

OUTLOOK

Violência contra as Mulheres: Efeitos sobre a Saúde Reprodutiva

Milhões de meninas e mulheres estão em situação de violência de gênero e sofrem suas consequências, devido às desigualdades nas relações de gênero em muitas sociedades. A violência contra as mulheres (frequentemente denominada violência de gênero) representa uma grave violação aos direitos humanos das mulheres. Pouca atenção, no entanto, tem sido dada às graves consequências do abuso sobre a saúde e às necessidades de saúde, tanto das mulheres quanto meninas. As mulheres que sofreram violência física, sexual ou psicológica podem ter uma série de problemas de saúde, muitas vezes em silêncio. São menos saudáveis física e mentalmente, sofrem mais lesões e utilizam mais os serviços de saúde do que as mulheres que não passaram por situações de violência.

Mulheres de todas as idades podem estar em situação de violência e isto se deve, em parte, ao seu limitado poder social e econômico comparado com o dos homens. Embora os homens também possam ser vítimas de violência, a violência contra a mulher é caracterizada por sua alta prevalência dentro da própria família, aceitação pela sociedade e seu grave e/ou prolongado impacto sobre a saúde e sobre o bem estar das mulheres. As Nações Unidas definiram a violência contra a mulher como “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaça a tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada”¹

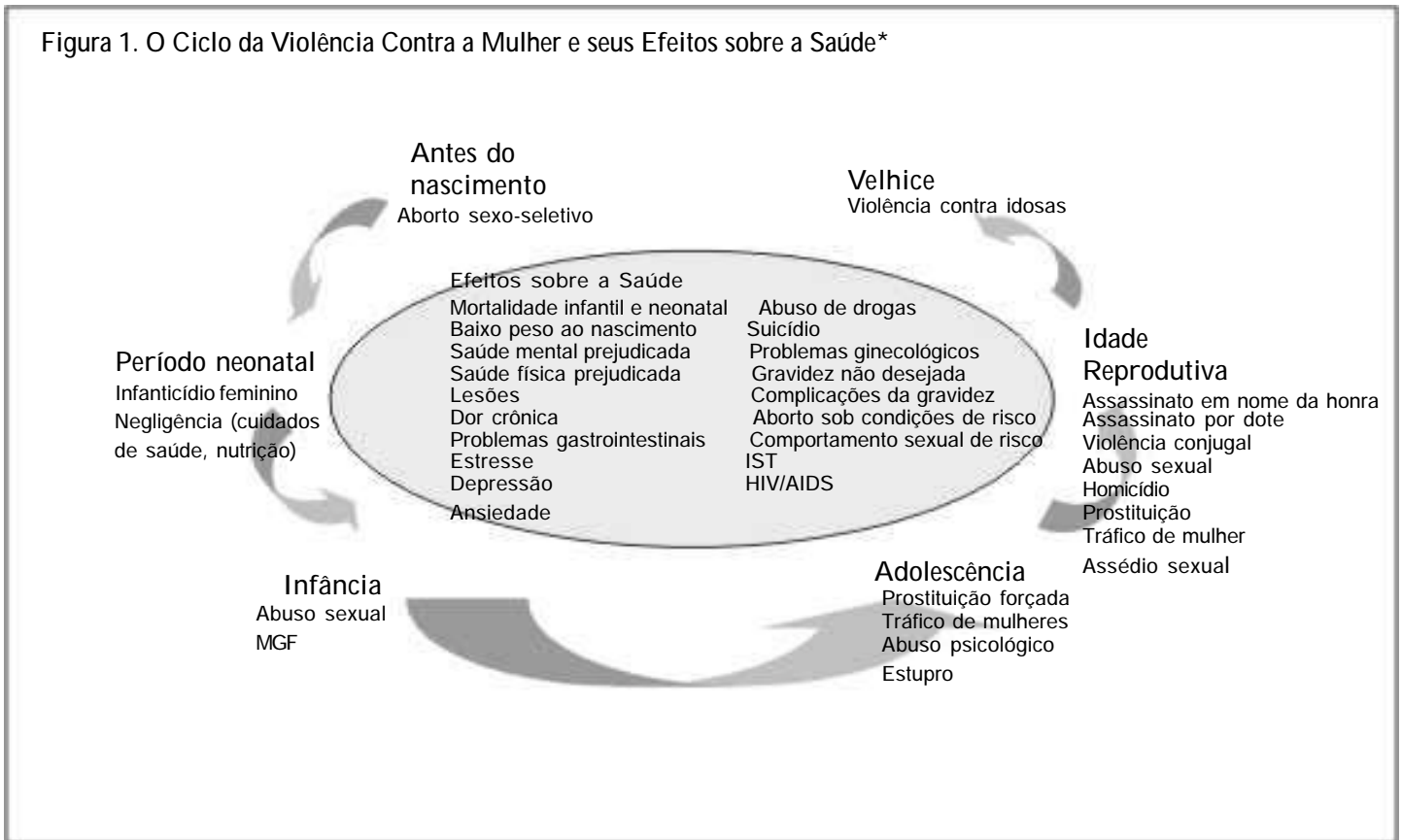
Os/as profissionais de saúde têm a oportunidade e a obrigação de identificar, tratar e educar as mulheres em situação de violência. Através do apoio a profissionais e clientes, as instituições de saúde podem contribuir significativamente para a abordagem do problema da violência contra a mulher. O desenvolvimento e a institucionalização de políticas nacionais de saúde, protocolos e normas para atenção a casos de violência dão visibilidade ao problema da violência de gênero e ajudam a garantir que seja oferecido um atendimento de qualidade às sobreviventes.

Este número do Outlook aborda as consequências da violência contra a mulher sobre a saúde reprodutiva. Apresenta exemplos extraídos de pesquisas e programas bem sucedidos, e discute a forma pela qual o setor de saúde pode desempenhar um papel ativo na prevenção e tratamento da violência contra a mulher.

A Violência Contra a Mulher é um problema frequente?

