas ou de que abordem fatores de risco conhecidos. Os critérios de inclusão são elaborados, por um lado, para evitar o estabelecimento de um parâmetro de padrões metodológicos muito altos – que levaria à exclusão de muitos dos programas desenvolvidos em contextos de baixos recursos, alegando que não têm evidências ou que têm evidências de baixa qualidade. Por outro lado, estabelecer um parâmetro muito baixo correria o risco de endossar programas que não sejam sustentados por evidências. No entanto, as limitações das evidências apresentadas estão claramente definidas e a necessidade de estudos rigorosos de avaliação de resultados é enfatizada.

Embora esteja em seus estágios iniciais, há razões sólidas para acreditar que essa área está preparada para se expandir rapidamente nos próximos anos. Alguns programas demonstraram-se eficazes segundo avaliações rigorosas de resultados, as evidências começam a surgir para sustentar a eficácia de muitos outros e sugestões para potenciais estratégias têm proliferado. Além disso, foram relatados métodos experimentais e testados para o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção primária baseados em evidências para outros tipos de violência interpessoal (por exemplo, Flay *et al.*, 2005; Mzarek & Hag-

gerty, 1994; Olds, Sadler & Kitzman, 2007). O campo de prevenção de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo baseada em evidências precisa agora de abertura para abordagens promissoras e ideias inovadoras em todas as etapas do ciclo da vida.

3.3 Tabelas-síntese de estratégias e programas de prevenção primária¹

A **Tabela 5** faz um resumo das evidências da eficácia das estratégias para a prevenção da violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo para as quais há disponibilidade de algumas evidências. As estratégias são agrupadas de acordo com a etapa da vida. Uma distinção importante deve ser feita entre uma estratégia e um programa específico. Embora programas específicos possam ter se demonstrado eficazes, isso não implica de forma alguma que todos os outros programas categorizados sob a mesma estratégia sejam também eficazes. Por exemplo, o Nurse Family Partnership (“Parceria Enfermeiros-Família”), desenvolvido nos EUA, é um programa de visita domiciliar que se demonstrou eficaz na prevenção de maus-tratos infantis. Contudo, é o único programa no contexto dentro da ampla estratégia de visita domiciliar (que inclui uma infinidade de diversos programas) sustentado por evidências sólidas de sua eficácia (MacMillan *et al.*, 2009).

As estratégias estão classificadas de acordo com a sua eficácia na prevenção da violência pelo parceiro íntimo e da violência sexual da seguinte forma:

- **Eficazes:** estratégias que incluem um ou mais programas que têm se demonstrado eficazes; o termo eficaz refere-se a ser sustentado por múltiplos estudos bem desenhados mostrando a prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou pelo parceiro íntimo.
- **Evidências emergentes:** estratégias que incluem um ou mais programas para os quais as evidências estão surgindo; o termo evidências emergentes refere-se a ser sustentado por um estudo bem elaborado mostrando a prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou estudos mostrando mudanças positivas no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual.
- ? **Eficácia não clara:** estratégias que incluem um ou mais programas de eficácia não clara devido a evidências não suficientes ou evidências divergentes.
- X **Evidências de ineficácia emergentes:** estratégias que incluem um ou mais programas para os quais as evidências de ineficácia estão surgindo; o termo evidências emergentes refere-se a ser sustentado por um estudo bem elaborado mostrando a falta de prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou estudos mostrando uma ausência de mudanças no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual.
- X **Ineficazes:** estratégias que incluem um ou mais programas que têm se demonstrado ineficazes; o termo ineficaz refere-se a ser sustentado por múltiplos estudos bem desenhados mostrando a falta de prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou pelo parceiro íntimo.
- XX **Provavelmente nocivos:** estratégias que incluem pelo menos um estudo bem desenhado mostrando o aumento da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou mudanças negativas no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual.

¹ Uma vez que o desenvolvimento de estratégias de prevenção não espelhou a identificação de fatores de risco e de proteção, a organização desse capítulo não é paralela àquela do **Capítulo 2**. No entanto, os fatores de risco identificados anteriormente são ressaltados no presente capítulo.

Conforme mostrado na **Tabela 5**, há, no momento, apenas uma estratégia para a prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo que pode ser classificada como “eficaz” na prevenção da violência atual. Trata-se de programas nas escolas para a prevenção da violência nos relacionamentos de namoro. Contudo, apenas três desses programas – descritos mais abaixo – têm se demonstrado eficazes, e esses achados não podem ser extrapolados para outros programas baseados em escolas, utilizando uma abordagem, um conteúdo ou uma intensidade diferente. Não há, na atualidade, programas correspondentes avaliados como eficazes contra a violência sexual.

A **Tabela 6** lista aquelas estratégias para as quais não há, no momento, evidências; ou há evidências bem fracas, mas que tem potencial com base na teoria ou em fatores de risco conhecidos; ou ainda, há avaliações de resultados que são metodologicamente de qualidade inferior; inclui também algumas estratégias promissoras cuja avaliação está em andamento.

Todas as estratégias analisadas foram organizadas de acordo com as principais etapas da vida. Quando as estratégias são relevantes para mais de uma etapa da vida, foram categorizadas na etapa em que são mais frequentemente realizadas. As estratégias relevantes a todas as etapas da vida são descritas por último. Em contraste com as definições formais da **seção 1.1** e devido à forma de organização dos programas, considera-se aqui que a violência pelo parceiro íntimo inclui instâncias de violência sexual ocorrendo dentro da parceria íntima, enquanto a violência sexual é aqui utilizada para referir-se à violência sexual ocorrendo fora das parcerias íntimas (isso é, perpetrada por amigos, conhecidos ou estranhos). Pode-se considerar que a violência no namoro incorpora ambas as possibilidades, uma vez que parceiros de namoro podem variar de pouco mais que conhecidos até parceiros mais íntimos. Contudo, para efeitos de conveniência, na **Tabela 5** e na **Tabela 6**, a violência no namoro é classificada na categoria violência pelo parceiro íntimo.

CAIXA 2

Mensuração de resultados para estimar a eficácia

A eficácia de um programa pode ser avaliada em termos de três tipos diferentes de resultados – cada um dos quais pode ser medido em intervalos diferentes após o programa:

1. Mudanças no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência praticada pelo parceiro íntimo. Esse é o mais fraco dos três resultados porque mudanças no conhecimento, nas atitudes e crenças não levam necessariamente a mudanças no comportamento de violência. Nesse respeito, até programas bem-sucedidos nessa área não podem ser presumidos eficazes na prevenção da violência sexual ou da praticada pelo parceiro íntimo atual sem pesquisas posteriores demonstrando reduções correspondentes no comportamento violento.
2. Reduções na perpetração da violência sexual ou da praticada pelo parceiro íntimo.
3. Reduções na experiência da violência sexual ou da praticada pelo parceiro íntimo.

A violência pelo parceiro íntimo não é uma construção única e pode apresentar-se de várias formas, incluindo violência física, sexual e psicológica. Apesar disso, as avaliações dos resultados geralmente não examinam a eficácia em relação a esses diversos tipos de violência – e também nem os programas são geralmente elaborados para abordar, particularmente, tipos específicos de violência. É possível que os programas considerados eficazes ou promissores possam assim sê-los apenas para certas formas de violência praticada pelo parceiro íntimo. (Whitaker, Baker & Arias, 2007).

TABELA 5

Estratégias de prevenção primária para a violência praticada pelo parceiro íntimo e para a violência sexual para as quais algumas evidências são disponíveis

ESTRATÉGIAS	VIOLÊNCIA PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO	VIOLÊNCIA SEXUAL
DURANTE A PRIMEIRA INFÂNCIA, A INFÂNCIA E OS PRIMEIROS ANOS DA ADOLESCÊNCIA		
Intervenções para crianças e adolescentes sujeitos a maus-tratos infantis e/ou expostos à violência pelo parceiro íntimo	□	?
Treinamento nas escolas para ajudar as crianças a reconhecerem e evitarem potenciais situações sexualmente abusivas	?	□
DURANTE A ADOLESCÊNCIA E OS PRIMEIROS ANOS DA VIDA ADULTA		
Programas nas escolas para a prevenção da violência em relações de namoro	■	NA
Programas de prevenção da violência sexual para populações escolares e colegiais	NA	?
Programas de conscientização e conhecimento do estupro para populações escolares e colegiais	NA	X
Educação (ao invés de treinamento de habilidades) em estratégias de autodefesa para populações escolares e colegiais	NA	X
Programas de prevenção do estupro com estratégias de enfrentamento	NA	XX
DURANTE A VIDA ADULTA		
Abordagens participativas e de empoderamento e para a abordagem da desigualdade de gênero: treinamento sobre microcrédito e igualdade de gênero	□	?
Abordagens participativas e de empoderamento e para a resolução da desigualdade de gênero: treinamento das capacidades de comunicação e relacionamento (p.e. Caminho das Pedras)	□	?
Programas de visita domiciliar com componente de violência praticada pelo parceiro íntimo	?	?
TODAS AS ETAPAS DA VIDA		
Redução do acesso e do uso nocivo de álcool	□	?
Mudança das normas sociais e culturais de gênero através do uso da teoria das normas sociais	?	□
Mudança das normas sociais e culturais de gênero através de campanhas de conscientização da mídia	□	?
Mudança das normas sociais e culturais de gênero através de trabalho com homens e meninos	□	?

- **Eficazes:** estratégias que incluem um ou mais programas que têm se demonstrado eficazes; o termo eficaz refere-se a ser sustentado por múltiplos estudos bem desenhados mostrando a prevenção da perpetração e/ou experiência violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo;
- **Evidências emergentes:** estratégias que incluem um ou mais programas para os quais as evidências estão surgindo; o termo evidências emergentes refere-se a ser sustentado por um estudo bem elaborado mostrando a prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou estudos mostrando mudanças positivas no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual;
- ? **Eficácia não clara:** estratégias que incluem um ou mais programas de eficácia não clara devido a evidências não suficientes ou evidências divergentes;
- X **Evidências de ineficácia emergentes:** estratégias que incluem um ou mais programas para os quais as evidências de ineficácia estão surgindo; o termo evidências emergentes refere-se a ser sustentado por um estudo bem elaborado mostrando a falta de prevenção da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou estudos mostrando uma ausência de mudanças no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual;
- X **Ineficazes:** estratégias que incluem um ou mais programas que têm se demonstrado ineficazes; o termo ineficaz refere-se a ser sustentado por múltiplos estudos bem desenhados mostrando a falta de prevenção da perpetração e/ou experiência violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo;
- XX **Provavelmente nocivos:** estratégias que incluem pelo menos um estudo bem desenhado mostrando o aumento da perpetração e/ou experiência de violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo ou mudanças negativas no conhecimento, nas atitudes e crenças relacionadas com a violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual.
- NA Não se aplica.

TABELA 6

Estratégias com potencial de prevenção primária da violência praticada pelo parceiro íntimo e da violência sexual

ESTRATÉGIAS
DURANTE A INFÂNCIA E O INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA
Programas de visita domiciliar para a prevenção de maus-tratos infantis
Educação dos pais para a prevenção de maus-tratos infantis
Melhora da saúde mental materna
Identificação e tratamento de transtornos emocionais e de conduta
Desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais nas escolas
Programas de prevenção do "bullying"
DURANTE A ADOLESCÊNCIA E O INÍCIO DA VIDA ADULTA
Programas com diversos componentes de prevenção da violência nas escolas
DURANTE A VIDA ADULTA
Programa com diversos componentes nas Forças Aéreas dos Estados Unidos para prevenção do suicídio
Abordagens participativas e de empoderamento para lidar com a desigualdade de gênero - SASA!

3.4 Durante a infância e o início da adolescência**Programas de visita domiciliar e educação dos pais para a prevenção dos maus-tratos infantis**

Conforme observado em seções anteriores, a história dos maus-tratos infantis aumenta consideravelmente o risco de um indivíduo se tornar perpetrador ou vítima de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual. Portanto, é razoável pressupor que a prevenção de maus-tratos infantis pode reduzir a incidência subsequente de violência sexual ou da praticada pelo parceiro íntimo (Foshee, Reyes & Wyckoff., 2009). Contudo, faltam ainda evidências diretas sobre o efeito desses programas nos níveis da violência praticada pelo parceiro íntimo.

No entanto, em termos gerais, a redução do risco das várias formas de maus-tratos infantis analisadas na publicação "*Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*" (WHO-ISPCAN, 2006)¹ pode contribuir para a redução da transmissão intergeracional da violência e do abuso. As estratégias mais promissoras para a prevenção de maus-tratos infantis nessa área incluem os programas de visita domiciliar e de educação dos pais (Mikton & Butchart, 2009). Contudo, nenhum dos programas foi avaliado em termos de seus efeitos em longo prazo sobre a prevenção da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo entre filhos adultos de pais que participaram nesses programas.

Melhora da saúde mental materna

A depressão materna (que afeta pelo menos 1 em 10 mães) pode interferir nos processos de bons vínculos e apego. Isso, por sua vez, aumenta o risco de transtornos de conduta persistentes em crianças (fator de risco chave da perpetração posterior de violência) na razão de até cinco vezes (Meltzer *et al.*, 2003). As abordagens eficazes no tratamento da depressão materna incluem detecção precoce (pré-natal e pós-natal), seguido pelo apoio social e de pares, terapias psicológicas e medicação antidepressiva (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). Os efeitos em longo prazo em crianças de mães

¹ Para obter esse guia, por gentileza visitar a página seguinte: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

submetidas ao tratamento de depressão materna não foram avaliados em termos de seu envolvimento posterior em violência sexual e na praticada pelo parceiro íntimo, porém, a abordagem parece ter certo potencial.

Identificação e tratamento de transtornos emocionais e de conduta em crianças

Os transtornos de conduta na infância e na adolescência – precursor do transtorno de personalidade antissocial – são associados a um maior risco de vivenciar ou perpetuar a violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo. Além disso, os transtornos emocionais são associados à depressão e ansiedade mais tarde na vida adulta e podem aumentar os riscos de depressão pós-natal e depressão materna persistente. Conforme descrito acima, esses, por sua vez, contribuem com um aumento em até cinco vezes do risco de transtornos emocionais ou de conduta em crianças de mães com uma saúde mental precária (Meltzer *et al.*, 2003). Poderia esperar-se, portanto, que a identificação precoce e o tratamento eficaz de transtornos de conduta e emocionais na infância e na adolescência reduzissem a ocorrência posterior de violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo.

Há boas evidências sobre as relações entre o transtorno de conduta precoce e o envolvimento posterior em violência tanto como vítima quanto perpetrador, e da eficácia das intervenções para a redução do transtorno de conduta e da criminalidade juvenil. No entanto, apesar de seu potencial, não há no momento evidências mostrando que a estratégia de identificação e tratamento de transtornos de conduta e emocionais na infância ou no início da adolescência leve a reduções da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo na adolescência tardia e na vida adulta.

Intervenções em crianças e adolescentes submetidos a maus-tratos infantis e/ou expostos à violência pelo parceiro íntimo

Conforme discutido na **seção 2.3**, as intervenções nessa área são particularmente importantes porque as crianças e os adolescentes que foram submetidos a maus-tratos infantis ou expostos à violência parental tem um risco maior de se tornarem perpetradores e vítimas de violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo.

Uma meta-análise (Skowron & Reinemann, 2005) estudou 21 programas que realizaram intervenções psicológicas voltadas às crianças e aos adolescentes que sofreram maus-tratos infantis. Os resultados sugeriram que os tratamentos psicológicos para maus-tratos infantis levaram a melhoras entre os participantes: em torno de 71% das crianças tratadas pareciam estar melhor do que aquelas não tratadas. Todas as intervenções foram projetadas para melhorar os resultados cognitivos, emocionais e comportamentais, sendo que 11 estudos foram considerados experimentais. Um ensaio randomizado de um desses programas (o Projeto de Relacionamentos de Jovens, “Youth Relationship Project” – **seção 3.5**) utilizou a violência de namoro de adolescentes como desfecho e identificou uma redução na experiência e perpetração de abuso físico e emocional (Wolfe *et al.*, 2003).

As intervenções em crianças e adolescentes submetidos a maus-tratos infantis e/ou expostos à violência pelo parceiro íntimo parecem, portanto, ser uma estratégia – apoiada por evidências emergentes – para a prevenção de violência praticada pelo parceiro íntimo. Seu efeito na violência sexual ainda permanece obscuro no momento.

Desenvolvimento de capacidades sociais e emocionais nas escolas

Fatores como a impulsividade, a falta de empatia e baixa capacidade social – que podem indicar um transtorno de conduta, o precursor do transtorno de personalidade antissocial – são fatores de risco individuais importantes na perpetração de várias formas de violência, inclusive a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Os programas de treinamento de habilidades cognitivas e comportamentais e os programas de desenvolvimento

social que abordam esses fatores em crianças e jovens adolescentes são, portanto, estratégias promissoras na prevenção de violência posterior. Esses programas visam à promoção de comportamento pró-social e a fornecer habilidades sociais e emocionais como resolução de problemas, gerenciamento da raiva, aumento da capacidade de empatia, tomada de perspectiva e resolução não violenta de conflitos. Podem ser baseados tanto na população como dirigidos às pessoas de alto risco e são normalmente aplicados nas escolas.

Embora existam fortes evidências de que esses programas possam ser eficazes na redução da violência juvenil e na melhora de habilidades sociais (i.e. Lösel & Beelmann, 2003), não há hoje em dia evidências de que eles possam reduzir a violência sexual no namoro entre os adolescentes e jovens adultos ou a violência sexual e a cometida pelo parceiro íntimo mais tarde na vida. Não obstante, eles parecem ter potencial na prevenção posterior da violência pelo parceiro íntimo e da violência sexual.

Capacitação nas escolas para ajudar as crianças a reconhecerem e evitarem potenciais situações sexualmente abusivas

Os programas realizados nas escolas para a prevenção do abuso sexual infantil ensinando as crianças a reconhecerem e evitarem potenciais situações sexualmente abusivas são aplicados em muitas partes do mundo, porém, os exemplos avaliados vêm principalmente dos Estados Unidos.

Uma revisão sistemática de estudos (Mikton & Butchart, 2009) observou que, embora os programas escolares para a prevenção do abuso sexual infantil sejam eficazes no fortalecimento de conhecimentos e comportamentos de proteção contra esse tipo de abuso, faltam evidências que demonstrem que esses programas reduzem a sua ocorrência. Dois estudos que mediram a experiência futura de abuso sexual como desfecho relataram resultados divergentes (Finkelhor, Asdigian & Dziuba-Leatherman, 1995; Gibson & Leitemberg, 2000). Contudo, recentes evidências de sua eficácia na prevenção de abuso sexual subsequente parece apoiar o uso desses programas. Futuras pesquisas sobre o impacto em longo prazo sobre a real ocorrência de abuso sexual são necessárias (Finkelhor, 2009).

Programas de prevenção de “bullying”

O *bullying* tem consequências imediatas e em longo prazo sobre perpetradores e vítimas, incluindo isolamento social e a exacerbação do comportamento antissocial que pode levar ao crime juvenil e adulto (para os perpetradores) e depressão, ideação suicida, isolamento social e baixa autoestima (para vítimas). Algumas dessas consequências podem incrementar o risco de envolvimento posterior em violência sexual e/ou pelo parceiro íntimo como perpetrador ou vítima. Uma série de análises concluiu que os programas de prevenção do *bullying* são eficazes na redução do *bullying* (Baldry & Farrington, 2007; Smith *et al.*, 2004). Uma revisão sistemática e meta-análise dos programas baseados na escola para a redução do *bullying* e da vitimização (Farrington & Ttofi, 2009) mostrou que, em termos gerais, os programas de prevenção do *bullying* baseados nas escolas são eficazes na redução tanto da prática do *bullying* como da vitimização por *bullying*. Em média, a perpetração do *bullying* diminuiu em 20-23% e a experiência de sofrer a prática do *bullying* diminuiu em 17-20%.