Em termos globais, pelo menos uma a cada três mulheres sofrem alguma forma de abuso baseado nas desigualdades de gênero durante suas vidas.² A violência contra meninas e mulheres pode começar antes do nascimento e perdurar durante toda a vida até a velhice. (Veja Figura 1). As mulheres relutam em discutir a violência, e podem aceitá-lo como parte de seu papel feminino. Mesmo presumindo que os

Figura 1. O Ciclo da Violência Contra a Mulher e seus Efeitos sobre a Saúde*



dados atuais subestimem a prevalência da violência contra a mulher, milhões de meninas e mulheres em todo o mundo são submetidas a violência de gênero e sofrem suas consequências.

As formas mais comuns de violência contra a mulher são o abuso físico, sexual e emocional praticado pelo marido ou parceiro. As pesquisas indicam que de 10 a 58% das mulheres já passaram por situações de violência cometida por um parceiro ao longo de suas vidas. (Veja Figura 2).² Os resultados preliminares de um Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizado em vários países sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica indicam que em algumas partes do mundo até metade das mulheres já experimentaram de alguma forma de violência.⁵

Descrevemos abaixo várias formas de violência contra a mulher e sua prevalência:

- Em algum momento de suas vidas entre 12 e 25% das mulheres já foram forçadas por um parceiro ou ex-parceiro a terem relações sexuais.⁶
- O estupro como ato de uma guerra é utilizado hoje em dia para desequilibrar as comunidades e perpetuar a "limpeza étnica". Da mesma forma, reconhece-se atualmente que a violência sexual contra mulheres em campos de refugiados e centros para mulheres desabrigadas é um problema importante.
- A iniciação sexual forçada e o abuso sexual de crianças são comuns em todo o mundo. Estudos demonstram que 40% das mulheres na África do Sul, 28% na Tanzânia e 7% na Nova Zelândia relataram que sua primeira relação sexual foi forçada.³

- Uma releitura dos estudos realizados em 20 países verificou que a prevalência do abuso sexual de meninas variava de 7 a 36%.⁷ Na maioria dos casos, o agressor era uma pessoa conhecida da vítima.³
- O casamento precoce das meninas é mais comum na África Sub-Saariana e no Sul da Ásia. Os dados oficiais sobre casamentos precoces (abaixo de 15 anos) são limitados, mas os estudos indicam que em partes da África Oriental e Ocidental, por exemplo, os casos de casamentos aos 7 ou 8 anos são comuns; em alguns lugares no norte da Nigéria, 11 anos é a idade média para o casamento.⁸ O casamento precoce limita as oportunidades educacionais e outros tipos de oportunidades para as meninas, e, muitas vezes, leva à gravidez precoce e ao aumento dos riscos para a saúde.
- Aborto sexo-seletivo, infanticídio feminino, e a negligência sistemática das necessidades nutricionais e de saúde das crianças do sexo feminino contribuem para uma taxa de mortalidade maior entre as meninas. Estes fatores resultaram em uma estimativa de 60 a 100 milhões de mulheres e meninas "desaparecidas" em todo o mundo.³
- Em algumas regiões, as mulheres são afetadas por práticas tradicionais como as mortes relacionadas ao dote, aspersão com ácido e assassinatos "em nome da honra".
- Alguns profissionais de saúde participam de formas de abuso apoiadas na cultura, como exames para verificar a virgindade, partos cesáreos forçados, e mutilações da genitália feminina. (veja caixa na página 4).^{9,10}
- O tráfico de mulheres e meninas para trabalhos forçados e exploração sexual é um outro tipo de violência de gênero contra

Fatores que contribuem para a violência contra a mulher

A violência contra a mulher ocorre em todos os países, em todos os grupos sociais, culturais, religiosos e econômicos. No nível social, a violência contra a mulher é mais comum em culturas em que os papéis de gênero são estritamente definidos e impostos; onde a masculinidade é associada a dureza, honra ou dominância masculina; onde a punição de mulheres e crianças é aceita; e onde a violência é a forma padrão para resolver conflitos.^{2,11} Embora o abuso ocorra em todos os níveis socio-econômicos, a pobreza e o estresse a ela associado contribuem para a violência por parte do parceiro.¹¹

Nos relacionamentos, o controle da riqueza e das decisões pelo homem e a instabilidade das relações estão fortemente associadas a violência.² Num determinado momento acreditou-se que as mulheres que tinham muitos filhos corriam maior risco de abuso. As pesquisas atuais, entretanto, indicam que a violência doméstica aumenta o risco de as mulheres terem muitos filhos por limitar sua capacidade de controlar o momento das relações sexuais e o uso de anticoncepcionais.¹²

Violência Contra a Mulher e Saúde Pública

As mulheres em situação de violência apresentam a saúde física e a saúde mental prejudicadas, mais lesões e maior necessidade de serviços de saúde do que as que não sofrem abuso.⁴ O estudo da OMS realizado em vários países sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica verificou que as mulheres em situação de violência no Brasil, Japão e Peru têm até duas vezes mais probabilidade de considerar seu estado de saúde atual como ruim ou péssimo.⁵

O impacto da violência de gênero sobre a saúde física pode ser imediato e de longo prazo. As mulheres que sofreram agressores, entretanto, raramente buscam tratamento médico para o trauma agudo. Menos da metade das mulheres americanas que foram vítimas de abuso buscam tratamento para os ferimentos resultantes.⁴ Mesmo quando buscam tratamento, os problemas de saúde podem nunca ser atribuídos à violência. As sobreviventes de atos violentos muitas vezes demonstram comportamentos negativos para a saúde, incluindo uso de álcool e outras drogas. Dentre os problemas crônicos de saúde resultantes do abuso estão as dores crônicas (dores de cabeça e nas costas); problemas e sintomas neurológicos, como desmaios, convulsões; distúrbios gastrointestinais e problemas cardíacos.⁴