Embora esses programas tendam a ter benefícios potenciais mais amplos, as evidências de seus efeitos sobre a experiência ou a perpetração da violência sexual e/ou da praticada pelo parceiro íntimo mais tarde na vida são limitadas. No entanto, uma série de estudos demonstrou uma associação entre o *bullying* e o assédio sexual. Alguns programas de prevenção de violência sexual nos Estados Unidos incluem componentes de prevenção do *bullying* em crianças do nível fundamental e médio (Basile, Hertz & Back, 2009).

3.5 Durante a adolescência e no início da vida adulta

Programas nas escolas para a prevenção da violência no namoro

A violência no namoro é uma forma precoce de violência praticada pelo parceiro íntimo, ocorrendo principalmente na adolescência e no início da vida adulta e vivenciado no âmbito de um “relacionamento de namoro”. Os programas de prevenção da violência no namoro foram os mais avaliados de todos os programas de prevenção de violência praticada pelo parceiro íntimo, com 12 avaliações de programas de prevenção da violência de namoro adolescentes, incluindo cinco ensaios randomizados (Foshee *et al.*, 2008). Direcionados às primeiras relações sexuais, em contextos onde o casamento é geralmente contraído a partir dos 20 anos de idade, esses programas se mostraram aptos para prevenir a violência no namoro e a violência sexual. Além disso, a violência no namoro parece ser um fator de risco para violência praticada pelo parceiro íntimo mais tarde na vida (Smith, White & Holland, 2003) e está relacionada com lesões e comportamentos prejudiciais à saúde, como sexo não seguro, uso de substâncias e tentativas de suicídio (Wolfe *et al.*, 2009). Portanto, presume-se que a prevenção da violência no namoro pode ter caráter preventivo da violência sexual e daquela pelo parceiro íntimo mais tarde na vida (Foshee, Reyes & Wyckoff, 2009).

Um programa de prevenção da violência no namoro que foi bem avaliado utilizando um desenho randomizado controlado é Safe Dates (“Namoros Seguros”). Foram observados efeitos positivos em todas as quatro avaliações publicadas (Foshee *et al.*, 1998; Foshee *et al.*, 2000; Foshee *et al.*, 2004; Foshee *et al.*, 2005). Foshee *et al.* (2005) analisaram os efeitos de Safe Dates na prevenção ou redução de perpetração e vitimização ao longo do tempo utilizando quatro intervalos sequenciais de acompanhamento. O programa reduziu significativamente a perpetração de violência psicológica, física e sexual moderada no namoro em todos os quatro períodos de acompanhamento. O programa reduziu também a perpetração de abuso físico grave no namoro ao longo do tempo, porém, apenas para adolescentes que relataram no início do seguimento nenhum envolvimento ou envolvimento médio anterior na perpetração física grave. Os efeitos do programa na experiência de violência sexual no namoro ao longo do tempo foram marginais. O Safe Dates não preveniu ou reduziu a experiência de abuso psicológico no namoro. Os efeitos do programa foram principalmente devidos a mudanças nas normas de violência no namoro, nas normas dos papéis de gênero e no conhecimento dos serviços comunitários. Observou-se que o programa pode ter tido um maior impacto na prevenção primária do que na prevenção de novo abuso entre aqueles que possuíam um histórico de abuso anterior (Foshee *et al.*, 1996; 1998; 2000; 2004; 2008).

Dois programas de prevenção da violência em Ontario, Canadá, também foram avaliados (Wolfe *et al.*, 2003; Wolfe *et al.*, 2009). Uma avaliação dos resultados do “The Fourth R: Skills for Youth Relationships” (O Quarto R: Habilidades para as Relações Juvenis) usou um desenho randomizado comunitário e observou que, baseado na perpetração autodeclarada em um período de acompanhamento de dois anos e meio, as taxas da violência física de namoro eram de 7,4% no grupo do programa e 9,8% no grupo de controle – uma diferença de 2,4%. No entanto, por razões ainda não totalmente compreendidas, essa redução de perpetração autodeclarada foi observada em meninos (7,1% nos controles *versus* 2,7% em estudantes de intervenção) mas não em meninas (12,1% *versus* 11,9%)¹. O programa – avaliado por amostragem em 1.700 estudantes com 14-15 anos de idade de 20 escolas públicas – foi integrado no currículo de educação física e em

saúde e foi aplicado em classes separadas por sexo. Um tópico subjacente sobre habilidades de relacionamento saudável e não violento foi incluído nas 21 aulas, que abrangeram o amplo desenvolvimento de habilidades utilizando prática gradual com os colegas para desenvolver estratégias positivas para lidar com pressões e resolução de conflitos sem o uso de abuso ou violência. O custo médio do treinamento e dos materiais ficou em 16 dólares canadenses por estudante (Wolfe *et al.*, 2009).

O outro programa canadense realizado em escolas que foi avaliado (Wolfe *et al.*, 2003) é o “Youth Relationship Project” (Projeto Relações Juvenis). Esse programa comunitário teve como objetivo ajudar os jovens com 14-16 anos de idade que sofreram maus-tratos infantis a desenvolverem relações saudáveis e não abusivas com os parceiros de namoro. O programa educou os participantes acerca de relações saudáveis e abusivas e os ajudou a adquirir habilidades de resolução de conflitos e de comunicação. Um ensaio randomizado controlado mostrou que o programa foi eficaz na redução de ocorrências de abuso físico e emocional e dos sintomas de sofrimento emocional em um período de 16 meses após o programa (Wolfe *et al.*, 2003).

Portanto, esses três programas realizados em escolas parecem ser eficazes para a prevenção da violência física, sexual e emocional nas relações de namoro em adolescentes e podem também ajudar na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. No entanto, há uma série de precauções necessárias com relação a programas de prevenção da violência no namoro. Embora as avaliações de grande qualidade dos três programas descritos acima demonstraram uma redução da violência em períodos de acompanhamento moderadamente longos, a qualidade das avaliações da maioria dos outros programas foi baixa, com períodos de acompanhamento curtos, e incluíram apenas mudanças de conhecimentos e atitudes como resultados (para os quais foram registrados alguns efeitos positivos). Não se sabe ao certo se as mudanças nos conhecimentos e atitudes levaram a mudanças correspondentes no comportamento (Whitaker *et al.*, 2006). Além disso, mais pesquisas são necessárias para avaliar a eficácia dos programas de prevenção da violência no namoro no longo prazo, quando integrados com programas de prevenção de outras formas de violência e quando realizados fora da América do Norte e em contextos de escassez de recursos. Uma específica preocupação que tem sido levantada sobre programas como Safe Dates é em que medida eles são culturalmente limitados à América do Norte e, portanto, podem ter um valor menor nos PBMR.

Programas com diversos componentes de prevenção da violência realizados nas escolas

Os programas compreensivos com diversos componentes são os programas de prevenção da violência baseados nas escolas mais eficazes (Adi *et al.*, 2007; Dusenbury *et al.*, 1997; Hahn *et al.*, 2007). Esses programas são aplicados a todos os alunos e vão além dos componentes usuais de educação baseada no currículo ao incluir o treinamento de professores no manejo do comportamento, na educação parental e na mediação por pares. Pode também haver atividades depois do período escolar e/ou envolvimento comunitário. Uma revisão sistemática (Hahn *et al.*, 2007) estimou que, em média, os programas compreensivos com diversos componentes reduziram a violência em 15% nas escolas que implementaram os programas, em comparação com as que não o fizeram.

Os programas com diversos componentes de prevenção da violência realizados nas escolas têm focado principalmente nos resultados de *bullying* e violência juvenil. Considerando que os fatores de risco para a violência juvenil e para a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo são, até certo ponto, compartilhados, esses programas pareceriam ter algum potencial para prevenir essas últimas formas de violência. Não há, contudo, evidências de sua eficácia nessas áreas.

¹ Essas taxas de perpetração por meninos e meninas estão amplamente de acordo com os achados da simetria de sexo em agressões de parceiros autodeclaradas para jovens homens e mulheres na América do Norte mencionada na [introdução](#).

Programas de prevenção de violência sexual para as populações escolares e universitárias

Nos Estados Unidos, a maioria dos programas de prevenção primária de violência sexual por estranhos, conhecidos e parceiros de namoro “não íntimos” focaram em estudantes universitários – embora tenham sido cada vez mais aplicados em estudantes das escolas do ensino fundamental e médio. Essa abordagem possui limitações óbvias em contextos onde poucos acessam o ensino superior. No âmbito do desenvolvimento, faz sentido educar os jovens no que diz respeito ao comportamento sexual adequado e não adequado no momento da formação de suas identidades sexuais e da definição de suas atitudes para com parceiros românticos. No entanto, há, mais uma vez, uma grave escassez de evidências para confirmar a eficácia ou não desses programas (Schewe, 2007).

Duas análises sistemáticas recentes nos Estados Unidos avaliaram a eficácia de programas de prevenção primária específicos nessa área. O primeiro desses (Morrison *et al.*, 2004) incluiu as populações da universidade, do ensino médio e fundamental e identificou que os programas incluíam normalmente vários componentes (na maioria das vezes, a contestação sobre os mitos sobre estupros; informações sobre estupros por estranho ou no namoro; estatísticas sobre estupro; e habilidades preventivas de redução de risco e de proteção). Dos 50 estudos analisados, sete (14%) mostraram apenas efeitos positivos no conhecimento e nas atitudes, porém, nenhum utilizou a experiência ou perpetração de violência como resultados; quarenta (80%) relataram efeitos divergentes; e três (6%) indicaram que não houve nenhum efeito. Os estudos também tiveram uma série de limitações metodológicas que levaram os analistas a concluir que a eficácia desses programas permanece obscura. Essas limitações incluíram: o uso de conhecimento e atitude como as únicas medidas de resultados; os estudos com desenho de maior qualidade mostraram resultados piores; os efeitos positivos dos programas tendem a diminuir ao longo do tempo.

A segunda revisão sistemática (Anderson & Whiston, 2005) examinou 69 programas educacionais para estudantes universitários sobre agressão sexual, e encontrou poucas evidências sobre a eficácia desses programas na prevenção dessas agressões ou no aumento da empatia para com o estupro (reconhecimento cognitivo-emocional do trauma de uma vítima de estupro) ou de conscientização do estupro. Entretanto, observou-se que os programas avaliados aumentam o conhecimento sobre o estupro e mudam beneficentemente as atitudes no que lhe diz respeito. A falta gritante de estudos usando diretamente os comportamentos como resultados levou os autores a concluir que há necessidade de mais pesquisas utilizando esses desfechos para se chegar a conclusões definitivas. Com base nessas duas análises, a eficácia desses programas permanece indefinida.

Observou-se que o fornecimento de informações “factuais”¹ como parte da abordagem dos mitos de estupro parece não ter nenhum efeito nas atitudes para com o estupro ou sobre os níveis de empatia para com suas vítimas (Schewe, 2007). Estudos de avaliação indicam que os programas de conscientização e conhecimento do estupro baseados no fornecimento dessas informações raramente funcionam. Similarmente, educar as mulheres sobre estratégias eficazes de autodefesa sem de fato ensinar-lhes verdadeiras habilidades de autodefesa mostrou-se com valor questionável e pode mesmo ser potencialmente nocivo em alguns contextos (Schewe, 2007). Duas avaliações de programas que focaram

em uma discussão sobre estratégias de autodefesa sem ensinar as habilidades correspondentes não encontraram nenhuma redução no risco de agressão sexual durante o acompanhamento (Breitenbecher & Gidycz, 1998; Breitenbecher & Scarce, 2001). Os programas de prevenção do estupro que utilizam um estilo de confronto pessoal com os participantes parecem de fato ser nocivos. Um estudo avaliando esse tipo de programa observou uma maior tolerância entre os homens sobre a justificação do estupro (Fisher, 1986).

Uma série de outras abordagens foi tentada, mas há atualmente evidências limitadas sobre a sua eficácia. Incentivar a empatia para com a vítima foi associado tanto a melhoras como a pioras de atitudes para com a violência sexual e a aceitação dos mitos do estupro (Schewe, 2007). A educação de mulheres sobre como evitar as situações de alto risco (como pedir carona, abuso de álcool ou envolver-se com homens mais velhos) resultou também em resultados inconclusivos e também tem sido associada com uma maior aceitação dos mitos do estupro. É fundamental que essa educação seja aplicada a audiências exclusivamente femininas, de modo a evitar o incentivo à culpabilização das vítimas. Houve também resultados inconclusivos sobre a eficácia dos programas que enfatizam as consequências negativas da violência sexual para os homens e tentam persuadi-los a ver essa forma de sexo como menos gratificante do que o sexo consensual.

Finalmente, foram sugeridos vários programas para a prevenção de violência sexual que ainda não foram nem amplamente implementados nem tampouco avaliados. Esses incluem fornecer educação universal para a prevenção do estupro e a educação dos pais sobre a prevenção da violência sexual, em todas as escolas e nos locais de trabalho; educar os professores e instrutores sobre a violência sexual e sua prevenção; mudar as práticas das organizações para incluir atividades como treinamento obrigatório da prevenção da violência contra a mulher.

3.6 Durante a vida adulta

Empoderamento e abordagens participativas para a redução da desigualdade de gênero

O empoderamento é uma abordagem que permite aos indivíduos e às comunidades a identificação de seus próprios problemas e o desenvolvimento, por meio de métodos participativos, de recursos, habilidades e confiança necessários para abordá-los. Essa abordagem enfatiza o papel dos indivíduos e das comunidades enquanto agentes da mudança e prioriza a comunidade como líder e dona de todo o processo. Os programas abrangentes lidam com a comunidade como um todo ou com múltiplos subgrupos da população, possuem vários componentes e são projetados para efetuar a mudança social ao criar um ambiente favorável para a mudança de atitudes e comportamentos individuais e comunitários. Essas abordagens utilizam muitas vezes uma combinação de avaliação participativa rápida de necessidades, educação ou capacitação, campanhas de conscientização e ação comunitária (Lankester, 1992; Morley *et al.*, 1983). Dois exemplos de abordagens de empoderamento para a prevenção de violência praticada pelo parceiro íntimo são o uso do *microcrédito com treinamento sobre igualdade de gênero* e o pacote de treinamento *Stepping Stones* (“Trampolins”).

Uma série de iniciativas envolvendo o microcrédito está atualmente estabelecida para ampliar o poder econômico e social da mulher. Essas iniciativas fornecem pequenos empréstimos para a mobilização de projetos gerando renda que podem aliviar a pobreza. Os programas de crédito autossuficiente e desenvolvimento rural como o Grameen Bank (“Banco Grameen”) e o Comitê para o Progresso Rural do Bangladesh (BRAC) visam mulheres e parecem mostrar alguma promessa de redução da violência praticada

¹ Essas informações geralmente incluem: a definição de estupro e termos legais relacionados; estatísticas sobre a prevalência de estupro; descrições dos perpetradores típicos e da síndrome do trauma de estupro; e informações sobre os recursos disponíveis para as vítimas de estupro.

pelo parceiro íntimo. Entretanto, a avaliação desses programas precisa levar em consideração os relatos de credores explorando mutuários menos favorecidos com altas taxas de juros que podem aprisionar as pessoas na teia da dívida e contribuir a uma maior pobreza (Rhyne, 2001) bem como relatos de aumento da violência praticada pelo parceiro íntimo (Kabeer, 2001). Divergências sobre o controle de ativos e proventos recém-adquiridos, em combinação com a mudança de atitudes da mulher sobre os papéis de gênero tradicionais, um maior apoio social e uma maior confiança na sua própria defesa contra a autoridade masculina têm levado algumas vezes a conflitos conjugais e violência contra a mulher perpetrada por seus parceiros (Schuler *et al.*, 1996). O aumento da violência após a participação em programas de financiamento foi também relatada em outros contextos, pelo menos nas etapas iniciais da associação ao programa (Ahmed, 2005; Rahman, 1999). Os papéis de gênero preexistentes parecem afetar os resultados relacionados à violência nos programas de créditos – em comunidades com papéis de gênero rígidos, o envolvimento da mulher pode resultar em maiores níveis de violência praticada pelo parceiro íntimo, que não são observados em comunidades com papéis de gênero mais flexíveis (Koenig *et al.*, 2003). As avaliações de resultados conduzidas até o momento sobre programas de microcrédito isolado não foram tão rigorosas quanto aquelas do programa de Intervenção com Microcrédito e componentes de Aids e Igualdade de Gênero (Image) descrito na **Caixa 3**.

CAIXA 3

Intervenção com Microcrédito para Aids e Igualdade de Gênero (Image)

Um dos programas mais rigorosamente avaliados e bem-sucedidos de microcrédito e de empoderamento da mulher até o momento tem sido a Intervenção com Microcrédito para Aids e Igualdade de Gênero (Image) na África do Sul. Esse programa é dirigido a mulheres vivendo nos domicílios mais pobres das zonas rurais e associa um programa de microcrédito com sessões de capacitação e construção de habilidades sobre a prevenção da infecção pelo vírus HIV, bem como as normas de gênero, as crenças culturais a comunicação e a violência praticada pelo parceiro íntimo.

O programa incentiva também a participação mais ampla da comunidade, envolvendo homens e meninos. Objetiva melhorar as oportunidades de emprego da mulher, aumentar a sua influência nas decisões domiciliares e sua habilidade de resolver conflitos conjugais, fortalecer as suas redes sociais e reduzir a transmissão do vírus HIV.

Um ensaio randomizado controlado identificou que, dois anos após a conclusão do programa, as participantes relataram sofrer 55% menos atos de violência praticados pelos seus parceiros íntimos nos últimos 12 meses que os membros do grupo de controle. Além disso, as participantes eram mais propensas a discordar com as afirmações que permitem a violência física e sexual praticada em um parceiro íntimo (52% dos participantes *versus* 36% do grupo de controle).

Embora os programas de microcrédito possam operar como entidades delimitadas, Image é um exemplo desse tipo de programa que também incorpora sessões de educação e oficinas de construção de habilidades para ajudar na mudança das normas de gênero, melhorar a comunicação nas relações e empoderar a mulher de outras formas e tem demonstrado ser eficaz na redução da violência praticada pelo parceiro íntimo (Kim *et al.*, 2009). Image foi eficaz na redução da violência praticada pelo parceiro íntimo e no apoio à mulher por meio da educação e da construção de habilidades e do envolvimento de meninos e homens e da comunidade como um todo. Isso foi alcançado sem a produção do tipo de efeitos negativos observados em outros locais onde as mudanças culturais e outras mudanças ocorreram na ausência de esforços para envolver os homens.

O pacote de treinamento Stepping Stones¹ é outra abordagem participativa promovendo as habilidades de comunicação e relacionamento no âmbito das comunidades. As sessões de capacitação são aplicadas paralelamente em grupos exclusivamente de homens e de mulheres. Originalmente projetado para a prevenção contra a infecção pelo vírus HIV, várias comunidades têm agora incorporado elementos de prevenção da violência. A abordagem foi utilizada em 40 PBMR da África, Ásia, Europa e América Latina. As versões do programa já foram avaliadas em vários países (Welbourn, 2009).² A avaliação mais aprofundada até o momento foi um ensaio randomizado controlado na província Eastern Cape, na África do Sul, com participantes entre 15 e 26 anos de idade. Esse estudo indicou que uma proporção mais baixa de homens que participaram no programa cometeu violência física ou sexual contra suas parceiras nos dois anos seguintes ao programa, em comparação com homens do grupo de controle (Jewkes *et al.*, 2008). Além disso, uma avaliação na Gâmbia comparou duas aldeias onde o programa foi realizado com duas aldeias de controle e acompanhou os casais participantes por mais de um ano. O estudo identificou que, em comparação com casais que não receberam o programa, houve uma melhora na comunicação e uma redução de brigas entre os casais participantes. Observou-se também que os participantes masculinos eram mais propensos a aceitar a recusa da esposa de ter uma relação sexual e menos propensos a espancá-la (Paine *et al.*, 2002).