As mulheres agredidas frequentemente vivem com medo e apresentam depressão, ansiedade e até mesmo a síndrome do estresse pós-traumático.⁴ Um estudo na América do Norte demonstrou que as mulheres agredidas têm três vezes mais probabilidades de apresentar síndrome do estresse pós-traumático do que as que não sofreram abusos.⁴ O estudo da OMS em vários países verificou que as mulheres no Peru, Brasil, Tailândia e Japão que haviam sofrido abuso físico ou sexual por parte de seus parceiros tinham duas vezes mais probabilidades de pensarem em suicídio do que as mulheres que não haviam sofrido nenhuma forma de abuso.⁵

Segundo pesquisas realizadas na Nicarágua, os filhos de mães agredidas podem apresentar níveis mais altos de mortalidade infantil.¹³ Mesmo que não sejam o alvo direto do abuso, as crianças que testemunham violência têm maior probabilidade de apresentar

problemas de aprendizado, emocionais e comportamentais.¹² Estas crianças apresentam também maior risco de se tornarem agressores ou de sofrerem abuso mais tarde.²

Efeitos Sobre a Saúde Reprodutiva

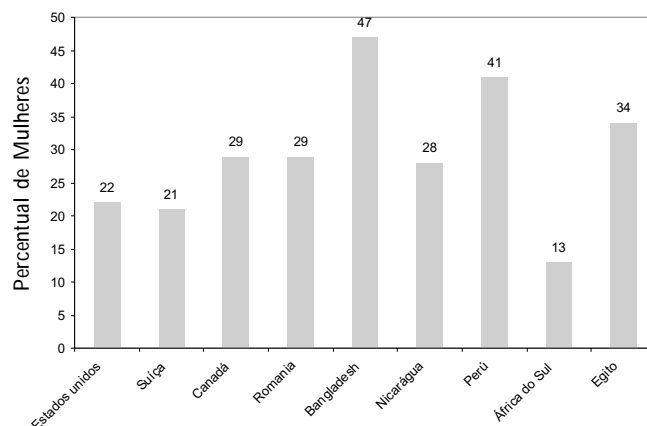
A saúde reprodutiva e sexual das mulheres é claramente afetada pela violência de gênero. Um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que as mulheres que eram agredidas pelo parceiro tinham três vezes mais probabilidades de apresentarem um problema ginecológico do que as outras mulheres que não haviam sofrido este tipo de abuso.⁴ Estes problemas incluem dor pélvica crônica, sangramento ou corrimento vaginal, infecção vaginal, dismenorreia, disfunção sexual, doença inflamatória pélvica, dor na relação sexual, infecção urinária e infertilidade.

A violência sexual, especialmente a relação sexual com penetração forçada, pode causar trauma mental e físico. Além dos danos à uretra, vagina e ânus, pode causar infecções sexualmente transmissíveis (ITS), inclusive HIV/AIDS. Mulheres que relatam serem portadoras do HIV podem também ter sofrido violência.⁴

A gravidez precoce, muitas vezes consequência de casamentos forçados e precoces, pode levar a uma série de problemas de saúde que incluem os efeitos do aborto praticado sob condições de risco. As meninas com menos de 15 anos têm cinco vezes mais probabilidade de morrerem de complicação do parto do que as mulheres maiores de vinte anos.¹⁴ Elas enfrentam também maior risco de uma fistula obstétrica resultante de parto prolongado e obstruído.¹⁵

A violência limita a autonomia sexual e reprodutiva da mulher. As mulheres que sofreram de violência sexual têm muito mais probabilidade de usar métodos anticoncepcionais clandestinamente, de interromper a anticoncepção por imposição do parceiro e de conviverem com um parceiro que se recusa a usar preservativos para prevenção de doenças.⁵ As sobreviventes de atos violentos têm maior probabilidade de adotarem comportamentos sexuais de alto risco, gravidez indesejada e de sofrerem de disfunção sexual do que as mulheres que não foram agredidas.²

Figura 2 – Violência conjugal em países selecionados*



* Percentual de mulheres adultas que foram fisicamente agredidas por um parceiro, de acordo com pesquisas nacionais. Devido a diferenças nas populações estudadas e nas metodologias de análise, os resultados não são necessariamente comparáveis.

Fonte: Heise et al., 1999², Serbanescu et al., 1999¹⁶, INEI, 2001.¹⁷

Estudos mostram que a violência sexual ocorre em 4 a 15% das gravidezes nos Estados Unidos, Canadá, Suécia, Reino Unido e África do Sul e Nicarágua.^{4,12,20,21} A violência cometida pelo parceiro durante a gravidez pode ser um fator de risco mais significativo para complicações durante a gravidez do que outros distúrbios rotineiramente investigados, como hipertensão e diabetes.²² A violência durante a gravidez está relacionada a atrasos na obtenção de assistência pré-natal, aumento do tabagismo e

abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, ganho de peso insuficiente e depressão. A violência durante a gravidez está associada ao aborto sob condições de risco, abortamento espontâneo, feto natimorto, baixo peso ao nascimento e mortalidade neonatal. Embora seja difícil determinar uma relação causal entre o abuso e estes resultados adversos, uma meta-análise recente de 14 estudos indica uma significativa associação entre baixo peso ao nascimento e violência durante a gravidez.²³ Um estudo conduzido na Nicarágua verificou um aumento de quatro vezes entre os casos de baixo peso nos filhos de mulheres que haviam sofrido violência durante a gravidez.²⁴ A violência pode influenciar diretamente o peso no momento do nascimento, através de, por exemplo, golpes no abdômen que desencadeiam um parto prematuro. Indiretamente, o abuso está associado a fatores que sabidamente contribuem para o baixo peso ao nascimento, como por exemplo, fumo, abuso de álcool e outras drogas e infecções sexualmente transmissíveis.

Mutilação Genital Feminina

A mutilação genital feminina (MGF) — também chamada “corte da genitália feminina” e “circuncisão feminina” — é uma forma de violência de gênero culturalmente aceita, prevalente em mais de 20 países na África, Ásia e no Oriente Médio. O termo MGF descreve uma série de procedimentos envolvendo a remoção parcial ou total da genitália feminina externa e/ou lesões aos órgãos genitais por motivos culturais, tradições ou outros motivos não terapêuticos.¹⁸ Mais de 130 milhões de meninas foram submetidas a este procedimento e a estimativa é de que dois milhões de meninas estejam em risco de mutilação genital feminina a cada ano.¹⁸

A MGF está associada a uma série de graves problemas de saúde dentre os quais: infecção, dor crônica, disfunção sexual e complicações obstétricas. As conseqüências psicológicas e emocionais são menos conhecidas, mas o estresse, a ansiedade e a depressão já foram associados ao procedimento.

As iniciativas para eliminar estas práticas vão desde ações governamentais em alto nível de decisão à ações educativas na comunidade; as lições aprendidas destes projetos aplicam-se à prevenção de todas as formas de violência de gênero. Reformas legais, educação e treinamento são fatores-chave, embora estas iniciativas por si só não sejam suficientes para mudar comportamentos. Por exemplo, algumas iniciativas voltadas para o esclarecimento sobre os efeitos adversos dos procedimentos tradicionais de MGF resultaram em uma “medicalização” desta prática; as pessoas acreditam que o procedimento é seguro quando realizado em um ambiente médico. Os/as profissionais de saúde necessitam de treinamento especial para reconhecerem as complicações resultantes destas práticas e para lidarem com a gravidez, parto e assistência pós-parto de mulheres submetidas a mutilação da genitália.

Nos casos em que a MGF é considerada um rito de passagem importante para a idade adulta, os esforços para eliminá-la precisam levar em consideração os aspectos positivos dos rituais que a circundam e permitir que as comunidades preservem-nos através de ritos de passagem alternativos.¹⁹ Os programas que objetivam a eliminação da prática da MGF podem servir de modelos para o desenvolvimento de intervenções mais amplas direcionadas à alteração de práticas tradicionais nocivas às mulheres. Para obter maiores informações sobre o assunto, consulte Outlook, Volume 16, Number 4, e Reproductive Health Outlook (RHO) website, www.rho.org/html/hthps.htm.

O Combate à Violência Através de Programas de Saúde Reprodutiva

Os efeitos da violência sobre a saúde da mulher são sérios, de longo alcance, e inter-relacionados. Os/as profissionais de saúde têm a oportunidade e a obrigação de identificar casos de violência. Para muitas mulheres nos países em desenvolvimento, uma visita a um serviço de saúde reprodutiva ou de saúde da criança pode representar o único contato destas mulheres com o sistema de saúde. O setor saúde pode aproveitar esta oportunidade garantindo a existência de um ambiente seguro e de apoio, ajudando os/as profissionais responsáveis pelo atendimento a detectar a ocorrência de violência, e permitindo que as mulheres recebam a assistência que necessitam. As etapas envolvidas na integração da violência de gênero a programas de saúde foram descritas em um guia elaborado pela UNFPA.²⁵

Perguntar sobre violência. Treinar profissionais de saúde para fazer perguntas sobre violência em uma entrevista direta pode representar uma forma efetiva de se identificar mulheres que já passaram por situações de violência.^{26,27} No entanto, poucos profissionais perguntam rotineiramente sobre a violência, mesmo em países desenvolvidos.²⁷ Em alguns programas, a investigação de todas as mulheres pode não ser factível e às vezes até pouco ética caso isso não seja feito de forma apropriada e confidencial. A investigação de grupos específicos, como o de mulheres que procuram assistência pré-natal ou outros serviços de saúde reprodutiva pode ser mais factível.

Identificar barreiras. Os programas de detecção de casos de violência precisam vencer as barreiras existentes em nível dos sistemas de saúde e dos profissionais.² Os/as profissionais percebem a falta de treinamento, tempo e a efetividade das intervenções como as principais barreiras a detecção.²⁸

Os/as profissionais podem também relutar em investigar, pois:

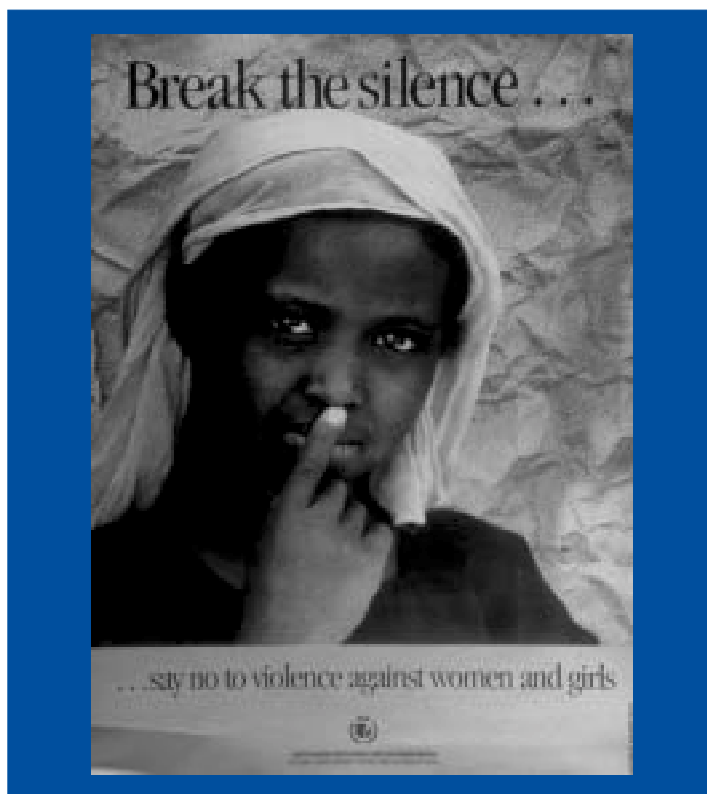
- sentem-se pouco à vontade para fazer perguntas sobre o assunto,
- temem as respostas das mulheres,
- enfrentam diferenças culturais e de comunicação com as clientes,
- temem ofender as clientes, e
- frustram-se pela falta de resposta das clientes às orientações.^{26,27}