SASA! é um “kit ativista” para a mobilização de comunidades na prevenção da violência contra a mulher, com foco particular na conexão ente HIV/Aids e a violência contra a mulher.³ “Sasa” é a palavra Kiswahili para “Agora” e o kit inclui recursos práticos; ferramentas de monitoramento e avaliação de atividades para apoiar as atividades do ativismo local, da mídia e lideranças sociais; e materiais de comunicação e treinamento. É direcionado às normas comunitárias e aos papéis de gênero tradicionais e objetiva a mudança de conhecimento, atitudes, habilidades e comportamentos para corrigir o desequilíbrio de poder entre homem e mulher. Foi criado por Raising Voices (“Levantando Vozes”), uma organização não governamental baseada na Uganda atuando no Nordeste e no Sul da África. A Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, a Raising Voices, o Centro de Prevenção da Violência Doméstica baseado em Kampala e a Universidade de Makerere estão atualmente conduzindo um ensaio randomizado controlado conjunto para avaliar a eficácia dessa abordagem.

Há, portanto, evidências emergentes da eficácia das abordagens participativas e de empoderamento nos PBMR na prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo através do microcrédito em combinação com a capacitação sobre a igualdade de gênero e do pacote de treinamento Stepping Stones. Espera-se que os resultados de avaliação do SASA! forneçam evidências adicionais sobre a eficácia desse tipo de programa que parece ter um potencial para reduzir a violência praticada pelo parceiro íntimo. Há uma necessidade de replicar e ampliar esse tipo de abordagem.

Muitas outras estratégias participativas de empoderamento comunitário para a prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo podem ser valiosas, embora essas tenham sido raramente implementadas como estratégias de prevenção primária ou rigorosamente avaliadas. O aconselhamento de casais foca na violência e/ou no abuso de substâncias, e pode ser eficaz para casais que não recorreram à violência praticada pelo parceiro íntimo mas que podem estar em risco. Os programas familiares de promoção da comunicação positiva e dos relacionamentos saudáveis e de prevenção da violência

¹ Ver: www.steppingstonesfeedback.org

² Ver também: www.creativexchange.org/chd/case3

³ Ver: www.raisingvoices.org/sasa/index.php

no âmbito da família podem ser também eficazes na prevenção à violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo, tendo em conta a importância dos fatores familiares para seu desenvolvimento. Um programa de prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo no Equador que foi implementado (porém não avaliado) consistiu na designação de amigos íntimos ou parentes para monitorar os recém-casados e intervir em caso de conflitos sérios. Há também evidências iniciais de que a coesão social entre os moradores aumenta a capacidade de uma comunidade para lidar com o crime e a violência (aumentando a “eficácia coletiva”) levando a reduções na prática de violência letal e não letal pelo parceiro íntimo. Essas intervenções em nível comunitário podem mudar benéficamente as características em nível comunitário e permitir futuras avaliações.

Programas de visita domiciliar para a prevenção de violência pelo parceiro íntimo

Uma revisão sistemática de programas de visita domiciliar (Bilukha *et al.*, 2005) identificou apenas um estudo de avaliação (Eckenrode, 2000, nos Estados Unidos) que analisou o efeito da visita domiciliar nos níveis de violência praticada pelo parceiro íntimo. Não foi encontrada nenhuma diferença significativa na incidência dessa violência entre o programa e os grupos de controle.

Um projeto quinquenal (2007-2012) financiado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos que está em andamento, desenvolverá, testará e avaliará um programa para a redução da violência praticada pelo parceiro íntimo entre as mulheres de baixa renda cadastradas no Nurse Family Partnership (“Parceria Enfermeiros-Família”) durante a gravidez e os primeiros dois anos de pós-parto. O Nurse Family Partnership é um programa de visita domiciliar de eficácia comprovada na redução de maus-tratos infantis. Os objetivos principais são desenvolver um modelo para um programa domiciliar de prevenção de violência praticada pelo parceiro íntimo para mães cadastradas em risco de sofrer essa violência; testar a viabilidade e aceitabilidade do programa; e comparar, através de um estudo randomizado controlado, a eficácia dessa abordagem com a do Nurse Family Partnership sem esse componente.

Uma avaliação do Hawaii Healthy Start Program (“Programa de Início Saudável do Hawaii”) – um programa de visita domiciliar para primeira infância – identificou que, quando comparada a um grupo controle, a participação das mães era associada a uma redução de perpetração e experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo. O efeito persistiu pelos primeiros três anos da vida de uma criança, com pequenas reduções na perpetração e experiência da violência materna praticada pelo parceiro íntimo no acompanhamento quando a criança tinha sete e nove anos de idade (Bair-Merrit *et al.*, 2010). Pode-se concluir, portanto, que as evidências de eficácia desses programas permanece ainda indefinida.

Programa das Forças Aéreas dos Estados Unidos (USAF) com diversos componentes para a prevenção do suicídio

O presente programa visava principalmente a redução da taxa de suicídio entre os funcionários da USAF, porém, mostrou-se capaz de reduzir a “violência familiar” que incluía a violência praticada pelo parceiro íntimo e maus-tratos infantis. O programa baseava-se em:

A plena participação da liderança da USAF para garantir o apoio de todo o serviço.

A incorporação da prevenção do suicídio na educação profissional militar.

A educação da comunidade e a capacitação do pessoal militar para a identificação de fatores de risco, o fornecimento de intervenção adequada e o encaminhamento de indivíduos em risco potencial de suicídio.

A criação de uma equipe multidisciplinar consistindo de provedores de saúde mental, provedores de serviços médicos e capelães que poderiam responder a eventos traumáticos em nível comunitário, incluindo suicídios.

O programa reduziu a taxa de suicídio em 33% e as taxas de violência familiar grave e moderada em 54% e 30% respectivamente. Devido à combinação de violência praticada pelo parceiro íntimo com os maus-tratos infantis na mesma medida de desfecho, não é possível determinar o efeito do programa especificamente sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo (Knox *et al.*, 2003), portanto, considera-se que esse programa tenha potencial, e não que seja sustentado por evidências emergentes.

3.7 Todas as etapas da vida

Reduzir o acesso e o uso nocivo de álcool

Conforme descrito na [seção 2.3](#), o uso nocivo de álcool está associado à perpetração da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo. Pode-se ter como hipótese que a redução do acesso ao álcool e do seu uso nocivo levará a reduções da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo. Entretanto, a relação entre o uso nocivo de álcool e a violência é complexa – nem todos que consomem álcool estão, de maneira igual, em maior risco de cometer violência, e a violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo pode ocorrer em altas taxas nas culturas onde o uso do álcool é tabu. Além disso, não há acordo entre os especialistas sobre a possibilidade ou não de considerar o álcool como “causa” da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo ou se seria melhor descrito como fator moderador ou contributivo. Contudo, parece claro que as crenças individuais e sociais de que o álcool causa agressão podem levar à expectativa de um comportamento violento quando os indivíduos estão sob a influência do álcool, e ao álcool ser usado como uma desculpa para perdoar essa violência. Até o momento, as pesquisas focando a prevenção da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo relacionada com o álcool são escassas. Há, porém, algumas evidências emergentes sugerindo que as estratégias a seguir objetivando a redução do consumo de álcool possam ser eficazes na prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo.

Reduzir a disponibilidade de álcool: Na Austrália, a intervenção comunitária que incluiu a restrição aos horários de venda de álcool em uma cidade reduziu o número de vítimas de violência doméstica se apresentando nos hospitais (Douglas, 1998). Na Groenlândia, um sistema de racionamento de álcool baseado em cupons, implementado nos anos 1980, que dava o direito aos adultos a álcool equivalente a 72 cervejas mensais observou uma redução em 58% do número de ocorrências policiais referentes a brigas domésticas (Room *et al.*, 2003).

Regulação dos preços do álcool: Aumentar o preço do álcool é um meio eficaz de reduzir, em geral, a violência relacionada com o álcool (Chaloupka, Grossman & Saffer, 2002). Embora haja uma escassez de pesquisas avaliando a eficácia dessa abordagem na redução da violência praticada pelo parceiro íntimo, um estudo utilizando uma modelagem econômica estimou que, nos Estados Unidos, um aumento de 1% no preço do álcool pode diminuir em quase 5% a probabilidade da violência praticada pelo parceiro íntimo em mulheres (Markowitz, 2000).

Tratamento para transtornos decorrentes do uso de álcool: Nos Estados Unidos, o tratamento da dependência do álcool entre os homens diminuiu consideravelmente a violência praticada pelo parceiro íntimo, tanto do marido contra a mulher como da mulher contra o marido, 6 a 12 meses mais tarde (Stuart *et al.*, 2003), sugerindo que esse tratamento pode também ser uma medida de prevenção primária eficaz.

A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo pode também ser reduzida através de programas de prevenção primária para diminuir os agravos mais gerais causados pelo álcool (Anderson, Chisholm & Fuhr, 2009). As abordagens cuja eficácia é bem sustentada por evidências incluem:

Diminuir a disponibilidade do álcool: Isso pode ser alcançado através da introdução de políticas de idade mínima para a compra e da redução da densidade de locais de venda de álcool e dos horários e dias para a venda de álcool. Essa abordagem mostrou ser capaz de levar à redução de problemas relacionados com o álcool, inclusive homicídios e agressões (Duailibi *et al.*, 2007).

Banir a propaganda do álcool: O álcool é comercializado através de propagandas cada vez mais sofisticadas nos grandes veículos de mídia, vinculando as marcas de bebidas alcoólicas com esportes e atividades culturais; através de patrocínios e *merchandising*; e através de marketing direto pela internet, *podcasts* e celulares. As mais fortes evidências do vínculo entre a propaganda e o consumo de álcool originam-se nos estudos longitudinais sobre os efeitos das várias formas de comercialização do álcool – incluindo exposição à propaganda de álcool na mídia tradicional e promoção na forma de conteúdo nos filmes e *merchandise* de marcas de bebidas alcoólicas – na iniciação do consumo de álcool na juventude e nos padrões de consumo de álcool na juventude de maior risco (Anderson *et al.*, 2009). No entanto, na atualidade, não há evidências mostrando que essas medidas reduzem a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo.

Intervenções dirigidas individualmente a consumidores de álcool que estão já em risco: Essas incluem rastreamento e intervenções breves. O rastreamento de álcool (como AUDIT; Babor *et al.*, 2001) e intervenções breves em âmbitos de atenção primária em saúde mostraram ser eficazes na redução dos níveis da intensidade do consumo em PBMR e PAR (Room *et al.*, 2003). No entanto, seu efeito direto na violência praticada pelo parceiro íntimo relacionada com o álcool não foi mensurada. As evidências indicam que os bebedores de álcool podem reduzir seu consumo em até 20% após uma breve intervenção, e que os bebedores mais pesados que recebem essa intervenção são duas vezes mais propensos a reduzirem seu consumo de álcool que os bebedores que não recebem nenhuma intervenção. As intervenções breves incluem o fornecimento oportuno de aconselhamento e informações nos contextos da saúde ou justiça criminal (normalmente durante 5-10 minutos), mas pode também se estender para várias sessões de aconselhamento ou entrevista motivacional (FPH, 2008; Sheehan, 2008).

A educação sobre o álcool realizada nas escolas parece não reduzir os agravos, porém os programas educacionais e de informação pública (apesar de, mais uma vez, parecerem ineficazes na redução dos agravos relacionados com o álcool) podem ampliar a atenção dada ao álcool nas agendas públicas e políticas (Anderson *et al.*, 2009).

Como na maioria dos programas de prevenção primária da violência sexual e daquela praticada pelo parceiro íntimo, os programas reduzindo o acesso e o uso nocivo de álcool foram principalmente conduzidos e avaliados nos PAR e pouco se sabe sobre sua adequação ou eficácia fora desses países. Para muitos PBMR, programas como esforços para o fortalecimento e a ampliação do licenciamento de postos exclusivos de venda poderiam ser de grande valor na redução da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo relacionada com o álcool. Em muitas sociedades em desenvolvimento, uma grande proporção da produção e venda de álcool ocorre, na atualidade, em mercados informais não regulamentados. Um estudo em São Paulo, Brasil, (Laranjeira & Hinkly, 2002) observou que apenas 35% dos postos de venda pesquisados tinham alguma forma de licença e que os fornecedores de álcool (licenciados ou não) enfrentavam poucas restrições aparentes de comercialização. Além disso, há bem menos unidades de saúde especializadas nos PBMR, reduzindo as oportuni-

dades para o tratamento ou rastreamento de álcool. Como alternativa, seria mais benéfico desenvolver nesses países o papel dos trabalhadores de atenção primária em saúde ou dos médicos generalistas ou de família na identificação e diminuição do uso nocivo de álcool.

Embora as evidências da eficácia das medidas de redução do acesso e do uso nocivo de álcool estejam apenas começando a surgir e que haja ainda grande falta de estudos de boa qualidade mostrando seus impactos na violência sexual e na praticada pelo parceiro íntimo, os programas relacionados com o álcool para a prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo e da violência sexual parecem ser promissores. A forte associação entre o álcool e a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo sugere que as intervenções de prevenção primária na redução dos agravos causados pelo álcool poderiam ser potencialmente eficazes. As abordagens de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo relacionada com o álcool deveriam também tratar da aceitabilidade social da bebida excessiva como fator mitigador na violência, alterando as crenças normativas sobre a masculinidade e o consumo pesado de álcool. Ainda existe uma necessidade urgente de mais pesquisas para avaliar a eficácia dessas abordagens na redução da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, especialmente nos PBMR.

Mudança das normas sociais e culturais de gênero que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo

As normas culturais e sociais de gênero são as regras ou as “expectativas de comportamento” que regulam os papéis e as relações de homens e mulheres dentro de um específico grupo cultural ou social. Muitas vezes não ditas, essas normas definem o que é considerado comportamento adequado, governam o que é ou não é aceitável e moldam as interações entre homens e mulheres. Os indivíduos são dissuadidos de violar essas normas por meio da ameaça da desaprovação social ou da punição, ou por causa de sentimentos de culpa ou vergonha pela transgressão de normas internalizadas de conduta. As normas sociais e culturais de gênero tornam, muitas vezes, as mulheres vulneráveis à violência praticada pelo parceiro íntimo, põem mulheres e meninas em um risco maior de violência sexual e permitem ou apoiam a aceitabilidade da violência (Caixa 4).

CAIXA 4

Exemplos de normas sociais e culturais que apoiam a violência contra a mulher

- Um homem tem o direito de afirmar o seu poder sobre a mulher e é considerado socialmente superior – por exemplo, Índia (Mitra & Singh, 2007); Nigéria (Ilaka, 2005); e Gana (Amoakohene, 2004).
- Um homem tem o direito de disciplinar uma mulher em caso de comportamento “incorreto” – por exemplo, Índia (Go *et al.*, 2003); Nigéria (Adegoke & Oladeji, 2008); e China (Liu & Chan, 1999).
- A violência física é uma forma aceitável de resolver conflitos em uma relação – por exemplo, Estados Unidos (Champion & Durant, 2001).
- A violência praticada pelo parceiro íntimo é um assunto “tabu” – por exemplo, África do Sul (Fox *et al.*, 2007).
- O divórcio é vergonhoso – por exemplo, Paquistão (Hussain & Khan, 2008).
- O sexo é um direito do homem no casamento – por exemplo, Paquistão (Hussain & Khan, 2008).
- A atividade sexual (inclusive estupro) é uma marca da masculinidade – por exemplo, África do Sul (Petersen, Bhana & McKay, 2005).
- As meninas são responsáveis pelo controle dos impulsos sexuais dos homens – por exemplo, África do Sul (Ilaka, 2005; Petersen, Bhana & McKay, 2005).

Os esforços para mudar as normas sociais que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo são, portanto, um elemento-chave na prevenção primária dessas formas de violência. Foram adotadas, embora raramente avaliadas, em todo o mundo abordagens para romper o silêncio que muitas vezes existe em torno da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, para tentar subsidiar e influenciar atitudes e normas sociais sobre a aceitabilidade da violência e para construir uma vontade política para lidar com o problema. A utilização de achados de pesquisas para a ação política e social tem se mostrado promissora em chamar a atenção e conscientizar sobre o problema e em contribuir à formação de reformas e políticas (por exemplo, ver Ellsberg, Liljestrand & Winkvist, 1997). As três abordagens principais que, na atualidade, servem para a mudança das normas sociais e culturais que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo são: a teoria das normas sociais (isso é, corrigindo os equívocos de que o uso dessa violência é um comportamento normativo altamente prevalente entre os pares); as campanhas midiáticas de conscientização; e o trabalho com homens e meninos. Muitas vezes várias abordagens são utilizadas em um programa.

A teoria das normas sociais pressupõe que as pessoas têm percepções equivocadas sobre as atitudes e os comportamentos de outras pessoas. A prevalência de comportamentos de risco (como o uso pesado de álcool ou a tolerância de comportamento violento) é normalmente superestimada, ao passo que os comportamentos de proteção são normalmente subestimados. Isso afeta o comportamento de duas formas: (i) incrementando e justificando comportamentos de risco; e (ii) aumentando a probabilidade de um indivíduo permanecer calado a respeito de qualquer desconforto causado por comportamentos de risco (fortalecendo assim a tolerância social). A abordagem das normas sociais busca corrigir esses equívocos, gerando uma compreensão mais realística das atuais normas comportamentais e reduzindo dessa maneira o comportamento de risco.

Nos Estados Unidos, a abordagem das normas sociais foi aplicada ao problema da violência sexual entre estudantes universitários. Entre esses estudantes, os homens pareceram subestimar tanto a importância que a maioria dos homens e das mulheres atribui ao consentimento para o sexo como a boa vontade da maioria deles para intervir contra a agressão sexual (Fabiano *et al.*, 2003). Embora as evidências sejam limitadas, foram relatados alguns resultados positivos. Em uma universidade dos Estados Unidos, o projeto *A Man Respects a Woman* (“Um Homem Respeita uma Mulher”) visou à redução da agressão sexual contra a mulher, o aumento de percepções precisas de normas não coercivas de comportamento sexual e a redução dos comportamentos coercivos autorrelatados pelos homens. O projeto usou uma campanha de marketing de normas sociais visando os homens, uma apresentação teatral abordando as questões de socialização e a educação masculina entre pares. A avaliação da campanha dois anos após a sua implementação observou que os homens tinham percepções mais precisas dos comportamentos de outros homens, bem como melhores atitudes e crenças sobre o abuso sexual. Por exemplo, uma porcentagem menor de homens acreditava que o estudante masculino médio tinha relações sexuais quando sua parceira estava drogada ou alcoolizada; que não pararia a atividade sexual quando solicitado, se já estivesse sexualmente excitado; e que, querendo tocar alguém de forma sexual, tentaria e veria sua reação. No entanto, a porcentagem de homens relatando que têm relação sexual quando a sua parceira está drogada ou alcoolizada aumentou (Bruce, 2002).

As campanhas midiáticas de sensibilização são uma abordagem comum de prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Os objetivos da campanha podem incluir a conscientização pública (por exemplo, sobre a extensão do problema, sobre a violência pelo parceiro íntimo e a violência sexual enquanto violações dos direitos

humanos da mulher e sobre o papel do homem de pôr fim à violência contra a mulher); o fornecimento de informações precisas; a dissipação dos mitos e estereótipos sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual; e a mudança da opinião pública. Essas campanhas têm o potencial de alcançar um grande número de pessoas.

Um exemplo de campanha de sensibilização através da mídia é *Soul City* (“Cidade da Alma”) na África do Sul.¹ Esse projeto multimídia de promoção de saúde e mudança aborda uma variedade de questões de saúde e desenvolvimento, fornece informações e objetiva a mudança das normas sociais, das atitudes e da prática. Está dirigido a indivíduos, comunidades e ao ambiente sociopolítico. Um de seus componentes visa à mudança das atitudes e normas que apoiam a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Essa intervenção multiníveis foi lançada durante seis meses e consistiu em uma série de transmissões de televisão e rádio, materiais impressos e um disque ajuda. Em parceria com uma coalizão nacional de prevenção da violência pelo parceiro íntimo, uma campanha de promoção foi também dirigida ao governo nacional, com a finalidade de conseguir a implementação da Lei de Violência Doméstica de 1998. A estratégia objetivou o impacto em diversos níveis, desde conhecimento, atitudes, autoeficácia e comportamento individuais até diálogo comunitário, mudança de normas sociais e criação de um ambiente legal e social favorável para a mudança. Uma avaliação independente do programa incluiu pesquisas nacionais antes e depois da intervenção, grupos focais e entrevistas aprofundadas com membros do público-alvo e atores em vários níveis. Mostrou que o programa havia facilitado a implementação da Lei de Violência Doméstica de 1998, havia impactado nas normas e crenças sociais problemáticas (como aquela que diz que a violência praticada pelo parceiro íntimo é assunto particular) e teve uma melhora nos níveis de conhecimento sobre onde buscar ajuda. Foram também realizadas tentativas de medição de seu impacto no comportamento violento, porém, não houve dados suficientes para determinar isso com precisão (Usdin *et al.*, 2005).