Muitas destas barreiras relacionam-se às atitudes e preconceitos dos profissionais de saúde. Uma vez que estes/as profissionais muitas vezes compartilham o mesmo ambiente social cultural de suas clientes, podem também estar em situação de violência. Um estudo qualitativo das 38 enfermeiras de serviços de saúde básicos numa área rural da África do Sul, por exemplo, verificou que estas enfermeiras haviam sofrido níveis semelhantes, ou ainda mais graves, de violência do que as suas clientes.²⁹ Outros estudos verificaram que uma grande parte das profissionais que prestam serviços de saúde em muitos países foram agredidas pelo parceiro.²⁶ Uma observação especialmente preocupante é a de que as enfermeiras e outros profissionais de saúde algumas vezes adotam uma atitude abusiva em relação aos seus clientes³⁰ e podem eles próprios serem vítimas de violência dentro do sistema de saúde.³¹

Muitas mulheres apreciam a oportunidade de discutir suas experiências;^{2,32} fazer perguntas sobre violência, permitir que elas falem pode ser terapêutico. Algumas pacientes, entretanto, temem que um exame de rotina e a notificação dos casos de violência às autoridades tenham conseqüências negativas.³³ No Estudo da OMS realizado em vários países muitas mulheres relataram não procurar ajuda após sofrer violência por constrangimento, temor das conseqüências ou simplesmente por aceitar a violência do parceiro.⁵

Treinar. Os/as profissionais de saúde necessitam de treinamento para sensibilizá-los em relação às suas próprias crenças e sentimentos sobre a violência, e para ajudá-los a desenvolver a habilidade que necessitam para poder ajudar as mulheres. O treinamento ajuda a reorientar esses profissionais direcionando-os para uma atitude de apoio às mulheres, ajudando-as a introduzir mudanças que venham a reduzir o risco de violência. Na Associação Civil de Planejamento Familiar (PLAFAM) em Caracas, na Venezuela, os/as profissionais foram treinados e sensibilizados antes de abordarem os casos de violência de gênero na suas clínicas de saúde reprodutiva.³⁴ Tiveram a oportunidade de fazerem dramatizações durante o treinamento, representando tanto o papel de prestadores de serviços quanto o de clientes. Ao representar o papel de "cliente" descobriram como pode ser útil ter alguém que escute com simpatia e empatia e como é bom falar sobre as suas experiências.

Várias estratégias de treinamento foram utilizadas no projeto desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), implementado em dez países da América Central e países Andinos. Alguns países decidiram sensibilizar todos os profissionais que trabalham em serviços clínicos, enquanto outros optaram por treinar funcionários/as de um determinado setor, como por exemplo, dos serviços de saúde mental.³⁵ Alguns incluíram também, treinamento especializado em procedimentos de medicina legal para a detecção de abuso sexual infantil. Treinamento prático, estágios e intercâmbios são estratégias de treinamento eficazes. Incluir a violência e o abuso nos currículos de educação médica poderia ajudar a sensibilizar os/as profissionais de saúde e prepará-los/as para lidarem melhor com estas questões. Os/as profissionais de saúde precisam também de oportunidades de treinamento continuado, especialmente devido a rotatividade de profissionais. Embora o treinamento possa aumentar a probabilidade de que perguntas sobre violência sejam feitas às clientes, os/as gerentes precisam reforçar sua importância e deve-se cobrar dos/as



Iniciativas como este cartaz do United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) podem ajudar a reduzir o estigma associado à violência de gênero. Foto cortesia do UNIFEM, através de Media/Materials Clearinghouse, JHU/CCP.

profissionais de saúde a identificação de violência entre suas clientes.

Facilitar a detecção dos casos. Instrumentais para detecção de casos de violência ajudam os/as profissionais a trazer o assunto à baila de uma forma consistente e sem pré-julgamentos. Seguindo uma lista breve de perguntas, os/as profissionais podem fazer perguntas às clientes sobre suas experiências passadas e atuais em relação a violência física, emocional e sexual. Na PLAFAM, o uso sistemático de um instrumental de rastreio aumentou a detecção da violência entre as clientes de 7% para mais de 30%. Os/as profissionais avaliaram o questionário como fácil de usar e mais eficiente do que as iniciativas de detecção adotadas anteriormente. Um carimbo na ficha da cliente ajudou a documentar a violência e forneceu um registro para avaliação.³⁶

Antes de começarem a fazer as perguntas sobre violência os/as profissionais devem garantir um ambiente seguro, de confidencialidade e estabelecer uma relação de confiança e respeito com suas clientes. As áreas de espera reservadas às clientes podem ter à disposição materiais educativos, inclusive posters nas paredes e brochuras informativas, para que as clientes saibam que, naquela instituição, a violência pode ser discutida com segurança. Os/as profissionais de saúde precisam ter cuidado para não aumentar o risco das clientes ao violarem a confidencialidade. É papel do/a profissional validar as experiências das clientes e apoiar sua autonomia para decidir o que fazer diante da situação de violência.

Oferecer serviços apropriados. Saber que uma mulher passou por uma situação de violência permite ao profissional de saúde

cuidar melhor dela. As mulheres que sofrem violência de seus parceiros muitas vezes têm necessidades específicas de tratamento, incluindo diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e preocupações especiais quanto a manter em segredo o uso de métodos anticoncepcionais. Mulheres que foram estropadas necessitam de orientação e podem precisar também de anticoncepção de emergência, antibióticos profiláticos, e/ou terapia anti-retroviral. Deve-se também oferecer a estas mulheres apoio e encaminhamento para acompanhamento psicológico, médico e legal. Em muitos países, a polícia exige que as mulheres submetam-se a um exame médico e recebam um atestado médico antes de preencherem uma queixa formal de violência doméstica.³⁷ O nível de assistência fornecido às mulheres vai depender dos recursos disponíveis no local e na comunidade.