Como o projeto *Soul City* indica, estão surgindo evidências de que as campanhas midiáticas, em combinação com outras oportunidades educacionais, podem mudar o conhecimento, as atitudes e as crenças relacionadas com a violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo. Embora boas campanhas possam aumentar o conhecimento e a conscientização, influenciar as percepções e as atitudes e promover a vontade política para a ação, as evidências de sua eficácia na mudança de comportamento permanecem ainda insuficientes (Whitaker, Baker, & Arias, 2007).

Trabalho com homens e meninos: tem havido uma crescente tendência em focar esforços para mudar as normas sociais e culturais em adolescentes do sexo masculino ou meninos utilizando programas universais ou direcionados aplicados através de uma série de mecanismos, incluindo iniciativas baseadas nas escolas, mobilização comunitária e campanhas de conscientização pública. Os objetivos normalmente incluem a ampliação do conhecimento individual, a mudança de atitudes para com as normas de gênero e a violência e a mudança das normas sociais no que diz respeito à masculinidade, ao poder, ao gênero e à violência. Alguns programas também objetivam desenvolver a capacidade e a confiança de meninos e jovens homens para levantar a voz e intervir contra a violência, buscando a mudança do clima social onde essa ocorre (Katz, 2006). A falta de envolvimento de homens e meninos na prevenção pode resultar no tipo de efeitos negativos observados em alguns contextos onde as mudanças culturais e outras mudanças aconteceram na ausência de esforços para envolvê-los (Caixa 5).

¹ www.soulcity.org.za

CAIXA 5

A repercussão na Nicarágua demonstra a necessidade de envolver também os homens

Desde 2000, a Nicarágua tem sido pioneira em uma série de iniciativas para proteger as mulheres contra a violência doméstica. Essas incluem:

- uma rede de delegacias para as mulheres (Delegacia da Mulher) onde as mulheres que sofreram abusos podem receber apoio psicológico, social e legal;
- um ministério para assuntos familiares (Minha Família) que, entre outras responsabilidades garante a disponibilidade de abrigo para mulheres e crianças sofrendo violência doméstica; e
- reforma do programa nacional de saúde reprodutiva para abordar o abuso sexual e do gênero.

Durante o mesmo período, os grupos da sociedade civil fizeram uma campanha para promover os direitos da mulher e empoderá-la para se opor ao abuso doméstico. Com esses esforços, a frequência relatada de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual contra a mulher aumentou dramaticamente. Quanto mais promoção e conscientização, maior a probabilidade de a mulher relatar a violência perpetrada contra ela. Por exemplo, o número de casos relatados de violência sexual recebido pela Delegacia da Mulher subiu de 4.174 (janeiro até junho de 2003) para 8.376 (janeiro até junho de 2004).

Pesquisadores da Universidade Centro Americana e do Instituto de Estudos de Gênero dizem que uma série de fatores explicam esse aumento – a crescente conscientização entre as mulheres de que as tradições culturais que promovem a violência não mais são aceitáveis sob a lei internacional e a Lei de Violência Doméstica da Nicarágua; e uma maior notificação de casos quando as mulheres são incentivadas a denunciar. No entanto, como as mulheres nicaraguenses têm se oposto mais ativamente à hegemonia masculina, os conflitos domésticos têm também aumentado e mais homens têm feito uso de violência contra suas parceiras.

Esses achados sugerem que as respostas à violência praticada pelo parceiro íntimo não devem focar exclusivamente as mulheres, mas também visar os homens para a prevenção desse tipo de repercussão (Schopper, Lormand & Waxweiler, 2006).

Uma revisão dos programas que trabalham com homens e meninos na prevenção da violência contra a mulher (Barker, Ricardo & Nascimento, 2007) incluiu 13 programas de prevenção primária, cinco dos quais foram implementados nos PBMR. Quatro desses programas foram considerados “eficazes” pelos revisores; seis “promissores” e três “indefinidos”. Por exemplo, uma campanha considerada eficaz de mobilização de alcance comunitário na Nicarágua foi chamada de “Violência contra a mulher: um desastre que podemos prevenir como homens” (Solórzano, Abaunza & Molina, 2000). Essa teve como alvo homens entre os 20 e 39 anos de idade afetados pelo Furação Mitch. As mensagens principais da campanha falavam sobre a capacidade e responsabilidade do homem na prevenção ou redução da violência contra as suas parceiras. “Construindo a masculinidade sem recorrer à violência praticada pelo parceiro íntimo” foi um programa de educação em grupo visando homens nos distritos periurbanos de Manágua, Nicarágua (Welsh, 1997). No entanto, o efeito do programa não ficou claro em virtude da fragilidade da avaliação dos resultados. De fato, a qualidade metodológica da maioria das avaliações de resultados foi baixa e as medidas de desfechos consistiram em mudanças de atitudes e taxas autoreferidas de violência baseada no gênero, muitas vezes utilizando apenas pequenas amostras.

Uma campanha na Nova Gales do Sul na Austrália – Violência contra a mulher: isso é contra todas as regras¹ – teve como alvo homens entre 21 e 29 anos de idade e objetivou influenciar as suas atitudes. As celebridades esportivas divulgaram a mensagem de que a violência contra a mulher é inaceitável e que um homem másculo não é um homem violento. Procurou-se também melhorar a capacidade da comunidade de abordar e enfrentar a violência contra a mulher. Uma pesquisa pós-campanha indicou que a campanha alcançou alguns resultados positivos: 83% dos entrevistados relatou que a mensagem da campanha foi que a violência contra a mulher “não é legal” e 59% deles podiam se lembrar do lema da campanha. Entretanto, 91% do grupo-alvo relatou que esse não é um assunto que eles fariam com seus pares, independentemente da campanha.

Da mesma forma, nos Estados Unidos, a iniciativa “Os homens podem interromper o estupro”² conduz uma campanha de educação pública para homens e meninos com a mensagem: “a minha força não é para machucar”. Essa campanha ocorre em conjunto com os clubes Men of Strength (MOST – “Homens de Força”) – um programa de prevenção primária que fornece aos jovens homens na faixa etária correspondente ao ensino médio um espaço estruturado e favorável para aprender sobre a masculinidade saudável e a redefinição da força masculina.

Embora os programas para alterar as normas sociais e culturais estejam entre os mais visíveis de todas as estratégias de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, eles permanecem sendo dos menos avaliados. Até mesmo quando as avaliações têm sido realizadas, essas normalmente mensuraram mudanças em atitudes e crenças em vez das próprias ocorrências de comportamentos violentos, tornando difícil tirar conclusões firmes sobre sua eficácia na efetiva prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Não obstante, surgem algumas evidências apoiando o uso dos três tipos de programas analisados acima na mudança das normas sociais e culturais que permitem a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. No entanto, esses programas ainda devem ser multiplicados em maior escala e avaliados mais rigorosamente.

3.8 Mensagens-chave

Para alcançar mudanças populacionais, é importante abordar os fatores relativos à sociedade na prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. As abordagens incluem a promulgação de leis e o desenvolvimento de políticas de apoio que protejam a mulher; o tratamento da discriminação contra a mulher; e o apoio a mudanças na cultura da violência – atuando assim como um alicerce para um trabalho de prevenção posterior.

Não há atualmente estratégias com eficácia comprovada para a prevenção da violência sexual fora das relações de parceiro íntimo ou de namoro. Apenas uma estratégia se demonstrou eficaz na prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo, a saber, os programas de prevenção da violência no âmbito de relações de namoro para adolescentes baseados nas escolas – e esses ainda precisam ser avaliados para seu uso em locais com menos recursos.

Embora seja muito cedo para considerá-las comprovadas, estão surgindo evidências sobre a eficácia de muitas outras estratégias para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, particularmente o uso do microcrédito com capacitação sobre a igualdade de gênero e de programas que promovam as habilidades de comunicação e relacionamento no âmbito da comunidade.

O desenvolvimento da base de evidências para os programas de prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo está ainda nos seus primórdios. Mas há muitas razões para acreditar que as avaliações rigorosas sobre resultados de programas existentes e o desenvolvimento de novos programas baseados em teorias sólidas e fatores de risco conhecidos levarão a uma rápida expansão nos próximos anos.

¹ http://lawlink.nsw.gov.au/lawlink/vaw/ll_vaw.nsf/vwPrint1/vaw_vaw_iaatrcampaign

¹ http://lawlink.nsw.gov.au/lawlink/vaw/ll_vaw.nsf/vwPrint1/vaw_vaw_iaatrcampaign

² www.mencanstoprape.org

CAPÍTULO 4

Melhorando o planejamento e a valiação do programa

O presente capítulo é baseado em um enquadre teórico de seis passos mostrado na **Figura 2** para a implementação de políticas e programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

4.1 Passo 1: Como começar

Identificar parceiros-chave e desenvolver formas de trabalho em parceria

Uma parceria envolve vários setores e agências trabalhando em colaboração para prover, de forma coordenada, programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Os programas geralmente perpassam as áreas de atividade de diversos setores e organizações, podendo ser em grande escala e/ou multicomponentes, funcionando frequentemente por períodos prolongados. Como resultado, a prevenção eficaz precisará de um planejamento de conjunto de ações, e um compartilhamento de financiamento ou outros recursos de acordo com as forças e habilidades de cada parceiro.

É importante conhecer as diversas atividades e prioridades dos vários setores trabalhando para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, bem como definir, de forma clara, papéis e contribuições. O trabalho em parceria para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo tem muitos benefícios e melhorará a compreensão de como essa violência afeta diversos setores e de como cada setor pode contribuir com sua prevenção.

Muitas das soluções potenciais reconhecidas dependem de boas parcerias de trabalho porque a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo afeta as pessoas em todas as etapas da vida. O estabelecimento de práticas de trabalho conjuntas e a garantia de que os diversos elementos estão bem colocados desde o início para uma colaboração constante ajudarão a aumentar a propriedade e o envolvimento na questão, bem como ajudarão a assegurar que as abordagens tomadas sejam abrangentes e sustentáveis. Consequentemente, todas as formas mencionadas no presente capítulo deveriam ser conduzidas na forma de uma parceria de todas as agências-chave que podem incluir:

- a área da saúde (**Caixa 6**);
- os que trabalham com crianças e jovens, incluindo a área da educação;
- a área da polícia e da justiça criminal;
- o governo local;
- as comunidades; e
- as organizações não governamentais.

FIGURA 2

Passos para a implementação de políticas e programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo



Os fatores que podem aumentar a probabilidade de sucesso nessa área são o desenvolvimento de visões e objetivos compartilhados, de liderança clara e papéis bem estabelecidos como parte de uma estratégia e de um plano de ação conjuntos que reúnam todos os parceiros e agregue outros potenciais.

Desenvolver uma visão compartilhada em todas as áreas sobre como prevenir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo

A criação de um ambiente de prevenção precisará de uma visão clara e compartilhada sobre como os programas de prevenção podem impedir a ocorrência da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. A prevenção primária envolverá necessariamente diversos setores e novas formas de trabalho conjunto. Como parte disso, uma boa “declaração de visão da situação” pode influenciar as pessoas nos vários setores e incentivar a sua participação, e deve ser:

- criada por um grupo representativo de pessoas experientes de áreas, organizações e grupos e/ou populações-chave afetados;

CAIXA 6

O papel da área da saúde na prevenção primária

A área de saúde desempenha um papel-chave na criação do ambiente de prevenção primária ao:

- compartilhar o conhecimento e sensibilizar sobre os agravos agudos e em longo prazo na saúde causados pela violência sexual e pela praticada pelo parceiro íntimo;
- sensibilizar sobre os impactos mais amplos na saúde da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo no desenvolvimento de crianças e adultos, bem como no funcionamento de famílias e comunidades; e
- aplicar e compartilhar habilidades de saúde pública, incluindo o conhecimento dos padrões e dos fatores de risco e de proteção para a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo; a avaliação crítica das evidências; o foco na população como um todo; habilidades de avaliação; e trabalho em parceria.

- uma declaração de um futuro compartilhada por todos;
- uma declaração dos benefícios para todos os que participam;
- fácil de comunicar e entender;
- facilmente lembrada pelo maior número de pessoas;
- verificável em termos de saber quando foi alcançada; e
- analisada para conferir se está estrategicamente alinhada com as políticas relevantes.

Desenvolver habilidades e capacidade de liderança e promoção

As habilidades de liderança são essenciais para apoiar os que tornarão realidade a visão compartilhada para a prevenção da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo. Uma boa liderança pode também ajudar a sustentar a contínua apropriação de um programa por todas as áreas e organizações. É fundamental que os programas sejam continuados o bastante para alcançar as mudanças comportamentais necessárias para a redução das taxas da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. As habilidades de liderança incluem:

- ter fortes habilidades interpessoais e de comunicação;
- ter habilidade de adaptar pontos de vista múltiplos e trabalhar de forma colaborativa nos vários setores com necessidades e interesses diferentes e, por vezes, concorrentes;
- ter habilidade de se adaptar a necessidades emergentes e novas;
- manter o foco no alcance realista dos resultados; e
- ajudar as pessoas a buscar e compartilhar soluções criativas.

A violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo frequentemente afeta desproporcionalmente pessoas menos favorecidas e vulneráveis que, devido à natureza da violência e à sua relativa falta de poder na sociedade, podem encontrar dificuldades em se manifestar. A defesa da causa envolve o trabalho com e em nome daqueles que sofrem a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo para desafiar a aceitabilidade social e cultural dessas formas de violência e promover a sua prevenção.

Advogar pela causa (*Advocacy*) pode ser definido como a sensibilização sobre uma questão com o propósito de afetar as políticas, os programas e os recursos que lhes são dedicados. É um componente fundamental de esforços para a prevenção da violência

sexual e da praticada pelo parceiro íntimo e é frequentemente necessária onde há uma liderança insuficiente e/ou pouca ou nenhuma ação sendo tomada. A defesa da causa (*advocacy*) pode ser realizada por uma série de indivíduos e setores, inclusive grupos comunitários voluntários e organizações governamentais e não governamentais.

As campanhas de defesa da causa (*advocacy*) patrocinadas pelo governo podem informar as pessoas sobre a magnitude, os determinantes e as consequências da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo em seus países e sobre como esses podem ser prevenidos. Podem também corrigir equívocos públicos sobre as causas e a prevenibilidade dessa violência. As campanhas de informação podem então acompanhar os esforços de prevenção, ressaltando, por exemplo, a inaceitabilidade da violência contra a mulher, a importância das leis na redução do uso e no uso nocivo de álcool ou a necessidade de garantir os direitos da mulher à propriedade e herança. O lançamento de novas políticas, novos programas e a divulgação de achados de pesquisas ou novas publicações sobre a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo fornece frequentemente uma boa oportunidade para governos conduzirem esforços de defesa da causa (*advocacy*). Os achados de pesquisa podem ser traduzidos em simples figuras e gráfico de pizza e utilizados no desenvolvimento de mensagens de promoção para diversos públicos-alvo. Parcerias entre pesquisadores e pessoas envolvidas com a defesa da causa (*advocacy*) podem ser úteis nesse caso.

As campanhas de defesa da causa (*advocacy*) podem ser construídas em torno de eventos de grande importância no calendário global, como o Dia Internacional para a Eliminação da Violência contra a Mulher (25 de novembro) e a Campanha 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres¹ (25 de novembro – 10 de dezembro). O envolvimento de figuras públicas proeminentes e da mídia local e nacional em campanhas construídas em torno desses eventos pode aumentar o seu impacto. A defesa da causa (*advocacy*) pode ganhar mais força utilizando dados locais, em combinação com acordos internacionais como resoluções das Nações Unidas sobre a eliminação da violência contra a mulher, convenções de direitos humanos, as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde e dos Comitês Regionais da OMS sobre a prevenção da violência.

Outra abordagem para aumentar os esforços para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo é identificar e cultivar uma figura de liderança na área de negócios, política ou vida comunitária que demonstrou ter um forte e autêntico interesse em defender a prevenção dessa violência. Para ser eficaz, esse defensor deve:

- explicar claramente os benefícios da prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo e incentivar a colaboração de outras pessoas para lograr isso;
- ter credibilidade ou autoridade em nível nacional, regional e local;
- manter boas relações com as pessoas nas diversas organizações, áreas e setores; e
- trabalhar colaborativamente com todos os setores compartilhando o objetivo de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

As organizações não governamentais desempenham também um papel importante de *advocacy* para ajudar na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Seu foco pode variar e incluir, por exemplo, pressionar o governo a adotar legislação e políticas novas. Muitas organizações não governamentais sensibilizam também em nível comunitário e podem executar programas educacionais para apoiar esse trabalho.

¹ www.cwgl.rutgers.edu/16days/home.html

4.2 Passo 2: Definir e descrever a natureza do problema

Definir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo e descrever o tamanho e a natureza de cada problema

Faltam informações sobre a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo em muitas partes do mundo. Como resultado, políticas e planos para abordar essa violência são frequentemente realizados na base de informações exíguas. Por exemplo, as políticas são às vezes criadas respondendo a caso isolados que geram um interesse público e político significativo ou se baseiam em questões que recebem muita atenção da mídia. Entretanto, a elaboração de políticas dessa maneira pode resultar em planos mal orientados focando nos sintomas em vez das causas subjacentes e que, conseqüentemente, não tenham nenhum impacto no problema. Os mitos e equívocos sobre os fatores de risco, as características das vítimas e dos perpetradores e os efeitos prováveis dessa violência podem também existir. É somente através da obtenção de informações precisas e da substituição das conjecturas pelos fatos que esses equívocos podem ser dissipados. O estudo sobre a frequência e as razões da ocorrência de um problema de saúde em grupos específicos de pessoas é conhecido como “epidemiologia”, e as informações epidemiológicas são fundamentais para o planejamento e a avaliação de estratégias de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo (Caixa 7).

Idealmente, a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo será definida por relatórios epidemiológicos conceituados e outros relatórios baseados em estatísticas regularmente atualizadas sobre a natureza, a extensão e as conseqüências dos problemas, bem como suas causas subjacentes e seus fatores de risco. Esses relatórios providenciarão a base para a elaboração de esforços de prevenção e uma linha de base para a medição da eficácia da prevenção. A coleta de dados deverá ser conduzida com contribuições de especialistas, incluindo epidemiologistas, estatísticos e cientistas sociais.

CAIXA 7

Quais os benefícios das informações epidemiológicas precisas?

As informações epidemiológicas precisas sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual, bem como suas causas e conseqüências, podem contribuir diretamente à prevenção dessas formas de violência:

- tornando visível e providenciando uma descrição quantitativa de um problema que, por várias razões culturais e sociais, poderia permanecer oculto;
- providenciando dados em progresso e sistemáticos sobre a incidência, as causas e as conseqüências da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo em nível local, regional e nacional;
- sugerindo estratégias de prevenção baseadas nos fatores de risco de perpetração e experiência da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo identificados em estudos epidemiológicos;
- possibilitando a identificação precoce de tendências emergentes e áreas problemáticas referentes à violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo para o estabelecimento de programas de prevenção adequados;
- dando uma visão geral da distribuição geográfica dessa violência que possa ajudar a visar programas que ajudem na redução do número de novos casos e no planejamento de fornecimento de serviços futuros de apoio às vítimas;
- criando uma linha de base para a medição dos esforços de prevenção; e
- monitorando as mudanças da prevalência e das características da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, bem como seus fatores de riscos relacionados, ao longo do tempo.

O estabelecimento da exata natureza e extensão da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo em um contexto específico requer a complementação das definições conceituais fornecidas no **Capítulo 1** do presente documento com as definições operacionais. Uma definição operacional é uma especificação clara, concisa e detalhada do conceito em foco que torna possível a sua mensuração. Isso ajuda a garantir que diversas pessoas em vários locais e em diferentes momentos possam medir o mesmo fenômeno, precisamente definido. Mais informações sobre o desenvolvimento e uso das definições operacionais são fornecidas no **Anexo A**.

Vários tipos de dados são necessários para produzir informações para diversos propósitos, incluindo: a descrição da magnitude e o impacto da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo; a compreensão dos fatores de risco envolvidos; e a determinação da eficácia dos programas de prevenção. A **Tabela 7** lista uma série de categorias de dados junto com as fontes potenciais desses dados e o tipo de informações que podem normalmente ser coletadas para cada categoria.

Conforme mostrado na **Tabela 7**, as fontes potenciais de dados abrangem desde registros individuais, de organizações ou instituições passando por registros de programas locais, comunitários ou governamentais até pesquisas de base populacional, *surveys* e estudos específicos. Quase todas essas fontes contêm informações demográficas básicas (como idade e sexo). Algumas fontes (como registros médicos, registros policiais, certidões de óbito e relatórios mortuários) incluem informações específicas ao evento violento ou traumatismo. Dados de unidades de emergência, por exemplo, podem fornecer informações sobre a natureza de um traumatismo, como foi experimentado, e onde e como o acidente ocorreu (embora muitas vezes não sobre o perpetrador envolvido). Os dados coletados pela polícia podem incluir informações sobre a relação entre a vítima e o perpetrador, se houve envolvimento de arma, bem como outras circunstâncias relacionadas com o evento. Pesquisas populacionais e estudos específicos podem fornecer informações detalhadas sobre a vítima ou o perpetrador, seus históricos, atitudes, comportamentos e possíveis envolvimento anteriores com a violência. Essas fontes podem também fornecer uma estimativa mais verdadeira sobre a prevalência da violência em comparação com os registros do que é notificado à polícia ou outras agências.

A maioria das vítimas de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo não procura ajuda. Traumatismos e outros problemas físicos e de saúde mental decorrentes desses tipos de violência são automedicados ou tratados com profissionais de atenção primária em saúde e outros profissionais como farmacêuticos – sem necessariamente o conhecimento da causa subjacente. Pesquisas de base populacional em larga escala são, portanto, outra fonte muito importante de dados, uma vez que fornecem um retrato mais completo da ocorrência e conseqüências da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Em alguns contextos, uma abordagem tem sido a de estabelecer parcerias internacionais com instituições acadêmicas e organizações não governamentais para obter financiamento para uma pesquisa de base populacional ou estudo no país, embora os esforços para envolver os governos em pesquisas de base populacional nacionais ou em regiões do país estejam também em andamento. No entanto, em muitos países, a descrição precisa da natureza do problema permanece uma grande dificuldade, especialmente se houver poucos dados de rotina ou estudos anteriores sobre os quais se basear. A pressão do tempo pode significar que “atalhos” devem ser tomados em alguns locais. Nessas situações, pode-se utilizar informações de estudos internacionais em contextos similares. Por exemplo, resultados obtidos de países comparáveis no estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (Garcia-Moreno *et al.*, 2005), nas Pesquisas de Demografia e Saúde ou em outros estudos apresentados no **Capítulo 1** do presente documento podem ser utilizados.

TABELA 7

Fontes potenciais de dados e informações por categoria de dados

Categoria de dados	Fontes potenciais de dados	Exemplos de informações coletadas
Mortalidade	Certidões de óbito; registros de estatísticas vitais; e relatórios de necrotérios e médicos legistas	Características individuais; causa de óbito; e hora, lugar e localização do óbito
Morbidade e relacionados com a saúde	Registros hospitalares, clínicos e médicos	Informações sobre doença, traumatismos e saúde física ou mental; e sobre as circunstâncias e gravidade do traumatismo
Atitudes, crenças e práticas autorreferidas	Pesquisas; grupos focais; e a mídia	Informações sobre atitudes, crenças e práticas; a experiência e a perpetração da violência; exposição à violência na comunidade e no lar; e comportamentos de risco
Baseados na comunidade	Registros demográficos; e registros de governos locais	Contagens populacionais; níveis de renda; níveis educacionais; e taxas de desemprego
Dados criminais	Registros policiais; registros judiciais; registros de passagens prisionais; e laboratórios criminais	Tipo de crime; características dos criminosos e das vítimas; e circunstâncias do evento
Socioeconômicos	Registros institucionais ou de serviços; e estudos especiais	Gastos com a saúde; utilização de serviços; acesso à atenção em saúde; custos de tratamentos; renda pessoal e domiciliar; e distribuição da renda
Políticos ou legislativos	Registros governamentais e legislativos	Informações sobre leis e decretos; e sobre políticas e práticas institucionais

Adaptado de: Dahlberg & Krug (2002)

Desenvolver a capacidade de avaliar as necessidades da saúde e os impactos na saúde

A maioria dos países carece de informações rotineiras disponíveis sobre a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Quando esse é o caso existem várias opções:

- **As pesquisas voltadas especificamente** à violência sexual e à praticada pelo parceiro íntimo fornecem os dados mais confiáveis e aprofundados, uma vez que elas coletam informações sobre a prevalência e a frequência, o impacto na saúde, fatores contextuais e sobre fatores de risco e de proteção. Entretanto, elas são caras e não são fáceis de repetir. A integração de um módulo sobre violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo em sistemas de coleta de informações de pesquisas existentes para permitir coleta sustentável e contínua de dados é uma alternativa útil, porém, deve-se considerar a garantia dos padrões éticos e de segurança (Ellsberg & Heise, 2005). Contudo, é preciso ter cuidado, uma vez que a integração desses módulos em pesquisas muito amplas em saúde pode resultar em subestimações do problema. Não é recomendável acrescentar apenas um pequeno número de perguntas sobre a violência, uma vez que isso tem mostrado conduzir a subestimações e outros resultados equivocados. Se uma nova pesquisa estiver sendo desenvolvida, é importante obter aconselhamento especializado e considerar plenamente as questões de segurança, confidencialidade ética e outras questões. A OMS desenvolveu orientações sobre as considerações éticas e de segurança na pesquisa sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo (OMS, 2001). Um manual de pesquisa sobre a violência contra a mulher para pesquisadores e ativistas está também disponível e fornece dicas práticas sobre a implementação de estudos de base populacional e outros estudos sobre a violência contra a mulher (WHO/PATH, 2005).
- Os **dados de registro** que dependem de notificações profissionais ou públicas (por exemplo, dados hospitalares ou policiais) são uma fonte potencial de informação em curso e foram utilizados para monitorar as tendências de abuso infantil nos Estados Unidos. Entretanto, é preciso ter cuidado ao interpretar esses dados, uma vez que

são sujeitos a mudanças nas políticas de notificação e tendem a sub-representar uma questão quando comparada aos achados de pesquisas populacionais representativas.

- **As técnicas de avaliação rápida**¹ são métodos de baixo custo utilizados para descrever a natureza de um problema e podem ser rapidamente implementadas em um contexto local. Envolvem normalmente uma combinação de métodos – por exemplo, entrevistas com os principais atores; grupos focais; exercícios de mapeamento; e coleta e análise de dados disponíveis em unidades de saúde, organizações não governamentais e autoridades locais (Palmer, 1999). Toda a abordagem pode ser completada em 2-3 meses e os resultados fornecidos à comunidade para incentivar a ação local e subsidiar o planejamento.

Para promover o investimento na prevenção, subsidiar a elaboração de políticas e programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo e monitorar os efeitos desses programas, é extremamente útil a produção de informações nas seguintes áreas:

- **A prevalência e a incidência** da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo – como comumente afetam a população e suas tendências ao longo do tempo.
- **A distribuição** dessa violência – por exemplo, por idade, sexo, situação econômica, contexto e local.
- **As consequências para a saúde – mortalidade**: o número de óbitos relacionados com a violência sexual ou praticada pelo parceiro íntimo. Os dados podem ser utilizados para monitorar as mudanças ao longo do tempo na violência fatal, identificar os indivíduos e os grupos em alto risco de morte por essa violência e para comparação dentro do país e entre os países. *Morbidade/desfechos de saúde*: dados sobre doenças, traumatismos e outras condições de saúde decorrentes do fato de ser vítima da violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo; e sobre o seu impacto na capacidade de trabalhar e realizar atividades básicas da vida.
- **Fatores de risco** – *em nível individual*, por exemplo, sexo, ser jovem, histórico de maus-tratos, mau uso de álcool e comportamentos de conduta antissociais; *em nível de relacionamentos*, por exemplo, parceiros múltiplos/infidelidade e satisfação/discórdia conjugal; *em nível comunitário*, por exemplo, relacionados com as características da população e os níveis de renda, educação e desemprego; e em nível da sociedade, por exemplo, normas sociais relacionadas com as relações de gênero e a aceitabilidade da violência e leis e políticas relacionadas com a violência.
- **Fatores de proteção** – por exemplo, frequência escolar, voluntariado e ação comunitária e envolvimento em atividades de grupo. Isso pode incluir o mapeamento de serviços e políticas eficazes de prevenção.
- **Dados criminais** – sobre as características e circunstâncias de eventos violentos e criminosos violentos que são conhecidos pela polícia; sobre o progresso de casos nos tribunais; e sobre a proporção de eventos que terminam em condenação.
- **Dados econômicos** – relacionados com o custo do tratamento e da assistência social; o custo econômico para os sistemas de atenção em saúde; e a economia possível decorrente de programas de prevenção.
- **Políticas e legislação** – incluindo a implementação de políticas; a promulgação e fiscalização de leis que tratem de fatores de risco experimentados pela população (como o mau uso de álcool).

¹ Para mais informações, incluindo recursos gratuitos e exemplos de técnicas de avaliação rápida, ver: The Managers Electronic Resource Centre (“Centro de Recursos Eletrônicos para Gestores”) – parte do Management Services for Health (“Serviços de Gestão em Saúde”) no endereço: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.1b.htm&module=chs&language=English>

A informação disponível será essencial para o planejamento dos passos seguintes. Considerando que os recursos são limitados, os dados podem ajudar a decidir sobre grupos prioritários (por exemplo, demonstrando quem possui mais fatores de riscos para perpetração) e sobre os pontos potenciais para iniciar as ações. Essas decisões serão base, por sua vez, para o próximo passo, a identificação de intervenções.

4.3 Passo 3: Identificar programas potencialmente eficazes

Identificar programas potencialmente eficazes referentes à natureza do problema e à base de evidências para a prevenção

No **Capítulo 3**, apresentou-se um resumo das evidências da eficácia de uma ampla série de programas. Conforme observado, a maioria dessas evidências origina-se dos PAR, e, portanto, é importante que os formuladores de políticas e planejadores decidam o que seria mais relevante e eficaz em seu próprio contexto, baseados pelos dados disponíveis. Evidências da eficácia em um local de alta renda podem, por exemplo, considerar o acesso a recursos e infraestrutura que não seriam disponíveis em um contexto de baixa renda, e portanto todos os programas deverão ser adaptados ao contexto local. Além disso, alguns programas que são frequentemente implementados (como programas de educação sobre estupro) mostraram ser ineficazes.

Considerando os escassos recursos disponíveis para abordar a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, o planejamento cuidadoso dos programas é fundamental. A implementação também deve ser realizada passo por passo, ser rigorosamente monitorada e acontecer em uma escala suficiente e por um período suficientemente longo para permitir a documentação e avaliação das mudanças efetuadas. A capacidade de planejar, monitorar e avaliar os programas deverá ser desenvolvida para garantir que isso aconteça.

Há consideráveis vantagens na realização de um processo de “avaliação formativa” antes da seleção e implementação de programas específicos. Esse processo permite uma melhor compreensão das necessidades e dos recursos disponíveis em um âmbito particular, bem como direciona a melhor abordagem a adotar. Em combinação com um conhecimento dos fatores de risco, esse processo permite orientar a seleção e o desenvolvimento de atividades de prevenção (tais como se seria melhor o uso de campanha da mídia, desenvolvimento de programas ou outra estratégia de prevenção).

Uma vez identificado o programa, as questões mais amplas que devem ser abordadas incluirão normalmente as seguintes perguntas:

- As necessidades percebidas pela comunidade serão atendidas?
- As abordagens culturais e idiomáticas selecionadas são respeitadas em relação ao público previsto?
- Os recursos são utilizados da maneira mais eficaz para realizar atividades que alcancem as metas para prevenção?
- O programa pode ser melhorado?
- Existem formas para tornar o programa mais eficaz?
- Como poderia ser a resposta das pessoas aos esforços de prevenção?
- Como poderão as pessoas possivelmente mudar e se beneficiar desses esforços?
- Qual o efeito real que o programa poderá ter na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo?

As fontes de informação poderão incluir estatísticas regionais ou nacionais; pesquisas populacionais ou questionários; grupos focais, entrevistas ou reuniões de consolida-

ção; e execução de pré-testes ou ensaios. As respostas às perguntas acima mencionadas podem então informar a teoria subjacente do programa, seus objetivos, suas atividades e a implementação do programa em si. Envolver-se na avaliação formativa pode ser uma maneira altamente prática e custo-efetiva de garantir a qualidade, a viabilidade e a relevância de uma abordagem de prevenção antes de empenhar recursos em larga escala.

Os diversos setores poderão então trabalhar em parceria para identificar quais os programas mais apropriados para a sua área, e aquelas abordagens que poderiam ser posteriormente desenvolvidas para maximizar seu impacto de prevenção. Considerando os setores listados acima na **seção 4.1**, uma típica distribuição das áreas de atividade poderia então ser:

- **A área da saúde** – saúde mental materna, maternidade e paternidade, tratamento do uso abusivo de álcool.
- **Os que trabalham com crianças e jovens, incluindo a área da educação** – habilidades de prevenção da violência e do abuso para crianças e jovens, desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, intervenção precoce para transtornos emocionais e de conduta.
- **A polícia e a justiça criminal** – elaboração e garantia de cumprimento da legislação.
- **Governo local** – redução do acesso ao álcool e programas de redução da pobreza.
- **Comunidades e organizações não governamentais** – mudança das normas culturais, projetos de microcrédito e programas de educação.

4.4 Passo 4: Desenvolver políticas e estratégias

Acordar uma estrutura para o desenvolvimento conjunto de políticas e estratégias e priorização de programas eficazes

Ao trabalhar em parceria, deverão ser feitos esforços para incorporar os resultados dos três passos anteriores desse enquadre teórico nas políticas e estratégias de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. O desenvolvimento dessas políticas e estratégias será mais fácil onde houver uma clara liderança alimentando o processo, e onde o regime de trabalho é desenvolvido em uma parceria significativa com todos os atores principais descritos no **Passo 1**. O desenvolvimento de uma política e estratégia conjunta envolveria então os seguintes passos sequenciais (ver também: Schopper, Lormand & Waxweiler, 2006):

- Acordar uma visão compartilhada e um marco teórico abrangente para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo – por exemplo, promoção de relacionamentos iguais e saudáveis.
- Estabelecer claramente a natureza e importância do problema – por exemplo, quantas pessoas são afetadas, sua idade, sexo, fatores de risco e o impacto nos indivíduos (inclusive na sua saúde e educação) e nas famílias, comunidades e na economia.
- Priorizar programas eficazes – trabalhar com todos os parceiros para identificar um pequeno conjunto de programas prioritários para uma ação posterior, selecionados por sua adequação em um contexto particular.
- Assegurar que a política leve a programas e ações – por exemplo, ganhando o aval de todos os parceiros, estabelecendo prioridades claras e alcançando um sólido acordo sobre os passos a seguir.

Esse processo sequencial de elaboração de uma política e estratégia específica para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo ajudará também no envolvimento de vários setores e a sensibilização sobre as questões entre aqueles que tomam as decisões e o público geral. Adicionalmente, os esforços serão potencialmente muito mais poderosos se as áreas de atividade relevantes forem integradas em políticas e estratégias mais amplas (por exemplo, na saúde materna ou mental, uso de álcool, educação, crime, desenvolvimento econômico e planejamento urbano). O grau em que um programa pode incorporar essas áreas principais de forma viável é um dos princípios orientadores que devem ser considerados e acordados pelos parceiros principais como parte do processo de priorização. (Caixa 8).

4.5 Passo 5: Criar um plano de ação para garantir a provisão das atividades

Acordar um processo e cronograma para a implementação

Após o desenvolvimento de políticas e uma estratégia acordada, será necessário formular um plano de ação – mais uma vez, idealmente em parceria com outros setores. Um plano de ação fornece detalhes sobre como usar o programa identificado na estratégia. Algumas estratégias contêm um plano de ação no final do relatório escrito. As seguintes áreas sugeridas poderiam ser úteis se adaptadas para o desenvolvimento de um plano de ação conforme o contexto e âmbito local:

CAIXA 8

Fatores a serem considerados na priorização de programas

- Qual o tamanho da população que se beneficiará do programa?
- Qual o nível estimado de ganhos em saúde nessa população depois do programa – em curto, médio e longo prazos?
- Quais seriam os ganhos mais amplos da intervenção – como melhora na educação, sociais ou econômicos?
- Quão viável é a integração do programa nos serviços já existentes (por exemplo, para a identificação e manejo da depressão materna como parte dos serviços existentes de cuidado pré-natal)?
- Quais os custos aproximados de implementação do programa baseado na capacidade e nos recursos atuais?
- Há algum agravo potencial causado pela implementação do programa?
- A agência executora possui a capacidade necessária? Caso contrário, pode ser construída?
- A comunidade está pronta para o programa ou há necessidade de alguns passos para melhorar a prontidão da comunidade?
- Existem barreiras financeiras ou culturais ou outros obstáculos para a implementação do programa, e quão fácil seria superá-los?
- Existem oportunidades que poderiam facilitar a implementação do programa? Por exemplo, uma nova política, financiamento ou recursos disponíveis em uma área de atividade particular.

- **Cronograma:** especificar um cronograma para o gerenciamento de todos os passos necessários para alcançar os objetivos do programa (por exemplo, capacitação de funcionários antes que eles forneçam habilidades de cuidado dos filhos às mães).
- **Definir papéis e responsabilidades e identificar os recursos e habilidades necessários:** nomear um líder em cada área que terá a responsabilidade de assegurar a provisão de cada programa recomendado e assegurar-se de que eles tenham a capacidade e as habilidades para fazê-lo. Os vários parceiros terão diferentes recursos e capacidades que podem ser necessárias em diversas etapas do projeto. É importante acordar quem fornecerá qual contribuição e em qual momento. Por exemplo, os funcionários do setor saúde podem capacitar os funcionários do setor educação a ensinar habilidades de prevenção da violência, ao passo que os agentes da comunidade local poderão ser responsáveis por assegurar que as crianças vulneráveis assistam aos eventos.
- **Planejar a divulgação:** é importante acordar um plano para a divulgação do progresso e dos benefícios esperados do programa. Isso pode ser alcançado através do uso da mídia, reuniões comunitárias ou encontros com indivíduos-chave (por exemplo, líderes comunitários).
- **Envolver a comunidade:** o envolvimento comunitário enfatiza o papel dos indivíduos e das comunidades como agentes de mudança em vez de recipientes passivos de programas. Ele também põe a prioridade em assegurar o engajamento e influência da comunidade no processo de mudança. Todos os programas podem se beneficiar significativamente do maior apoio e receptividade à mudança que resulta de um envolvimento comunitário bem-sucedido.

Acordar e definir os papéis e as responsabilidades dos parceiros

A identificação clara de quem assumirá o papel de liderança, e a coordenação dos papéis e das responsabilidades específicos de cada setor e organização envolvidos facilitará sobremaneira a implementação de estratégias e programas acordados. Cada setor deverá desempenhar a sua parte em um esforço coordenado de modo a assegurar a sinergia e evitar prejudicar inadvertidamente os esforços de outros parceiros. Isso também requererá a identificação dos recursos e habilidades necessários para garantir uma efetiva implementação.