Delegar poderes aos profissionais e clientes. Os/as profissionais precisam saber que seus esforços para a identificação da violência são valiosos e devem ter habilidades para ajudar às suas clientes, se a investigação revelar que houve violência.³⁸ É necessário que sejam estabelecidas novas formas de se avaliar a eficácia das intervenções dos profissionais de saúde. Além de prevenir óbitos e seqüelas, poderá ser igualmente importante recuperar a auto-estima e reduzir a ansiedade e o estresse que existe entre as mulheres agredidas.

Alguns programas comprovaram que poder encaminhar uma cliente para um aconselhamento aprofundado é bastante útil.^{32,35} O orientador designado (que não precisa ser necessariamente um profissional de saúde mental) pode ajudar as clientes a determinarem suas necessidades e a estabelecer um plano de ação. Isto exige um bom conhecimento e uma boa coordenação entre os serviços de saúde e os serviços legais, sociais e comunitários relevantes. PLAFAM pesquisou e organizou um catálogo de instituições que prestam atendimento psicológico, social e legal para as quais as mulheres podem ser encaminhadas.³² Manter o catálogo atualizado garante a continuidade da colaboração e da coordenação ente as instituições.

As mulheres esperam alguém que lhes faça perguntas sobre [violência de gênero]... Eu acho que quando perguntamos, as mulheres pensam: "Finalmente alguém está me dando uma oportunidade de falar sobre esse sofrimento."
— Funcionário da PLAFAM, Venezuela³²

As instituições podem criar grupos de apoio para as sobreviventes da violência, e para os próprios profissionais, que podem precisar discutir suas experiências e sentimentos. Por oferecer assistência a muitas mulheres ao mesmo tempo, os grupos de apoio conseguem uma boa relação custo-benefício. A possibilidade de observar outras pessoas que passaram por situações de violência e a troca de experiências pode fazer com que as participantes se sintam fortalecidas.³⁵

Uma revisão recente do projeto de combate à violência doméstica da OPAS demonstrou que as instituições podem ser essenciais para o estabelecimento de normas e protocolos nacionais para a detecção da violência.³⁵ A ampla disseminação de políticas e procedimentos relacionados a violência pode melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo setor de saúde. Documentar e desenvolver sistemas de informação para identificar e rastrear a violência irá ajudar a definir suas conseqüências, o impacto sobre a saúde e aumentar a sua visibilidade.

Aumentar o alcance. Muito pode ser realizado fora dos serviços de saúde no sentido de abordar a violência contra a mulher (veja caixa, na página 7). A melhoria da comunicação e coordenação entre as redes de referência ajudarão as mulheres em situação de violência a se orientarem na complexa rede de serviços e instituições para que consigam obter ajuda de que necessitam. Na Nicarágua, mais de cem organizações na Rede Nacional de Mulheres Contra a Violência, em conjunto com a Polícia Nacional têm sido os principais agentes da melhoria da coordenação institucional.³⁵

Como líderes de destaque na comunidade, profissionais da saúde – tanto mulheres quanto homens – têm papéis importantes a representar na promoção da prevenção da violência na comunidade. Podem obter o apoio de outros líderes comunitários (líderes religiosos e políticos) e promover a “tolerância zero” em relação à violência nas relações domésticas. Falar sobre a prevalência e os efeitos adversos da violência sobre a saúde e

Tráfico de Mulheres

Entre 700.000 e 2.000.000 de pessoas, a maioria mulheres e crianças, são levadas através de fronteiras internacionais todos os anos para trabalhos forçados, inclusive trabalho sexual.³⁹ A maioria destas vítimas de tráfico é originária da Ásia, mas muitas são também de países da antiga União Soviética (100.000), Europa Oriental (75.000), América Latina e Caribe (100.000) e África (50.000).³⁹

Estima-se que o tráfico de pessoas represente a terceira fonte de maior lucro para o crime organizado, rendendo bilhões de dólares a cada ano.³⁹ Os conflitos étnicos também contribuem para o tráfico, especialmente de mulheres e meninas.⁴⁰ Muitas dessas pessoas são raptadas ou enganadas, enquanto outras procuram as redes de tráfico em busca de ajuda para serem contrabandeadas. As famílias de baixa renda podem não ver outra saída a não ser a venda de suas filhas para trabalho sexual.

Mulheres e meninas que são forçadas ao trabalho sexual e as que são vítimas de abuso sexual apresentam uma ampla gama de problemas de saúde. Ademais, as mulheres vítimas de tráfico raramente procuram serviços de saúde porque temem ser deportadas, não possuem os recursos necessários, ou são impedidas de procurar tratamento.⁴¹ Elas apresentam um alto risco de complicações e infertilidade devido a infecções sexualmente transmissíveis não diagnosticadas e não tratadas, inclusive HIV/AIDS; enfrentam o risco de gravidez e aborto sob condições de risco.⁴²

Os/as profissionais de saúde das regiões onde o tráfico é comum devem ser informados da situação e oferecer assistência sempre que possível. De um modo geral, os esforços para impedir o tráfico dependem de cooperação internacional e nacional, desde os mais altos níveis governamentais às instituições de serviços sociais básicos, autoridades sociais, judiciais policiais e de imigração. Para obter maiores informações visite o site Stop-Traffic, www.stop-traffic.org.

Jijenge!: Mobilização de Comunidades na Tanzânia

Jijenge! Lançou um projeto piloto cujo objetivo era a conscientização da comunidade em relação à violência contra a mulher em Igogo, uma comunidade semi-urbana de 4.000 famílias de baixa renda em Mwanza, na Tanzânia.⁴³ Depois de obter o apoio dos/as líderes comunitários o projeto educou os membros da comunidade utilizando diversos tipos de mídia, inclusive discussões públicas, programas de teatro, de rádio e materiais impressos. Jijenge! também recrutou e treinou um “grupo de vigilância” formado por homens e mulheres da comunidade para intervir sempre que testemunhassem um ato de violência.