Desenvolver habilidades profissionais, realizar treinamentos adicionais e estabelecer redes efetivas

A capacitação pode ser um dos elementos que precisam ser incorporados para o desenvolvimento das habilidades necessárias. Em geral há necessidade de desenvolver capacidades para a prevenção da violência sexual e praticada pelo parceiro íntimo através, por exemplo, da inclusão dessas questões nos currículos de enfermeiros, doutores e profissionais de saúde pública, bem como treinamento em serviço de profissionais de saúde. Além disso, pode haver uma necessidade, por exemplo, de habilidades técnicas para realizar pesquisas e estabelecer sistemas de vigilância, ou para o trabalho de promoção e liderança, incluindo habilidades de captação de recursos, mídia e comunicação.

Será provavelmente preciso de capacitação para implementar quaisquer das estratégias discutidas no **Capítulo 3** que forem selecionadas para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. Onde for viável, as organizações deveriam apoiar a capacitação junto com outros parceiros, por exemplo, através de visitas de intercâmbio, tutoria e colaboração com outras instituições. Esses intercâmbios técnicos podem acelerar a absorção das melhores práticas, permitir a formulação de agendas políticas e criar redes efetivas, bem como articular os profissionais a potenciais recursos técnicos e outras formas de apoio.

4.6 Passo 6: Avaliar e compartilhar o aprendizado

Planejar e implementar uma avaliação adequada

O monitoramento e a avaliação – e a disseminação dos resultados – são os componentes-chave da abordagem da saúde pública na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo delineada na **Introdução** do presente documento. Ambos são necessários para promover o planejamento e a implementação de programas baseados em evidências, e a avaliação de programa é chave para o seu incremento. As avaliações de programa podem ser elaboradas para responder a vários tipos de perguntas – que podem variar de acordo com a abordagem adotada e a fase alcançada. Ainda que a incorporação da avaliação como parte integrante de um programa permita um constante monitoramento e ajustes conforme a necessidade, diversos tipos de avaliações podem ser mais adequados em diferentes etapas à medida em que diferentes questões surjam. Os componentes da avaliação podem então ser adicionados ou modificados conforme a evolução do programa. Esses componentes podem ser divididos nas três principais categorias de avaliação seguintes:

- **Avaliação de processo** para documentar a probabilidade de um programa ser (ou estar sendo) implementado conforme planejado.
- **Avaliação de resultados** para determinar a probabilidade de um programa ter o efeito esperado sobre a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo (ou seus fatores de risco e proteção).
- **Avaliação econômica** para identificar os recursos necessários para conduzir, replicar ou ampliar os programas, e para avaliar os custos e benefícios, determinando se os benefícios de um programa são maiores que seus custos.

A avaliação de processo avalia os elementos específicos de um programa (como conteúdos, atividades de capacitação ou apoio prático) para descobrir se está sendo realizado de acordo com o planejado e identificar lacunas entre o previsto e o realmente realizado. Ela pode, por exemplo, identificar se um programa está alcançando o público esperado, descrever o que é fornecido (e como) e avaliar as percepções do público e dos participantes e seus níveis de satisfação com o programa. A avaliação de processo pode também documentar as realizações do programa.

São coletadas informações tanto sobre o que está funcionando bem como sobre o que precisa ser redefinido. Assim, os desafios e barreiras podem ser identificados conforme vão surgindo, para permitir melhores respostas futuras, ou para documentar aqueles que não puderem ser superados. Se um programa eventualmente for considerado como bem-sucedido na prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, a documentação exata do que está acontecendo pode então permitir a continuação dessa abordagem da mesma forma. Isso também aumenta a probabilidade de outros grupos alcançarem um êxito similar no caso de o programa ser utilizado em outro local. Em caso de êxito limitado ou nenhum êxito, a avaliação de processo permitirá determinar se isso pode ser atribuído a problemas na forma de implementação do programa. Isso reduzirá sobremaneira o risco de descartar um programa potencialmente eficaz apenas por causa de questões de implementação.

Em relação a programas novos, a avaliação de processo pode ser útil ao focar em aspectos de implementação e provisão de componentes de programa. Em programas mais estabelecidos, a avaliação poderia focar em verificar se os procedimentos esperados estão ou não sendo realizados de maneira otimizada. Em programas em andamento, a avaliação do processo pode ser incorporada como uma parte da rotina das atividades cotidianas, de modo que o programa pode ser continuamente monitorado e analisado. A frequência do monitoramento pode ser ajustada conforme as necessidades e os recursos mudem.

Independentemente do grau de estabelecimento do programa, o primeiro passo para avaliar se ele está sendo implementado da forma esperada é identificar os componentes-chave (por exemplo, áreas críticas de conteúdo ou atividades necessárias para a implementação de um currículo de prevenção, mudanças esperadas nas políticas, ou condução de uma campanha midiática). O segundo passo é desenvolver critérios para julgamento do grau de implementação desses componentes. Em muitos casos, esses critérios já teriam sido discutidos como parte do processo de estabelecimento de prioridades – conforme delineado na seção 4.5. Por fim, as informações deverão ser coletadas para monitorar e documentar cada componente no intuito de monitorar o grau de implementação em comparação com o plano proposto.

O **Anexo B** fornece exemplos dos tipos de elementos que podem ser considerados durante o processo de avaliação dos diversos tipos de atividades de prevenção, e lista algumas das fontes potenciais dessas informações. Em última análise, os métodos de avaliação do processo selecionados deverão ser selecionados a partir do tipo de programa e das perguntas a serem respondidas – e do grau de confiança necessário para os resultados, bem como dos recursos disponíveis e do nível de especialização solicitado pelas diversas abordagens de avaliação.

Avaliação dos resultados – os resultados finais que as abordagens de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo buscam alcançar são a redução na perpetração desses tipos de violência, ou a redução nos danos ou impactos na saúde ou nos óbitos causados por essas violências. No entanto, a avaliação dessas mudanças em longo prazo pode ser difícil e dispendiosa. Essas mudanças demandam tempo para serem observadas, exigindo que os dados sejam coletados durante longos períodos. Isso é especialmente verdadeiro quando o comportamento ou desfecho de interesse ocorre relativamente raramente. Um objetivo mais realista para muitos programas de prevenção pode, portanto, ser a mudança dos fatores de risco que contribuem às violências (**Capítulo 2**) com o objetivo final de prevenir o comportamento violento. Sejam quais forem os resultados selecionados, eles deveriam ser baseados na teoria subjacente da abordagem de prevenção; nos objetivos do programa; na medida em que o programa e suas atividades são completamente implementados; e nos recursos disponíveis para a sua avaliação.

A avaliação de resultados busca especificamente determinar se um programa teve êxito em realizar as mudanças esperadas (por exemplo, nos fatores de risco, comportamentos, ou nos níveis de traumatismos, doenças e óbitos). A preocupação principal ao elaborar uma avaliação de resultado é assegurar que quaisquer explicações alternativas para as mudanças observadas sejam eliminadas, para que se tenha certeza de que essas mudanças decorreram do programa e não de algum outro fator. Isso permitirá garantir que os recursos não sejam desperdiçados em programas ineficazes ou menos eficazes.

Uma maneira de abordar isso é coletar dados sobre o(s) desfecho(s) que interessa(m) em intervalos de tempo múltiplos antes e após (e por vezes durante) a implementação, para ver em que ponto as mudanças ocorrem (“desenho de série temporal”). Essa abordagem é frequentemente utilizada para avaliar programas comunitários amplos, tais como mudanças de políticas. Os dados coletados originam-se muitas vezes de fontes em nível comunitário, como pesquisas populacionais, ou de registros realizados na comunidade, como as informações coletadas rotineiramente nos sistemas de vigilância ou de monitoramento (ver a **seção 4.2** para uma discussão completa de fontes potenciais de dados).

Outra abordagem é o uso de grupos “experimentais” e de “controle” como parte de um “ensaio controlado” onde o grupo experimental recebe o programa e o grupo controle não o recebe. Embora as diferenças entre os dois grupos possam ainda decorrer, ao longo

do tempo, de outros eventos ocorrendo simultaneamente (como outras atividades de prevenção, mudanças de política ou eventos comunitários), o uso de grupo(s) controle permitirá descartar essa possibilidade. Entretanto, isso dependerá de ambos os grupos estarem igualmente expostos a eventos externos e outras atividades, e torna-se, portanto, necessário o monitoramento do grau ao qual cada grupo foi exposto às influências externas.

É também possível que o programa possa “contaminar” o grupo controle e distorcer os resultados. Por exemplo, os estudantes que fazem parte de um programa podem compartilhar as informações que receberam com estudantes do grupo controle ou, ainda, uma comunidade que é controle pode ser exposta a uma campanha midiática ou legislação. Esses efeitos podem ser minimizados selecionando um grupo de controle que seja geograficamente distante do (ou de alguma forma tenha menor probabilidade de interagir com o) grupo experimental. Por exemplo, é menos provável que estudantes interajam com estudantes de escolas distantes do que com estudantes em outra classe da mesma escola ou de uma escola diferente do mesmo bairro.

A coleta de dados imediatamente após a conclusão do programa ou pouco depois fornecerá informações sobre seus efeitos imediatos. A coleta de dados de “acompanhamento” em um intervalo (ou intervalos) após a coleta dos dados imediatos pós-programa pode ajudar a determinar se as mudanças são mantidas ou diminuem uma vez que o programa termina. Os dados de acompanhamento podem também fornecer informações sobre mudanças posteriores que não eram evidentes imediatamente após o programa (por vezes chamados de “efeitos latentes”). A decisão de coletar dados de acompanhamento será guiada pelas perguntas a serem respondidas. A capacidade do programa de coletar informações em longo prazo dos participantes e a disponibilidade de recursos para avaliação devem ser consideradas desde o início do processo.

Devido à grande limitação nas evidências sobre programas eficazes ou promissores de prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, a inclusão da avaliação de resultados no planejamento da avaliação pode fornecer informações valiosas e muito necessárias. As avaliações para a melhora dos programas precisam de certa capacidade técnica, porém, podem ser realizadas utilizando fontes existentes de informações acima mencionadas. Entretanto, uma rigorosa avaliação de resultados para construir uma base de evidências para a prevenção precisa de competência científica desde o início da fase de planejamento para assegurar:

- a seleção adequada dos objetivos de prevenção;
- a preparação de um modelo lógico¹; e
- a escolha correta do projeto de pesquisa, de população(ões) para o estudo, resultados, fontes de dados e métodos de análise.

Como resultado, faz-se necessária uma parceria com uma instituição acadêmica ou de pesquisa com a devida capacidade. A **Caixa 9** descreve como uma agência de saúde pública contatou uma organização popular para melhorar a base de evidências para um programa particular de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo.

Em última análise, a seleção da abordagem de avaliação de resultados será guiada pelas perguntas a serem respondidas e o grau de certeza necessário na atribuição dos efeitos observados ao programa. Os benefícios de cada abordagem deverão ser ponderados em relação aos obstáculos práticos e financeiros do programa. Vários tipos de avaliação de

CAIXA 9

Melhorando a base de evidências através do incremento da avaliação

Preocupado com o lapso entre a descoberta de programas eficazes e a sua ampla adoção, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos decidiu buscar programas de prevenção da violência sexual com comprovada viabilidade para o mundo real para construir uma base de evidências científicas para as intervenções adotadas. Em primeiro lugar, os programas existentes foram identificados com base em documentos publicados ou inéditos, buscas na web e entrevistas com especialistas, profissionais e agências de programas. As informações disponíveis publicamente sobre cada programa foram complementadas por entrevistas telefônicas estruturadas para a compilação das descrições resumidas de cada programa identificado. Após edital aberto para financiamento, foram selecionados quatro programas, cada um deles fornecido em um formato multissessão, baseados em seu foco em perpetração por homens uma primeira vez, experiência prévia em avaliação, compromisso com a utilização da avaliação para a melhora do programa, e sua capacidade de comprometer os funcionários para o processo de avaliação. Um avaliador externo serviu então de facilitador, capacitador e instrutor para auxiliar os atores do programa no projeto e na condução de suas próprias avaliações. O processo utilizou os princípios de empoderamento para construir a capacidade de avaliação entre os programas e gerar informações sobre as atividades programáticas. Os programas participantes relataram subsequentemente melhoras na sua capacidade de avaliação, na medida e na sofisticação de suas práticas e uma melhor alocação de recursos dedicados à avaliação. Foram então fornecidos inúmeros exemplos de aplicação bem-sucedidas dos achados da avaliação nos esforços de aprimoramento de programas.

Para mais informações, por gentileza consultar:
www.cdc.gov/ncipc/delta/
www.cdc.gov/ncipc/DELTA/DELTA_AAG.pdf

resultados poderão ser também úteis nas diversas fases. Contudo, independentemente da abordagem escolhida, a incorporação rotineira de coleta de dados dos resultados que vão sendo conseguidos será necessária para monitorar a eficácia continuada do programa. Por exemplo, ao se iniciar uma nova estratégia, a coleta de dados dos participantes antes e depois da implementação do programa pode ajudar a determinar se a abordagem parece ser promissora. Indícios positivos incluem mudanças que pareçam estar na direção certa, são de magnitude suficiente, ou são similares ou melhores que outros programas que objetivam os mesmos resultados. Os achados podem então ser utilizados para melhorar o programa. Mais tarde, um estudo tipo ensaio controlado (ou ensaio randomizado controlado) pode ser utilizado para fornecer mais evidências de que o programa estava de fato contribuindo às mudanças desejadas, construindo assim a base de evidências sobre prevenção primária.

A avaliação econômica é um método sistemático de avaliação do impacto de estratégias, políticas e programas sobre resultados e custos (Haddix, Teustch & Corso, 2003). Ela pode ajudar a identificar e compreender a utilização dos recursos por um programa, determinar o que é viável considerando os recursos disponíveis, permitir um uso mais eficaz dos recursos e planejar ou priorizar atividades em caso de redução ou retirada dos recursos. Além disso, administradores, agências financiadoras e o público estão cada vez mais preocupados com a relação entre custos e benefícios dos programas. A avaliação econômica pode ajudar a demonstrar que um programa merece investimentos. Por exemplo, profissionais na área de violência juvenil foram capazes de dizer aos responsáveis pelas políticas que um programa baseado em visitas domiciliares de enfermeiros custa US\$ 6.142 por família. Entretanto, a redução em 16% do risco de envolvimento dos jovens em violência e crime gera uma econo-

¹ Ver: CDC Evaluation Working Group: www.cdc.gov/eval/resources.htm#logic%20model and Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR): A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: www.chspr.ubc.ca/files/publications/2004/chspr04-19.pdf

mia em torno de US\$ 4.600 por participante no programa para o contribuinte e US\$ 8.100 para as vítimas potenciais (Aos, Miller & Drake, 2006). Essas análises de custo-benefício requerem que a eficácia de um programa tenha sido previamente determinada. A avaliação econômica é normalmente realizada por pesquisadores e precisa de perícia metodológica.

Aprender – e depois compartilhar as evidências e as práticas promissoras

Os parceiros interessados em receber os resultados das avaliações de programas de prevenção devem ser identificados nas etapas preparatórias dos programas. Durante a implementação e avaliação do programa outros parceiros podem também tê-lo conhecido e demonstrado interesse nele. A apresentação dos resultados da avaliação aos diversos públicos pode angariar um apoio mais amplo dos tomadores de decisão e da comunidade para um programa e para o objetivo maior de prevenção da violência. O compartilhamento das evidências que apoiam o uso de certo programa com outros parceiros pode construir competências e melhorar a prática. O escopo, grau de detalhe e método de divulgar os resultados de avaliação variarão a depender do interesse e das necessidades dos diferentes públicos.

O público interno, como funcionários, voluntários, a diretoria e outros atores estreitamente envolvidos no programa estarão familiarizados com os objetivos e as expectativas da avaliação e poderão, por isso, requerer informações detalhadas. Nesse caso, uma apresentação verbal (acompanhada de material visual para ilustrar os pontos principais ou para resumir os dados) que permita a discussão dos achados, e interpretações e aplicações alternativas pode ser muito útil. O compartilhamento e a discussão dos resultados com o público interno promovem investimento no programa e no processo de avaliação. Para evitar o mau uso dos resultados da avaliação, vale lembrar aos atores dos acordos prévios sobre o propósito da avaliação e sobre como os resultados e recomendações seriam compartilhados e utilizados para a melhoria do programa.

Apresentações breves também podem ser adequadas para diversos públicos externos, como legisladores e agências de financiamento. Entretanto, esses públicos frequentemente solicitam um relatório escrito com a descrição do(s) objetivo(s), racionalidade, atividades, desenho da avaliação e achados do programa, se possível complementados por comentários ou falas, relato de casos ou gráficos. Relatórios sucintos e claros têm maior chance de serem lidos. Dependendo do público, um resumo executivo ou folheto breve pode ser suficiente, com os indivíduos interessados sendo referidos a um relatório mais longo e detalhado.

Comunicar os achados à mídia – e através dela ao grande público – pode requerer uma abordagem levemente diferente. Trabalhar com a mídia não é complicado, mas certamente requer planejamento. Em primeiro lugar, é necessário procurar contatos com jornais, TV e rádio na comunidade para começar a construir relações e para estabelecer o grupo como fonte especializada de informações sobre a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo. Informações úteis, novas, oportunas e precisas capturarão a atenção de um repórter. Por exemplo, ofereça estatísticas locais se possível, ou mostre como novos serviços poderiam ajudar na redução da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, beneficiando a comunidade. Desenvolva uma lista de contatos nos veículos de comunicação (utilizando a internet ou lista telefônica) e depois determine o melhor método para alcançar repórteres com as informações disponíveis. Exemplos de produtos para divulgação junto a jornais, TV e rádio incluem:

- **Comunicado de imprensa** – para informações novas e oportunas; os achados principais são apresentados no início, seguidos por informações descritivas de apoio; e deve ser de fácil formatação para envio por meio eletrônico.

- **Assessoria de imprensa** – utilizada para informar aos repórteres sobre uma oportunidade para fotografias ou outro evento.
- **Cartas ao Editor** – para especialistas, compartilhando um ponto de vista específico; cada jornal e outro meio de comunicação terão diretrizes disponíveis em sua página *web* sobre o processo de submissões e o tamanho solicitado.
- **Opinião-Editorial** – alguns jornais aceitam editoriais de opinião de convidados (“op-eds”) e as páginas *web* da mídia devem outra vez ser conferidas para detalhes.
- **Kit de imprensa** – deve ser simples e incluir fichas técnicas em uma página, folhetos e mapas; deve-se considerar a disponibilização virtual do kit de imprensa.

A novas inovações da mídia como blogs e Twitter podem também ser úteis para a disseminação de mensagens de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. A internet está se tornando cada vez mais uma fonte de informação atualizada. Um breve aviso pode ser postado na página *web* de um programa ou agência relevante, fornecendo o *link* para o(s) relatório(s) completo(s). A colaboração com colegas no compartilhamento dos *links* para os vários programas e relatórios pode ser uma opção valiosa.

O compartilhamento do programa e dos achados da avaliação tanto dentro do país como entre os países é um elemento importante para o desenvolvimento e disseminação dos conhecimentos e das habilidades necessários para a prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. As redes precisam de uma boa coordenação para conectar as pessoas cujas atividades de prevenção podem ser disseminadas por uma série de setores públicos e privados. As redes podem também ser estabelecidas para atender a necessidades locais, e essas também podem se conectar entre diferentes setores para um intercâmbio mais eficiente de informações sobre planejamento e ação. Como os achados da avaliação serão compartilhados – e com quem – dependerá do foco de um programa e do contexto da comunidade ou do país. Um ponto-chave, em todos os casos, é ser sucinto e claro e adequar devidamente a informação para cada público.