O projeto inclui uma clínica de saúde reprodutiva em que eram prestados serviços e orientação para ajudar as mulheres a identificarem as causas de seus problemas de saúde reprodutiva. Esta abordagem foi revolucionária em Mwanza, e as mulheres vinham de muito longe para serem atendidas na clínica. Homens e mulheres começaram a procurar orientação dos profissionais da clínica, e os orientadores discutiram os direitos das mulheres e encaminharam as clientes para delegacias de polícia, órgãos de previdência social, hospitais e tribunais.

O programa Jijenge! demonstrou que :

- As pessoas estão dispostas a discutir a violência contra mulheres e a intervir para conter esta violência.
- As mensagens contra a violência funcionam melhor quando são recebidas de uma variedade de fontes, ao longo do tempo.
- A discussão da violência em termos de promover “a harmonia familiar” é mais efetiva do que uma abordagem baseada nos direitos.
- Os homens precisam ser abordados tanto separadamente quanto em grupos mistos.
- O apoio dos/as líderes comunitários é crítico.
- Os/as profissionais da saúde precisam ser sensibilizados em relação à violência doméstica e é preciso que tenham as ferramentas para atuar contra ela.
- O pessoal envolvido no projeto e os/as voluntários/as da comunidade precisam de apoio constante e de oportunidades para o aperfeiçoamento contínuo de suas habilidades.
- Mudanças de comportamento significativas demandam tempo.

esclarecer todos os membros da comunidade em relação aos seus direitos legais, sociais e humanos pode ajudar a mudar atitudes, comportamentos e normas culturais. Pessoas e organizações prestadoras de serviços de saúde podem também trabalhar para mudar as políticas locais e nacionais que restrinjam os direitos das mulheres, como por exemplo, eliminar as normas que exigem consentimento do cônjuge para o uso de métodos anticoncepcionais. É essencial envolver os homens nessa iniciativa.

Conclusão

O setor saúde pode ter um impacto significativo na divulgação e combate da violência contra a mulher e na redução de problemas de saúde reprodutiva relacionados a violência. Com treinamento e apoio dos/as gerentes dos programas, profissionais de saúde podem aprender a identificar e a cuidar das mulheres em situação de violência. Para que a detecção seja útil, os/as profissionais devem: estar bem treinados/as quanto à forma de perguntar sobre violência e de responder a ela; estar preparados/as para ajudar as sobreviventes da violência com tratamento e referência; aprender a trabalhar com as instituições de outros setores. As iniciativas coordenadas e o desenvolvimento de redes de referência e sistemas de informação efetivos podem maximizar recursos limitados. Mudar o comportamento e as atitudes das pessoas em relação à violência exige um compromisso de longo prazo. Os/as profissionais de saúde nas comunidades e todos os outros profissionais de saúde influentes podem assumir a liderança da introdução da conscientização e da mudança de comportamento na comunidade. Podem criar uma resposta à violência baseada na comunidade, estimulando a discussão, educando a comunidade em relação aos custos e às conseqüências da violência e promovendo relações não violentas. Expor a violência e permitir que pessoas vulneráveis e marginalizadas recebam os serviços necessários ajudarão a quebrar o ciclo da violência e a promover os direitos das mulheres e meninas.

1. UN General Assembly. Declaration of the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva: UN (December 20, 1993).
2. Heise, L., et al. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program (December 1999).
3. Watts, C. and Zimmerman, C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 359(9313):1232-1237 (April 6, 2002).
4. Campbell, J. et al. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359(9314):1331-1336 (April 13, 2002).
5. García-Moreno, C. et al. “Preliminary Results From the WHO Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence.” Presentation at the World Conference on Injury, Montreal, Canada (May 2002).
6. WHO. Violence and Injury Prevention. www.who.int/health_topics/violence/en/. (Accessed September 19, 2002).
7. Finkelhor, C. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 18(5):409-417 (May 1994).
8. UNICEF and Innocenti Research Center. Early marriage child spouses. *Innocenti Digest* 7 (March 2001).
9. Frank, M. et al. Virginity examinations in Turkey. *Journal of the American Medical Association* 282(5):485-490 (August 4, 1999).
10. Diniz, S.G. and d’Oliveira, A.F. Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 63(Supplement 1):S33-S42 (1998).
11. Jewkes, R. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet* 359(9315):1423-1429 (April 20, 2002).
12. Ellsberg, M. et al. Candies in hell: women’s experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine* 51:1595-1610 (2000).
13. Åsling-Monemi, K. et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization* (forthcoming).
14. UN Department of International Economics and Social Affairs. *The World’s Women: Trends and Statistics 1970-1990*. New York: UN (1991).
15. UNFPA. Addressing obstetric fistula [fact sheet]. New York: UNFPA (April 2002).
16. Serbanescu, F., Morris, L., and Marin, M. Reproductive Health Survey Romania, 1999. Atlanta, Georgia: Romanian Association of Public Health and Health Management (ARSPMS) and the Division of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention (September 2001).
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima: INEI (2001).
18. WHO. Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn’t. WHO/CHS/WMH/99.5. Geneva: WHO (1999).