4.7 Mensagens-chave

Os seguintes passos são fundamentais para a implementação de programas e políticas de prevenção:

Passo 1: Como começar

Identificar parceiros-chave e desenvolver parcerias

Desenvolver uma visão compartilhada

Desenvolver habilidades e capacidade de liderança e promoção

Passo 2: Definir e descrever a natureza do problema

Definir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo

Descrever o tamanho e a natureza de cada problema

Desenvolver a capacidade de avaliar as necessidades da saúde e os impactos na saúde

Passo 3: Identificar programas potencialmente eficazes referentes à natureza do problema e à base de evidências para a prevenção

Passo 4: Desenvolver políticas e estratégias

Acordar uma estrutura para o desenvolvimento conjunto de políticas e estratégias

Priorizar programas eficazes

Passo 5: Criar um plano de ação para garantir a provisão das atividades

Acordar um processo e cronograma para a implementação

Acordar e definir os papéis e as responsabilidades dos parceiros

Desenvolver habilidades profissionais, realizar treinamentos adicionais e estabelecer redes eficazes

Passo 6: Avaliar e compartilhar o aprendizado

Planejar e implementar uma avaliação adequada

Aprender – e depois compartilhar as evidências e as práticas promissoras

Prioridades para futuras pesquisas e conclusões

Prioridades para futuras pesquisas

Pesquisas para construir a base das evidências direcionadas a suprir a falta atual de informações sobre programas eficazes de prevenção primária são necessárias com urgência. Os maiores obstáculos nas pesquisas nessa área são as escalas extensas temporais e os altos custos para a produção de resultados. No entanto, será difícil desenvolver, sem essas pesquisas, novas políticas que sejam tanto eficazes como custo-efetivas. A coleta de dados sobre a prevalência e as consequências para a saúde da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo será importante nos locais onde esses dados não são disponíveis. Poderá ser útil para sensibilizar sobre a existência e o impacto dessas questões relativamente ocultas e fornecer informações de base que podem ser eventualmente utilizadas para monitoramento. Para fortalecer a base de evidências e apoiar o desenvolvimento de diretrizes e recomendações urgentemente necessárias, é preciso abordar de forma prioritária as seguintes áreas:

- Avaliar programas promissores e continuar a desenvolver e testar programas potenciais – especialmente nos PBMR onde as taxas de violência praticada pelos parceiros íntimos são frequentemente altas.
- Priorizar programas e avaliações que focam grupos etários mais jovens, uma vez que as evidências sugerem claramente que isso poderia ser uma abordagem mais eficaz de prevenção primária.
- Considerar novos locais para programas de prevenção primária. No momento, há um número desproporcional de intervenções que estão sendo projetadas para aplicação nas escolas e nas universidades. No entanto, os indivíduos com maior risco de sofrer violência sexual e/ou praticada pelo parceiro íntimo podem não estar mais frequentando a escola ou podem encontrar dificuldades em participar de atividades baseadas nas escolas. Dever-se-ia dar uma maior consideração ao uso de outros locais e âmbitos, como: o lar, a atenção em saúde e as organizações comunitárias (incluindo as religiosas) entre outros.
- Uma vez determinada a eficácia de um programa, obter mais informações sobre o custo-efetividade relativo e os benefícios sociais e emocionais mais amplos de programas específicos em diversos contextos. As informações que esses estudos podem fornecer são fundamentais para convencer os formuladores de políticas sobre a importância de se investir em programas de prevenção primária. Idealmente, essas avaliações sobre o custo-efetividade deveriam também examinar o custo-efetividade e os benefícios relativos de programas de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo nas principais fases da vida. A disponibilidade de evidências sobre custo-efeti-

vidade ajudará então os formuladores de políticas a decidir quais programas priorizar de acordo com seus efeitos positivos em diferentes idades e vários contextos.

- Avaliações de diferentes políticas – por exemplo, aquelas que combinam uma variedade de programas – em termos de sua viabilidade, seu custo e seus resultados acelerarão muito o seu desenvolvimento e implementação em outros locais.
- Embora na maioria das regiões existam algumas evidências sobre a prevalência, as consequências e os fatores de riscos tanto para a violência sexual como para a praticada pelo parceiro íntimo, ainda se precisa de mais. Particularmente, precisa-se de muito mais evidências sobre os fatores de risco nos níveis comunitário e social, como por exemplo, as normas de gênero e a desigualdade de gênero; o impacto dessas violências no desenvolvimento da criança; e as consequências na saúde, por meio de estudos longitudinais, especialmente nos PBMR; e consequências na área da educação e da economia.

Questões metodológicas

- Os formuladores de programas devem ser incentivados a basearem seus programas em estruturas teóricas claramente articuladas para permitir a identificação dos mecanismos subjacentes e tornar a replicação mais fácil.
- Determinar se as mudanças no conhecimento, nas atitudes, nas crenças e nas intenções de comportamento resultam de fato em redução dos níveis da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo é uma necessidade urgente. As avaliações de resultados têm muitas vezes confiado nessas medidas ao invés de medirem os efeitos de um programa nos níveis reais de violências.
- Os períodos de acompanhamento deveriam ser mais longos, de modo a garantir que quaisquer efeitos benéficos não se enfraqueçam.
- Deve-se realizar esforços para construir a capacidade de pesquisa e trabalho colaborativo – inclusive com agências nacionais e internacionais – no intuito de apoiar pesquisas locais e identificar as prioridades para os vários tipos de contextos.

Conclusões

A prevenção baseada em evidências, da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, está em seus primórdios e há ainda muito por ser realizado. No momento, apenas uma abordagem possui evidências apoiando a sua eficácia – e essa refere-se apenas à violência pelo parceiro íntimo. A referida abordagem é o uso de programas nas escolas para a prevenção da violência no âmbito das relações de namoro. No entanto, surgem evidências com relação à eficácia de uma série de outras abordagens de prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, incluindo programas de microcrédito para mulheres em combinação com a educação sobre a igualdade de gênero, esforços para reduzir o acesso e o uso abusivo de álcool e mudanças nas normas sociais e culturais. Diversas outras abordagens parecem ter potencial, seja pela base teórica ou porque visam fatores de risco conhecidos; porém, muitas dessas nunca foram implementadas sistematicamente – muito menos avaliadas.

O declínio na violência praticada pelo parceiro íntimo observado nos Estados Unidos desde meados dos anos 1970 têm sido atribuídos aos efeitos cumulativos das intervenções de prevenção visando não apenas à violência pelo parceiro íntimo como também aos maus-tratos infantis (Smithy & Straus, 2004). No entanto, faltam evidências diretas sólidas para essa afirmação e esse declínio pode ser devido a outras mudanças

econômicas, culturais e sociais. Isso ressalta a necessidade urgente de gerar evidências sobre a eficácia das intervenções de prevenção primária da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo. A possibilidade de efeitos de rebote quando da implementação de certos programas – como observado nos programas de microcrédito para as mulheres na ausência de educação sobre a igualdade de gênero – demonstra ainda mais a complexidade que deve ser compreendida e abordada para que se evite efeitos nocivos inadvertidos de abordagens bem-intencionadas.

A maioria da base de evidências atual sobre a prevalência, os fatores de risco e de proteção, consequências para a saúde e as evidências sobre a eficácia originou-se dos PAR, especialmente os Estados Unidos. Se as pesquisas futuras devem subsidiar de forma significativa a prática e a política, é preciso agora conhecer consideravelmente mais sobre a eficácia da prevenção em outros locais, particularmente nos PBMR. Também é preciso construir uma melhor base de evidências sobre as variações encontradas em contextos culturais e religiosos diferentes e nas áreas rurais e urbanas. As instituições de pesquisa nos PAR podem trabalhar em conjunto com os PBMR em programas de pesquisa conjuntos que poderão compartilhar tanto os custos como os benefícios das pesquisas.

Há necessidade particularmente de pesquisas para identificar e desenvolver abordagens que sejam mais viáveis e custo-efetivas e que reduzam significativamente os fatores de risco da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo; a gravidade de suas consequências; e a frequência de sua ocorrência. Essas pesquisas deveriam abranger uma série de vários contextos e graus de integração com outros serviços. A maioria dos programas que foram avaliados até o momento foram implementados de forma relativamente limitada – contudo, na prática, pode muitas vezes ser mais fácil incorporar as atividades em estruturas de prestação já existentes, por exemplo, programas de saúde mental e de maternidade e paternidade integrados nos programas de saúde materna em curso. Programas de habilidades nas escolas também podem ser melhores se conectados a programas de promoção da saúde mais abrangentes, por exemplo, para abordar a saúde sexual e reprodutiva, a saúde mental ou o uso abusivo de álcool e drogas, especialmente entre adolescentes.

Embora premente, a necessidade de se ter evidências e mais pesquisas em todas essas áreas não impede de maneira alguma a ação imediata para a prevenção da violência praticada pelo parceiro íntimo e da violência sexual em todos os países. Os programas que tiverem evidências apoiando a sua eficácia devem ser implementados e, onde necessário, adaptados. Os que mostraram ser promissórios ou parecem ter potencial podem também desempenhar um papel imediato – com a realização de árduos esforços para incorporar, desde o início, avaliações rigorosas de resultados. Somente a ação e a geração de evidências podem prevenir a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, bem como permitir o amadurecimento exitoso da área de prevenção primária baseada em evidências para essas violências.

Bibliografia

- Abbey A *et al.* (2004). Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior*, 9(3):271–303.
- Abrahams N *et al.* (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(5):330–337.
- Ackerson LK *et al.* (2008). Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: A population-based study of women in India. *American Journal of Public Health*, 98(3):507–514.
- Adegoke TG, Oladeji D (2008). Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 20:265–273.
- Adi Y *et al.* (2007). Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education. Report 1: universal approaches (non-violence related outcomes). London, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Ahmed SM (2005). Intimate partner violence against women: experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23(1):95–101.
- Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American Journal of Public Health*, 96(8):1423–1428.
doi:10.2105/AJPH.2005.066316 PMID:16809594
- Ali PA, Bustamante-Gavino MI (2008). Violence against women in Pakistan: a framework for Analysis. *Journal Pakistan Medical Association*, 58(4):198–203.
- Amoakohene MI (2004). Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Social Science and Medicine*, 59:2373–2385.
- Anda RF *et al.* (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2):e19.
- Anderson KL (2005). Theorizing gender in intimate partner violence Research. *Sex Roles*, 52(11/12):853–865.

- Anderson, LA, Whiston SC (2005). Sexual assault education programs: a meta-analytic examination of their effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*, 29:374–388.
- Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682):2234–2246.
- Andrews G *et al.* (2004). Child sexual abuse. In: Ezzati M *et al.*, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Volume 2. Geneva, World Health Organization.
- Aos S, Miller M, Drake E (2006). *Evidence-based public policy options to reduce Future Prison Construction, Criminal Justice Costs, and Crime Rates*. Available at: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/06-10-1201.pdf
- Archer J (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126:651–680.
- Archer J (2006). Cross cultural differences in physical aggression between partners: a social role analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2):133–153.
- Arias I, Corso P (2005). Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: a comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4):379–391.
- Asling-Monemi K, Tabassum NR, Persson LA (2008). Violence against women and the risk of under-five mortality: analysis of community-based data from rural Bangladesh. *Acta Paediatrica*, 97:226–232.
doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00597.x PMID:18254912
- Babor TF *et al.* (2001). *AUDIT, the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*, 2nd Edition. Geneva, World Health Organization.
- Baldry, AC, Farrington DP (2007). Effectiveness of programs to prevent school bullying. *Victims and Offenders*, 2(2):183–204.
- Bair-Merritt MH *et al.* (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(1):16–23.
- Barker G, Ricardo C, Nascimento M (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Geneva, World Health Organization.
- Basile KC, Hertz MF, Back SE (2007). *Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings: Version 1*. National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention.
- Bilukha O *et al.* (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28:11–39.
- Black DA *et al.* (1999). *Partner, child abuse risk factors literature review*. National Network of Family Resiliency, National Network for Health. Available at: www.nnh.org/risk
- Boy A, Kulczycki A (2008). What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. *Violence Against Women*, 14(1):53–70.
- Boy A, Salihu HM (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49:159–164.
- Boyle MH *et al.* (2009). Community influences on intimate partner violence in India: women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Social Science and Medicine*, 69(5):691–697.
- Breitenbecher KH, Gidycz CA (1998). Empirical evaluation of a program designed to reduce the risk of multiple sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 13:472–488.
- Breitenbecher KH, Scarce M (2001). An evaluation of the effectiveness of a sexual assault education program focusing on psychological barriers to resistance. *Journal of Interpersonal Violence*, 16:387–407.
- Brown L *et al.* (2006). Sexual violence in Lesotho. *Studies in Family Planning*, 37(4):269–280.
- Brown DW *et al.* (2009). Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(6):447–455.
- Bruce S (2002). *The "A Man" campaign: marketing social norms to men to prevent sexual assault. The report on social norms*. Working paper number 5, July 2002. Little Falls (NJ), PaperClip Communications.
- Campbell JC (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359:1331–1336.
doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8 PMID:11965295
- Campbell JC *et al.* (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/Aids: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15:221–231.
doi:10.1080/17457300802423224 PMID:19051085
- CDC (2004). *Sexual violence prevention: beginning the dialogue*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research and Health*, 26(1):22–34.
- Champion HL, Durant RH (2001). Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatrics*, 53:189–197.
- Chan KL (2009). Sexual violence against women and children in Chinese societies. *Trauma Violence & Abuse*, 10(1):69–85.
- CIETAfrica (2002). *Sexual violence and HIV/Aids: executive report on the 2002 survey*. Project report PR-ZA-hn2-02. Available at: www.ciet.org/en/documents/projects_library_docs/2006316174822.pdf (accessed 11 November 2009).
- Counts DA, Brown J, Campbell J (1992). *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder (CO), Westview Press.
- Currie DH (1998). Violent men or violent women: whose definition counts? In RK Bergen, ed. *Issues in intimate violence*, pp. 97–111. Thousand Oaks (CA), Sage.

- Dahlberg LL, Butchart A (2005). State of the science: violence prevention efforts in developing and developed countries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 12(2):93–104.
- Dahlberg LL, Krug EG (2002). Violence – a global public health problem. In: Krug EG *et al.*, eds. *World report on violence and health*, pp. 3–21. Geneva, World Health Organization.
- Dalal K, Rahman F, Jansson B (2009). Wife abuse in rural Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 41(5):561–573.
- Davey Smith G (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position and health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 90:1694–1698.
- Decker MR *et al.* (2009). Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women’s HIV infection: findings from Indian husband–wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 51:593–600.
- Douglas M (1998). Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community: a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22:714–719.
- Du Mont J, Parnis D (2000). Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 19:779–792.
- Duailibi S *et al.* (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 97:2276–2280.
- Dube SR *et al.* (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 17(1):3–17.
- Dunkle KL *et al.* (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363:1415–1421.
doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4 PMID:15121402
- Dusenbury L *et al.* (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health*, 67:409–414.
- Eckenrode J (2000). What works in nurse home visiting programs. In: Alexander G, Curtis PA, Kluger MP, eds. *What works in child welfare*, pp. 35–43. Washington DC, Child Welfare League of America.
- Edleson J (1999). Children’s witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14:839–870.
- Ellsberg M, Heise L (2005). *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington DC, United States; and World Health Organization, PATH. Available at: www.path.org/files/GBV_rvaw_front.pdf
- Ellsberg M *et al.* (1999). Domestic violence and emotional distress: results from a population based study. *American Psychologist*, 54:30–36.
- Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A (1997). The Nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 5(10):82–92.
- Fabiano P *et al.* (2003). Engaging men as social justice allies in ending violence against women: evidence for a social norms approach. *Journal of American College Health*, 52:105–112.
- Fagan J, Browne A (1994). Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Volume 3: Social Influences, pp. 115–292. Washington DC, National Academy Press.
- Farrington DP, Ttofi MM (2009). *School-based programs to reduce bullying and victimization*. Campbell Systematic Reviews. Oslo: Campbell Collaboration.
- Fehringer JA, Hindin MJ (2009). Like parent, like child: Intergenerational transmission of partner violence in Cebu, the Philippines. *Journal of Adolescent Health*, 44(4):363–371.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2):169–194.
- Finkelhor D, Asdigian N, Dziuba-Leatherman J (1995). The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children’s responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect*, 19:141–153.
- Fisher GJ (1986). College student attitudes toward forcible date rape: changes after taking a human sexuality course. *Journal of Sex Education and Therapy*, 12:42–46.
- Flake DF (2005). Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women*, 11(3):353–373.
- Flay BR *et al.* (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6:151–175.
- Foshee VA *et al.* (1996). The Safe Dates Project: theoretical basis, evaluation design, and selected baseline findings. *American Journal of Preventive Medicine* 12(5):39–47.
- Foshee VA *et al.* (1998). An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. *American Journal of Public Health*, 88(1):45–50.
- Foshee VA *et al.* (2000). The Safe Dates program: 1-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 90(10):1619–1622.
- Foshee VA *et al.* (2004). Assessing the long-term effects of the Safe Dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *American Journal of Public Health*, 94(4):619–624.
- Foshee VA *et al.* (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program “Safe Dates” using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*, 6: 245–258.
- Foshee VA *et al.* (2008). What accounts for demographic differences in trajectories of adolescent dating violence? An examination of intrapersonal and contextual mediators. *Journal of Adolescent Health*, 42(6):596–604.
- Foshee VA, Reyes ML, Wyckoff S (2009). Approaches to preventing psychological, physical, and sexual partner abuse. In O’Leary D, Woodin E, eds. *Psychological and physical aggression in couples: Causes and Interventions*, pp. 165–190. Washington DC, American Psychological Association.
- Fox AM *et al.* (2007). In their own voices: a qualitative study of women’s risk for intimate

partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*, 13:583–602.

FPH (2008). *Alcohol and Public Health*. Faculty of Public Health Position Statement, UK Faculty of Public Health. Available at: www.fph.org.uk

Gage AJ (2005). Women's experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science and Medicine*, 61(2):343–364.

Garcia-Moreno C *et al.* (2005). *WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization.

Garner J, Fagan J, Maxwell C (1995). Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 11:3–28.

Gibson LE, Leitemberg H (2000). Child sexual abuse prevention programs: do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24:1115–1125.

Gil-Gonzalez D *et al.* (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16(3):278–284.

Gil-Gonzalez D *et al.* (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Public Health*, 30(1):14–22.

Glass N *et al.* (2003). Adolescent dating violence: prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2):227–238.

Go VF *et al.* (2003). Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health and Sexuality*, 5:393–408.

Graham K *et al.*, eds. (2008). *Unhappy hours: alcohol and partner aggression in the Americas*. Washington DC, Pan American Health Organization.

Gutierrez SE, Van Puymbroeck C (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5):497–513.

Haddix AC, Teutsch SM, Corso PS (2003). *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. New York, Oxford University Press.

Hahn RA *et al.* (2007). Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 33(2):S114–S129.

Harwell TS, Spence MR (2000). Population surveillance for physical violence among adult men and women, Montana 1998. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4):321–324.

Heise L (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4:262–490.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. (Population Reports, Series L, No. 11). Baltimore (MD), Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.

Heise L, Garcia-Moreno C (2002). Violence by intimate partners. In: Krug EG *et al.*, eds. *World report on violence and health*, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization.

Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J (2004). Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence*

& Abuse, 5(2):123–142.

Holt S, Buckley H, Whelan S (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people. *Child Abuse & Neglect*, 32:797–810.

Hussain R, Khan A (2008). Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International*, 29:468–483.

Ilika AL (2005). Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 9:77–88.

Jespersen AF, Lalumiere ML, Seto MC (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: a meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3):179–192.

Jewkes R (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315):1423–1429.

Jewkes R, Morrell R (2010). Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. *Journal of the International Aids Society*, 13:6.

Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C (2002). Sexual violence. In: Krug EG *et al.*, eds. *World report on violence and health*, pp. 149–181. Geneva, World Health Organization.

Jewkes R *et al.* (1999). *He must give me money he mustn't beat me. Violence against women in three South African Provinces*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.

Jewkes R *et al.* (2001). Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 52(5):733–744.

Jewkes R *et al.* (2006). Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science and Medicine*, 63(11):2949–2961.

Jewkes R *et al.* (2008). Impact of stepping stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 337: 383–387.

Jewkes R *et al.* (2009) *Understanding men's health and use of violence: interface of rape and HIV in South Africa*. Medical Research Council Technical Report, Medical Research Council, Pretoria.

Jeyaseelan L *et al.* (2004). World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):117–124.

Johnson KB, Das MB (2009). Spousal violence in Bangladesh as reported by men: prevalence and risk factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6):977–995.

Kabeer N (2001). Conflicts over credit: Re-evaluating the empowerment potential of loans to women in rural Bangladesh. *World Development*, 29(1):63–84.

Katz J (2006). *The Macho paradox: why some men hurt women and how all men can help*. Naperville (IL), Sourcebooks.

Kim J *et al.* (2009). Assessing the incremental effects of combining economic and health interventions: the Image study in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(11):824–832.

- Kitzmann KM *et al.* (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of Consultative Clinical Psychology*, 71(2):339–352.
- Knox KL *et al.* (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327:1376–1381.
- Koenig MA, Saifuddin A, Mian Bazle H, and Khorshed Alam Mozumder ABM (2003). Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. *Demography*, 40(2):269–288.
- Koenig MA *et al.* (2004). Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors. *Social Science and Medicine*, 58(4):787–798.
- Koenig MA *et al.* (2006). Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. *American Journal of Public Health*, 96(1):132–138.
- Krug EG *et al.* (2002). Eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization.
- Lankester T (1992). *Setting up community health programmes: a practical manual for use in developing countries*. London, Macmillan Press.
- Laranjeira R, Hinkly D (2002). Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):455–461.
- Last JM (2001). *A dictionary of epidemiology*, 4th Edition, International Epidemiological Association. New York, Oxford University Press.
- Levinson D (1989). *Family violence in cross-cultural perspective*. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Liu M, Chan C (1999). Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. *Violence Against Women*, 5:1469–1492.
- Lösel F, Beelmann A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587:84–109.
- Maman S *et al.* (2000). The intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50(4):459–478.
- Mangiolo R (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7):647–657.
- Markowitz S (2000). The price of alcohol, wife abuse, and husband abuse. *Southern Economic Journal*, 67:279–303.
- Marshall AD, Panuzio J, Taft CT (2005). Intimate partner violence among military veterans and active duty servicemen. *Clinical Psychology Review*, 25(7):862–876.
- Martin EK, Taft CT, Resick PA (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3):329–347.
- McGuigan WM, Pratt CC (2001). The Predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25:869–883.
- Meltzer H *et al.* (2003). *Persistence, onset, risk factors and outcomes of childhood mental disorders*. Office for National Statistics. HMSO, London.
- Mercy JA *et al.* (2002). Youth violence. In: Krug EG *et al.*, eds. *World report on violence and health*, pp. 23–56. Geneva, World Health Organization.
- Mikton C, Butchart A (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5):353–361.
- Mirrlees-Black C (1999). *Domestic violence: findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire*. Home Office Research Study 191. London, Home Office. Available at: www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors191.pdf
- Mitra A, Singh P (2007). Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 88:1227–1242.
- Morrison A, Ellsberg M, Bott S (2007). Addressing gender-based violence: a critical review of interventions. *The World Bank Observer*, 22(1):25–51.
- Morrison S *et al.* (2004). *An evidence-based review of sexual assault preventive intervention programs*. Department of Justice. Available at: www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/207262.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Antenatal and postnatal mental health*. NICE Clinical Guideline no 45. NICE, London.
- Olds DL, Sadler L, Kitzman H (2007). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:355–391.
- Paine K *et al.* (2002). Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of Aids Research*, 1(1):39–40.
- Palmer CA (1999). Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study. *British Medical Journal*, 319:743–748.
- Petersen I, Bhana A, McKay M (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community based prevention interventions. *Child Abuse & Neglect*, 29:1233–1248.
- Philpart *et al.* (2009). Prevalence and risk factors of gender-based violence committed by male college students in Awassa, Ethiopia. *Violence and Victims*, 24(1):122–136.
- Plichta SB, Falik M (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11:244–258. doi:10.1016/S1049-3867(01)00085-8 PMID:11336864
- Rahman A (1999). *Women and microcredit in rural Bangladesh: anthropological study of the rhetoric and realities of Grameen Bank lending*. Boulder (CO), Westview Press.
- Ramiro LS, Hassan F, Peedicayil A (2004). Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11(2):131–137.
- Reza A *et al.* (2009). Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *The Lancet*, 373(9679):1966–1972.
- Rhyne E (2001). *Mainstreaming microfinance: how lending to the poor began, grew, and came of age in Bolivia*. Green Haven (CT), Kumarian Press.
- Romans S *et al.* (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22:1495–1514.

- Room R *et al.* (2003). *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki and Geneva, Finnish Foundation for Alcohol Studies and World Health Organization.
- Russo NF, Pirlott A (2006). Gender-based violence: concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Science*, 1087:178–205.
- Schewe PA (2007). Interventions to prevent sexual violence. In: Doll L *et al.*, eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp.183–201. New York (NY), Springer.
- Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R (2006). *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*. Geneva, World Health Organization. Available at: www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf
- Schuler SR *et al.* (1996). Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 43(12):1729–1742.
- Schwartz JP *et al.* (2006). Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 7(3):206–221.
- Sheehan D (2008). *Alcohol, health and wider social impact*. SE Regional Public Health Group Information Series. Department of Health, England.
- Shipway L (2004). *Domestic violence: a handbook for health professionals*. London, Routledge.
- Silverman JG, Raj A, Clements K (2004). Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*, 114(2):e220–e225.
- Silverman JG *et al.* (2009). Maternal experiences of intimate partner violence and child morbidity in Bangladesh: evidence from a national Bangladeshi sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):768–770.
- Skowron EA, Reinemann DHS (2005). Psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42:52–71.
- Slap GB *et al.* (2003). Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. *British Medical Journal*, 326(7379):15.
- Smith JD *et al.* (2004). The effectiveness of whole-school antibullying programs: a synthesis of evaluation research. *School Psychology Review*, 33:548–561.
- Smith PH, White JW, Holland LJ (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health*, 93(7):1104–1109.
- Smith Fawzi MC *et al.* (2005). Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. *Social Science and Medicine*, 60:679–689.
- Smithey M, Straus MA (2004). Primary prevention of intimate partner violence. In Kury H, Oberfell-Fuchs J, eds. *Crime prevention – new approaches*, pp. 239–276. Mainz, Weisser Ring Gemeinnützige Verlags-GmbH.
- Söchting I, Fairbrother N, Koch WJ (2004). Sexual assault of women: Prevention efforts and risk factors. *Violence Against Women*, 10(1):73–93.
- Solórzano I, Abaunza H, Molina C (2000). Evaluación de impacto de la campaña contra las mujeres un desastre que los hombres si podemos evitar [*Impact evaluation of the campaign violence against women: a disaster we can prevent as men*]. Managua, CANTERA.
- Stith SM *et al.* (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1):65–98.
- Straus MA (1999). The controversy over domestic violence by women: a methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In Arriaga X, Oskamp S, eds. *Violence in intimate relationships*, pp. 17–44. Thousand Oaks (CA), Sage.
- Straus MA (2009). Gender symmetry in partner violence: the evidence and the implications for primary prevention and treatment. In Lutzker JR, Whitaker DJ, eds. *Prevention of partner violence*. Washington DC, American Psychological Association.
- Stuart GL *et al.* (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18:1113–1131.
- Swart LA *et al.* (2002). Violence in adolescents' romantic relationships: findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. *Journal of Adolescence*, 25(4):385–395.
- Taft CT *et al.* (2009). Intimate partner violence against African American women: an examination of the socio-cultural context. *Aggression and Violent Behavior*, 14:50–58.
- Tang CS, Lai BP (2008). A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987–2006. *Aggression and Violent Behavior*, 13(1):10–28.
- Testa M (2004). The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future research. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(12):1494–1505.
- Tjaden P, Thoennes N (2006). Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, US Department of Justice. Available at: www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/210346.htm
- Usdin S *et al.* (2005). Achieving social change on gender-based violence: a report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. *Social Science and Medicine*, 61(11):2434–2445.
- Uthman OA, Lawoko S, Moradi T (2009). Factors associated with attitudes towards intimate partner violence against women: a comparative analysis of 17 sub-Saharan countries. *BMC International Health and Human Rights*, 9:14.
- Vest JR *et al.* (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3):156–164.
- Vos T *et al.* (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9):739–744.
- Vung ND, Krantz G (2009). Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63:708–714.
- Walby S (2004). The cost of domestic violence. Women and Equality Unit, DTI. London. Available at: www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/walby-costdomesticviolence.pdf

Welbourn A (2009). Stepping Stones – list of surveys and reports to 2006 and some quotes from Stepping Stones users around the world. Some brief notes prepared for the UNAIDS pre-Think Tank Meeting on Evaluation Strategies for Prevention Interventions, Geneva. Available at: www.stepsstonesfeedback.org/resources/22/Welbourn_Quotes_UNAIDS_Presentation_2009.pdf

Welsh P (1997). Hacia una masculinidad sin violencia en las relaciones de pareja [Towards masculinity without partner violence]. Managua, CANTERA.

Whitaker DJ *et al.* (2006). A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 11:151–166.

Whitaker DJ, Baker CK, Arias I (2007). Interventions to prevent intimate partner violence. In: Doll L *et al.*, eds. *Handbook of injury and violence prevention*, pp.203–223. New York (NY), Springer.

Winslow CEA (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306):23–33.

WHO-ISPCAN (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Available at: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/child_maltreatment/en/index.html

WHO (2001). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva, World Health Organization. Available at: www.who.int/gender/violence/en/womenfirstseng.pdf

WHO/UNAIDS (2010). Addressing violence against women and HIV/Aids: What works? Geneva, World Health Organization. Available at www.who.int/reproductivehealth/topics/violence.

Williams JR *et al.* (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: adolescence through adulthood. *Trauma Violence & Abuse*, 9(4):227–249.

Wolfe DA *et al.* (2003). The effects of children’s exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3):171–187.

Wolfe DA *et al.* (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2):279–291.

Wolfe DA *et al.* (2009). A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8):692–699.

Xu X *et al.* (2005). Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health*, 95:78–85.

ANEXO A

Definições operacionais

Para medir a magnitude da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, é importante basear as definições operacionais em comportamentos específicos. Isso permite evitar interpretações subjetivas e obter a comparabilidade entre locais. As definições operacionais são necessárias para as pesquisas epidemiológicas populacionais e para o monitoramento de casos que se apresentem nas unidades de saúde, na polícia ou em outros serviços.

Pesquisas populacionais

Nos inquéritos populacionais sobre a violência sexual e a praticada pelo parceiro íntimo, pergunta-se aos respondentes, a partir de uma lista de atos específicos, se eles sofreram algum tipo de abuso. Pesquisas mostraram que as perguntas específicas ao comportamento – como, por exemplo, “você foi alguma vez forçado a ter uma relação sexual contra a sua vontade?” – produzem taxas mais altas de resposta positivas que perguntas do tipo “você sofreu algum tipo de abuso ou foi estuprado?”. Elas permitem também uma avaliação da gravidade concernente. Acompanhar perguntas que investigam a repetição e a duração desses comportamentos permite aos pesquisadores uma melhor avaliação da frequência do abuso. Os atos físicos que são mais que tapas, empurrões ou arremessos de objetos contra uma pessoa são geralmente definidos em estudos como “violência grave”, embora alguns observadores tenham algumas reservas quanto à definição da gravidade apenas de acordo com o ato. Uma série de ferramentas práticas foi desenvolvida (Basile, Hertz & Back, 2007) para permitir a identificação da experiência de abuso sofrida pela vítima e o comportamento do perpetrador, por meio de questionários padronizados e validados, desenhados para estudos transversais. A **Caixa 10** mostra as definições operacionais utilizadas no estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (Garcia-Moreno *et al.*, 2005). O instrumento da OMS possui um conjunto de perguntas principais que foram utilizadas em muitos países de forma comparável, com a introdução de variações de acordo com as necessidades locais, em alguns países. O conjunto de perguntas principais e as variações relacionadas com a violência doméstica podem ser acessados em: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/. Perguntas similares, especificando comportamentos, podem ser elaboradas para o abuso físico e sexual praticado por agressores que não sejam parceiros íntimos. Esses dados quantitativos devem ser complementados por dados qualitativos que podem ajudar a contextualizar e ter um melhor entendimento sobre a violência.

Monitoramento baseado nos serviços e os códigos da CID-10

Para efeitos de vigilância e monitoramento da utilização de serviços, são necessárias definições-padrão para relatos de casos. A classificação internacional padrão de diagnóstico, para todas as finalidades epidemiológicas gerais e muitos outros propósitos de

CAIXA 10

Definições operacionais utilizadas na medição de violência física e sexual, abuso emocional e comportamentos controladores praticados pelo parceiro íntimo*Violência física praticada pelo parceiro íntimo***Violência moderada:**

- Deu-lhe tapas ou jogou algo nela que poderia machucá-la
- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão ou (em duas localidades) teve seu cabelo puxado

Violência grave:

- Machucou-a com um soco ou com algum objeto
- Deu-lhe um chute, arrastão ou surrou
- Estrangulou ou queimou-a de propósito
- O agressor ameaçou usar ou usou de fato arma de fogo, faca ou outra arma contra ela

Violência sexual praticada pelo parceiro íntimo

- Foi forçada fisicamente a manter relação sexual quando não queria
- Teve relação sexual porque estava com medo do que seu parceiro poderia fazer
- Foi forçada a uma prática sexual degradante ou humilhante

Atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro íntimo

- Foi insultada ou a fez se sentir mal sobre si mesma
- Foi depreciada ou humilhada diante de outras pessoas
- O agressor fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito, por exemplo, pela maneira de olhar para ela, por gritar ou quebrar coisas
- O agressor ameaçou machucar alguém querido

Comportamentos controladores praticados pelo parceiro íntimo

- Tentou impedi-la de ver amigos
- Tentou restringir seus contatos com a família
- Insistiu em querer saber onde estava a todo momento
- Ignorou-a e a tratou com indiferença
- Ficava irritado caso ela falasse com outro homem
- Suspeitava frequentemente de infidelidade
- Esperava que ela pedisse permissão para procurar assistência médica para si mesma

Fonte: Garcia-Moreno et al. (2005)

gestão da saúde é o Código Internacional de Doenças (CID), décima edição (sendo a 11ª revisão atualmente em andamento).

A maioria dos países emitiram diretrizes oficiais para codificação e notificação, baseadas na 9ª ou 10ª edição da CID. Contudo, as diretrizes para a classificação de casos de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual podem ser utilizadas somente em um número limitado de unidades e, ainda assim, de uma forma bem seletiva – a codificação decorrente pode, portanto, não ser confiável. Em tais casos, provavelmente seria útil estabelecer um grupo de trabalho para melhorar a classificação e desenvolver um conjunto de diretrizes acordadas sobre como atribuir códigos CID aos casos conhecidos e suspeitos de violência pelo parceiro íntimo e de violência sexual.

A atribuição de códigos a um caso é realizada somente após cuidados médicos terem sido fornecidos por profissionais médicos que fizeram o melhor possível para chegar a uma conclusão definitiva sobre as causas externas do problema apresentado. A classificação da causa de óbito baseia-se geralmente nos relatórios do médico legista e achados de inquéritos. Para os casos não fatais, a classificação da causa do traumatismo é geralmente baseada nas informações contidas nos registros de alta de pacientes internados e atendimento em unidades de emergência.

Os dois componentes principais de uma classificação CID são a natureza da condição apresentada (por exemplo, hemorragia subdural traumática) e sua causa externa. As informações sobre a relação do agressor com a vítima são frequentemente omitidas na notificação, tornando, por exemplo, a documentação de traumatismos causados pelo parceiro íntimo particularmente desafiadora.

A violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual podem ter uma ampla gama de consequências para a saúde (**Capítulo 1**). Embora seja possível identificar algumas condições apresentadas que são mais sugestivas de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual que outras, é por meio da alocação de uma causa externa – ou Código-E – que um caso individual é classificado como conhecido ou suspeito de violência pelo parceiro íntimo ou de violência sexual.

Os códigos CID-10 para agressão são X85–Y09 e incluem:

- **Y05:** Agressão sexual através de força física, inclui (tentativa de) estupro e (tentativa de) sodomia;
- **Y06:** Negligência e abandono, inclusive pelo cônjuge ou parceiro, por parente, por conhecido ou amigo, por pessoas especificadas e não especificadas; e
- **Y07:** Outras síndromes de maus-tratos, incluindo crueldade mental, abuso físico, abuso sexual, tortura: pelo cônjuge ou parceiro, por parente, por conhecido ou amigo, pelas autoridades oficiais, por pessoas especificadas, por pessoas não especificadas, excluindo negligência e abandono e agressão sexual por meio de força física.

Os que atribuem códigos CID e redigem certificados de óbito devem ser incentivados a documentar a relação entre o agressor e a vítima, se conhecida.

ANEXO B

Atividades de prevenção que podem ser usadas para a avaliação do processo e as potenciais fontes de informação a respeito dessas atividades

Atividade	Potenciais fontes de informação
ADVOGAR EM PROL DO DESENVOLVIMENTO OU MELHORA DA LEGISLAÇÃO SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL OU PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO	
<ul style="list-style-type: none"> • Número de cartas enviadas • Número de pessoas contatadas • Reuniões de informação pública realizadas e número de participantes • Comunicados à imprensa elaborados/divulgados 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos de cartas • Registros de contatos telefônicos e em pessoa • Calendários • Registros e arquivos
CAMPANHA DE INFORMAÇÃO PÚBLICA	
<ul style="list-style-type: none"> • Mensagens elaboradas e testadas • Assinantes/ouvintes/espectadores quando cada mensagem foi divulgada • Número de vezes que a mensagem foi executada • Comunicados à imprensa distribuídos/captados pela imprensa • Entrevistas/debates solicitados • Pessoas expostas e lembrando a informação 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos e resultados do grupo focais • Relatórios de instituição • Relatórios de instituição • Registro e busca da mídia • Registro • Pesquisas comunitárias
CONSTRUÇÃO DE COALIZÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos/agências/comunidades/pessoas contadas • Reuniões realizadas e participação de membros • Número/tipo de ações geradas/implementadas • Interações entre os membros da coalizão 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro • Calendários e atas de reuniões • Atas de reuniões • Pesquisas e entrevistas
PROGRAMA DE MICROCRÉDITO	
<ul style="list-style-type: none"> • Número de solicitações • Número, tamanho, local e tipo de negócio de empréstimos aprovados • Número de empréstimos quitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulários pré-elaborados de coleta de dados
CURRICULUM	
<ul style="list-style-type: none"> • Qualificações e treinamento de funcionários • Atividades de recrutamento e cobertura • Consultas recebidas e como os requerentes ouviram • Números/demografia dos matriculados, participantes e desistentes • Diferenças entre os não participantes, os desistentes e a população-alvo • Obstáculos na participação • Número de sessões/módulos realizados • Cobertura de tempo dedicado a áreas de conteúdo-chave em cada sessão • Qualidade da realização • Satisfação/recomendações para melhora de participantes • Memória dos participantes com relação às mensagens • Satisfação dos funcionários com relação ao programa e outros funcionários e recomendações para melhora 	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivos e registros de contratação • Observação • Registro e pesquisas de conscientização • Registros telefônicos • Formulários de matrículas e fichas de participação • Pesquisa de acompanhamento de desistentes / não participantes • Registro de funcionários/relatórios • Observação • Pesquisa • Observação ou pesquisa • Pesquisa ou entrevista • Pesquisa ou entrevista • Pesquisa ou entrevista

Para mais informações, por gentileza contatar:

Departamento de Prevenção de e Incapacidade por Violência e Traumatismos
Organização Mundial da Saúde
Avenue Appia 20, CH-1211, Genebra, Suíça
Tel +41-22-791-2064
Fax +41-22-791-4489
E-mail: violenceprevention@who.int
www.who.int/violence_injury_prevention

Departamento de Prevenção de Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Organização Mundial da Saúde
Avenue Appia 20, CH-1211, Genebra, Suíça
Tel +41-22-791-4136
Fax +41-22-791-4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
ww.who.int/reproductivehealth