19. Mohamud, A. et al. "Protecting and Empowering Girls: Confronting the Roots of Female Genital Cutting in Kenya." In: Haberland, N. and Measham, D., eds. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council (2002).
20. Jewkes, R. et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse of women in three South African provinces. *South African Medical Journal* 91(5):421-428 (May 2001).
21. Muhajarine, N. and D'Arcy, C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal* 160(7):1007-1011 (April 6, 1999).
22. Gazmararian, J.A. et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association* 275(24):1915-1920 (June 26, 1996).
23. Murphy, C. et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systemic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 164(11):1567-1572 (May 29, 2001).
24. Valladares, E. et al. Physical partner abuse during pregnancy is a risk factor for low birth weight: a case-referent study in Nicaragua. *Obstetrics and Gynecology* (forthcoming).
25. Stevens, L. A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers. New York: UNFPA (2001).
26. García-Moreno, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet* 359(9316):1509-1514 (April 27, 2002).
27. D'Avolio, D. et al. Screening for abuse: barriers and opportunities. *Health Care for Women International* 22:349-362 (2001).
28. Waalen, J. et al. Screening for intimate partner violence by health care providers. *American Journal of Preventive Medicine* 19(4):230-237 (2000).
29. Kim, J. and Motsei, M. 'Women enjoy punishment': attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science & Medicine* 54:1243-1254 (2002).
30. d'Oliveira, A. et al. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 359(9318):1681-1685 (May 11, 2002).
31. Vlassoff, C. and García-Moreno, C. Placing gender at the center of health programming: challenges and limitations. *Social Science & Medicine* 54:1713-1723 (2002).
32. Guedes, A. et al. "Addressing Gender Violence in a Reproductive and Sexual Health Program in Venezuela." In: Haberland, N. and Measham, D., eds. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council (2002).
33. Gielen, A.C. et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *American Journal of Preventive Medicine* 19(4):279-285 (2000).
34. International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere (IPPF/WHR). ¡Basta! New York: IPPF/WHR (Winter 2001). Available online at www.ippfwhr.org/whatwedo/bastawinter2001.pdf.
35. Ellsberg, M. and Arcas, C. Final Report: Review of PAHO's Project: Towards an Integrated Model of Care for Family Violence in Central America. Washington, D.C.: PAHO (December 2001).
36. IPPF/WHR. ¡Basta! New York: IPPF/WHR (Summer 2000). Available online at www.ippfwhr.org/whatwedo/bastasummer2000.pdf.
37. Creel, L. Domestic Violence: An Ongoing Threat to Women in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Population Reference Bureau (October 2001).
38. Salber, R.R. and McCaw, B. Barriers to screening for intimate partner violence: time to reframe the question. *American Journal of Preventive Medicine* 19(4):276-278 (2000).
39. Orhan, M. Trafficking in Persons: Myths, Methods, and Human Rights. Washington, D.C.: Population Reference Bureau (December 2001). Available online at www.prb.org.
40. Beyrer, C. Shan women and girls and the sex industry in Southeast Asia: political causes and human rights implications. *Social Science & Medicine* 53:543-550 (2001).
41. Orhan, M. and Murphy, E. "Trafficking in Persons." In: Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached. Murphy, E. and Ringheim, K., eds. Washington, D.C.: PATH (2002).
42. PAHO. Trafficking of women and children for sexual exploitation in the Americas [fact sheet]. Washington, D.C.: PAHO (July 2001).
43. Michau, L. et al. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In: Haberland, N. and Measham, D., eds. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council (2002).

Os autores deste número são Barbara Hane e Mary Ellsberg. Assistente de produção: Kristin Dahlquist.

Além dos membros selecionados do Conselho Consultivo do Outlook, foram revisores deste número: Dr. C. García-Moreno, Dr. W. Im-em, Ms. N. Otoo-Oyortey, e Dr. L. Schraiber. Outlook agradece seus comentários e sugestões.

Outlook é publicada por PATH em Inglês e Francês, e está disponível em Chinês, Indonésio, Português, Russo, e Espanhol. Outlook apresenta notícias sobre questões de saúde reprodutiva de interesse para os leitores de países em desenvolvimento. A Fundação Bill & Melinda Gates tornou possível este exemplar através de uma subvenção ao PATH para atividades de saúde reprodutiva. O conteúdo ou opiniões expressas no Outlook não necessariamente são aquelas dos fundadores do Outlook, dos membros individuais do Conselho Consultivo do Outlook, ou do PATH.

PATH é uma organização internacional sem fins lucrativos, dedicada ao aperfeiçoamento da saúde, especialmente da saúde de mulheres e crianças. Outlook é enviada, gratuitamente, para leitores de países em desenvolvimento; assinaturas para as pessoas interessadas em países desenvolvidos custam US\$40 ao ano. Por favor, os cheques deverão ser nominais ao PATH.

A produção da edição brasileira foi realizada por bee-line idiomas (tradução) e Maira Golçalves (copydesk), Mônica Almeida e Mariana Maldonado (revisão técnica) e Ana Rosas (editoração eletrônica e produção gráfica).

Jaqueline Sherris, Ph.D. Diretora Editorial PATH
4 Nickerson Street
Seattle, Washington 98109-1699 U.S.A.
Phone: 206-285-3500 Fax: 206-285-6619
E-mail: outlook@path.org

URL: <http://www.path.org/resources/pub-Outlook.htm>

Conselho Consultivo

Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Italian National Institute of Health, Italy • Gabriel Bialy, Ph.D., Special Assistant, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, U.S.A. • Willard Cates, Jr., M.D., M.P.H., President, Family Health International, U.S.A. • Lawrence Corey, M.D., Professor, Laboratory Medicine, Microbiology and Head, Virology Division, University of Washington, U.S.A. • Horacio Croxatto, M.D., President, Chilean Institute of Reproductive Medicine, Chile • Judith A. Fortney, Ph.D., Senior Scientist, Family Health International, U.S.A. • John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Medical Director, Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, U.K. • Atiqur Rahman Khan, M.D., Country Support Team, UNFPA, Thailand • Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, U.S.A. • Roberto Rivera, M.D., Corporate Director for International Medical Affairs, Family Health International, U.S.A. • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Assistant Secretary General, IPPF, U.K. • Melvin R. Sikov, Ph.D., Senior Staff Scientist, Developmental Toxicology, Battelle Pacific Northwest Labs, U.S.A. • Irving Sivin, M.A., Senior Scientist, The Population Council, U.S.A. • Richard Soderstrom, M.D., Clinical Professor OB/GYN, University of Washington, U.S.A. • Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Professor, Department of Public Health & Primary Care, University of Oxford, U.K.

PATH (Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde), 2001. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

TRADUZIDO E DISTRIBUÍDO NO BRASIL PELA BEMFAM
SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL