

A large, light blue silhouette map of Latin America and the Caribbean, spanning across the top and right sides of the page. The map includes Mexico, Central America, the Caribbean islands, and South America.

Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários





**Violência sexual na
América Latina e no Caribe:
uma análise de dados secundários**

Versão: Março de 2010

Agradecimentos

Esta análise foi preparada para a Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual (SVRI, na sigla em inglês) por Juan Manuel Contreras, do Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher - ICRW, na sigla em inglês, com contribuições de Sarah Bott (consultora freelance), Elizabeth Dartnall (da SVRI), Alessandra Guedes (da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS), Kanako Ishida (do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos - CDC, na sigla em inglês) e Abbie Fields (da Universidade da América Central, em Manágua, Nicarágua). Muitos outros colegas forneceram contribuições técnicas amplas e valiosas, dentre eles: Jill Astbury, Ana Elena Badilla, Debbie Billings, Claudia García-Moreno, Ana Gúezmes, Rachel Jewkes, Mary Koss, Lizle Loots, Christine Ricardo e Rosanne Rushing. Esboços iniciais desta análise foram apresentados no Fórum da SVRI de 2009: *Coordinated evidence-based responses to end sexual violence* (Respostas coordenadas para eliminar a violência sexual baseadas em dados empíricos), ocorrido de 6 a 9 de julho de 2009, e em uma reunião satélite do Fórum Global para Pesquisa em Saúde de 2009: *Innovating health for all* (Inovando a saúde para todos), ocorrido em Havana, Cuba, de 16 a 19 de novembro de 2009. Feedback e comentários recebidos nestes eventos foram utilizados para influenciar o desenvolvimento desta análise.

A SVRI gostaria de agradecer ao Escritório Regional para a América Latina e o Caribe do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, na sigla em inglês), por sua visão e generoso apoio financeiro para desenvolver esta análise. Agradecemos também ao Ipas e à Organização Pan-Americana da Saúde, ambos parceiros fundamentais da SVRI neste projeto.

A SVRI surgiu em 2002, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma iniciativa do Fórum Global para Pesquisa em Saúde. Desde 2006, a SVRI tem feito parte da Unidade de Pesquisa de Gênero e de Saúde do Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul. A SVRI é composta por uma rede de experientes pesquisadores, elaboradores de políticas, ativistas, doadores e outras pessoas comprometidas com a promoção da pesquisa sobre violência sexual e com a necessidade de aumentar a conscientização a respeito da violência sexual enquanto uma questão prioritária de saúde pública. A SVRI promove e divulga pesquisa orientada por ações para reduzir a violência sexual e reagir a ela através de: identificação de lacunas de pesquisa, desenvolvimento de habilidades, apoio à pesquisa, aumento da conscientização e desenvolvimento de parcerias.

O trabalho da SVRI é liderado por um Grupo de Coordenação composto por especialistas em violência sexual. Os membros do Grupo de Coordenação da SVRI são: Jill Astbury, Gary Barker, Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes, Rachel Jewkes, M. E. Khan, Nduku Kilonzo, Mary Koss, Sylvie Olifson, Tandiar Samir e latamze Verulasvhili. A secretaria da SVRI cuida das atividades diárias. Os membros da secretaria da SVRI são: Rachel Jewkes, secretária da SVRI, Liz Dartnall, encarregada pelo Programa da SVRI e Lizle Loots, pesquisadora da SVRI.

Citação sugerida:

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) *Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários*. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual.



Índice

Abreviações e acrônimos

Resumo executivo

1. Introdução

2. Metodologia utilizada para desenvolver esta análise

3. O contexto socioeconômico e demográfico da América Latina e do Caribe (ALC)

4. Fontes de dados e métodos de pesquisa

4.1 Desafios e limites da base de dados empíricos

4.2 Visão geral da pesquisa sobre violência sexual na ALC

4.3 Definições operacionais de violência sexual

4.4 Outros desafios metodológicos da pesquisa sobre violência sexual

5. Magnitude, tipos e padrões de violência sexual

5.1 Violência sexual contra mulheres perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino

5.2 Violência sexual contra mulheres e meninas perpetrada por não parceiros

5.3 Violência sexual contra homens e meninos

6. Consequências da violência sexual

7. Reações das mulheres e meninas à violência sexual

7.1 Reações das mulheres e meninas à violência sexual

7.2 Motivos pelos quais as mulheres e meninas não relatam experiências de violência ou não procuram ajuda

8. Fatores de risco associados com a violência sexual

8.1 Fatores macro-sociais

8.2 Fatores da comunidade

8.3 Fatores do relacionamento

8.4 Fatores individuais

9. Marco jurídico e decisões judiciais

9.1 Acordos internacionais

9.2 Legislação nacional

9.3 Implementação e aplicação das leis relacionadas à violência sexual

9.4 Esforços para fortalecer as decisões judiciais relativas à violência sexual

10. Planos, redes e programas multi-setoriais

10.1 Políticas, planos e programas governamentais

10.2 Coalizões e redes

10.3 Esforços para melhorar o acesso das sobreviventes a serviços abrangentes

11. A resposta do setor de saúde à violência sexual

11.1 Desafios e deficiências fundamentais na resposta do setor de saúde à violência sexual

11.2 Esforços para melhorar a resposta do setor de saúde à violência sexual

12. Prevenção primária da violência sexual

12.1 Desenvolvimento de capacidade através de educação e treinamento

12.2 Comunicação para mudança social

12.3 Promoção de segurança pública

12.4 Trabalho com homens e meninos

13. Conclusões

13.1 Recomendações para programas e políticas

13.2 Prioridades para futuras pesquisas

Referências

Abreviações e acrônimos

CARICOM	Comunidade do Caribe, na sigla em inglês
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, na sigla em inglês
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, na sigla em inglês
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CIM	Comissão Interamericana de Mulheres
ASI	Abuso sexual infantil
DHS	Pesquisas de Demografia e Saúde, na sigla em inglês
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
VBG	Violência Baseada em Gênero
HIV/AIDS	Siglas originadas do inglês para Human Immunodeficiency Vírus / Acquired Immunodeficiency Syndrome (Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
ILANUD	Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquent
INSTRAW	Instituto Internacional das Nações Unidas de Pesquisa e Capacitação para o Fortalecimento das Mulheres
OIM	Organização Internacional de Migrações
IPPF/WHR	Federação Internacional de Planejamento Familiar/Região do Hemisfério Ocidental, na sigla em inglês
ALC	América Latina e Caribe
MSF	Médicos Sem Fronteiras
ONG	Organização não governamental
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RHS	Pesquisas em Saúde Reprodutiva, na sigla em inglês
IST	Infecção sexualmente transmissível
SVRI	Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, na sigla em inglês
ONU	Organização das Nações Unidas
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
VCM	Violência contra as mulheres



Resumo executivo

A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como “quaisquer atos sexuais ou tentativas de realizar um ato sexual, comentários ou investidas sexuais não consentidos, atos para comercializar ou de outra forma controlar a sexualidade de uma pessoa através do uso da coerção, realizados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, sem estar limitado, a residência e o trabalho” (Jewkes et al., 2002). Um conjunto limitado mas crescente de evidências sugere que a violência sexual é um grave problema por toda a América Latina e o Caribe (ALC) - tanto como problema de saúde pública quanto como violação dos direitos humanos. Este documento analisa o que é conhecido sobre violência sexual na região da ALC. Tem o objetivo de investigar a magnitude, os padrões e os fatores de risco associados à violência sexual, assim como os marcos jurídicos e de políticas, as reações das mulheres à violência sexual, o acesso a serviços e a resposta dos serviços, as intervenções promissoras, as lacunas nas pesquisas e as prioridades para futuras pesquisas.

Mais de duzentos documentos publicados e inéditos foram examinados para preparar este documento. A literatura foi identificada através de pesquisas baseadas na internet e com especialistas que trabalham na região da ALC. O escopo desta análise é baseado primariamente em pesquisas produzidas desde o ano 2000 até o presente. Apesar do esforço de cobrir toda a região da América Latina e do Caribe, não há pesquisas disponíveis em todos os países da região. Desta forma, este documento deve ser considerado a primeira fase de um processo em andamento de consolidação das evidências existentes e de identificação das lacunas e prioridades das pesquisas para esta região tão variada cultural, racial e geograficamente.

A base de dados empíricos sobre violência sexual na ALC tem limitações importantes, mas o número de estudos conduzidos na região aumentou bastante nas duas últimas décadas. Existem disparidades geográficas amplas; por exemplo, aproximadamente metade de todos os estudos examinados neste documento foi realizada no Brasil e no México. Por toda a região, há uma grande diversidade na natureza das pesquisas conduzidas. Muitos estudos fornecem uma visão geral da violência sexual em termos de níveis, características e fatores de risco. Também são comuns as pesquisas que utilizam métodos qualitativos para obter narrativas e descrições de sobreviventes a respeito de suas experiências de violência sexual.

Os estudos analisados destacam evidências de que a violência sexual é um grave problema generalizado na região. Por toda a ALC, dados sugerem que o maior risco é as mulheres serem vítimas de violência sexual praticada por seus parceiros íntimos. Pesquisas feitas com populações observaram que a prevalência de sexo forçado em algum momento da vida da mulher, perpetrado por um parceiro íntimo, varia

de 5 a 47% (veja as tabelas 2a e 2b). Além disso, uma minoria substancial de mulheres e meninas sofre abuso sexual praticado por não parceiros, conforme indicado pelo resultado da análise de alguns estudos da ALC, demonstrando que 8 a 27% das mulheres relatam terem sido vítimas de violência sexual perpetrada por um não parceiro (Ellsberg, 2005).

De forma similar a outras regiões, a maior parte dos perpetradores não parceiros é conhecida das vítimas e inclui: parentes, vizinhos, amigos, colegas, padres e professores (Jewkes et al., 2002; García-Moreno et al., 2005). Em alguns casos, no entanto, o perpetrador é um estranho. As formas mais comuns de violência sexual praticada por não parceiros na região incluem: abuso sexual de crianças e jovens, tráfico e exploração sexual, violência sexual durante o processo de migração, assédio sexual no trabalho e violência sexual em situações de emergência ou ambientes de conflito armado. Evidências indicam que as consequências na saúde física, sexual, reprodutiva e psicossocial das vítimas de violência sexual podem ser graves e duradouras (Jewkes et al., 2002).

Esta análise ressalta diversos fatores fundamentais associados com a violência sexual na ALC nos níveis social, comunitário, relacional e individual. A maioria dos pesquisadores concorda que a violência sexual tem em suas raízes uma ordem social de gênero desigual e relações de poder entre os homens e as mulheres na sociedade (Jewkes et al., 2002). Em particular, os pesquisadores associam a violência sexual com os seguintes tipos de normas sociais: a) a legitimação da violência contra as mulheres por parceiros íntimos; b) o ato de culpar as mulheres pelo estupro e outros tipos de violência sexual; c) a justificativa da violência masculina, por exemplo, devido aos seus "desejos sexuais inerentes"; d) o ato de considerar as mulheres como objetos sexuais; e e) o "culto da virgindade da mulher". No nível social, a violência sexual também é associada com uma aceitação mais generalizada do uso da violência. Altos índices de violência são particularmente comuns em ambientes da ALC em que existem conflitos internos. Na maioria das partes da região, as respostas dos governos à violência sexual têm sido fracas.

No nível da comunidade, um fator central associado com a violência sexual é a falta de apoio ao direito das mulheres à autonomia sexual e às mulheres que são vítimas de violência sexual. Esta falta de apoio vem de suas próprias comunidades, de setores fundamentais como os serviços de saúde e as instituições responsáveis pela aplicação das leis, dos locais de trabalho e escolas, mas também vem de suas famílias. No nível dos relacionamentos, há uma forte associação entre a dinâmica de controle e poder desigual e a violência sexual, particularmente quando: a) os homens são ciumentos; b) as mulheres se recusam a ter relações sexuais com seus parceiros; e c) os homens sentem que correm o risco de perder o controle da relação. Fatores de risco individuais para sofrer e praticar violência sexual incluem: ser jovem; viver em um contexto marginalizado ou excluído; ter sido submetido à violência na infância; e ter atitudes rígidas a respeito das funções dos gêneros.



Estudos realizados em diversos ambientes, incluindo a região da ALC, observaram uma forte associação entre testemunhar e ser submetido à violência durante a infância e perpetrar violência sexual na fase adulta (Jewkes et al., 2002; Instituto Noos, 2003).

A região ganhou reconhecimento internacional pelo progresso realizado nas reformas legais que abordam a violência contra as mulheres. A ALC foi a primeira região do mundo em que todos os países ratificaram a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, e a primeira a assinar um tratado regional destinado especificamente a eliminar a violência contra as mulheres: a Convenção de Belém do Pará. No momento, quase todos os países da região incorporaram o tema da violência contra as mulheres em sua legislação nacional, criminalizando a violência sexual e fortalecendo as sanções contra os perpetradores. No entanto, ainda existem muitos problemas. Por exemplo, em alguns países, as leis que versam sobre a violência contra as mulheres integram a legislação sobre violência doméstica e familiar. Outro problema legal é a negação, em alguns países, do direito das mulheres a um abortamento seguro e legal nos casos de gravidez resultante de estupro. Além disso, a aplicação das leis na região é, geralmente, fraca, e a resposta do Judiciário às sobreviventes de violência sexual tem deficiências sérias.

Além das reformas legais, os governos de quase todos os países da região desenvolveram programas, planos e políticas para lidar com a violência contra as mulheres (Monatño et al., 2007). Infelizmente, muitas destas ações, apesar de boas na teoria, não foram implementadas ou se mostraram insustentáveis após tentativas-piloto, a despeito de diferentes mecanismos acionados para diminuir a distância entre teoria e prática.

A literatura analisada mostrou que as mulheres que denunciam a violência sexual sofrida enfrentam muitas dificuldades (Jewkes et al., 2002; Ellsberg, 2005). As mulheres que revelam experiências de violência sexual em geral o fazem primeiro a um membro de sua família (como a mãe), a uma amiga, vizinha ou a um conselheiro religioso. Estima-se que, nesta região, apenas cerca de 5% das vítimas adultas de violência sexual relatam o incidente à polícia. As razões mais importantes pelas quais muitas mulheres não informam sobre suas experiências de violência sexual incluem: a) estigma, vergonha e medo de discriminação; b) medo de represálias por parte do perpetrador; c) sentimento de culpa; d) complexidade do processo de informar o crime; e) falta de apoio da família e amigos; e f) expectativa de que a aplicação da lei será ineficaz ou mesmo ofensiva.

Quando as mulheres procuram instituições, com maior frequência buscam apoio nos serviços de assistência à saúde e nos serviços jurídicos; no entanto, a qualidade das respostas de ambos os tipos de serviços é, geralmente, ruim (Morrison et al., 2004). Por toda a região, pesquisadores

documentaram muitas falhas nestes serviços, incluindo: falta de infraestrutura básica; atitudes e comportamentos discriminatórios e patriarcais dos profissionais dos serviços, que justificam as ações dos perpetradores e culpam as mulheres, o que as torna duplamente vítimas; fracasso dos serviços em proteger as mulheres de ações punitivas realizadas pelos perpetradores; falta de privacidade e confidencialidade; e problemas estruturais como equipe insuficiente e procedimentos excessivamente burocráticos e complicados. Estas situações são particularmente agudas em áreas pobres e marginalizadas, especialmente entre mulheres indígenas e em ambientes com conflitos.

Como esta análise irá ilustrar, apesar das deficiências, alguns progressos recentes foram conquistados na região no sentido de desenvolver estratégias para impedir e reagir à violência sexual. Estes avanços incluem melhorias nos marcos jurídicos e de políticas, assim como esforços para fortalecer a prevenção e as estratégias de reação, realizados por organizações não governamentais (ONGs), principalmente em áreas urbanas. Esforços de prevenção primária voltados para a mudança de comportamento e a prestação de serviços de apoio para as vítimas têm sido realizados através da expansão dos serviços, de intervenções educativas para o desenvolvimento de habilidades, da mobilização da comunidade com aumento da conscientização, da promoção de segurança pública e do trabalho junto aos homens e meninos. Muitos dos esforços mais promissores têm sido induzidos pela sociedade civil, implementados através de ONGs e baseados em uma perspectiva de gênero e de direitos humanos.

Operações de pesquisa sobre intervenções e programas são relativamente novas na região. Alguns estudos avaliaram as respostas dos serviços às sobreviventes de violência sexual, principalmente na área da saúde (Bott et al., 2004). No entanto, informação sobre eficácia, qualidade e impacto dos programas de violência sexual é, geralmente, limitada em toda a região. Pesquisas futuras devem focalizar o desenvolvimento e a análise de dados empíricos em ambientes onde existam poucos dados; a obtenção de uma compreensão mais profunda sobre violência sexual, utilizando uma combinação de dados empíricos e teoria social e antropológica, incluindo diferentes atores e usando metodologias variadas; e a condução de pesquisas que apoiem o desenvolvimento de estratégias de prevenção e a implementação e avaliação de leis, políticas e programas.



1. Introdução

O *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* da Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que mais de um milhão de pessoas perdem sua vida a cada ano como resultado da violência, e muitas mais sofrem lesões não fatais (Dahlberg e Krug, 2002). A violência contra as mulheres é um tipo comum de violência; estima-se que até seis em cada dez mulheres no mundo sejam submetidas à violência física ou sexual ao longo de sua vida (UNIFEM, 2009). A Organização das Nações Unidas (ONU, 1993) define violência contra as mulheres como “qualquer ato de violência baseada em gênero que resulte ou tenha probabilidade de resultar em sofrimento ou prejuízo físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra em público quer na vida particular”. Esta definição inclui uma ampla variedade de atos prejudiciais direcionados às mulheres e utiliza a expressão “baseada em gênero” para enfatizar que grande parte da violência contra as mulheres se origina em uma ordem social desigual no que se refere ao gênero (Heise et al., 1999).

A violência sexual contra mulheres e meninas é uma das manifestações mais claras de valores culturais patriarcais, normas e tradições que encorajam os homens a acreditar que têm o direito de controlar o corpo e a sexualidade das mulheres (Connell, 2000; Dobash e Dobash, 1979; Gasman et al., 2006; Heise et al., 1999; Jewkes et al., 2002). A Organização Mundial da Saúde define violência sexual como “quaisquer atos sexuais ou tentativas de realizar um ato sexual, comentários ou investidas sexuais não consentidos, atos para comercializar ou de outra forma controlar a sexualidade de uma pessoa através do uso da coerção, realizados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, sem estar limitado, a residência e o trabalho” (Jewkes et al., 2002)¹. A OMS define coerção como um conceito amplo que inclui intimidação psicológica e ameaças de danos - não apenas força física. Conforme a compreensão da OMS e da ONU, a violência sexual inclui uma ampla variedade de atos, incluindo tentativa bem sucedida ou não de manter relação sexual de forma forçada, contato sexual não desejado, atividade sexual realizada sem consentimento e sob coerção com uma mulher ou criança, comentários sexuais não consentidos, abuso sexual de crianças, mutilação genital, assédio sexual, iniciação sexual forçada, prostituição forçada, tráfico com objetivo sexual, entre outros (Secretaria Geral da ONU, 2006).

1 Os termos abuso sexual e violência sexual são utilizados alternadamente neste relatório.

Um conjunto de evidências reduzido, mas crescente, indica que a violência sexual é muito prevalente em todas as partes do mundo, incluindo a região da América Latina e do Caribe (ALC). Estudos feitos por todo o mundo observaram que entre 7% e 36% das mulheres relatam terem sofrido algum tipo de abuso sexual na infância (Jewkes et al., 2002), e que 6% a 59% das mulheres relatam terem sido agredidas sexualmente por um parceiro íntimo após a idade de 15 anos (Secretaria Geral da ONU, 2006).

A violência sexual tem consequências sérias, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. Pode afetar de forma negativa a saúde física e mental das sobreviventes. Por exemplo, a violência sexual tem sido associada com muitos problemas de saúde sexual e reprodutiva, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV e AIDS, gestações não planejadas, abortamentos espontâneos, disfunção sexual e problemas ginecológicos. A violência sexual também pode ter consequências socioeconômicas profundas, incluindo: estigma, status socioeconômico rebaixado, níveis mais baixos de participação das mulheres na política e na atividade produtiva, bem como o ciclo de violência entre gerações (Jewkes et al., 2002).

Foi apenas nas últimas décadas que a comunidade internacional reconheceu a violência contra as mulheres como um importante problema de saúde pública e de direitos humanos, em grande medida graças aos esforços do movimento feminista no sentido de tornar pública esta questão. A atenção à violência sexual (como um tipo de violência contra as mulheres) também cresceu nas últimas décadas, a partir de organizações governamentais e não governamentais (ONGs), do meio acadêmico, de organizações internacionais e da ONU - tanto no nível global quanto dentro da ALC. No entanto, continua sendo uma questão de saúde pública relativamente negligenciada (Jewkes e Dartnall, 2008).

Quando a questão foi considerada mais prioritária mundialmente, surgiram várias convenções globais e regionais, declarações e resoluções de conferências condenando a violência contra as mulheres, considerando-a uma violação dos direitos humanos e invocando os governos de todo o mundo para que executassem políticas que reduzissem os níveis de violência. Por exemplo, a CEDAW (1979), a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Assembléia Geral da ONU, 1993), e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra as Mulheres (Convenção de Belém do Pará, 1994) são alguns acordos internacionais importantes que fornecem



uma estrutura política para desenvolver ações que previnam e respondam à violência contra as mulheres - incluindo a violência sexual.

Este documento fornece uma visão geral da violência sexual na América Latina e no Caribe. Seu objetivo é investigar o que já é conhecido a respeito dos padrões, da prevalência e dos fatores de risco associados com a violência sexual na região; os marcos jurídicos e de políticas; as reações das mulheres à violência sexual; o acesso aos serviços e as respostas dos serviços; intervenções promissoras, lacunas nas pesquisas e prioridades para futuras pesquisas. Esta análise destaca a evidência de que a violência sexual é um importante problema de saúde pública e de direitos humanos na região da América Latina e do Caribe. Também faz uma revisão do que é conhecido a respeito de estratégias eficazes ou, pelo menos, promissoras para prevenir e reagir à violência sexual, e faz recomendações sobre programas, políticas e prioridades para futuras pesquisas.

2. Metodologia utilizada para desenvolver esta análise

Mais de duzentos documentos já publicados e inéditos foram analisados para preparar este trabalho. Algumas das fontes utilizadas nesta análise foram: artigos de revistas especializadas, capítulos de livros, documentos dos governos e relatórios de organizações nacionais e internacionais. O material acadêmico foi obtido de bases de dados internacionais sobre temas sociais e de saúde pública, como Pubmed, Webscience, Popline, Medline, Sociological Abstracts e Redalyc. Também foram obtidas informações através de buscas na internet e com especialistas em violência sexual trabalhando na região. Resultados preliminares da análise dos dados assim coletados - dados secundários - foram apresentados na mesa-redonda sobre Violência Sexual na Região da ALC, realizada no Fórum de 2009 da SVRI, em Johannesburgo, África do Sul, de 6 a 9 de julho de 2009. Solicitamos aos participantes desta mesa-redonda a identificação de fontes adicionais sobre violência sexual na ALC e todos os presentes foram aproveitados como um grupo de referência para o desenvolvimento desta análise. O material reunido foi analisado e organizado por tópicos, prioridades de pesquisa e boas práticas. Um primeiro esboço desta análise foi apresentado na mesa-redonda da SVRI/UNFPA sobre Violência Sexual na América Latina e no Caribe, realizada

em novembro de 2009 em Havana, Cuba, dentro do contexto da reunião do Fórum Global para Pesquisa em Saúde. Comentários dos participantes foram incorporados neste documento.

Esta análise engloba pesquisas publicadas de 2000 até o presente. Apesar do esforço para cobrir toda a região da ALC, nem todos os países têm pesquisas importantes realizadas ou publicadas sobre violência sexual. Desta forma, este documento deve ser considerado a primeira fase de um processo em andamento de identificação de lacunas e prioridades de pesquisa para esta região tão variada cultural, étnica e geograficamente.

3. O contexto socioeconômico e demográfico da ALC

A região da América Latina e do Caribe é extremamente variada em termos de cultura, etnia, idioma e desenvolvimento econômico. A América Latina e o Caribe têm forte influência espanhola e portuguesa, sobreposta a uma rica herança pré-colombiana. A população estimada é de cerca de 570 milhões de pessoas, que vivem em quase 50 países e territórios. Mais de 50% da população vive em apenas dois países, Brasil e México. Aproximadamente 10% da população são indígenas e cerca de 30% são afro-descendentes (Guzmán et al., 2006).

A região é caracterizada por altos níveis de desigualdade e pobreza. Estima-se que 33,2% das pessoas que vivem na região não tenham rendimento suficiente para satisfazer suas necessidades básicas, e 12,9% vivam em extrema pobreza (CEPAL, 2008).² A região da ALC tem as maiores disparidades do mundo em rendimentos. O nível de pobreza é mais alto nas áreas rurais, entre grupos indígenas e entre a população afro-descendente. Muitos grupos da região sofrem altos níveis de discriminação associados à etnia, status socioeconômico, gênero e orientação sexual (Daeren, 2001).

Durante as décadas de 60 e 70 e parte da década de 80, muitos países da região foram dominados por governos autoritários e ditatoriais, caracterizados pelo uso da violência e pela perpetração de violações aos direitos humanos. Nas últimas décadas, houve muito progresso com a consolidação de regimes democráticos, a emergência de movimentos sociais e a proteção dos direitos humanos. Apesar destas conquistas, a região ainda enfrenta

2 Os números se referem a: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela e Haiti (CEPAL, 2008).



importantes desafios em termos de governança democrática, desigualdades socioeconômicas e ofensas contra os direitos humanos.

A violência contra as mulheres tem raízes profundas na região da América Latina e do Caribe. A mistura de etnias durante a conquista europeia da ALC resultou principalmente de estupros generalizados das mulheres indígenas. Estudos históricos indicam que o uso da violência por maridos contra sua esposa era uma prática comum e aceitável durante os séculos XVIII e XIX (Rico, 1996). O tráfico de mulheres e a prostituição também remontam ao período colonial, quando os conquistadores comercializavam as mulheres dos povos derrotados (Chiarotti, 2003). Altos níveis de violência - incluindo a violência contra as mulheres - também ocorreram durante as guerras civis, as ditaduras militares e as intervenções militares dos Estados Unidos nos países da ALC, ocorridas durante a segunda metade do século XX (MADRE, 2006).

As normas de gênero hierárquicas, comuns na região da ALC, são profundamente enraizadas na moral católica tradicional, que define funções diferentes para as mulheres e os homens (Szasz, 1998). Neste ambiente cultural e religioso tradicional, o modelo mais influente para as mulheres é a Virgem Maria, que tem duas características: virgindade, que significa pureza sexual, e maternidade, que significa a responsabilidade pelas crianças e os afazeres domésticos (Contreras, 2005). Em muitas comunidades, as mulheres que desafiam estas funções tradicionais correm o risco de serem condenadas, estigmatizadas e prejudicadas. As normas tradicionais e religiosas legitimam a discriminação contra as mulheres e, portanto, não são protetoras, servindo primariamente para reforçar a subordinação das mulheres aos homens (Montaño et al., 2007).

De acordo com as normas de gênero comuns nas sociedades patriarcais da ALC, espera-se que os homens controlem as instituições sociais como a família, sejam o principal provedor, sejam fortes, protetores e sexualmente ativos, enquanto se espera o oposto das mulheres. O uso da violência é um diferenciador de gênero essencial. Os homens são os perpetradores predominantes de todos os tipos de violência interpessoal, incluindo homicídio criminoso e violência cometida pelas forças armadas e pela polícia (Connell, 2000).

Apesar de a desigualdade entre os gêneros ainda ser prevalente na região, um processo de mudança cultural e socioeconômica

tem ocorrido na ALC nas últimas décadas, no qual as mulheres participam cada vez mais da vida pública (Buvinic e Roza, 2004) e os tradicionais papéis e estruturas de gênero começam a mudar. A transformação dos rígidos papéis de gênero reflete muitos fatores, que incluem: movimentos feministas, proporção maior de mulheres no mercado de trabalho, índice de fertilidade decrescente, urbanização, maior nível educacional das mulheres, globalização e mudança de perspectivas ideológicas. Nos dias de hoje, governos, o meio acadêmico, organizações internacionais e diferentes setores da sociedade civil reconhecem a importância de eliminar as injustiças relacionadas ao gênero.

Muitos governos da região já reconhecem a violência contra as mulheres como uma questão social e de saúde pública, tendo desenvolvido regulamentos, políticas, planos, programas e reformas na legislação para fortalecer os direitos das mulheres e incluir a violência contra as mulheres em suas agendas políticas (Montaño et al., 2007; Ortega, 2005). No entanto, problemas importantes persistem na maioria dos países. Em muitos ambientes, os recursos humanos e financeiros disponíveis para os programas e políticas são limitados, as sobreviventes com frequência não têm acesso à justiça e à proteção legal, os programas de prevenção primária são escassos e a qualidade dos serviços para as vítimas é, geralmente, bastante deficiente. Além disso, as intervenções destinadas a prevenir e responder à violência contra as mulheres frequentemente precisam superar normas sociais relacionadas às funções de gênero e à sexualidade da mulher profundamente estabelecidas, enquanto os esforços para combater a violência contra as mulheres nesta região começaram apenas recentemente (Montaño et al., 2007).

4. Fontes de dados e métodos de pesquisa

4.1. Desafios e limites da base de dados empíricos

A pesquisa sobre violência sexual precisa superar grandes desafios metodológicos, incluindo a sensibilidade do assunto, a falta de consenso sobre como definir e mensurar diferentes tipos de violência sexual, e preocupações éticas relacionadas à confidencialidade, segurança e bem-estar das participantes (Ellsberg et al., 2001; Ellsberg e Heise, 2005; OMS, 2007a). Desta forma, dados sobre prevalência, padrões, fatores de risco e



consequências da violência sexual são limitados em comparação com outros graves problemas de saúde pública - tanto mundial quanto regionalmente (Jewkes et al., 2002).

Um desafio é a falta de consenso sobre como definir violência sexual - tanto conceitual (por exemplo, o que constitui violência sexual, coerção sexual, abuso sexual infantil, etc.) quanto operacionalmente (por exemplo, como formular perguntas para mensurar estes comportamentos). Alguns pesquisadores utilizam definições abrangentes que incluem atos sem penetração, enquanto outros usam definições e perguntas de investigação que enfocam apenas a relação sexual forçada. Outros utilizam termos como estupro, abuso sexual, coerção sexual e/ou relação sexual não consensual alternadamente, ou não explicam claramente como definiram ou mensuraram violência sexual ao publicar seus resultados. O fato de os pesquisadores e as participantes nem sempre compartilharem o mesmo entendimento da terminologia complica ainda mais o assunto. Idealmente, os pesquisadores deveriam conduzir uma pesquisa qualitativa sobre os termos e definições locais relacionados a experiências sexuais coercivas antes de estruturar as perguntas de sua investigação, mas isto nem sempre é feito. Como os estudos utilizam uma grande variedade de definições e medidas, a comparação entre os estudos sobre prevalência é geralmente impossível. (Ellsberg e Heise, 2005).

Outro desafio é que muitos estudos realizados na região utilizaram um marco teórico deficiente para definir e mensurar violência sexual e os fatores de risco associados (Castro e Riquer, 2003). Como resultado, os pesquisadores frequentemente não elaboram definições operacionais sensíveis ou estruturas de estudo que permitam que eles explorem os níveis de prevalência ou os fatores de risco de forma rigorosa. É necessário mais trabalho para compreender as dimensões socioculturais do problema. Por exemplo, enquanto é bem aceito que a violência sexual tem raízes na desigualdade entre os gêneros, relativamente pouco é conhecido a respeito da forma como a violência é legitimada por homens e mulheres; como as normas de gênero e a masculinidade influenciam a condenação ou a aceitação da violência e da coerção; como a violência sexual é compreendida e conceituada entre diferentes grupos (por exemplo, de acordo com a idade, a etnia, o status econômico, o ambiente, etc.); e como modificar as atitudes e crenças das mulheres e dos homens - particularmente entre as pessoas jovens.

4.2 Visão geral da pesquisa sobre violência sexual na ALC

O número de estudos sobre violência sexual na ALC tem aumentado muito nas duas últimas décadas. Mas, há um grande desequilíbrio geográfico. Quase metade dos estudos identificados nesta análise foi realizada no Brasil e no México. Alguma pesquisa foi conduzida na Bolívia, Colômbia, Guatemala, Haiti, Jamaica, Nicarágua, Peru e República Dominicana; menos estudos foram realizados na Argentina, Costa Rica, Cuba, Equador, Honduras, Panamá, Paraguai e Uruguai. Os estudos da região da ALC variam muito em termos de estruturação geral, definições operacionais, tamanho das amostras e abordagem para a coleta de dados. A maioria dos estudos mencionados nesta análise é qualitativa ou quantitativa; relativamente poucos logram integrar ambas as características. A maior parte das pesquisas enfatiza as experiências das mulheres vítimas de violência sexual; poucos estudos focalizam meninos ou homens, sejam como vítimas ou como perpetradores. É digno de atenção que relativamente poucos estudos publicados na região da ALC mencionam questões éticas relevantes para a condução de pesquisa sobre tópico tão sensível.

Um número crescente de estudos qualitativos da ALC coleta dados com narrativas de mulheres e homens jovens sobre suas experiências e opiniões a respeito de relação sexual não consensual, normas de gênero, sexualidade e os termos e significados associados com diferentes formas de violência e coerção sexual (por exemplo, Cáceres, 2005; Marston, 2005). Estes estudos podem ser úteis para compreender as formas como mulheres e homens encaram diferentes tipos de violência sexual e as conexões entre relações de poder associadas ao gênero e violência sexual.

Muitos estudos quantitativos realizados na região têm o objetivo de fornecer uma visão geral sobre a violência contra as mulheres, incluindo níveis de prevalência, severidade da violência, características e fatores de risco (García-Moreno et al., 2005; Hindin et al., 2008; Montaña et al., 2007). Por exemplo, o estudo da OMS sobre Saúde das Mulheres e Violência Doméstica, realizado em múltiplos países, conduziu pesquisas pioneiras em diversos países do mundo, incluindo locais no Brasil e no Peru (García-Moreno et al., 2005). O estudo da OMS utilizou amostras populacionais escolhidas de forma a representar grandes locais urbanos e rurais selecionados. Além disso, o programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (PDS) desenvolveu um módulo sobre violência perpetrada por parceiros íntimos (que inclui violência sexual) que



tem sido amplamente utilizado na região da ALC como parte de pesquisas mais amplas sobre saúde reprodutiva, em países como a Bolívia, Colômbia, Haiti, Nicarágua, Peru e República Dominicana (Kishor e Johnson, 2004; Hindin et al., 2008). Finalmente, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês) têm patrocinado uma série de Pesquisas em Saúde Reprodutiva (PSR) na região, que incluem um módulo sobre violência amplamente baseado no instrumento desenvolvido para o estudo da OMS. Outras pesquisas representativas nacionalmente têm estudado a violência contra as mulheres em países como o México (Montaño et al., 2007).

Como as pesquisas PDS e PSR são estudos amplos na área da saúde reprodutiva que investigam a violência contra as mulheres apenas como um tópico entre diversos outros de interesse, as evidências sugerem que elas podem produzir estimativas de prevalência de menor qualidade do que pesquisas que são dedicadas primariamente ao tópico da violência contra as mulheres, como o estudo da OMS (Ellsberg e Heise, 2005). Contudo, a inclusão de módulos sobre violência nas PDS e PSR aumentou a disponibilidade de estimativas de prevalência nas populações de um número maior de países da região, mesmo que estas estimativas provavelmente subestimem o problema.

Estudos populacionais grandes como o da OMS e as PDS e PSR têm sido úteis para se obter uma compreensão mais ampla da extensão da violência sexual em ambientes específicos, para trabalhar em defesa de mudanças junto aos governos e para aumentar a conscientização da violência contra as mulheres dentro da sociedade. A maioria das grandes pesquisas também reuniu informação sobre a severidade e as consequências da violência, incluindo o risco de gestações não planejadas.

Organizações como a Anistia Internacional (2004, 2006, 2008), o Human Rights Watch (2004, 2006) e outras conduziram diversas análises sobre tipos de violência sexual pouco documentados, como assédio sexual, abuso sexual infantil, violência contra pessoas que trabalham no comércio de sexo, abuso de menores que fazem trabalho doméstico, tráfico e violência sexual em áreas de conflito. Tipicamente, estas análises incluem estudos quantitativos em pequena escala que utilizam amostras de acesso mais fácil, dados qualitativos ou análises indiretas. Apesar de estes métodos não produzirem estimativas de prevalência confiáveis, eles podem produzir insight sobre o contexto e as formas de violência sexual que são particularmente sensíveis ou mal documentadas.

Alguns dados de vigilância sobre a violência sexual são disponíveis a partir de setores oficiais das áreas da saúde e jurídica da região da ALC, mas a qualidade destes dados é geralmente pobre (Claramunt e Vega-Cortés, 2003). Em alguns lugares, incluindo partes da América Central e do Caribe, não há nenhum registro; em outros, existem sistemas de informação que não são estruturados especificamente para observar a violência sexual. Dados obtidos em estabelecimentos de saúde são úteis para obter informação básica sobre quantas sobreviventes são socorridas, a qualidade e as características dos serviços oferecidos, os tipos de clientes que procuram os serviços e a resposta do setor da saúde e do sistema jurídico, mas estes dados não são úteis para produzir estimativas de prevalência confiáveis.

4.3 Definições operacionais de violência sexual

A maior parte dos pesquisadores reconhece a validade teórica da ampla definição de violência sexual da ONU citada anteriormente nesta análise, e alguns usaram em seus estudos definições operacionais abrangentes de violência sexual. Por exemplo, um grande estudo realizado entre homens no Brasil definiu violência sexual como o ato de “forçar a parceira a ter relações sexuais, compará-la a outras mulheres, ridicularizar seu corpo ou seu desempenho sexual ou usar chantagem ou pressão psicológica para ter relações sexuais” (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003). No entanto, esta definição abrangente não é a norma na maioria dos estudos de prevalência. Conforme ilustrado na Tabela 1, a maioria dos pesquisadores utilizou uma definição operacional de “violência sexual” restrita à relação sexual forçada. Muitas definições operacionais de violência sexual excluem especificamente: a) experiências sem penetração contra mulheres e adolescentes; b) tentativa de penetração mal sucedida; e c) relação sexual com penetração que ocorreu como resultado de formas mais sutis de pressão, ameaças, coerção e intimidação que as participantes podem não considerar “força” física.

Mesmo dentro deste tipo limitado de definição, no entanto, os estudos geralmente utilizam diversas definições, que, portanto, não são comparáveis. A Tabela 1 ilustra as diferenças nas formas pelas quais os pesquisadores definiram e mensuraram a violência sexual na região da ALC, incluindo:



- Diferenças na forma como as pesquisas formulam as perguntas sobre sexo. Algumas pesquisas apenas perguntam sobre “relações sexuais” forçadas; algumas vezes mencionam penetração, mas, geralmente, não; outras pesquisas perguntam sobre “relações sexuais” e “atividades sexuais” - seja em duas perguntas separadas (por exemplo, PDS, Peru, 2005), seja como parte de uma mesma pergunta que agrupa as duas expressões (por exemplo, PDS, Colômbia, 2005). Não surpreendentemente, perguntar tanto sobre “atividades sexuais” quanto sobre “relações sexuais” produz níveis de resposta mais altos do que apenas perguntar por “relações sexuais”.
- Diferenças no limite de idade usado para distinguir abuso sexual infantil de outros tipos de violência sexual. Por exemplo, pesquisas patrocinadas pelos CDC na Guatemala e em Honduras perguntam sobre experiências antes e depois dos 12 anos, enquanto o estudo da OMS utiliza a idade de 15 anos. Algumas pesquisas perguntam sobre abuso ocorrido em qualquer momento da vida, enquanto a maioria das PDS pergunta apenas sobre violência ocorrida após a idade de 15 anos.
- Diferenças na existência de algum tipo de pergunta sobre experiências sexuais sem penetração, como itens separados ou não. Por exemplo, a maioria das pesquisas patrocinadas pelos CDC que aparecem na Tabela 2a pergunta a todas as participantes sobre “relações sexuais” em uma pergunta e experiências sem penetração em outra, enquanto a pesquisa de 2002 patrocinada pelos CDC na Guatemala pergunta sobre “contato” sexual (ou seja, experiências sem penetração), mas apenas antes dos 12 anos. As PDS raramente fazem perguntas explícitas sobre experiências sem penetração.
- Diferenças nas palavras usadas pelos pesquisadores para descrever força. Por exemplo, algumas pesquisas especificam força “física”; outras utilizam o termo “forçada” e deixam as participantes concluírem o que isso significa; há ainda as que usam a frase “forçou-a a ter relações sexuais”. Alguns estudos perguntam sobre atividades sexuais que a participante achou repelentes (por exemplo, o estudo da OMS). Mas a maioria dos pesquisadores não classifica o sexo não desejado como violência, a não ser que a participante diga que ele ocorreu através do uso da “força” ou do medo. A exceção são os itens das pesquisas que abordam a iniciação sexual, nos quais os pesquisadores tendem a fazer mais perguntas sobre a “vontade” de ter a

primeira relação sexual. Por exemplo, a pesquisa patrocinada pelos CDC na Jamaica pergunta sobre iniciação sexual desejada versus não desejada, e as pesquisas patrocinadas pelos CDC na Guatemala e no Equador, mencionadas na Tabela 2^a, perguntam se a primeira experiência sexual foi uma decisão conjunta ou não.

- Diferenças nos tipos, nas definições e no número de perpetradores investigados. Por exemplo, algumas pesquisas DHS feitas na região perguntam sobre não parceiros; outras não. Algumas perguntam apenas sobre violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo atual ou mais recente, mesmo que a mulher tenha tido diversos relacionamentos.
- Diferenças na definição de parceiros íntimos. Algumas pesquisas incluem ex-parceiros (por exemplo, as PSR patrocinadas pelos CDC), enquanto a maioria das PDS não inclui. Algumas restringem a expressão “parceiros íntimos” aos parceiros casados ou que vivem junto com as mulheres, enquanto outras utilizam uma definição mais ampla. Por exemplo, a PDS feita em Honduras em 2005 inclui maridos, companheiros, noivos, namorados e amantes.
- Diferenças nos subgrupos de mulheres estudadas. Em alguns locais, as pesquisas coletam ou relatam dados sobre violência sexual entre mulheres que têm parceiros no momento da pesquisa. Como a violência pode contribuir para a separação ou o divórcio, as pesquisas podem obter níveis mais baixos da violência relatada se os estudos restringirem suas amostras às mulheres casadas no momento da pesquisa (por exemplo, ver INEGI, 2006).



Tabela 1. Seleção de exemplos sobre a forma como os pesquisadores definem e mensuram a violência sexual na ALC

<p>Iniciação sexual não desejada ou forçada</p>	<p>Equador, 2004 PSR Sua primeira relação sexual aconteceu porque você e seu parceiro assim decidiram juntos, porque você o convenceu, porque ele a convenceu ou porque ele a forçou?</p>
	<p>Jamaica, 2008 PSR Como você descreveria sua primeira relação sexual? Você diria que queria ter relação sexual; você não queria ter relação sexual, mas mesmo assim aconteceu; ou você foi forçada a ter relação sexual?</p>
	<p>Estudo da OMS (García-Moreno et al., 2005) Como você descreveria sua primeira relação sexual? Você diria que queria ter relação sexual; você não queria ter relação sexual, mas mesmo assim aconteceu; ou você foi forçada a ter relação sexual? [Observação: relação sexual não desejada não é classificada como violência sexual, a não ser que ocorra por meio de "força" ou por causa de "medo".]</p>
<p>Abuso sexual infantil</p>	<p>Guatemala, 2002 PSR (CDC, sem data) Você se lembra se, antes de completar 12 anos, alguém mais velho do que você a tocou sexualmente ou teve relações sexuais com você contra a sua vontade?</p>
	<p>Estudo da OMS (García-Moreno et al., 2005) Você se lembra se, antes de completar 15 anos, alguma pessoa (são dados exemplos) alguma vez a tocou sexualmente ou fez você fazer alguma atividade sexual que você não quisesse?</p>
<p>Experiência de violência sexual em algum momento da vida, perpetrada por qualquer pessoa</p>	<p>Jamaica, 2008 PSR Em algum momento de sua vida alguém a forçou a ter relação sexual com penetração, contra a sua vontade? Quantos anos você tinha quando isto aconteceu com você pela primeira vez?</p>
	<p>Equador, 2004 PSR Em algum momento de sua vida alguém a forçou a ter relação sexual com penetração (estupro)? Em algum momento de sua vida alguém a forçou a fazer alguma destas coisas: tirar a roupa, tocar ou ser tocada em suas partes íntimas, beijar, abraçar ou fazer qualquer outra atividade sexual que você não quisesse?</p>
<p>Violência sexual perpetrada por parceiro íntimo</p>	<p>Colômbia, 2005 PDS Seu marido/parceiro ou ex-marido/ex-parceiro alguma vez a forçou fisicamente a ter relações sexuais não desejadas ou a realizar atividades sexuais que você não quisesse?</p>
	<p>Peru, 2005 PDS Seu (último) parceiro (marido) alguma vez usou força física para obrigá-la a ter relações sexuais mesmo se você não quisesse? Seu (último) parceiro (marido) alguma vez a forçou a realizar outras atividades sexuais que você não quisesse?</p>
	<p>El Salvador, 2008 RHS Você alguma vez se sentiu obrigada a ter relações sexuais por estar com medo do que o seu parceiro poderia fazer? Alguma vez seu parceiro a obrigou à força a ter relações sexuais que você não queria?</p>

	<p><i>Estudo da OMS (García-Moreno et al., 2005)</i> Seu parceiro (marido) alguma vez a forçou fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade? Alguma vez você teve relações sexuais sem desejá-las, por medo do que ele poderia fazer? Alguma vez ele a forçou a fazer alguma atividade sexual que você considerou degradante ou humilhante?</p>
Violência sexual perpetrada por não parceiro	<p><i>Colômbia, 2005 PDS</i> Alguma vez você foi fisicamente forçada por alguém que não fosse seu marido/parceiro a ter relações sexuais ou a realizar outras atividades sexuais?</p>
	<p><i>Estudo da OMS (García-Moreno et al., 2005)</i> Desde seus 15 anos, alguém que não fosse seu marido/parceiro a forçou a ter relações sexuais ou a realizar alguma atividade sexual contra a sua vontade?</p>

Fontes: excetuando o que está registrado, todas as pesquisas estão mencionadas na Tabela 2a.

4.4 Otros asuntos metodológicos para la investigación sobre la violencia sexual

Como mencionado anteriormente, os níveis de violência relatados por mulheres e meninas variam muito, dependendo dos métodos para a coleta de dados e das palavras específicas utilizadas na formulação das perguntas sobre violência sexual. A disposição das mulheres e meninas para revelar suas experiências com o sexo não consensual pode ser influenciada pelo número de perguntas feitas, pelas palavras utilizadas nas perguntas, pelo tipo de coleta de dados (por exemplo, coleta anônima, questionários autoadministrados versus entrevistas face a face), pelo treinamento e pelas habilidades dos entrevistadores, e pelo nível de garantia de confidencialidade, privacidade, anonimato e segurança dado pelos pesquisadores às participantes (Ellsberg e Heise, 2005). Além disso, a pesquisa sobre abuso sexual infantil deve considerar desafios específicos relacionados à memória, especialmente quando o abuso ocorreu antes dos 10 anos (Jewkes et al., 2002).

Por toda a ALC, muitas mulheres e meninas não relatam experiências de sexo não desejado ou forçado com um parceiro íntimo se lhes for feita uma pergunta geral sobre experiências de "violência" ou "abuso", mas fariam o relato de violência se lhes fossem feitas perguntas sobre um comportamento específico. Por exemplo, em uma pesquisa nacional no México, menos de 8% das mulheres responderam sim quando lhes foi feita uma pergunta geral sobre "violência" perpetrada pelo parceiro íntimo, mas quase 22% relataram violência sexual, física ou emocional

cometida pelo parceiro durante os últimos 12 meses quando lhes foi perguntado sobre atos específicos (Olaiz et al., 2006). Muitas mulheres e homens consideram a coerção sexual dentro de parcerias íntimas como parte da interação sexual “natural” dos relacionamentos, ou mesmo um “direito” do homem; no entanto, mesmo quando as mulheres não definem a violência de parceiros íntimos como “violência”, entrevistas mais profundas com as mulheres sugerem que o sexo forçado com parceiros íntimos com frequência produz sentimentos de indignação e repulsa semelhantes àqueles relatados por vítimas de violência sexual cometida por não parceiros (Dantas-Berger e Giffin, 2005).

A pesquisa sobre violência sexual contra os homens enfrenta desafios metodológicos similares, mas o que se conhece sobre as formas de mensurar e interpretar a violência sexual contra os homens é ainda menos desenvolvido ou padronizado. Por exemplo, em alguns estudos feitos na região (por exemplo, Cáceres, 2005), os pesquisadores definiram iniciação sexual “coerciva” de forma a incluir o sexo que tenha ocorrido como resultado de pressão de um colega do sexo masculino (o que não foi incluído para as mulheres participantes). Estes tipos de diferenças representam complexidades adicionais na comparação entre os índices de abuso sexual relatado por mulheres e homens, e ressaltam a necessidade de observar cuidadosamente as definições operacionais das pesquisas ao interpretar os resultados dos estudos.

5. Magnitude, tipos e padrões de violência sexual

Apesar das consideráveis variações, um conjunto crescente de evidências sugere que a violência sexual é abrangente por toda a região da ALC. A seção a seguir fornece uma visão geral do que é conhecido sobre a prevalência de diferentes tipos de violência sexual na região.

5.1 Violência sexual contra mulheres perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino

Estudos de prevalência indicam que a violência sexual perpetrada por parceiros íntimos do sexo masculino é comum na região. Pesquisas populacionais realizadas na região observam que a percentagem de mulheres que relatam experiências de sexo forçado com seus parceiros íntimos em algum momento de sua vida varia de 5 a 47%, enquanto a percentagem que relata sexo forçado no ano anterior varia de 2 a 23% (ver as Tabelas 2a e 2b).

Como observado anteriormente, apesar de estas grandes variações poderem refletir diferenças nas reais prevalências de cada lugar, elas também refletem, provavelmente, diferenças na forma como violência foi definida e mensurada. As pesquisas da OMS realizadas no Brasil e no Peru e a pesquisa INEGI do México encontraram estimativas de prevalência mais altas do que as observadas em outros estudos mencionados na Tabela 2a. Isto provavelmente reflete, em parte, o fato de que estes estudos se concentraram na violência contra as mulheres como seu tópico principal, ao invés de ser um tópico secundário dentro de uma pesquisa mais ampla sobre saúde reprodutiva. Como resultado, estas pesquisas podem ter tido pessoas mais bem treinadas realizando as entrevistas e questionários mais capazes de reduzir o índice de relatos omitidos.

Altos índices de prevalência também foram encontrados em estudos de menor escala realizados em cidades selecionadas da ALC, incluindo, por exemplo, 23% das mulheres entrevistadas em Guadalajara, México (Heise et al., 1999) e 22% das mulheres entrevistadas em Leon, Nicarágua (Ellsberg et al., 2000). No

Tabela 2a. Percentagem de mulheres com parceiro em algum momento de sua vida (15-49 anos)* que relataram experiência de sexo forçado perpetrada por um parceiro íntimo do sexo masculino, em algum momento ou nos últimos 12 meses**

País e ano	Tipo de pesquisa	N Nº de mulheres pesquisadas	Sexo forçado** perpetrado por um parceiro íntimo		Definição operacional	Fonte
			Em algum momento %	Últimos 12 meses %		
Bolívia 2003	PDS	12,005	15	n/a	Forçada a ter relações sexuais não desejadas com frequência ou às vezes	INE (2004)
Colômbia 2005	PDS	25,669	12	7	Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas/realizar atividades sexuais não desejadas	Profamilia (2005)
República Dominicana 2007	PDS	8,421	5	4	(Apenas o ultimo parceiro) Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas/obrigada a realizar atividades sexuais não desejadas	CESDEM (2008)
Equador 2004	PSR	7,217	12	4	Obrigada a ter relações sexuais não desejadas	CEPAR (2005)
El Salvador 2008	PSR	7,349	12	3	Obrigada a ter relações sexuais não desejadas	ADS (2009)

Guatemala 2008-2009	PSR	11,357	10	3	Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas	Universidad del Valle de Guatemala (a ser publicado)
Haiti 2005-2006	PDS		11	11	Forçada a ter relações sexuais não desejadas ou a realizar atividades sexuais não desejadas	Cayemittes et al. (2007)
Honduras 2005	PDS	15,479	n/a	9	Obrigada a ter relações sexuais não desejadas	SS, INE e Macro International. (2006).
Jamaica 2008-2009	PSR	7,222	8	3	Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas	NFBP (a ser publicado)
México 2006	INEGI		18	n/a	Obrigada a ter relações sexuais não desejadas ou a realizar atividades sexuais não desejadas	INEGI (2006)
Nicarágua 2006	PSR	11,393	9	3	Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas	INIDE (2007)
Paraguai 2008	PSR	4,414	5	2	Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas	CEPEP (2009)
Peru 2005	DHS	2,867	16	6	(Apenas o último parceiro) Forçada fisicamente a ter relações sexuais não desejadas/obrigada a realizar atividades sexuais não desejadas	INEI (2005)

*A variação da idade no Paraguai foi de 15 a 44 anos

** Como ilustrado pela definição operacional, algumas pesquisas mediram apenas as "relações sexuais" forçadas, enquanto outras mensuraram "relações sexuais" forçadas e outras "atividades sexuais" forçadas.

Tabela 2b. Percentagem de mulheres com parceiro em algum momento de sua vida (15-49 anos) que relataram experiência de sexo forçado perpetrada por um parceiro íntimo do sexo masculino, em algum momento ou nos últimos 12 meses, no estudo da OMS realizado em múltiplos países

País, local e ano	Tipo de pesquisa	N	Em algum momento	Últimos 12 meses	Definição operacional
Brasil, Pernambuco, 2002	OMS	1188	14	6	Forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade Teve relações sexuais não desejadas por ter medo do que ele poderia fazer
Brasil, São Paulo, 2002	OMS	940	10	3	
Peru, Departamento de Cuzco, 2002	OMS	46.7	47	23	
Peru, Lima, 2002	OMS	1086	23	7	

Fonte: García-Moreno et al., 2005

Caribe, uma pesquisa realizada com adolescentes e pessoas jovens adultas em Barbados, Jamaica e Trinidad e Tobago observou que 52 a 73% das mulheres relataram experiências de violência sexual perpetradas por um parceiro, experiências estas definidas como situações em que o parceiro força ou tenta forçar a participante a se envolver em qualquer atividade sexual que ela não queira através de algum tipo de ameaça, contenção ou dano físico (Le France et al., 2008). Mais uma vez, temos aqui um exemplo de estudo que também incluiu tentativas de atos de força, e não apenas atos de violência consumados.

É digno de nota que estudos realizados no Brasil, Haiti, México, Nicarágua e Peru, todos encontraram uma considerável superposição entre violência sexual e violência física cometida por parceiros íntimos (Ellsberg, 2005). Na Nicarágua, por exemplo, 36% das mulheres relataram que eram frequentemente forçadas a ter relações sexuais enquanto apanhavam (Ellsberg et al., 2000). Uma pesquisa feita no Haiti observou que, naquele lugar, as mulheres tinham as mesmas probabilidades de serem submetidas à violência física e à violência sexual (Hindin et al., 2008).

5.2 Violência sexual contra mulheres e meninas perpetrada por não parceiros

Evidências sugerem que meninas e mulheres frequentemente são vítimas de violência sexual perpetrada por não parceiros. Subcategorias comuns de violência sexual cometida por não parceiros no contexto da ALC incluem: estupro, abuso sexual de crianças e jovens, tráfico e exploração sexual, violência sexual durante o processo de migração, assédio sexual no local de trabalho, e violência sexual em situações de emergência e áreas de conflito/pós-conflito. Estudos realizados no Haiti e no Peru (Cáceres, 2005) também descreveram relatos de estupro de mulheres por gangues - apesar de esta forma de violência sexual não ser documentada com frequência na região da ALC.

Uma análise realizada por Ellsberg (2005) concluiu que 8 a 27% das mulheres e meninas relataram experiências de violência sexual cometidas por não parceiros (enquanto crianças ou já adultas) em estudos da ALC. No entanto, como mencionado anteriormente, os níveis de violência relatada tendem a variar muito, de acordo com os métodos usados para coletar e analisar os dados. Por exemplo, um estudo feito na Nicarágua observou que, em entrevistas face a face, apenas 8% das mulheres relataram terem sofrido abuso



sexual cometido por não parceiros em algum momento de sua vida, enquanto 26% das mulheres relataram terem sofrido abuso sexual quando interrogadas através de questionário anônimo autoadministrado que utilizava uma definição abrangente de abuso sexual, relacionada a comportamentos específicos e não apenas ao estupro consumado (Olsson et al., 2000). De forma similar, foram observadas diferenças substanciais entre os níveis de abuso sexual infantil relatado pelas mulheres no estudo da OMS realizado em múltiplos países, quando as perguntas foram feitas às participantes em entrevistas face a face versus quando foram feitas em questionários anônimos autoadministrados (Ellsberg e Heise, 2005; García-Moreno et al., 2005).

Como resultado da diversidade dos métodos das pesquisas e da sensibilidade do tópico, as estimativas de prevalência de violência sexual perpetrada por não parceiros tendem a serem ainda mais difíceis de comparar do que as estimativas de violência sexual perpetrada por parceiros íntimos. O estudo da OMS oferece uma das poucas fontes de dados comparáveis provenientes de diversos países sobre a violência sexual cometida por não parceiros contra mulheres adultas e adolescentes (ver a Tabela 3).

Tabela 3. Percentagem de mulheres (com idade entre 15 e 49 nos) que relataram experiências de sexo forçado ocorridas em algum momento de sua vida (após seus 15 anos) e perpetradas por não parceiros, no estudo da OMS realizado em múltiplos países, 2002

País e local onde a pesquisa foi realizada	Percentagem de mulheres que relataram experiências de sexo forçado/ atividades sexuais forçadas perpetradas por não parceiros %	N
Brasil, Pernambuco	5	1472
Brasil, São Paulo	7	1172
Peru, Departamento de Cuzco	11	1837
Peru, Lima	10	1414

Fonte: García-Moreno et al., 2005.

A maior parte dos perpetradores de violência sexual não parceiros são pessoas conhecidas das vítimas, incluindo parentes, vizinhos, amigos, colegas, padres e professores, apesar de haver um número substancial de casos em que o perpetrador é desconhecido (García-Moreno et al., 2005). Por exemplo, 21% das mulheres que relataram terem sido submetidas a sexo forçado por um homem que não era seu parceiro na PDS da Colômbia em 2005 afirmaram

terem sido estupradas por um estranho, como ocorreu com 33% das mulheres da PDS da Bolívia em 2003 (Montaño et al., 2007). De forma similar, um estudo da Jamaica observou que cerca de 20% das mulheres que relataram violência sexual disseram não conhecer o perpetrador (Waszak et al., 2006).

- ***Abuso sexual de meninas e adolescentes do sexo feminino***

O abuso sexual infantil é tipicamente perpetrado por um adulto ou alguém mais velho do que a criança que usa sua posição de poder para forçar a criança a se envolver na atividade sexual. O abuso sexual infantil é frequentemente definido como qualquer tipo de contato ou atividade sexual não desejado ocorrido antes dos 15 anos, apesar de, às vezes, as pesquisas utilizarem a idade de 12 anos (Ellsberg, 2005; García-Moreno et al., 2005). A maior parte dos perpetradores é conhecida das vítimas; frequentemente, são pessoas confiáveis que cuidam das crianças (por exemplo, pais, padrastos, parentes, amigos, vizinhos), e que se beneficiam de sua posição dominante; o abuso geralmente ocorre mais do que uma vez e pode durar muitos anos (Jewkes et al., 2002).

Há uma conscientização crescente do problema representado pelo abuso sexual infantil na região da ALC, apesar de serem escassas as estimativas de prevalência feitas com rigor. A pesquisa sobre este tópico é atrapalhada pela dificuldade particular de lembrar eventos ocorridos na primeira infância. Uma fonte de estimativas de prevalência do abuso sexual infantil entre a população de alguns locais da ALC é o estudo da OMS realizado em múltiplos países, que observou que quase uma em cada cinco (20%) mulheres em Lima, Peru, relatou experiência de abuso sexual infantil - definido como contato sexual não desejado ou atividades sexuais não desejadas ocorridos antes da idade de 15 anos - assim como 18% das mulheres no Departamento de Cuzco, Peru, 12% das mulheres em São Paulo, Brasil, e 9% em Pernambuco, Brasil (García-Moreno et al., 2005).

As pesquisas têm relatado padrões muito diferentes em termos da idade da vítima. Por exemplo, uma pesquisa anônima realizada com a população da Nicarágua observou que 26% das mulheres relataram abuso sexual ou atividade sexual não desejada antes dos 19 anos (Olsson et al., 2000). A maioria (74%) destas mulheres sofreu o abuso antes dos 12 anos, e a idade média em que o primeiro abuso ocorreu foi 10 anos. De forma similar, um estudo baseado



em dados coletados em estabelecimentos no México, denominado Pesquisa Nacional sobre a Violência Contra as Mulheres, concluiu que, do 17% de mulheres que relataram ter sofrido experiências de violência sexual, a metade disse que esta violência ocorreu antes dos 15 anos (INSP, 2003; Olaiz et al., 2006). Uma análise dos dados sobre abuso sexual infantil das PSR patrocinadas pelos CDC em três países da América Central (El Salvador, Guatemala e Honduras) observou que a idade média das vítimas de abuso sexual infantil era 10,5 anos (Speizer et al., 2008). Em contraste, a Pesquisa Nacional em Saúde Reprodutiva realizada no México, em 2003, (SSA e CRIM, 2003) observou que relativamente poucas (14%) das mulheres que relataram abuso sexual (em algum momento de sua vida) sofreram o abuso antes dos 10 anos, enquanto a maioria (65%) foi vítima de abuso entre as idades de 10 e 20 anos (Gasman et al., 2006). Como foi observado anteriormente, no entanto, a dificuldade de medir e obter estimativas de prevalência confiáveis de abuso sexual ocorrido na primeira infância torna estes tipos de dados difíceis de serem interpretados.

Estudos que se concentram na coerção sexual contra adolescentes do sexo feminino revelam altos níveis de violência sexual contra esta população. Por exemplo, uma pesquisa realizada em unidades familiares no Haiti estimou que 35.000 mulheres sofreram agressão sexual³ na grande área metropolitana de Porto Príncipe entre 2004 e 2005, e mais da metade tinha menos do que 18 anos (Kolbe e Hutson, 2006). Outras pesquisas em saúde reprodutiva relatam resultados semelhantes. Por exemplo, a Pesquisa em Saúde Reprodutiva realizada na Jamaica em 2002 observou que 20% das mulheres com idade entre 15 e 19 anos relataram terem sido forçadas a ter relações sexuais em algum momento de sua vida (Waszak et al., 2008). Pesquisas que utilizaram amostras baseadas em escolas, realizadas em diferentes países da América Latina, observaram que entre 5 a 40% das adolescentes relataram terem sofrido abuso sexual em algum momento de sua vida (Montaño et al., 2007).

- ***Iniciação sexual forçada entre meninas***

Para muitas meninas e mulheres na ALC, a iniciação sexual se dá de forma não desejada e/ou forçada, mas os índices de prevalência relatados variam muito de lugar para lugar. Por exemplo, o estudo da OMS realizado em múltiplos países observou índices

3 Definida como ser obrigada a realizar ou olhar uma atividade sexual que ela não queria fazer ou ver.

de iniciação sexual forçada de 3-4% relatados em locais do Brasil (García-Moreno et al., 2005). No estudo realizado em locais do Peru, os índices relatados eram muito mais altos, incluindo 7% em Lima, Peru, e quase 24% no Departamento de Cuzco, Peru (García-Moreno et al., 2005). Um estudo realizado entre adolescentes na Argentina observou que 12% das participantes disseram que sua primeira relação sexual não foi desejada, e 10% disseram que foi forçada (OPAS, 2006). Um estudo qualitativo realizado na Jamaica observou que muitas participantes do sexo feminino disseram inicialmente que “quiseram” sua primeira experiência sexual, mas, com o prosseguimento do questionário, muitas revelaram que essa primeira experiência sexual foi forçada (Waszak et al., 2008). Um estudo baseado em escolas de diversos países do Caribe observou que, entre adolescentes sexualmente ativas, quase metade relatou que sua primeira atividade sexual foi “forçada” ou “um pouco forçada” (Halcón et al., 2000).⁴

Dados de quase todos os estudos realizados no mundo sugerem que quanto mais cedo se dá a iniciação sexual, mais provável que ela tenha sido forçada (Jewkes et al., 2002). Por exemplo, o estudo da OMS observou que mais de 40% das mulheres que relataram iniciação sexual antes da idade de 15 anos em Lima e no Departamento de Cuzco (Peru) disseram que esta primeira experiência sexual foi forçada, comparado com 3% e 17% (Lima e Cuzco, respectivamente) das mulheres cuja iniciação sexual ocorreu aos 18 anos ou depois.

- ***Relação sexual sem proteção e parturição forçadas***

O sexo realizado sem proteção por causa de coerção ou sabotagem do parceiro é, às vezes, considerado um tipo de violência sexual, e é muito associado com a experiência de violência física ou sexual (Miller et al., 2010). O sexo forçado sem proteção e a reprodução forçada têm graves consequências negativas para as meninas e mulheres, incluindo parturição não desejada e ISTs (Miller et al., 2010). As pesquisas observaram que, em relação a ambientes com renda mais alta, as adolescentes na América Latina e no Caribe vivenciam altos níveis de sexo sem proteção, parturição precoce e gravidez não desejada (Pons, 1999). Um dos fatores causais é a recusa dos parceiros de usar preservativos ou de permitir que suas parceiras usem outro método contraceptivo (Pons, 1999). Em

4 O estudo foi conduzido em Antígua, Bahamas, Barbados, Ilhas Virgens Britânicas, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica e Santa Lúcia.



alguns casos, sua recusa reflete não apenas irresponsabilidade, mas uma estratégia explícita para fazer com que as parceiras tenham filhos, às vezes contra sua vontade (Pons, 1999; Miller et al., 2010).

- ***Tráfico e exploração sexual***

Indícios casuais indicam que o tráfico com o objetivo de exploração sexual é um sério problema na região da ALC (García-Suárez, 2006). Tráfico interno ocorre dentro do país de origem das mulheres e é tipicamente caracterizado pelo contrabando de jovens mulheres de áreas pobres e rurais para cidades maiores. Meninas e mulheres são contrabandeadas para diversos fins, mas são, às vezes, vendidas para proprietários de bordéis e forçadas a trabalhar no comércio de sexo (Ribando, 2005).

O tráfico externo se refere ao movimento forçado do país de origem das mulheres para outro país ou região. A ALC é, principalmente, uma região de origem, enquanto o Japão, a Europa Ocidental e os Estados Unidos são os destinos principais (UNODC, 2006). De acordo com o Observatório Nacional sobre Migração e Tráfico de Mulheres e Meninas, Brasil e República Dominicana estão entre os quatro países do mundo com maiores índices de vítimas do sexo feminino contrabandeadas com objetivo de exploração sexual (Montaño et al., 2007). Outros locais com altos níveis de mulheres contrabandeadas incluem a Colômbia e o Caribe. Por exemplo, o governo colombiano calcula que cerca de 50.000 mulheres colombianas estão envolvidas no trabalho com sexo além-mar, sendo muitas delas contrabandeadas (Bastick et al., 2007). Outras fontes calculam que pelo menos 50.000 mulheres dominicanas estão envolvidas no trabalho com sexo na Europa (Luciano, 2007; Montaño et al., 2007). O tráfico na ALC também é caracterizado por amplos movimentos intra-regionais. Alguns países da ALC são considerados destinos e/ou locais de trânsito importantes para mulheres e meninas contrabandeadas para a exploração sexual, incluindo as Ilhas do Caribe, México, Panamá e Suriname (Montaño et al., 2007).

Na ALC, o contrabando de mulheres e meninas acontece através de meios semelhantes aos usados em outras partes do mundo. Redes criminosas extensas enganam, intimidam ou tiram proveito de alguma forma de meninas e mulheres vulneráveis. Estas gangues frequentemente usam violência com impunidade. De forma crescente, os traficantes usam ofertas de trabalho, adoções e planos de casamentos falsos para levar as mulheres através

de pretensões enganosas para diferentes países onde elas serão exploradas (Chiarotti, 2003).

- ***Violência sexual e migração***

Algumas evidências sugerem que migrantes do sexo feminino na região da ALC, particularmente aquelas que não têm documentos, têm grande risco de sofrer abuso sexual durante o processo de migração (Mora, 2006). Meninas e mulheres são geralmente expostas a graves perigos durante sua viagem, particularmente em regiões de fronteira. Criminosos, traficantes, contrabandistas e mesmo policiais de fronteira são os principais perpetradores de violência sexual. Em alguns casos, migrantes do sexo feminino se tornam temporária ou permanentemente envolvidas no trabalho com sexo como forma de sobrevivência, para mandar dinheiro para parentes ou pagar pelos serviços do contrabandista. Pouca informação quantitativa é disponível sobre este assunto na região; no entanto, um estudo realizado na fronteira da Guatemala com o México observou que 70% das mulheres migrantes experimentaram algum tipo de violência, e 60% destas relataram alguma forma de abuso sexual (Montaño et al., 2007). Na mesma fronteira, foi constatado que três em cada quatro mulheres trabalhando com sexo eram migrantes temporárias de El Salvador, Honduras ou Nicarágua (Bronfman et al., 2001).

- ***Assédio sexual no local de trabalho***

De acordo com a Recomendação Geral nº 19 das Nações Unidas à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (ONU, 1992), o assédio sexual inclui: contato físico, comentários verbais e avanços sexuais indesejáveis e inoportunos. O assédio sexual no local de trabalho pode envolver uma exigência de sexo em troca de algum benefício no emprego ou outras ações que criem um ambiente de trabalho hostil, humilhante ou intimidador para a vítima. Pesquisas feitas em locais de trabalho de lugares industrializados e desenvolvidos tipicamente observaram que 30-50% das mulheres sofreram alguma forma de assédio sexual no local de trabalho em algum momento de sua vida (Secretaria Geral da ONU, 2006). As pesquisas sugerem que as mulheres são mais vulneráveis ao assédio sexual no local de trabalho quando são jovens, dependentes financeiramente, solteiras ou divorciadas, ou têm um status de migrante na comunidade em que vivem (ILO, 2007). Trabalhadoras domésticas parecem ser particularmente vulneráveis ao assédio sexual, especialmente quando elas são estrangeiras trabalhando sem a documentação apropriada.



Poucos estudos na região da ALC reuniram dados empíricos sobre assédio sexual no local de trabalho, mas aqueles que o fizeram indicam que o assédio sexual é um problema comum. Um estudo conduzido em Santiago, Chile, entre 1.200 trabalhadoras, observou que 20% relataram alguma forma de assédio sexual em seus locais de trabalho (Rico, 1996). Em uma pesquisa realizada em 12 grandes cidades do Brasil, 52% das mulheres relataram terem sofrido alguma forma de assédio sexual no trabalho (DeSouza e Cerqueira, 2008). Algumas evidências indicam que o risco de assédio sexual é maior para mulheres que trabalham em condições ruins ou sem benefícios legais, bem como para mulheres que não têm apoio social, como as que trabalham em fábricas de montagem em zonas de fronteira - chamadas maquilas - no México (Magallón, 2007).

O assédio sexual contra trabalhadoras domésticas foi caracterizado como um problema particular na região (Human Rights Watch, 2006). Por exemplo, um estudo entre empregadas domésticas em Porto Alegre, Brasil, observou que 26% das mulheres que trabalhavam como domésticas relataram terem sofrido assédio sexual no trabalho durante o ano anterior (DeSouza e Cerqueira, 2008). Um estudo na Guatemala concluiu que uma terceira parte das empregadas domésticas adultas relatou assédio sexual (Human Rights Watch, 2006). Um estudo em El Salvador observou que quase 16% das trabalhadoras domésticas que trocaram de emprego disseram ter deixado seu trabalho anterior por causa de assédio ou abuso sexual (Human Rights Watch, 2006).

Situações de emergência e conflito/pós-conflito

Muitos países da América Latina passaram por conflitos internos armados nas últimas décadas que produziram enormes tragédias sociais. Os dados são escassos, mas violência sexual difundida contra mulheres e meninas durante conflitos armados e períodos pós-conflito foi documentada em muitos locais, incluindo: Colômbia, El Salvador, Guatemala, Haiti e Peru (Bastick et al., 2007; Rico, 1996; Human Rights Watch, 2005). Praticamente todos os grupos armados envolvidos em conflitos internos na ALC perpetraram violência sexual contra mulheres e meninas, mas governos e forças paramilitares têm sido os principais perpetradores (Anistia Internacional 2004, 2006 e 2008a). A violência sexual tem sido usada com frequência na região para espalhar medo nas comunidades, como vingança contra os rebeldes e para usar as mulheres e meninas como “presas de guerra”.

Na Guatemala, por exemplo, a Comissão para o Esclarecimento Histórico investigou abusos dos direitos humanos após a guerra. Dos 1.465 atos de agressão sexual documentados pela Comissão, a grande maioria (89%) foi cometida por membros do exército ou de outras forças armadas associadas ao governo (Gil Herrera, 2007). As pesquisas registraram muitos atos extremos de violência sexual durante a guerra na Guatemala, incluindo estupro combinado com tortura e/ou assassinato de mulheres (por exemplo, Anistia Internacional, 2006; Gil Herrera, 2007). Altos níveis de estupro e assassinato de mulheres continuam a ser um problema no período pós-conflito na Guatemala, como um legado da guerra.

A Anistia Internacional relata que ataques envolvendo violência sexual contra as mulheres têm crescido nos últimos anos na Colômbia, gerando medo nas comunidades, particularmente em áreas controladas pelas guerrilhas e pelos grupos paramilitares (Anistia Internacional, 2004). Este relatório argumenta que deslocamentos internos resultantes dos conflitos parecem aumentar o risco de violência sexual contra as mulheres, e cita estatísticas do governo sugerindo que mais de uma terceira parte das mulheres deslocadas internamente no país foi vítima de sexo forçado.

Na maioria dos casos, os perpetradores de abuso durante conflitos armados têm usufruído de impunidade, especialmente quando os agressores são oficiais de confiança. Poucos casos foram processados. Por exemplo, tão recentemente quanto em 2006, diversas mulheres foram presas ilegalmente, torturadas e abusadas sexualmente por membros das forças armadas durante um conflito político na comunidade de San Salvador Atenco, México. Apesar das queixas formais, os agressores não foram punidos (Duarte et al., 2007).

Evidências sugerem que, em alguns países, mulheres indígenas de áreas rurais têm maior probabilidade de serem vítimas de violência sexual relacionada a conflitos, e são, às vezes, especificamente visadas como parte de uma discriminação mais generalizada contra a população indígena da região (Bastick et al., 2007). Em áreas de conflito na Colômbia, Guatemala, México e Peru, evidências sugerem que a maior parte das vítimas de violência sexual é composta por mulheres e meninas indígenas, existindo até uma estimativa de que elas representem 90% das vítimas de violência sexual relacionadas com a guerra na Guatemala (Hanlon e Shankar, 2000).



Mesmo em períodos pós-conflitos, uma violência sistemática geralmente continua como legado da guerra. Muitos países da América Latina, ao sair de conflitos internos, apresentam uma alta incidência de violência criminal, incluindo violência sexual. Gangues criminosas se organizam nos locais após o período de conflito, como os Zenglendos no Haiti e as Maras em El Salvador (Montaño, 2007). Em alguns casos, membros destas gangues faziam parte do governo e de forças paramilitares durante os períodos de ditadura e guerras. Estes homens continuam a cometer violações dos direitos humanos contra a população, incluindo violência sexual contra as mulheres.

5.3 Violência sexual contra homens e meninos

Quadro 1:

Alguns estudos investigaram o abuso sexual de mulheres e meninas durante situações de emergência causadas por desastres naturais na região. Por exemplo, Alba e Luciano (2008) documentaram o abuso sofrido por mulheres na República Dominicana após o ciclone Noel, em 2007. Este estudo ilustra as difíceis condições enfrentadas pelas meninas e mulheres que viviam em abrigos após a tempestade e como as pobres condições de vida aumentavam o risco de violência sexual.

A maior parte das vítimas de violência sexual é composta por mulheres e meninas, mas os homens e meninos também podem sofrer violência sexual, em geral perpetrada por outros homens contra crianças e jovens adolescentes do sexo masculino (Jewkes et al., 2002). A pesquisa sobre violência sexual contra pessoas do sexo masculino é extremamente limitada na região da ALC, mas um pequeno mas crescente número de estudos investigou o abuso sexual infantil, a iniciação sexual forçada ou não desejada e outros tipos de violência sexual contra meninos e homens (Caceres, 2005; Halcon et al., 2000; Pantelides e Manzelli, 2004; Olsson et al., 2000). Em todos os estudos revisados, uma percentagem de homens pequena, mas digna de atenção, relata experiências de abuso sexual infantil, sexo forçado ou não desejado, apesar de, geralmente, em taxas bem mais baixas do que as mulheres; a maior parte da violência sexual contra os homens ocorre durante a infância ou no início da adolescência; e, em muitos casos, os perpetradores são homens (Jewkes et al., 2002).

Em uma pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva realizada com homens de diferentes cidades da América Central, foi feita uma pergunta sobre experiências de abuso sexual durante a infância

(Pantelides e Manzelli, 2005). Os índices relatados variam de 3 a 10% (Tabela 4), e a maioria relatou abuso ocorrido entre 4 e 9 anos.

Tabela 4. Percentagem de homens que relatou ter sofrido abuso sexual infantil

Cidade/País	Abuso sexual infantil	N
	%	
Cidade de Belize, Belize	6	384
San José, Costa Rica	10	401
San Salvador, El Salvador	6	291
Tegucigalpa, Honduras	3	400
Manágua, Nicarágua	8	600
Cidade do Panamá, Panamá	4	463

Fonte: Pantelides e Manzelli (2005)

Diversos estudos do Caribe observaram índices relativamente elevados de violência e coerção sexual contra homens. Por exemplo, um estudo feito em Barbados, Jamaica e Trinidad e Tobago concluiu que 40-54% dos participantes do sexo masculino com idade entre 19 e 30 anos relataram experiências de abuso sexual em algum momento de suas vidas (Le France et al., 2008). Outro estudo realizado por Halcón et al. (2000; 2003) observou que quase 10% dos adolescentes do sexo masculino relataram abuso sexual (definido como “quando alguém de sua família ou de fora toca você em um lugar em que você não queria ser tocado, ou faz alguma atividade sexual que não deveria ser feita com você, ou força você a tocar esta pessoa sexualmente ou a fazer sexo com ela”). E quase uma terceira parte dos adolescentes do sexo masculino sexualmente ativos relatou que sua primeira experiência sexual foi “forçada” ou “um pouco forçada” (comparado com 48% das adolescentes do sexo feminino sexualmente ativas) - um número bem maior do que aquele tipicamente relatado por outros estudos feitos na região da ALC. As pesquisas indicam que este alto nível de iniciação sexual não desejada pode refletir a idade precoce na qual ela ocorreu: quase metade dos meninos sexualmente ativos examinados neste estudo relatou ter tido sua primeira relação sexual ainda muito jovem, antes dos 11 anos.

6. Consequências da violência sexual

As consequências na saúde sexual e reprodutiva das vítimas de violência sexual podem ser graves, e podem incluir ISTs, como



a AIDS, gravidez não desejada, complicações ginecológicas como sangramento ou infecção vaginal, fibróides, desejo sexual diminuído, irritação genital, dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário (Jewkes et al., 2002).

Dados da Pesquisa de Demografia e Saúde realizada na região indicam que a percentagem de mulheres que relatam uma IST é maior entre as mulheres que sofreram violência sexual do que entre as outras mulheres, como nos seguintes países: 3% das mulheres que relataram experiências de violência sexual versus 1% das mulheres que não sofreram violência sexual na Colômbia; 4% versus 1% na República Dominicana; 18% versus 10% no Haiti; e 5,4% versus 3,7% no Peru (OPAS, 2006). De forma similar, na Jamaica, Waszak e colegas (2006) observaram que as mulheres cuja primeira experiência sexual foi forçada têm mais probabilidade de apresentar corrimento vaginal. Um estudo feito no Haiti concluiu que as vítimas de violência sexual têm chances significativamente maiores de apresentar sintomas de ISTs do que as mulheres que não foram vítimas de violência sexual (Gómez et al., 2009).

Mulheres vítimas de estupro perpetrado por um não parceiro podem engravidar em decorrência desta experiência sexual. A Anistia Internacional (2008) relatou que 20% das mulheres que procuraram tratamento para estupro em um serviço de saúde em Porto Príncipe, no Haiti, ficaram grávidas em consequência desta agressão. No México, estudos observaram que de 7 a 26% das vítimas de estupro engravidaram (Gasman et al., 2006). Em Costa Rica e no Peru, estudos indicam que mais de 90% das gestações entre meninas com menos de 15 anos foram resultantes de incesto (García-Suárez, 2006; Rico, 1996). Nos locais onde o acesso ao abortamento seguro é muito restrito, as mulheres e meninas que engravidam em decorrência de estupro não têm outras opções além de levar a gravidez a termo ou procurar um abortamento de risco. Qualquer uma das situações pode criar problemas de saúde física e/ou emocional e problemas socioeconômicos para as meninas e mulheres e seus filhos (Anistia Internacional, 2009).

7. Reações das mulheres e meninas à violência sexual

7.1 Reações das mulheres e meninas à violência sexual

Uma literatura pequena mas crescente fornece alguma compreensão das formas como as meninas e mulheres na região da ALC respondem à experiência de violência sexual. Muitas delas não

revelam incidentes de violência sexual às pessoas que as cercam, e menos ainda para as autoridades. Os estudos indicam que o silêncio é uma reação particularmente comum nos casos de abuso sexual infantil (Belknap e Cruz, 2007) e sexo forçado pelo parceiro íntimo (estudo INEGI citado pela Anistia Internacional, 2008b). Na Jamaica e no México, os estudos observaram que apenas cerca de metade das vítimas de violência sexual contou o ocorrido para alguém (Waszak et al., 2006; Ramos-Lira et al., 2001). A revelação pode ser especialmente problemática em ambientes em conflito. Dados de El Salvador e da Guatemala indicam que as mulheres geralmente não falam sobre a violência sexual relacionada a conflitos armados, particularmente se são casadas (Anaya Rubio, 2007; Gil Herrera, 2007). De forma similar, um estudo realizado no Peru observou que empregadas domésticas vítimas de abuso sexual em geral não relatam os atos de violência sexual cometidos contra elas. Frequentemente subestimam o incidente e, quando possível, simplesmente tentam evitar o perpetrador (Ojeda Parra, 2007). Estas reações são, com frequência, acompanhadas por altos níveis de ansiedade, medo, depressão, baixa auto-estima e outras consequências psicológicas.

Um estudo qualitativo bem pequeno com jovens mulheres no México documenta as narrativas destas jovens (Belknap e Cruz, 2007). Baseadas em 24 entrevistas realizadas com as jovens mulheres, as pesquisas indicam que as meninas que sofreram abuso sexual infantil em casa aparentam ter menos possibilidade de se opor verbalmente a seus agressores e mais chances de mostrar sinais de trauma psicológico do que as meninas que apenas sofreram abuso físico. Uma análise da violência contra as mulheres em países da América Central (Velzeboer et al., 2003) observou que as mulheres que sofrem violência (incluindo violência sexual) perpetrada pelo parceiro íntimo tendem a tolerar a violência até que ela atinja um ponto em que elas percebam que seus parceiros não mudarão ou poderão ficar ainda piores. Em alguns casos, elas atingem esta percepção quando os episódios violentos se agravam ou quando seus filhos são diretamente afetados.

As meninas e mulheres que decidem revelar o abuso sofrido ou procurar ajuda geralmente o fazem primeiro a um membro da família (geralmente a mãe), a uma amiga, vizinha ou a um conselheiro religioso. Isto foi observado tanto em dados qualitativos quanto quantitativos na América Central (Claramunt e Veja-Cortés, 2003), Haiti (Gage, 2005), Jamaica (Waszak et al., 2006), México (Ramos-Lira et al., 2007) e Peru (Ojeda Parra, 2007). Por exemplo, metade das mulheres que revelaram a violência sexual



no estudo mexicano o fez inicialmente a parentes, enquanto 25% revelaram a amigos (Ramos-Lira et al., 2007). No estudo do Haiti, 26% das mulheres que sofreram violência sexual relataram que procuraram ajuda com seus próprios parentes. A fonte de ajuda procurada mais importante foi as mães, seguida por amigas e vizinhas. No estudo da Jamaica, 36% contaram aos pais, 26% contaram a amigas e 14% contaram a outros parentes. Muitas sobreviventes acharam apoio nestas pessoas; no entanto, muitas outras relataram reações negativas, incluindo mães e padres que culpavam as mulheres e meninas pelos incidentes.

Alguns estudos na ALC tentaram calcular a porcentagem de vítimas que relatam as experiências de violência sexual para as autoridades ou que buscam outras formas de assistência e cuidado profissionais. Os níveis de relato variam de acordo com a população estudada, o local, a metodologia usada, as características do incidente, o tipo de serviço e outros fatores. Em geral, estima-se que, na região, apenas cerca de 5% das vítimas adultas de violência sexual relatam o evento para a polícia (UNFPA, 2005). Um estudo realizado no Haiti observou que menos de 2% das sobreviventes buscaram ajuda da polícia, e uma proporção similar procurou ajuda de um advogado ou de um médico (Gage, 2005). Na Jamaica, as pesquisas concluíram que apenas 6% das vítimas de violência sexual do sexo feminino relataram o incidente para a polícia (Waszak et al., 2006). Relatórios do México e do Brasil estimam que cerca de uma entre dez agressões sexuais são relatadas (Gasman et al., 2006). Um estudo de Santiago, Chile, observou que apenas 2% dos estupros ou das tentativas de estupro são denunciados à polícia (Lehrer et al., 2007).

As mulheres que falam sobre o incidente de violência sexual ou procuram outros serviços de apoio em geral vão a um serviço de saúde, que pode ser um hospital, centro de saúde ou clínica. O segundo serviço mais utilizado pelas sobreviventes é a polícia (Claramunt e Veja-Cortés, 2003). Infelizmente, como está demonstrado na próxima seção, este é, geralmente, um dos ambientes que menos apoio fornece às vítimas. A terceira opção mais citada é constituída pelas ONGs e pelos serviços sociais.

7.2 Motivos pelos quais as mulheres e meninas não relatam experiências de violência ou não procuram ajuda

Estudos sugerem que há muitos motivos pelos quais as mulheres

não procuram ajuda ou não relatam suas experiências de abuso sexual para a polícia, incluindo a ordem de gênero patriarcal e a debilidade dos sistemas judiciários na região. Os fatores a seguir são as razões mais frequentemente mencionadas na literatura da ALC para justificar a ausência de relatos de abuso sexual (começando com o fator mais comum).

- a) **Estigma, vergonha e discriminação:** Na maior parte dos estudos analisados, vergonha, estigma ou medo de discriminação são os principais motivos citados pelas vítimas para não revelar ou denunciar experiências de violência (Anistia Internacional, 2006; Claramunt e Vega-Cortés, 2007; Délano e Todano, 1993 citado por Rico, 1996). Em muitos casos, especialmente quando a violência sexual é cometida por um estranho, as mulheres têm medo de serem rejeitadas pela família, pela comunidade e pelo marido. Sobreviver a uma violência sexual é, às vezes, visto como algo vergonhoso ou desonroso.
- b) **Medo de represálias do perpetrador:** Em muitos casos, as mulheres ficam quietas por temerem a retaliação do perpetrador. Um estudo feito na Nicarágua observou que uma grande porcentagem de mulheres sofre novo abuso por parte do mesmo perpetrador (principalmente parceiros ou ex-parceiros) após terem falado sobre a agressão sofrida (Meza Gutiérrez et al., 2005). Muitas mulheres dizem ter medo de que seu agressor vá se vingar machucando-as mais ou fazendo algum dano a seus filhos (Henriques e Joseph, 1999; MSF, 2009). Este medo também foi observado em mulheres vítimas de violência sexual em locais de conflito, onde as mulheres geralmente expressam medo de represálias por parte dos militares, da polícia e de forças paramilitares, geralmente protegidos pelo Estado.
- c) **Sentimentos de culpa:** Alguma literatura mostra que as vítimas frequentemente internalizam os mitos relacionados a estupro existentes comumente na sociedade e, com frequência, relatam sentimentos de que o violento incidente ocorreu por “sua culpa” (Belknap e Cruz, 2007; Gil Herrera, 2007; Rico, 1996). Famílias e comunidades geralmente culpam as mulheres pelo incidente de violência e as acusam de não terem resistido o bastante.
- d) **O caminho para o relato é complicado demais, perigoso ou com poucas chances de ser benéfico:** Em muitos lugares, as vítimas não confiam nas autoridades responsáveis pela aplicação das leis ou sentem que denunciar o incidente de violência pode



trazer mais riscos do que benefícios (Claramunt e Vega-Cortés, 2007; Sagot, 2005). Em muitos casos, elas não confiam na confidencialidade dos serviços ou acreditam que o relato do incidente pode significar dor adicional - um medo que, geralmente, reflete de forma correta a falência dos sistemas da região que supostamente deveriam ajudar e proteger as sobreviventes de violência.

- e) Falta de apoio por parte da família e dos amigos:** Em muitos casos, as mulheres e meninas acreditam que a família e os amigos não acreditarão em seu relato e não as apoiarão se decidirem revelar a experiência de violência sexual, especialmente se o agressor for conhecido (Henriques e Joseph, 1999; Waszak et al., 2008). O medo geralmente é justificado; em um estudo feito no México, algumas meninas relataram que quando elas revelaram o abuso sofrido, suas famílias não acreditaram nelas e, em alguns casos, ainda responderam sujeitando-as a castigos físicos (Belknap e Cruz, 2007). Em muitos casos, as famílias desencorajam as mulheres e meninas a revelarem o abuso para outras pessoas.

8. Fatores de risco associados com a violência sexual

Para compreender as causas e os fatores de risco associados com a violência, a maioria das pesquisas tem utilizado o que se conhece como Modelo Ecológico (Belskey, 1980; Heise, 1998; Dahlberg e Krug, 2002). O Modelo Ecológico postula que a violência resulta de uma interação de fatores em quatro níveis, que são: o macro-social, o da comunidade, o do relacionamento e o nível individual (Heise et al., 1999). A seção a seguir faz uma revisão do que é conhecido a respeito dos fatores de risco da violência sexual nestes quatro níveis, dentro da região da ALC.

8.1 Fatores macro-sociais

Um grande conjunto de evidências provenientes de estudos realizados por todo o mundo indica que a violência contra as mulheres é muito associada com fatores do nível social, tais como: normas de gênero desiguais, dominância masculina generalizada na sociedade, aceitação da violência como forma mais ampla de resolver conflitos e incapacidade do judiciário de punir os perpetradores ou proteger as vítimas (Jewkes, 2002).

- ***Normas de gênero***

Na ALC - assim como em outras regiões - a maioria das pesquisas concorda que a violência sexual é profundamente enraizada em uma ordem social de gênero caracterizada por uma relação de poder desigual entre os homens e as mulheres na sociedade. Uma literatura substancial da região explora as raízes e os contextos sócio-históricos, culturais e religiosos nos quais as relações de gênero desiguais se desenvolveram, bem como os elos entre normas de gênero e violência contra as mulheres (Fuller, 2001b; Gutmann, 2000; Olavarría e Valdés, 1998; Ramírez, 2005; Viveros, 2001). Particularmente importantes na região da ALC são os papéis de gênero diferentes designados para as mulheres e os homens, baseados em influências católicas tradicionais. Na região da ALC, as evidências indicam que os níveis de violência sexual na sociedade estão associados a valores culturais e normas sociais que apóiam a idéia de que os homens são superiores às mulheres e têm o direito de controlar a sexualidade das mulheres, incluindo o seguinte:

a) Legitimação da violência pelo parceiro íntimo:

Em muitas partes da ALC, a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo é amplamente aceita como parte das experiências domésticas das mulheres. Como já foi observado anteriormente, muitas mulheres e homens não designam o sexo forçado dentro do casamento como uma forma de violência porque o sexo é considerado um direito do marido. O abuso sexual cometido pelo marido parece fazer parte das normas sociais aceitáveis em algumas comunidades da ALC. Por exemplo, o estudo da OMS realizado em múltiplos países observou que uma percentagem substancial (12%) das mulheres na área rural do Peru não acha que as mulheres têm o direito de recusar sexo com seus maridos, mesmo se ele estiver bêbado ou se ela estiver doente, e 26% das mulheres concordam que é justificado bater nas esposas se elas se recusarem a ter relações sexuais (Tabela 5).



Tabela 5. Percentagem de mulheres que concordam ser justificado bater nas esposas ou que as esposas não têm o direito de recusar sexo, estudo da OMS realizado em múltiplos países, 2002

Local do estudo	N	É justificado bater nas esposas		La esposa tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales	
		Por recusarem sexo%	Por outra razão* %	Concordaram com todas as razões mencionadas** %	Não concordaram com nenhuma razão mencionada** %
Brasil, Pernambuco	1473	<1	34	94	1
Brasil, São Paulo	1172	5	9	72	3
Peru, Dep. de Cuzco	1837	26	78	40	12
Peru, Lima	1414	2	34	86	<1

* Outras razões foram: não cumprimento dos afazeres domésticos, desobediência, perguntas sobre outras mulheres ou infidelidade.

** As razões mencionadas incluíam: falta de vontade da esposa, marido bêbado, esposa doente ou esposa maltratada pelo marido.

Fonte: García-Moreno et al., 2005

Estudos qualitativos apóiam estes resultados da pesquisa. Por exemplo, um estudo antropológico realizado na Guatemala observou que a agressão sexual é considerada legítima em algumas comunidades, se perpetrada pelo marido ou por um homem que tem a intenção de casar com a menina ou com a mulher (Hastings, 2002). Neste local, as participantes não consideravam a relação sexual forçada como um “estupro verdadeiro”, porque as mulheres casadas são obrigadas a fazer sexo com seus maridos.

b) Acusação das mulheres:

Mitos relacionados ao estupro prevalecem em muitas sociedades da ALC. A idéia de que as mulheres “provocam” os homens a cometer o estupro ou “pedem” para serem estupradas através de seu comportamento ou de suas roupas é uma percepção comum que coloca a culpa nas vítimas, ao invés de responsabilizar os perpetradores. Um estudo feito no Peru observou que jovens homens culpavam as meninas e mulheres de provocar o sexo forçado quando elas “flertavam” com eles ou quando elas “injustamente” se negavam a ter relações

sexuais (Cáceres, 2005). Na Jamaica, uma pesquisa constatou que 66% dos homens e 49% das mulheres concordavam com a declaração: “Mulheres e meninas às vezes provocam o estupro” (Anistia Internacional, 2007). Atitudes negativas sobre as vítimas de violência são geralmente passadas de uma geração a outra, como sugerido por um estudo realizado na Guiana, no qual uma grande proporção das crianças entrevistadas acreditava que as meninas frequentemente instigam a violência sexual através do uso de roupas “provocantes” (UNICEF, 2005, citado pela Anistia Internacional, 2007).

c) Justificação dos “desejos sexuais inerentes” dos homens:

Uma concepção comum em muitos locais é que a violência sexual é produto do desejo sexual incontrolável dos homens, que é inerente à identidade masculina e, portanto, socialmente justificado (Hastings, 2002; Cáceres, 2005). Em um estudo realizado no Brasil, Moore (2006) observou que muitas mulheres acreditam que seus parceiros precisam de sexo e são capazes de abandoná-las ou maltratá-las caso elas não os atendam sexualmente. Moore argumenta que estas crenças criam um ambiente no qual a coerção sexual é a regra, não a exceção.

d) Mulheres como objetos sexuais:

A cultura popular e a forma como a mídia retrata os homens e as mulheres produzem idéias e imagens a respeito do que cada gênero deve representar. A estrutura de gênero tradicional que predomina na região da ALC apóia a visão de que as mulheres são objetos sexuais que não merecem ter os mesmos direitos dos homens. Em países do Caribe, as pesquisas analisaram imagens de homens e mulheres apresentadas na TV, em revistas e filmes, e documentaram formas como a mídia utiliza imagens sexistas para objetificar as mulheres e reduzi-las a instrumentos de prazer do homem (Henriques e Joseph, 1999).

e) Culto da virgindade da mulher:

O valor dado à virgindade feminina está profundamente enraizado na cultura da ALC e a regulação da sexualidade das mulheres com frequência fornece a justificativa para o uso da violência (por exemplo, Henriques e Joseph, 1999, no Caribe; Hastings, 2002, na Guatemala; Cáceres, 2005, no Peru). Em muitos locais, dá-se muito valor às mulheres que permanecem



virgens até o casamento, enquanto as meninas e mulheres que reconhecidamente têm relações sexuais pré-maritais são, geralmente, estigmatizadas, consideradas “não dignas” pelas comunidades tradicionais e, às vezes, vistas como “presas fáceis” de agressões sexuais. Em um estudo realizado na área rural da Guatemala, Hastings (2002) observou que a penetração forçada era reconhecida como estupro quando cometida contra uma mulher virgem com a qual o agressor não pretendia casar, mas não quando era perpetrada contra mulheres divorciadas ou viúvas, que eram consideradas disponíveis sexualmente porque já haviam tido experiências sexuais. No Caribe, Henriques e Joseph (1999) constataram que algumas participantes sentiam que meninas solteiras que não mantinham sua virgindade até o casamento “mereciam” qualquer coisa que lhes ocorresse. No Peru, Cáceres (2005) observou que jovens do sexo masculino geralmente não condenavam o estupro quando as meninas não eram virgens, dizendo coisas como: “ninguém acreditaria que elas foram forçadas”.

Nos últimos anos, as sociedades na região da ALC têm passado por mudanças sócio-demográficas importantes que estão transformando as normas de gênero tradicionais, as atitudes e os comportamentos tanto dos homens quanto das mulheres. No Brasil, por exemplo, pesquisas constataram que jovens do sexo masculino mostram menos tolerância para todas as formas de violência sexual do que homens mais velhos (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003). De forma similar, Ellsberg (2005) cita evidências de que jovens mulheres na Nicarágua demonstram maior probabilidade de sair de uma relação abusiva do que mulheres mais velhas, o que, segundo a pesquisadora, pode refletir mudanças de atitudes e normas relacionadas ao direito das mulheres de viver sem violência.

- ***Cultura da violência***

Pesquisas realizadas por todo o mundo sugerem que conflitos armados e violência criminal são outros fatores macro-sociais importantes associados a níveis altos de violência física e sexual contra as mulheres na sociedade (Jewkes, 2002). Tanto o conflito armado quanto a violência criminal são graves problemas na região da ALC que, historicamente, é uma das regiões mais inseguras do mundo. Segundo estatísticas da OMS, a região da ALC tem o mais alto índice de homicídio do mundo: quase 30 em cada 100.000 habitantes por ano, comparado a uma média no mundo em torno de nove (Mathers et al., 2002). Segundo Solis Rivera (2007), citado

por De Leon Escribano (2008), 13 dos 15 países com índices mais altos de assassinato por armas de fogo no mundo estão localizados nesta região.

As pesquisas indicam que fatores fundamentais associados com os altos índices de violência na região incluem: desigualdade social, expansão e empobrecimento das populações urbanas, aumento do desemprego, corrupção, tráfico e uso de drogas ilícitas, proliferação de gangues, judiciários ineficientes, discriminação social e modelos de masculinidade hierárquicos (Rojas Aravena e Mesa, 2008). O uso da violência na região reflete normas culturais que - em muitos locais - consideram a violência aceitável e até normal.

- ***Reações do governo à violência***

Evidências de diversos locais sugerem que as políticas dos governos e a habilidade dos poderes judiciários de proteger vítimas e punir perpetradores são outros fatores do nível macro-social que influenciam os índices de violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual (Jewkes et al., 2002). Infelizmente, as reações dos governos à violência, incluindo a violência sexual, têm sido frequentemente fracas. A impunidade é parcialmente enraizada em judiciários locais frágeis e na falência dos governos em implementar leis e planos nacionais que abordem estes problemas.

Não apenas as reações do judiciário à violência têm sido fracas na região, mas as ações governamentais têm, com frequência, contribuído para os altos níveis de violência na sociedade, ao invés do contrário. Um importante fator do nível social associado com a violência na região da ALC é o legado de ditaduras e conflitos políticos que ocorreram nas últimas décadas. Os altos níveis de violência criminal são uma trágica herança de guerras civis na Colômbia, Guatemala, El Salvador, Haiti, Nicarágua e Peru, e de ditaduras na Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai. Durante períodos de ditadura e conflitos, muitas pessoas da região viveram em um contexto caracterizado por opressão, tortura, desaparecimentos forçados, medo, impunidade, brutalidade e abuso sexual. Os governos impuseram o controle autoritário das sociedades através do uso de forças armadas e paramilitares. Em muitos locais, os níveis de violência na sociedade permaneceram altos ou até aumentaram durante o período pós-conflito (Rojas Aravena, 2008).



8.2 Fatores da comunidade

No nível da comunidade, as pesquisas identificaram a falta de apoio social para as mulheres como um fator de risco para a violência contra as mulheres (Heise e García-Moreno, 2002). Diversos estudos mostraram que as mulheres que são vítimas de violência doméstica têm menos probabilidade de ter acesso a apoio social e familiar do que as mulheres que não são vítimas (Ellsberg et al., 2000; Montaña, 2007). No Haiti, Gage e Hutchinson (2006) constataram uma correlação entre violência sexual perpetrada por parceiro íntimo e carência de redes de apoio baseadas na comunidade. Em um estudo realizado no Peru, Ojeda Parra (2007) observou que dificuldades experimentadas por empregadas domésticas vítimas de abuso ou assédio sexual eram exacerbadas pela falta de proteção e apoio familiar.

Falta de apoio social também parece desempenhar um papel no tráfico e na exploração sexual. Por exemplo, Montaña et al. (2007) citam uma pesquisa que indica que muitas mulheres jovens e meninas se envolvem no trabalho de oferecer sexo para turistas no Caribe como resultado de vulnerabilidade social. Em alguns casos, as famílias não apenas fracassam em proteger as mulheres e meninas, mas podem, também, pressioná-las a se envolverem em atividades sexuais por causa de necessidades financeiras. De forma similar, um estudo realizado pela Organização Internacional de Migrações (OIM) constatou que muitas vítimas do tráfico sexual na Colômbia foram influenciadas pela necessidade de suas famílias de buscar formas de melhorar sua situação econômica (Montaña et al., 2007).

8.3 Fatores do relacionamento

A dinâmica de controle e poder que reflete relações de gênero desiguais tem sido intensamente associada com a violência sexual contra as mulheres perpetrada por parceiros íntimos (Jewkes et al., 2002). Os homens frequentemente usam a violência sexual para controlar o corpo e a sexualidade das mulheres. Dados da região da ALC indicam que a violência sexual cometida por parceiros íntimos é, às vezes, despertada quando os homens estão com ciúmes; quando as mulheres se recusam a fazer sexo com seus parceiros; ou quando os homens acham que estão correndo o risco de perder o controle do relacionamento (Montaña et al., 2007).

Diversos estudos na região identificaram o ciúme como um fator de risco ou um gatilho associado à violência sexual. Pesquisas nacionais de saúde reprodutiva no Haiti e no México constataram uma associação significativa entre a violência sexual perpetrada por parceiros íntimos e o ciúme (Gage e Hutchinson, 2006). Na Nicarágua, informações quantitativas e qualitativas apontam para o ciúme como o principal gatilho da violência, incluindo a violência sexual (Ellsberg et al., 2000). Algumas evidências indicam que os homens, às vezes, usam a violência sexual como uma forma de dominar suas parceiras e restabelecer sua identidade masculina. Por exemplo, um estudo feito entre trabalhadores do sexo masculino de uma fábrica no México observou que alguns homens relataram o uso da força quando suas parceiras não queriam fazer sexo com eles (Contreras, 2005). Um estudo realizado no Brasil constatou que, quando os homens sentiam seu papel como principal provedor financeiro ameaçado pela participação da mulher no mercado de trabalho, a violência sexual era uma forma de reconstruir a masculinidade contestada (Dantas-Berger e Giffin, 2005). Neste caso, os homens usam a violência sexual como forma de restabelecer o controle sobre as mulheres no relacionamento.

8.4 Fatores individuais

As pesquisas identificaram diversos fatores individuais associados com um risco maior de ser submetida à violência sexual ou de perpetrá-la, incluindo os descritos a seguir.

- **Idade**

Pouca idade é um fator de risco para ser vítima de violência sexual (Jewkes et al., 2002). Dados substanciais obtidos na região indicam que a maior parte da violência sexual é perpetrada contra adolescentes e crianças (Anistia Internacional, 2007; Contreras et al., 2007; Guzmán, 2001; Gasman et al., 2006; Geldstein e Pantelides, 2003; Olsson et al., 2000; Smith Fawzi et al., 2005; García-Moreno et al., 2005). As jovens meninas são particularmente vulneráveis. De forma similar, a maioria dos estudos observou que quanto menor for a idade em que ocorrer a primeira relação sexual, mais probabilidade há de que ela tenha sido forçada - tanto para os meninos quanto para as meninas (por exemplo, veja García-Moreno et al., 2005, para meninas, e Halcon et al., 2000 e 2003, para meninos). De modo oposto, a proporção de meninos e meninas cuja primeira relação sexual é consensual aumenta com a idade na qual eles fazem sexo pela primeira vez (Jewkes et al., 2002; UNFPA, 2005).



- **Fatores socioeconômicos**

Pesquisas feitas no Brasil, Chile, Haiti, Jamaica e outros países constataram uma alta correlação entre fatores socioeconômicos e o risco individual de ser vítima de violência sexual ou de perpetrá-la (Gage, 2005; Gibbison, 2007; Hindin et al., 2008; Santos-Baptista et al., 2008; Schraiber et al., 2008). Estes fatores incluem: viver em contextos marginalizados, condições adversas e pobreza. Um estudo realizado no México e na América Central observou que vítimas de tráfico e prostituição forçada se originavam primordialmente de setores socialmente excluídos (Claramunt e Vega-Cortés, 2003). Em alguns locais, os membros mais marginalizados da sociedade são, geralmente, os mais vulneráveis a se tornarem vítimas de violência sexual, incluindo crianças de rua, órfãos ou jovens que não têm apoio familiar. No Haiti, por exemplo, uma grande pesquisa realizada em unidades familiares observou que as crianças que trabalham como empregadas domésticas não remuneradas, em troca de comida e lugar para morar - conhecidas como *restaveks* - representam quase 70% das crianças vítimas de agressão sexual em Porto Príncipe (Kolbe e Hutson, 2006).

Alguns dados indicam que níveis mais elevados de educação podem ser protetores no que diz respeito à violência sexual - apesar das constatações serem ambíguas. A Tabela 6 apresenta estimativas de prevalência de violência sexual cometida por parceiros íntimos (em algum momento da vida), conforme o nível educacional das mulheres. Na Bolívia, Colômbia e Peru, estas pesquisas PDS observaram que o risco de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo diminui com o aumento do nível educacional das mulheres. No Haiti e na República Dominicana, no entanto, os índices de violência sexual cometida por parceiros íntimos são mais altos entre mulheres que tiveram alguma educação primária do que entre mulheres que não tiveram nenhuma educação. Jewkes (2002) oferece uma explicação possível para estes resultados. Ela sugere que, quando o status social das mulheres é muito baixo, a violência perpetrada pelo sexo masculino pode não ser "necessária" para reforçar papéis de gênero tradicionais, mas a violência contra as mulheres pode aumentar, às vezes, quando elas procuram mais oportunidades de educação e trabalho e, com isso, começam a ameaçar as funções de gênero tradicionais. No caso da República Dominicana e do Haiti, as PDS indicam que as mulheres precisam atingir um nível secundário de educação antes que a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo comece a diminuir. É digno de atenção que a educação também está correlacionada com outros fatores sociais como status socioeconômico e redes sociais.

Tabela 6. Percentagem de mulheres com parceiro em algum momento de sua vida (15-49 anos) que relataram experiência de violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo do sexo masculino, por nível educacional da mulher

Cidade/País	Nível educacional			
	Nenhum	Ensino fundamental	Ensino médio	Educação superior
Bolívia (2003)	17	16	15	10
Colômbia (2005)	14	14	11	7
República Dominicana (2007)	6	9	5	4
Haiti (2005/2006)	11	13	8*	
Peru (2004)	22	16	16	13

Fonte: PDS <http://www.measuredhs.com/>

- ***Violência sofrida durante a infância***

As evidências coletadas em todo o mundo indicam que as meninas que foram vítimas de abuso sexual infantil têm maior chance de novamente se tornarem vítimas de violência sexual mais tarde em sua vida (Jewkes et al., 2002). Na região da ALC, estudos realizados na Guatemala e em Honduras constataram que as mulheres que foram vítimas de abuso sexual infantil têm aproximadamente duas vezes mais chances de sofrer violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo quando adultas do que as mulheres que não foram vítimas de abuso sexual quando crianças (Speizer et al., 2008). Estudos feitos no Brasil, Chile e México observaram que o abuso sexual infantil é um dos fatores mais fortes para prever a possibilidade de a mulher novamente se tornar vítima de violência sexual mais tarde em sua vida, mesmo controlando outras variáveis (DeOliveira et al., 2009; Lehrer et al., 2007; Ortega-Ceballos et al., 2006). Um estudo realizado no México constatou que as mulheres que relatam uma história de estupro cometido por alguém que não seja seu parceiro do sexo masculino têm maior probabilidade de serem vítimas de violência sexual perpetrada por seus parceiros (Rivera-Rivera et al., 2004). De acordo com os autores do estudo, o abuso sexual precoce pode aumentar a vulnerabilidade das vítimas a nova agressão sexual por deixarem-nas com menos habilidades para se protegerem, menor confiança em sua auto-estima e uma conceituação menos clara a respeito de abuso. As pesquisas também indicam que o

abuso sexual infantil aumenta o risco de envolvimento com o tráfico sexual (UNICEF, 2001, citado por García-Suárez, 2006).

Estudos realizados em outras partes do mundo observaram uma forte associação entre experiências infantis violentas e perpetração de violência sexual durante a fase adulta (por exemplo, Jewkes et al., 2006, da África do Sul). De forma similar, pesquisa feita no Rio de Janeiro, Brasil, constatou que os homens que testemunharam violência ou foram vítimas de violência em seus lares de origem têm maior probabilidade de usar violência contra suas parceiras (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003).

- ***Atitudes tradicionais sobre as funções de gênero e a sexualidade das mulheres***

As evidências indicam que a violência sexual está intimamente associada a valores culturais, normas e práticas que apóiam a idéia de que os homens são superiores às mulheres e têm o direito de controlar a sexualidade delas. Por exemplo, algumas pesquisas realizadas na ALC apontam para uma associação entre atitudes e comportamentos masculinos rígidos e perpetração de violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual (Cáceres, 2005; Contreras, 2005; Fuller, 2001a). Para muitos homens, o uso da violência é parte de seu senso de masculinidade (Connell, 2000), e a violência sexual é uma forma deles reforçarem e perpetuarem uma masculinidade hierárquica (Anderson et al., 2001).

Dados das PDS realizadas na Bolívia, República Dominicana e Haiti revelam uma associação significativa entre o fato de as mulheres serem vítimas de violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo e suas atitudes em relação à violência (Hindin et al., 2008). As mulheres que concordam com a possibilidade de o abuso sexual cometido contra esposas ser justificado em algumas situações têm maior probabilidade de relatar que já foram vítimas, em algum momento, de violência sexual cometida por seus parceiros do sexo masculino do que as mulheres que não concordam; apesar de não estar claro se estas atitudes precedem a violência ou vice-versa.

9. Marco jurídico e decisões judiciais

9.1 Acordos internacionais

Diversos acordos internacionais afirmaram um compromisso global de eliminar a violência contra as mulheres, incluindo a

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), a Convenção de Belém do Pará, o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a Declaração e Plataforma de Ação de Beijing (Secretaria Geral da ONU, 2006). Estes acordos usam uma estrutura de direitos humanos e uma perspectiva de gênero, e convocam os governos a prevenir e combater a violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual.

A região da ALC foi reconhecida internacionalmente como a primeira região do mundo em que todos os países ratificaram a CEDAW. Além disso, a maior parte dos governos da região da ALC ratificou a Convenção de Belém do Pará - o único tratado regional no mundo especificamente direcionado à eliminação da violência contra as mulheres. A adoção destes instrumentos promoveu o progresso realizado por governos da região no sentido de desenvolver ações e reformas legais e de políticas voltadas para a redução da violência contra as mulheres (Luciano e Saleh-Ramirez, 2001). Apesar de os governos da região da ALC terem reconhecido a violência contra as mulheres como uma questão prioritária, muitos países, no entanto, não implementaram plenamente as recomendações destes instrumentos internacionais e - como será discutido posteriormente nesta análise - as respostas ao problema têm sido, com frequência, insuficientes em termos práticos (Rioseco Ortega, 2005).

9.2 *Legislación nacional*

En la década de los noventa, los gobiernos en la región de LAC empezaron a modificar la legislación nacional para eliminar la violencia contra las mujeres. En muchos países se incorporó legislación especializada basada en una perspectiva de género y, de acuerdo a ello, se reformaron los códigos civil y penal. Muchos avances estaban vinculados con la aplicación de los acuerdos internacionales a nivel nacional (Luciano y Saleh-Ramírez, 2001). Estas reformas legales incluíram o fortalecimiento dos direitos civis das mulheres, sanções criminais contra os perpetradores de violência contra as mulheres e melhorias nos procedimentos jurídicos (Morrison et al., 2004; CIDH, 2007; UN-INSTRAW, n.d.).⁵ Quase todos os países da região aprovaram reformas legais para proteger as vítimas, punir os agressores e criminalizar diferentes formas de violência física, psicológica, sexual e, em alguns casos, econômica contra as mulheres. Em alguns países, as reformas

5 O estudo foi conduzido em Antígua, Bahamas, Barbados, Ilhas Virgens Britânicas, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica e Santa Lúcia.



Quadro 2: Um caso notável - “Lei Maria da Penha”.

Em 1983, uma mulher brasileira, Maria da Penha Maia, sobreviveu a duas tentativas de assassinato cometidas por seu marido Antonio Heredia Viveiros. Ela ficou paraplégica em consequência da violência sofrida. Durante vinte anos ela lutou para levar seu caso à Justiça, apelando para organizações internacionais como a Corte Interamericana de Direitos Humanos. Sua história ganhou atenção internacional. A lei brasileira que versa sobre a violência doméstica foi sancionada em 2006 e nomeada “Lei Maria da Penha”, em reconhecimento a esta mulher admirável. A lei especificamente define a violência sexual como crime, e inclui mecanismos legais preventivos, punitivos e protetores. É considerada uma das leis mais avançadas do mundo dentre as que abordam a violência contra as mulheres.

legislativas também abordaram o assédio sexual, a exploração sexual e a violência em locais em conflito (Montaño et al., 2007). Em muitos casos, as reformas legais enquadraram a violência sexual como uma ofensa criminal, ao invés de moral, como era historicamente conceituada em muitos sistemas judiciários da ALC. Em alguns locais, cláusulas discriminatórias contra as vítimas foram eliminadas, como a permissão para questionar as vítimas sobre sua história sexual anterior, sua conduta durante a agressão ou sua “honra”. Em alguns locais, as reformas legais introduziram o estupro cometido pelo marido como uma ofensa criminal, como ocorreu recentemente no México. As leis na Argentina, Peru e Uruguai eliminaram cláusulas que permitiam que os estupradores escapassem de sanções se concordassem em se casar com as vítimas. Punições para o assédio sexual existem agora em alguns países, incluindo Argentina, Bahamas, Brasil, Chile, Equador, El Salvador, Honduras, México, Paraguai, Peru, República Dominicana e Santa Lúcia. Além disso, a definição e as sanções ao estupro foram ampliadas em países como Belize, Costa Rica, Honduras, Nicarágua e Panamá. Em alguns países, as reformas legais incluíram a expansão do acesso a abortamentos seguros para as vítimas de estupro (CIDH, 2007; UN-INSTRAW, sem data).

Apesar de melhorias significativas nas leis que abordam a violência sexual, os problemas ainda permanecem. Alguns países da região ainda precisam harmonizar sua legislação nacional com a CEDAW e a Convenção de Belém do Pará. Uma deficiência comum na região é que muitas leis que abordam a violência contra as mulheres ainda estão inseridas no Direito de Família (Montaño,

2007). Como resultado, em alguns locais, alguns tipos de violência contra as mulheres (como o estupro marital) não são atingidas pela legislação; e as leis, às vezes, concentram-se primordialmente na proteção da família, ao invés de focalizar os direitos e a segurança das mulheres. Além disso, alguns códigos penais ainda classificam o estupro e a agressão sexual como uma ofensa contra a “moral” ou a honra, ao invés de classificá-los como um ato criminoso contra a mulher enquanto pessoa humana (Montaño, 2007). Ademais, alguns sistemas legais ainda contêm cláusulas retrógradas e discriminatórias como aquelas que absolvem os agressores que concordarem em se casar com as vítimas, as que classificam tipos de estupro de acordo com a história sexual da vítima, as que consideram crianças pequenas pessoas capazes de consentir em relações sexuais, ou as que não criminalizam o incesto.

Outra questão legal é que muitos países negam às vítimas de estupro que engravidam o direito a um abortamento seguro e legal. Por exemplo, El Salvador e Nicarágua criminalizam o abortamento em quaisquer circunstâncias - mesmo em casos de estupro e incesto ou para salvar a vida da mãe (Anistia Internacional, 2009). E até nos países onde o abortamento é legal em casos de estupro e incesto, obstruções por parte das autoridades judiciárias e administrativas com frequência tornam impossível, na prática, o acesso ao abortamento legal e seguro.

9.3 Implementação e aplicação das leis relacionadas à violência sexual

Apesar do progresso realizado na reformulação das estruturas legais e de políticas nos últimos anos, a maior parte dos países na região da ALC enfrenta sérios desafios para implementar e aplicar a legislação relacionada à violência contra as mulheres. Os sistemas judiciários têm sido particularmente ineficazes em proteger as vítimas e punir os perpetradores de violência sexual, e um padrão de impunidade continua a permear a região (CIDH, 2007).

Em quase todos os locais, poucos casos denunciados de violência sexual levam à instauração de processos, muito menos à condenação. Por exemplo, dados indicam que apenas 10% dos casos de violência sexual denunciados na Argentina terminam em punição para os agressores (Bianco et al., 2008); menos de 4% dos perpetradores são, em algum momento, levados à Justiça no Chile e no Equador, e na Guatemala este percentual é menor do



que 1% (CIDH, 2007). Nas Bahamas, dados coletados ao longo de um período de cinco anos mostram que 80% dos acusados de estupro nunca foram levados a julgamento ou foram absolvidos (Henriques e Joseph, 1999). Uma pesquisa realizada em 2001 em Dominica pelo Women's Bureau constatou que metade das mulheres e meninas que procuram ajuda da polícia fica insatisfeita com a resposta, sendo a coleta inadequada de evidências e a falta de follow-up os problemas mais comumente citados (CIM, 2009).

Geralmente, a polícia reluta em investigar os casos e o judiciário é incapaz de aplicar as leis (Morrison et al., 2004). A resposta do sistema judiciário à violência sexual é, com frequência, indiferente, discriminatória ou hostil para com as vítimas (CIDH, 2007; UN-INSTRAW, n.d.). Em muitos locais, os funcionários do judiciário dão muita importância às evidências físicas e maltratam as meninas e mulheres que chegam a dar queixa. Em um estudo de caso realizado em dez países da região, Sagot (2005) observou que os funcionários responsáveis pela aplicação das leis geralmente expressam noções patriarcais sobre a violência contra as mulheres, demonstram atitudes inapropriadas relacionadas à sexualidade feminina e culpam as sobreviventes de agressão sexual, que se tornam duplamente vítimas; todos estes aspectos resultam em impunidade para os agressores (Sagot, 2005). Na América Central, Velzeboer et al. (2003) constataram que as delegacias de polícia são os serviços que menos apoio fornecem às mulheres vítimas de violência em termos de atitudes sensíveis, vontade de ajudar as sobreviventes e capacidade para fornecer informação útil.

Em alguns locais, os procedimentos legais são extremamente complicados, o que faz com que as mulheres, frequentemente, precisem fazer longas e repetidas viagens para denunciar seus casos. Por exemplo, na América Central, um dos fatores mais importantes que inibe as mulheres de fazer uma denúncia formal é a complexidade dos procedimentos e formalidades (Sagot, 2005). Outro obstáculo é que as reformas das leis e políticas geralmente não estão amplamente disseminadas, e muitas mulheres e homens - incluindo os profissionais envolvidos - com frequência não conhecem os direitos legais das mulheres. Além disso, os funcionários do judiciário e do sistema de saúde frequentemente não têm o treinamento necessário para fornecer às vítimas de violência sexual as informações para ter acesso à Justiça.

Outro obstáculo à denúncia de experiências de violência sexual é que as vítimas geralmente ficam vulneráveis à retaliação quando denunciam o agressor, e a maior parte dos sistemas legais da região

não tem medidas eficazes de proteção às mulheres (Velzeboer et al., 2003). Esta situação é particularmente grave quando o perpetrador da violência sexual é um membro da família.

Estes obstáculos à Justiça são, frequentemente, amplificados em áreas marginalizadas e excluídas e em locais em conflito. Em alguns lugares não há centros oficiais onde as mulheres possam relatar episódios de violência. Em outros, os funcionários responsáveis pela aplicação das leis não têm treinamento nem os recursos mais básicos necessários para investigar ou processar casos de violência sexual. Por exemplo, as pesquisas documentaram que, durante as guerras em El Salvador e na Guatemala, muitas mulheres e meninas não tinham acesso a um judiciário atuante (Anaya Rubio, 2007; Gil Herrera, 2007). Muitas mulheres enfrentam uma situação similar nos conflitos internos atuais na Colômbia e no México (Anistia Internacional, 2004; Duarte et al., 2007).

9.4 Esforços para fortalecer as decisões judiciais relativas à violência sexual

- ***Esforços do governo para reformar o judiciário***

Os governos da região realizaram uma série de esforços para fortalecer a capacidade do judiciário de aplicar as leis relacionadas à violência contra as mulheres, geralmente em colaboração ou com patrocínio de organizações internacionais. Por exemplo, o ILANUD (Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente) forneceu treinamento e apoio para a polícia e funcionários do judiciário em diversos países da região da ALC (Bott et al., 2005a). Muitas agências da ONU têm apoiado um programa para melhorar a resposta das “Casas de Justiça” da Colômbia à violência sexual, incorporando uma abordagem mais abrangente e perspectivas de gênero e de direitos humanos (Parker, 2003). Estas “Casas de Justiça” são centros localizados em áreas marginalizadas que administram resoluções judiciais oficiais e não oficiais e são, às vezes, a única presença do sistema judiciário nas áreas rurais. Frequentemente, suas resoluções refletem normas de gênero tradicionais profundamente enraizadas nestas comunidades.

Começando com o Brasil na década de 80, muitos países introduziram unidades de polícia especializadas no atendimento às mulheres, estruturadas para fornecer um ambiente mais seguro e sensível para que as mulheres pudessem relatar casos de violência.



Na maioria dos casos, estas unidades empregam funcionárias do sexo feminino com treinamento especial em violência familiar. Esta abordagem tem sido aplicada também em outros países da região, incluindo Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, Nicarágua, Peru e Uruguai. Estas unidades especiais aumentaram o número de relatos e a probabilidade de as vítimas receberem serviços de apoio abrangentes (Bott et al., 2005a); no entanto, avaliações também constataram que as funcionárias do sexo feminino não necessariamente demonstram atitudes mais positivas em relação às mulheres vítimas de violência do que os funcionários do sexo masculino. Além disso, muitas unidades especializadas da região não têm infra-estrutura e outros recursos, incluindo sistemas de dados para registrar os incidentes e recolher estatísticas (Montaño et al., 2007). Como resultado, em muitos locais, as evidências indicam que a introdução de unidades especiais não modificou os índices de acusação de agressores. E, em alguns casos, a criação destas unidades pode ter encorajado as delegacias de polícia normais a abdicar da responsabilidade de lidar com os casos de crimes contra as mulheres (Bott et al., 2005a).

Como parte dos esforços para reduzir a impunidade em casos de violência sexual, tem havido uma proliferação de institutos médicos forenses na ALC. Em alguns países como El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua, estes são um componente de um modelo integrado de proteção às vítimas de violência sexual desenvolvido por governos e apoiado por diferentes organizações internacionais (Moser & Winton 2002).

- ***Esforços da sociedade civil para melhorar a resposta do sistema judiciário***

Numerosas iniciativas originadas na sociedade civil tiveram o objetivo de melhorar a resposta do judiciário à violência contra as mulheres. Uma destas iniciativas é o “Tribunal da Consciência”, no qual os crimes são simbolicamente julgados por juristas que utilizam instrumentos legais nacionais e internacionais e emitem decisões e recomendações que são transmitidas aos níveis oficiais. Estes tribunais foram criados no Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Peru e Uruguai (Montaño et al., 2007). No Uruguai, por exemplo, um Tribunal de Direitos Sexuais e Reprodutivos revelou a situação de mulheres que se tornaram vítimas de funcionários de uma equipe de saúde.

Outra iniciativa da sociedade civil com o objetivo de melhorar a resposta do sistema judiciário à violência contra as mulheres é

a Rede Nicaragüense de Mulheres contra a Violência. Esta rede, que reúne mais de 100 organizações de mulheres na Nicarágua, desempenhou um papel fundamental na luta em defesa de reformas legislativas e na monitoração da aplicação destas reformas (Ellsberg et al., 2000; Ellsberg e Clavel Arcas, 2001; Velzeboer 2003). Esta rede delineou e fez lobby em favor da Lei da Violência Familiar, aprovada em 1997, e seus membros monitoram ativamente as Delegacias de Polícia para as Mulheres e Crianças que existem por todo o país.

10. Planos, coalizões e redes multi-setoriais

10.1 Planos, políticas e programas governamentais

Na ALC, os governos fizeram esforços nos últimos anos para desenvolver programas, planos e políticas multi-setoriais nos níveis locais e nacionais (UN-INSTRAW, data desconhecida; Montañó et al., 2007). Estas ações aumentaram a visibilidade do problema da violência contra as mulheres e apoiaram esforços para melhorar a prevenção e a resposta à violência. Grande parte da elaboração de políticas para abordar a violência contra as mulheres dentro da região da ALC foi baseada em uma perspectiva de gênero e de direitos humanos e enfatizou a colaboração intersetorial e a mobilização social (Luciano e Saleh-Ramirez, 2001). Um dos planos mais antigos na região foi implementado na Costa Rica, o Plano Nacional para Tratamento e Prevenção da Violência Intra-familiar (PLANOVI), criado em 1994 (Morrison et al., 2004; Velzeboer et al., 2003). Infelizmente, muitos planos não tiveram apoio político, financiamento, implementação e sustentabilidade (Rioseco Ortega, 2005). Por conseguinte, tiveram, em geral, pequeno impacto. Ademais, muitos planos de ação e programas que focalizaram a violência contra as mulheres na região não abordaram todos os tipos de violência sexual, como o assédio sexual ou o tráfico.

Um problema comum na região é que o compromisso dos governos com o enfrentamento da violência contra as mulheres é, geralmente, fraco. Isto pode ser traduzido em falta de vontade política e coordenação pobre entre diferentes participantes e setores, incluindo a combinação de estratégias locais, nacionais e regionais. Poucos recursos financeiros são outra limitação para a implementação de planos e programas. Em geral, as instituições governamentais não incluem fundos suficientes em seus orçamentos para atividades que visem a violência contra as



mulheres. Em alguns países, a fonte principal de apoio financeiro vem de organizações internacionais; este apoio é geralmente insuficiente para atender a todas as necessidades (Rioseco-Ortega, 2005).

Para lidar com estes problemas, muitos governos da região criaram instituições para a promoção dos direitos das mulheres, como ministérios dos assuntos das mulheres ou comissões nacionais. Estes ministérios ou comissões são caracteristicamente responsáveis pela implementação de planos e programas nacionais que abordem a violência contra as mulheres e pela coordenação do trabalho de múltiplos setores como justiça, educação e saúde (Montaño et al., 2007; Morrison et al., 2004). A força política destas instituições parece ser o fator fundamental para determinar seu sucesso. Um esforço conhecido e antigo na ALC ocorreu no Brasil, onde o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher foi criado em 1985 (Montaño, 2007). Desde sua concepção, este Conselho tem promovido esforços para reduzir a discriminação contra as mulheres e para aumentar o acesso a serviços de apoio para as vítimas de violência contra as mulheres. Desde 2003, o Conselho faz parte da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que tem status de ministério. Membros do Conselho incluem representantes do governo e da sociedade civil. De forma similar, o Instituto Nacional das Mulheres, em Costa Rica, tem promovido diversas iniciativas para abordar a violência contra as mulheres, incluindo o Sistema Nacional para Tratamento e Prevenção da Violência Intra-familiar (Velzeboer et al., 2003). Este programa usa uma abordagem multi-setorial e envolve várias instituições governamentais e não governamentais, respondendo a diferentes aspectos da violência sexual. Experiências semelhantes aconteceram em El Salvador (o Instituto Salvadorenho para o Desenvolvimento da Mulher) e no México (o Instituto Nacional da Mulher e o Centro para Equidade de Gênero e Saúde Reprodutiva, integrante do Ministério da Saúde).

10.2 Redes e coalizões multi-setoriais

Outra abordagem importante tem sido a criação de redes e coalizões locais e nacionais voltadas à violência contra as mulheres. Na maior parte dos casos, estas redes criam parcerias entre ONGs, agências governamentais, organizações do setor privado, instituições religiosas e (em alguns casos) partidos políticos. Por exemplo, a Rede Nicaragüense de Mulheres contra a Violência (mencionada anteriormente) e a Rede de Prevenção e Tratamento da Violência, na Bolívia, são exemplos de coalizões multi-setoriais

que aplicam estratégias para prevenir e combater a violência contra as mulheres, incluindo campanhas de conscientização, militância política, monitoração da implementação de nova legislação e mobilização das comunidades para melhorar a resposta dos serviços à violência contra as mulheres.

As evidências indicam que, apesar de estes tipos de iniciativas regularmente enfrentarem limitações financeiras e outros desafios, elas contribuem para a prevenção e a resposta à violência contra as mulheres. Por exemplo, pesquisas nacionais e outras fontes de dados indicam que as mulheres na Nicarágua estão cada vez mais conscientes de seus direitos e podem estar aceitando menos a violência sexual do que no passado (Morrison et al., 2004). Apesar de estas mudanças poderem ser o resultado de muitas iniciativas, as evidências indicam que as campanhas da Rede tiveram um impacto na conscientização da população a respeito dos direitos das mulheres, uma vez que mais de uma quarta parte das mulheres entrevistadas em uma PDS posterior foi capaz de repetir uma ou mais das mensagens incluídas nas campanhas de conscientização realizadas pela Rede Nicaragüense de Mulheres contra a Violência.

Quadro 3

Duas ONGs feministas no Peru - Movimento Manuela Ramos e Centro Flora Tristán para as Mulheres Peruanas - desenvolveram iniciativas integradas para lidar com a violência contra as mulheres. As duas organizações trabalham há mais de 30 anos abordando a discriminação de gênero e a violência contra as mulheres no Peru, a partir de uma perspectiva de gênero e de direitos humanos. "O direito a uma vida sem violência" - um programa de Manuela Ramos - inclui diversas atividades para reduzir a violência contra as mulheres, particularmente a violência sexual. Suas atividades compreendem um pacote abrangente de serviços jurídicos e de saúde, atividades de prevenção, trabalho baseado na comunidade, aumento da conscientização e campanhas na mídia. Dentro de sua área programática para os direitos humanos, Flora Tristán implementou iniciativas abrangentes para abordar diferentes tipos de violência sexual, incluindo o assédio sexual. O Centro oferece apoio legal para as vítimas, faz militância, promove reformas na legislação e treina autoridades legais como parte de suas atividades estratégicas.



Outro tipo de iniciativa multi-setorial foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em dez países da América Central e da Região Andina (Velzeboer et al., 2003; Montaña et al., 2007). Este programa realizou atividades nos níveis nacional, comunitário e individual. Seus esforços eram direcionados para a melhoria de políticas e da legislação sobre a violência contra as mulheres, a ampliação do acesso aos serviços para as mulheres vítimas de violência e a criação de redes multi-setoriais na comunidade para a prevenção da violência. O objetivo principal da estratégia era implantar políticas, capacidades, sistemas e redes que melhor detectassem e cuidassem das mulheres que convivem com a violência e que prevenissem a violência baseada em gênero através da promoção de uma cultura de paz, respeito e equidade dentro das famílias e das comunidades.

10.3 Esforços para ampliar o acesso das sobreviventes a serviços abrangentes

Idealmente, as mulheres e crianças vítimas de violência sexual precisam ter acesso a um amplo conjunto de serviços que deve incluir assistência médica, apoio emocional e, em alguns casos, assistência legal. Ao longo das últimas décadas, um número significativo de organizações nos países da ALC expandiu o acesso a serviços abrangentes para as vítimas de violência, incluindo aconselhamento legal, assistência médica e apoio psicológico (Larrain, 1999). A maior parte destes serviços tem sido fornecida por ONGs de mulheres em áreas urbanas, com cobertura limitada; no entanto, algumas iniciativas criaram modelos adotados por programas de governos, oferecendo serviços em uma escala maior. Apesar de seus objetivos, conquistas e impacto nas comunidades serem diferentes, todas as iniciativas listadas a seguir utilizaram uma abordagem abrangente e multi-setorial.

- O *Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de La Mujer* (CEPAM) (Centro Equatoriano para a Promoção e Ação da Mulher) promove os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ele oferece assistência para as sobreviventes, treina profissionais dos serviços de saúde em comunidades marginalizadas e conduz iniciativas de prevenção com adolescentes e jovens.
- Na Costa Rica, o *Centro Feminista de Información y Acción* (CEFEMINA) (Centro Feminista de Informação e Ação) é uma organização pioneira que trabalha abordando a discriminação

contra as mulheres. Tem grande experiência com a organização de grupos de apoio para sobreviventes de violência sexual. Seu programa “Mulher, você não está sozinha” é uma iniciativa abrangente que inclui uma linha direta para emergências, apoio médico e jurídico, campanhas de prevenção, militância e outras intervenções.

- No México, a *Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas* (ADIVAC) (Associação para o Atendimento Integral de Vítimas de Estupro) é uma ONG especializada em abuso sexual. Desde o início da década de 90, oferece diferentes tipos de apoio (jurídico, médico, prevenção, treinamento, etc.) para mulheres e crianças.
- PROFAMILIA, na Colômbia, exemplo de ONG que trabalha em um local onde há conflito armado, implementou um abrangente programa de assistência a sobreviventes de violência sexual. Oferece serviços médicos, psicológicos e jurídicos em diversos lugares, incluindo regiões em conflito como Putumayo. Como é, principalmente, uma organização de assistência à saúde, também fornece contracepção de emergência, testes e tratamento para IST-HIV/AIDS, e assistência a longo prazo.
- O projeto da OPAS (mencionado anteriormente) também inclui o desenvolvimento de atividades baseadas na comunidade, como treinamento de líderes e promotores de saúde, fortalecimento de redes locais para coordenar esforços de prevenção de violência, educação pública dentro e fora de ambientes clínicos, trabalho com grupos de homens para mudar atitudes e comportamentos e desenvolvimento de grupos de apoio para mulheres sobreviventes de violência. A iniciativa da OPAS também tem um forte componente direcionado para o fortalecimento da capacidade dos serviços de saúde de identificar situações de abuso; perceber as mulheres que correm perigo imediato de violência; prover assistência médica apropriada, incluindo tratamento de emergência e intervenção em crise; documentar casos de violência; fornecer aconselhamento para as mulheres sobre seus direitos legais, e outros serviços especializados (Velzeboer et al., 2003).
- Outros programas abrangentes direcionados à violência sexual em zonas pobres e de conflito na Colômbia são apoiados por organizações internacionais, como os Médicos sem Fronteiras, no Distrito Chocó, e o UNFPA, em Magdalena Medio.



11. A resposta do setor de saúde à violência sexual

11.1. Desafios e deficiências fundamentais na resposta do setor de saúde à violência sexual

Um conjunto crescente de pesquisas tem investigado a qualidade da resposta dos serviços de saúde à violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual. Por exemplo, alguns estudos no Brasil analisaram os serviços em instituições públicas de saúde em diversas cidades brasileiras. Um estudo em um hospital universitário avaliou o processo e os resultados do tratamento de mulheres após a experiência de violência sexual (Tadayuki-Oshikara et al., 2005). Um estudo feito por Menicucci de Oliveira e colegas (2005) avaliou os serviços públicos que atendem vítimas de violência sexual em São Paulo. Um interessante estudo foi realizado na Nicarágua observando as atitudes dos profissionais de saúde e identificando vítimas (Rodriguez-Bolaños et al., 2005).

Mais recentemente, duas análises situacionais da resposta do setor de saúde à violência foram realizadas na América Central. Uma delas é do projeto da OPAS, que está coordenando atualmente um projeto em Belize, Honduras e Nicarágua que examina a relação entre HIV e violência sexual e doméstica, com o objetivo de melhorar as respostas institucionais aos dois problemas de saúde pública (OPAS, 2009). O outro estudo foi realizado pelo Ipas em El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua. O objetivo era fazer uma análise situacional sobre a qualidade dos serviços de assistência à saúde para vítimas e sobreviventes de violência sexual (Paredes-Gaitán et al., 2009). Esforços para replicar estas iniciativas deveriam ser encorajados.⁶

O apoio oferecido pelo setor de saúde é extremamente importante para as mulheres vítimas de violência sexual, particularmente no que diz respeito à provisão de assistência emergencial após a experiência de sexo forçado. Os serviços de saúde precisam ter padrões mínimos de qualidade que incluam infra-estrutura básica, serviços integrados de saúde reprodutiva, mecanismos para assegurar confidencialidade e proteção para as vítimas, e

⁶ Para mais informação sobre a metodologia usada, ver:
http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Ipas_launches_toolkit_to_evaluate_services_for_sexual-violence_survivors.aspx

e http://www.ipas.org/Publications/Ver_y_atender_Guia_practica_para_conocer_como_funcionan_los_servicios_de_salud_para_mujeres_victimas_y_sobrevivientes_de_viole.aspx

equipe treinada e sensibilizada. Mecanismos de monitoramento e avaliação, documentação dos eventos, sistematização das experiências e análise dos dados também são importantes (Bott et al., 2005b).

As meninas e mulheres que são submetidas à violência sexual frequentemente procuram ajuda com profissionais de saúde, mas os dados da região sugerem que a qualidade da resposta do setor de saúde é, geralmente, baixa. O setor de saúde com frequência tem sérias deficiências, como falta de infra-estrutura básica, privacidade e confidencialidade; atitudes e comportamentos discriminatórios e patriarcais por parte de profissionais dos serviços, que justificam os atos dos agressores e culpam as vítimas; incapacidade de ajudar mulheres em crise; falta de pessoal treinado para cuidar das mulheres vítimas de violência; e políticas e protocolos institucionais deficientes ou inexistentes (Montaño et al., 2007; Velzeboer et al., 2003; Paredes-Gaitán et al., 2009). Estes problemas podem tornar as sobreviventes novamente vítimas, e são particularmente agudos em áreas pobres e marginalizadas, incluindo comunidades indígenas e locais em conflito.

Os estudos realizados na região indicam que muitos profissionais dos serviços de saúde expressam atitudes hostis em relação às meninas e mulheres que revelam experiências de abuso sexual. Os profissionais de saúde geralmente não perguntam às mulheres se elas foram submetidas à violência, mesmo quando eles observam sinais de abuso. As sobreviventes geralmente se queixam de que os profissionais se concentram apenas nos cuidados imediatos das lesões, não oferecem orientação adequada e expressam atitudes inapropriadas que demonstram que eles estão culpando as mulheres pelo ocorrido (Guedes et al., 2002a; Guedes et al., 2002b). Por exemplo, um estudo realizado entre profissionais de serviços de saúde reprodutiva pelo IPPF em 11 centros de saúde localizados na República Dominicana, Peru e Venezuela constatou que mais da metade dos profissionais entrevistados considera que o comportamento inadequado das mulheres é o fator responsável por provocar a agressão dos homens, e cerca de uma quarta parte acredita que as mulheres não abandonam parceiros violentos porque, em algum nível, 'elas gostam' da violência (Guedes et al., 2002a).

Poucas iniciativas integraram adequadamente a atenção à violência sexual em programas de saúde sexual e reprodutiva. Em muitos lugares, os centros de saúde não têm a infra-estrutura básica para oferecer a assistência médica integral que as



sobreviventes de violência sexual necessitam, mesmo em unidades de emergência (Menicucci de Oliveira et al., 2005). Por exemplo, o teste confidencial e voluntário de IST/HIV para as sobreviventes de violência sexual não existe em muitos serviços de saúde na região da ALC, assim como kits profiláticos pós-exposição e contracepção de emergência (Luciano, 2007).

Como mencionado anteriormente, os programas de saúde que cuidam das vítimas de estupro que engravidam em consequência da agressão geralmente não são capazes de oferecer às mulheres informação, encaminhamentos ou acesso ao abortamento seguro e legal. As vítimas de estupro que engravidam em geral recebem pouca informação sobre suas opções e, às vezes, recebem tratamento doloroso, humilhante e degradante da equipe de saúde dos serviços públicos. Uma questão relacionada é que certos países, como alguns da América Central, não têm mecanismos para ajudar as mulheres que decidem dar seus filhos recém-nascidos para adoção (Paredes-Gaitán et al., 2009). Em países onde o abortamento é ilegal em quaisquer circunstâncias, as mulheres que engravidam em consequência de estupro deveriam, pelo menos, receber informações sobre adoção.

Estudos realizados na região da ALC indicam que a qualidade da resposta dos serviços de assistência à saúde é, às vezes, prejudicada pelas atitudes discriminatórias dos profissionais contra grupos marginalizados. Quando a violência sexual é cometida contra pessoas que trabalham no comércio de sexo, por exemplo, estas mulheres são ocasionalmente discriminadas devido à crença de que não se pode realmente considerar que elas sejam suscetíveis de serem agredidas sexualmente. Por exemplo, um estudo feito em Lago Agrio, Equador, observou que as mulheres refugiadas que trabalhavam no comércio de sexo eram discriminadas, sendo-lhes frequentemente negado o acesso aos serviços de saúde, principalmente quando estavam vestidas de forma considerada inapropriada por profissionais dos serviços (Rushing, 2007).

11.2 Esforços para melhorar a resposta do setor de saúde à violência sexual

As evidências indicam que uma abordagem voltada para a instituição de forma ampla é a forma mais eficaz para alcançar melhorias sustentáveis na qualidade da assistência fornecida para as sobreviventes de violência (Heise et al., 1999). Diversas organizações - incluindo IPPF/RHO, OPAS e IPAS - têm usado na

ALC este tipo de abordagem integrada e voltada para a instituição de forma ampla, para melhorar a resposta dos serviços de saúde à violência. Estas organizações avaliaram seus programas rigorosamente em diversos locais. Também desenvolveram recomendações, diretrizes e ferramentas programáticas para melhorar a resposta do setor de saúde à violência sexual, muitas das quais foram utilizadas nos níveis local, regional e global, devido à sua alta qualidade e relevância.

O IPPF/RHO, em parceria com PLAFAM na Venezuela, PROFAMILIA na República Dominicana e INPPARES no Peru, realizou uma iniciativa sub-regional em 11 estabelecimentos de saúde para melhorar a resposta dos serviços à violência contra as mulheres (Bott et al., 2004). Esta iniciativa utilizou uma “abordagem de sistemas” que envolveu reformas por toda a organização do estabelecimento de saúde. Especificamente, a iniciativa do IPPF/RHO incluiu: fortalecimento da infra-estrutura física das clínicas para fornecer espaços privados para consultas, e ampliação de recursos institucionais fundamentais, como as redes e manuais de encaminhamento, ferramentas e informações escritas, sistemas de informação e protocolos de tratamento. Além disso, a iniciativa incluiu um compromisso a longo prazo de sensibilização e treinamento da equipe clínica, baseado em uma compreensão da violência contra as mulheres como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. A avaliação do programa encontrou evidências de que a iniciativa melhorou a qualidade geral da assistência à saúde das mulheres, aprimorou o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais no que diz respeito à violência contra as mulheres, fortaleceu a privacidade e a confidencialidade das clientes, aumentou a habilidade dos profissionais para detectar e cuidar de meninas e mulheres vítimas de violência, e beneficiou as sobreviventes através da prestação de serviços especializados como assistência jurídica gratuita, aconselhamento e grupos de apoio (Bott et al., 2005b; Bott et al., 2004).

Outra iniciativa digna de nota na região da ALC é o modelo integral de serviços de qualidade para vítimas de violência sexual do sexo feminino desenvolvido pelo Ipas (Troncoso et al., 2006).⁷ Em parceria com os Ministérios da Saúde e da Justiça, ONGs e

7 Para mais informação sobre este modelo, ver:
http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/From_Ipas_Bolivia_a_new_tool_to_help_sexual-violence_victims.aspx
e http://www.ipas.org/Publications/Construyendo_un_modelo_de_atencion_integral_a_mujeres_victimas_y_sobrevivientes_de_violencia_sexual_que_incluye_la_interrupcion.aspx



hospitais, o modelo do Ipas enfoca o desenvolvimento de serviços integrais e de qualidade na área da saúde sexual e reprodutiva para sobreviventes de violência sexual na Bolívia, Brasil, México e América Central. Inclui o acesso ao abortamento legal e seguro, assim como a criação de redes para oferecer às sobreviventes um conjunto completo de serviços nas áreas jurídica, social, médica e psicológica.

Diversos programas visaram a integração da questão da violência sexual aos programas de AIDS na região. Por exemplo, na região do Caribe, que tem o segundo nível mais alto de HIV/AIDS do mundo (UNAIDS, 2006), CARICOM, em parceria com CIM/OEA, Development Connections e outros, desenvolveu um projeto chamado “Desenvolvimento de Capacidade para Integrar os Serviços de HIV e VCM no Caribe”. O objetivo do projeto é desenvolver uma estratégia abrangente para integrar intervenções de HIV e de violência contra as mulheres (CIM, 2009b). Esta iniciativa está em seu estágio inicial, mas tem potencial para produzir ensinamentos para promover o conhecimento nesta área.

Historicamente, muitos profissionais de saúde carecem do treinamento para lidar com casos de violência sexual porque este tema não era incluído em sua formação profissional (por exemplo, veja Menicucci de Oliveira et al., 2005, para um estudo do Brasil). Para abordar este problema, diversos programas foram desenvolvidos em locais da ALC. Por exemplo, em São Paulo, Brasil, todas as principais escolas médicas começaram a fornecer assistência especializada a sobreviventes de violência sexual em hospitais-escola (Faúndes e Andalaft, 2002). De forma similar, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, Brasil, é pioneiro no treinamento de profissionais de saúde e na ajuda a sobreviventes por todo o país, incluindo o fornecimento de serviços de abortamento (Bedone e Faúndes, 2007).

12. Prevenção primária da violência sexual

Há pouca informação disponível sobre a eficácia e o impacto de programas de prevenção da violência sexual na região, em parte devido à falha na capacidade de monitoramento e avaliação de muitas instituições. Apesar dos desafios que a região da ALC enfrenta para combater a violência contra as mulheres, algum progresso foi feito no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias promissoras para programas de prevenção,

principalmente em zonas urbanas. A maior parte das ações tem sido iniciativa da sociedade civil implementada através de ONGs e baseada em uma estrutura de direitos humanos e igualdade entre os gêneros.

12.1 Desenvolvimento de capacidade através de educação e treinamento

Na ALC, organizações com base nas comunidades têm desempenhado um papel crucial no aumento da conscientização da população a respeito dos direitos das mulheres e da violência contra as mulheres, e na transformação das atitudes da comunidade relacionadas às normas de gênero. Líderes comunitários são centrais para as iniciativas de prevenção da violência, especialmente quando promovem relacionamentos não violentos, informam as mulheres sobre seus direitos e encaminham as vítimas para centros de apoio (Velzeboer et al., 2003).

A sensibilização e o treinamento na região de líderes comunitários e de profissionais dos serviços começaram na década de 80, como parte de uma estratégia mais ampla que visava aumentar a conscientização e o poder das mulheres (Larrain, 1999). Em muitos lugares, organizações conduzem iniciativas para sensibilizar e treinar profissionais de saúde, professores, policiais, militares, assistentes sociais, líderes comunitários, adolescentes, pessoas jovens adultas, acadêmicos e outros. A maior parte deste treinamento é realizada através de workshops, seminários e cursos. Alguns programas de treinamento também abordam questões de saúde sexual e reprodutiva, a partir de uma perspectiva de gênero (Billings et al., 2008).

Ações inovadoras com base nas comunidades podem ser encontradas por toda a região. Por exemplo, em Cuzco, Peru, Defensorias Comunitárias foram criadas como parte de um projeto da comunidade para reduzir os níveis de violência familiar. Líderes comunitários foram treinados para promover os direitos das mulheres dentro de suas comunidades. O projeto enfoca principalmente a população indígena, e mulheres que falam o idioma local ajudam como voluntárias (CEPAL e W. K. Kellogg Foundation, 2007). Projetos similares estão sendo realizados na Guatemala e na Nicarágua, treinando mulheres líderes da comunidade para que atuem como voluntárias capazes de prestar assistência jurídica gratuita (chamadas de *defensoras populares*). Algumas organizações fornecem treinamento para



líderes da comunidade, nos quais mulheres coordenam discussões sobre questões de gênero, incluindo violência contra as mulheres (Montaño et al., 2007). Estas iniciativas apresentam oportunidades para aumentar a conscientização e gerar identificação com o programa dentro das comunidades, e para produzir facilitadores que sejam capazes de oferecer apoio para as vítimas de violência sexual. Na Nicarágua, equipes de saúde e ativistas da comunidade participaram de breves estágios, onde receberam treinamento prático sobre violência contra as mulheres. Os participantes aprenderam sobre a violência contra as mulheres em suas dimensões jurídicas, sociais e aquela relacionada à saúde (Velzeboer et al., 2003).

Outra iniciativa notável foi a inclusão de temas de saúde sexual e reprodutiva, gênero e violência contra mulheres no currículo das academias militares e de polícia. Este programa foi desenvolvido pelo *Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (COPRECOS)* (Comitê de Prevenção e Controle do HIV/AIDS das Forças Armadas e da Polícia Federal), UNFPA e outros, e foi estendido a muitos países da região (Mora et al., 2005).

Esta análise encontrou poucos exemplos de iniciativas de prevenção na ALC que incluíssem o setor da educação. Algumas iniciativas com base em escolas foram empreendidas, mas este setor precisa se envolver mais nas questões relacionadas a gênero e violência contra as mulheres entre os jovens (Morrison et al., 2004). Isto é essencial se pretendemos modificar normas sociais para prevenir a violência sexual.

12.2 Comunicação para mudança social

ONGs organizaram muitas campanhas para aumentar a conscientização a respeito da violência contra as mulheres na ALC, em níveis regional, nacional e local. Estas campanhas frequentemente usam a mídia de massa, incluindo TV e rádio, para promover comportamentos não violentos e para ajudar as mulheres a achar uma saída para os relacionamentos violentos. Como observado anteriormente, as campanhas de conscientização realizadas pela Rede Nicaragüense de Mulheres contra a Violência parecem ter contribuído para uma maior conscientização na Nicarágua dos direitos das mulheres, e para uma aceitação menor da violência contra as mulheres, incluindo o sexo não desejado e forçado dentro do casamento (Velzeboer, 2003; Bott et al., 2005a).

Uma abordagem na mídia de massa bem sucedida e bem avaliada, que visou a mudança de atitudes, conhecimento e comportamentos foi realizada pela ONG nicaragüense *Puntos de Encuentro*. Esta abordagem utiliza diferentes formatos na mídia para aumentar a conscientização e mudar atitudes e normas relacionadas com a violência contra as mulheres. Por exemplo, seu programa *Sexto Sentido* inclui uma novela semanal com meia hora de duração, produzida para televisão, que trata de tópicos relacionados com saúde sexual, papéis de gênero e violência. Esta transmissão é complementada por shows de rádio e outras atividades educacionais e de apoio. De acordo com Guedes (2007), o programa fornece à audiência/participantes informações que eles precisam para poder fazer escolhas fundamentadas em sua vida sobre questões relacionadas às normas sociais e de gênero. Recentemente, um estudo com base na comunidade foi realizado para avaliar o impacto do trabalho desta ONG (Solórzano et al., 2008). Este estudo constatou que *Sexto Sentido* tem um impacto positivo nas atitudes, crenças e conhecimentos relacionados com normas de gênero e violência contra as mulheres na Nicarágua.

Outro exemplo de iniciativa inovadora para aumentar a conscientização na região da ALC é o *Sistren Theatre Collective* (STC), que começou na Jamaica em 1977. O STC produz teatro popular que aborda os papéis de gênero em um ambiente divertido e educacional; confronta problemas enfrentados pelas mulheres e tenta modificar atitudes na sociedade (Anistia Internacional, 2007). A organização já produziu diversos programas, incluindo um chamado "*Tek it to dem and rise up wi community*", que é financiado pelo Fundo Fiduciário das Nações Unidas pelo Fim da Violência contra a Mulher. Seu objetivo é dar às mulheres e meninas ferramentas para que elas e suas comunidades se tornem mais capazes de realizar ações para a prevenção da violência contra as mulheres (STC, 2009).

Quadro 4

Em 2006, Ipas Brasil lançou a campanha "Conheça seus Direitos", em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres, a Santa Casa da Misericórdia (um serviço de referência em Belém, Pará, para assistência à violência sexual) e a empresa de Relações Públicas Santa Clara. A campanha dava às mulheres informações sobre seus direitos no que diz respeito à violência sexual. Foi lançada no Dia Internacional para Eliminação da



Violência contra as Mulheres, em conjunto com uma nova linha direta para assuntos relacionados à violência sexual desenvolvida pela Secretaria de Políticas para as Mulheres. A campanha incluía cartazes, material impresso e apresentações no rádio e na televisão dando informações para as mulheres sobre lugares onde poderiam obter ajuda em situações de violência sexual. Também ressaltava a variedade de serviços de saúde aos quais as mulheres têm direito, incluindo: contracepção de emergência, profilaxia para HIV e outras ISTs e abortamento legal. (Para mais informação, visite: http://www.ipas.org/Topics/Sexual_Violence.aspx?ht=know%20your%20rights%20know%20your%20rights)

ONGs de muitos países da região desenvolveram campanhas nacionais promovendo a prevenção da violência sexual. Por exemplo, a Rede Chilena Contra a Violência Doméstica e Sexual organiza todos os anos atividades para as vítimas que incluem reparações simbólicas dos danos sofridos. Em El Salvador, a ONG feminista Las Dignas desenvolveu uma campanha sobre violência sexual intitulada “Nada justifica a violência sexual. Respeite meu corpo!”. No nível regional, a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe planejou e promoveu uma campanha com dois anos de duração, chamada “Sem violência. Proteja nossa saúde”. Esta campanha incluía aumento da conscientização e estratégias de lobbies para pressionar os governos a aumentar seu compromisso com a prevenção e a resposta à violência contra as mulheres. A campanha mundial “16 dias de ativismo contra a violência de gênero”, organizada pelo Centro para a Liderança Global das Mulheres, foi outra importante campanha realizada na região.

Outra iniciativa mundial lançada na região é a campanha divulgada pelo Secretário-Geral da ONU “UNite to End Violence Against Women”, que pretende eliminar a violência contra as mulheres em todo o mundo. A UNite quer alcançar os seguintes objetivos em todos os países até 2015: 1) Adotar e aplicar leis nacionais que abordem e punam todas as formas de violência contra as mulheres e meninas; 2) Adotar e implementar planos de ação nacionais multi-setoriais; 3) Intensificar a coleta de dados sobre a prevalência da violência contra as mulheres e meninas; 4) Aumentar a conscientização pública e a mobilização social; e 5) Abordar a violência sexual em conflitos.⁸

8 Para mais informação, visite: <http://www.un.org/en/women/endviolence/index.shtml>

12.3 Promoção de segurança pública

Outra forma de prevenir a violência contra as mulheres é considerá-la um problema de segurança pública. Isto oferece a oportunidade de ampliar o perfil da violência contra as mulheres nas agendas políticas e obter recursos financeiros para intervenções de segurança pública (Rioseco-Ortega, 2005). Entretanto, abordar a violência contra as mulheres como uma questão de segurança pública apresenta algumas dificuldades, incluindo a coordenação de diferentes setores, a busca de recursos financeiros adicionais e a necessidade de compromissos reais dos governos para combater o crime (Buvinic, 2008).

Um exemplo deste tipo de projeto na região da ALC é “Cidades sem violência para as mulheres: cidades seguras para todas as pessoas”, conduzido pela Rede Mulher e Habitat e financiado pelo UNIFEM e pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID). Este projeto tem o objetivo de reduzir a violência contra as mulheres nos espaços públicos e privados das cidades, como parte da defesa dos direitos humanos. Até o momento, o programa foi realizado em Rosario, na Argentina, em Bogotá, na Colômbia e em Santiago, no Chile (Falú e Segovia, 2007; Rede Mulher e Habitat da América Latina, 2009).

12.4 Trabalho com homens e meninos

ONGs na região da ALC têm sido líderes na iniciativa de envolver homens e meninos no esforço para reduzir os níveis de violência contra as mulheres. Programas direcionados para homens e meninos que focalizam normas de gênero, masculinidade e violência contra as mulheres parecem ser outra forma eficaz de fortalecer a prevenção no nível da comunidade (OMS, 2007b). Geralmente, o objetivo destes programas é encorajar os homens a desafiar as normas de gênero patriarcais e hierárquicas que apóiam o uso da violência contra as mulheres. Particularmente importante é o trabalho com adolescentes e jovens adultos do sexo masculino, pois eles parecem ser mais receptivos à mudança de atitudes, crenças e comportamentos do que os homens mais velhos.

Na região da ALC, o trabalho do Instituto Promundo, no Brasil, se sobressai. Seus projetos com crianças, adolescentes e adultos jovens promovem relações de igualdade entre os homens e as



mulheres e trabalham para prevenir a violência interpessoal, incluindo a violência sexual contra as mulheres. Promundo desenvolveu diversos programas que tiveram um impacto nas comunidades em que foram conduzidos (OMS, 2007b). Através de cooperações variadas, Promundo criou parcerias com organizações que trabalham com homens e meninos em diversas regiões do Brasil, em outros países da América Latina e outros locais na Ásia e na África.

O Programa H, particularmente, foi desenvolvido por Promundo em parceria com outras organizações. O Programa H foi implementado em diversos lugares, incluindo Bolívia, Brasil, Colômbia, Jamaica, México e Peru. Seu objetivo é encorajar homens jovens a questionarem as normas de gênero convencionais associadas à masculinidade e promover as vantagens dos comportamentos de gênero justos. Para atingir este objetivo, o Programa H desenvolveu workshops educacionais, campanhas de conscientização e mudança de comportamento, abordagens inovadoras para atrair homens jovens para os estabelecimentos de saúde e uma metodologia culturalmente sensível para avaliar o impacto do programa (Instituto Promundo, 2004).

Outra iniciativa com forte presença na região é MenEngage. Esta aliança mundial entre ONGs e agências da ONU procura trabalhar com meninos e homens para promover a equidade entre os gêneros. Um objetivo fundamental da aliança é identificar e ampliar esforços regionais eficazes que encorajem papéis de gênero justos e positivos para os homens e melhorem a saúde dos homens e das mulheres; e embutir estes programas nas políticas públicas.⁹ White Ribbon Campaign é outro esforço mundial fundamental que tem presença na região. Através do trabalho com homens e meninos, o objetivo principal desta campanha é eliminar a violência contra as mulheres em todas as suas formas. Estratégias cruciais da campanha são educação e treinamento, e o uso de uma fita branca é visto como um símbolo da oposição dos homens à violência contra as mulheres.¹⁰

Diversas organizações na região conduzem programas para reabilitar perpetradores de violência contra as mulheres. O trabalho com homens violentos na região começou na Argentina, no início da década de 90 (Larrain, 1999). A maior parte dos esforços é realizada por ONGs com apoio financeiro de organizações internacionais; apesar de alguns esforços terem sido feitos

9 MenEngage: <http://www.menengage.org/>

10 White Ribbon Campaign: <http://www.whiteribbon.ca/international/>

por instituições governamentais que focalizam os direitos das mulheres. A maioria destas intervenções usa grupos terapêuticos ou terapia individual. As intervenções são geralmente baseadas em uma perspectiva de gênero e de direitos humanos. As poucas avaliações disponíveis destas intervenções mostram que a maior parte dos homens abandona os programas antes de seu término e, apesar de muitos homens que completam todo o processo aparentemente reduzirem seu uso da agressão física, não é claro que estes programas sejam eficazes para modificar atitudes relacionadas às normas de gênero entre os perpetradores ou para reduzir o abuso emocional (Jewkes et al., 2002). Exemplos de organizações na ALC que trabalham há muitos anos com agressores incluem o Programa Homens Renunciando à sua Violência, no Peru, Homens pela Equidade, no México, Associação Homens Contra a Violência, na Nicarágua, e o Wem Institute, na Costa Rica.

13. Conclusões e recomendações

Nas últimas décadas, a região da ALC progrediu em seus esforços para prevenir e responder à violência sexual, através de pesquisas sobre violência sexual, reformas legais, planos, redes e coalizões, iniciativas no judiciário e no setor de saúde e estratégias de prevenção. No entanto, muito mais precisa ser feito. Em particular, evidências sugerem que a prevenção da violência sexual depende da transformação de estruturas de gênero e normas sociais hierárquicas em modelos de relacionamento entre homens e mulheres que pressuponham mais igualdade de direitos. Por esta razão, estratégias de prevenção que focalizem mudanças de comportamentos, atitudes e valores são prioridade na região.

Um processo de mudança social está acontecendo na ALC. Alguns dados sugerem que esta mudança social está melhorando o status da mulher na sociedade e modificando os valores e as normas de gênero entre os jovens. No entanto, esta transição é, às vezes, acompanhada por confusão e crises. É importante desenvolver programas que apoiem esta transição e ressaltar os benefícios potenciais para homens e mulheres que podem ser conquistados com a nova interpretação e a renegociação das normas de gênero. Programas direcionados à mudança de atitudes, crenças e comportamentos dos homens jovens são particularmente importantes para influenciar este processo.

Os governos têm a responsabilidade de realizar ações que abordem a violência sexual em diferentes níveis e setores da sociedade.



Em particular, os governos devem focalizar as necessidades das comunidades mais marginalizadas, para proteger os direitos humanos das mulheres e trabalhar para reduzir todas as formas de violência contra as mulheres. A violência sexual não afeta apenas as vítimas; tem também consequências negativas para o progresso socioeconômico e político da sociedade. A violência sexual deve, portanto, ser conceituada como parte das prioridades de desenvolvimento das políticas governamentais.

É necessário realizar mais pesquisa sobre violência sexual para entender o problema na região da ALC e para desenvolver ações mais eficazes e estratégicas em diferentes níveis (macro, comunitário, familiar/relacionamento e individual). Pesquisa operacional e avaliações de programas para aumentar o conhecimento sobre formas de estruturar programas e políticas eficazes para prevenir e responder à violência sexual também são prioridades.

Finalmente, é importante sublinhar que muitos programas na região da ALC desenvolveram abordagens abrangentes que mostraram resultados positivos na prevenção e resposta à violência sexual. Organizações de muitos setores diferentes estão desenvolvendo estratégias inovadoras para apoiar ações preventivas transformadoras dos papéis de gênero e fortalecer os serviços para as vítimas. Estes avanços ocorreram na região apesar dos recursos limitados.

Em resumo, este trabalho serve como uma introdução a vários aspectos da violência sexual na ALC. Seu objetivo é estimular o debate sobre: ações que devem ser priorizadas para fortalecer os serviços para as vítimas; iniciativas de prevenção que são eficazes para reduzir a violência sexual; identificação de prioridades para a elaboração de leis e o desenvolvimento de políticas; e a pesquisa que é necessária para reforçar as diversas iniciativas voltadas para a redução da violência sexual.

13.1 Recomendações para programas e políticas

Esta análise destaca diversas recomendações e prioridades fundamentais para programas e políticas na região da ALC relacionados à prevenção e resposta à violência sexual, incluindo a necessidade de:

- Aumentar a conscientização da violência sexual como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos

humanos. Esta é uma prioridade nos níveis local, regional e mundial, e é necessária para gerar maior atenção para a questão e mais recursos para programas de prevenção e apoio para as sobreviventes de violência sexual.

- Focalizar a implementação e o monitoramento do marco jurídico e das políticas já estabelecidas na região. Idealmente, isto deveria incluir esforços amplos para fortalecer a resposta dos poderes legislativo e judiciário à violência contra as mulheres em geral e à violência sexual em particular.
- Assegurar que estratégias relacionadas à prevenção primária sejam implementadas pelos governos, que são obrigados por acordos internacionais a abordar a violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual. Estas estratégias incluem o aumento da proteção e da justiça para as vítimas, ampliação da conscientização nas comunidades, expansão do acesso a serviços integrais e outros esforços para fortalecer as mulheres e sensibilizar os homens.
- Promover relacionamentos de gênero justos, como forma de modificar normas sociais e comportamentos individuais que apoiem ou tolerem a violência contra as mulheres na região da ALC.
- Melhorar a resposta do setor da saúde às vítimas de violência sexual através do fortalecimento da capacidade das organizações de assistência à saúde de responder à violência sexual. Os profissionais precisam de treinamento detalhado e de alta qualidade e de apoio institucional para cuidar das meninas e mulheres vítimas de violência sexual. Os profissionais dos serviços devem ter conhecimento completo das normas e diretrizes para lidar com a violência sexual e devem, também, ter recebido treinamento a partir de uma perspectiva de gênero e direitos humanos. Os países precisam de políticas e diretrizes.
- Incluir estudo sobre violência contra as mulheres - incluindo violência sexual - no treinamento acadêmico de profissionais, englobando advogados, médicos, enfermeiros e psicólogos. Como a violência sexual apenas recentemente passou a ser vista como um problema de saúde, os sistemas de saúde e as instituições de saúde acadêmicas ainda estão nos estágios iniciais da incorporação deste tópico no treinamento formal dos profissionais de saúde, e isto precisa ser expandido.



13.2 Recomendações de prioridades para futuras pesquisas

Na ALC, o conhecimento sobre violência sexual aumentou significativamente nos últimos anos; entretanto, como ressaltado nesta análise, há necessidade de mais dados sobre questões fundamentais. A seguir apresentamos uma lista de recomendações para futuras pesquisas na região.

I.- Pesquisa sobre a natureza e a prevalência da violência sexual, assim como os fatores de risco

- Pesquisa quantitativa e qualitativa sobre a natureza e a prevalência da violência sexual nos locais da ALC, especialmente onde não há informação disponível; realizando, idealmente, pesquisas bem estruturadas, em grande escala, focalizadas especificamente na violência, incluindo a violência sexual, em países onde isto ainda não foi feito.
- Pesquisa adicional sobre os fatores de risco e os fatores protetores associados com o sofrimento e a perpetração de diferentes formas de violência sexual na região da ALC, assim como os fatores associados com a ausência de violência.
- Fortalecimento dos sistemas de coleta de dados oficiais, incluindo mecanismos para a coleta oficial de informação, particularmente em áreas rurais e marginalizadas e em locais em situação de conflito ou de ajuda humanitária.
- Análise situacional sobre formas pouco documentadas de violência sexual, como o assédio sexual no local de trabalho, em escolas e comunidades; tráfico de meninas e mulheres para exploração sexual, entre outras.

II.- Compreensão mais profunda da violência sexual

- Pesquisa sobre os contextos socioculturais da violência sexual em diferentes locais, utilizando métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos e baseando-se em perspectivas multidisciplinares, incluindo saúde pública, sociologia e antropologia.

- Pesquisa sobre as consequências na saúde de diferentes tipos de violência sexual, com ênfase especial na saúde sexual e reprodutiva.

III.- Pesquisa sobre prevenção da violência sexual

- Pesquisa sobre estratégias abrangentes e eficazes de prevenção primária em diferentes níveis (social, comunitário, familiar/relacionamento e individual) que poderiam ser adaptadas para lugares diferentes do ponto de vista socioeconômico e cultural.
- Pesquisa para investigar a forma mais eficaz de aplicar a teoria e as estratégias de mudança de comportamento aos programas de prevenção de violência sexual.
- Monitoramento e avaliação dos programas de prevenção primária e multiplicação dos programas promissores.

IV.- Pesquisa sobre a adequação e a eficácia das respostas à violência sexual

- Identificação de mecanismos para monitorar a aplicação das leis e normas por toda a região, particularmente em ambientes marginalizados.
- Desenvolvimento de pesquisa sobre as respostas do judiciário, do setor de saúde e do sistema educacional. Por exemplo, pesquisa sobre a resposta dos profissionais dos serviços a meninas e mulheres que revelam experiências de violência sexual; estudos que analisem a qualidade e a eficácia da medicina forense para levar os perpetradores à Justiça; análise de mecanismos que integram iniciativas de saúde sexual e reprodutiva com programas de violência sexual; análise, adaptação e sistematização das melhores práticas para treinar profissionais dos serviços de saúde; e desenvolvimento de avaliações das clientes sobre o atendimento escolhido.
- Avaliações rigorosas dos programas e políticas voltados para a melhoria da resposta dos setores da saúde, justiça, serviço social e educação à violência sexual.
- Avaliações do impacto dos programas, leis e políticas.



Referências

ADS (2009). *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-2008, Informe final*. San Salvador, El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). Fonte: <http://www.fesal.org.sv/> (Data do último acesso: março de 2010).

Alba, W.; Luciano, D. (2008). *Salud sexual y reproductiva y violencia en personas vulnerables: La tormenta Noel en República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: INSTRAW e UNFPA.

Anistia Internacional (2004). Colombia. *Scarred bodies, hidden crimes: Sexual violence against women in the armed conflict*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anistia Internacional (2006). *Guatemala: No protection, no justice: Killings of women in Guatemala*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anistia Internacional (2007). *Sexual violence against women and girls in Jamaica: "just a little sex"*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anistia Internacional (2008). *Don't turn your back on girls. Sexual violence against girls in Haiti*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anistia Internacional (2008b). *Women's struggle for justice and safety. Violence in the family in Mexico*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anistia Internacional (2009). *The total abortion ban in Nicaragua. Women's lives and health endangered, medical professionals criminalized*. Londres, Reino Unido: Anistia Internacional.

Anaya Rubio, N. (2007). "Mujeres y situaciones de conflicto armado y post conflicto en El Salvador". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). Fonte: http://www.cladem.org/espanol/publicaciones/indiceintrodu_conflicto.pdf (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Bastick, M.; Grimm, K.; Kunz, R. (2007). *Sexual violence in armed conflict. Global overview and implications for the security sector*. Genebra, Suíça: Centro de Genebra para o Controle Democrático das Forças Armadas. Fonte: <http://www.dcaf.ch/publications/kms/details>.

[cfm?lng=en&id=43991&nav1=4](#) (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Bedone, A. J.; Faúndes, A. (2007). "Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 23. No. 2. Pp. 465-469.

Belknap, R. A.; Cruz, N. (2007). "When I was in my home I suffered a lot: Mexican women's descriptions of abuse in family of origin". *Health Care for Women International*. Vol. 28. Pp. 506-522.

Belskey, J. (1980). "Child maltreatment: An ecological integration". *American Psychologist*. Vol. 35. Pp. 320-335.

Bianco, M.; Mariño, A.; Ré, M. I. (2008). *Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR. La Situación en Argentina*. Argentina: Fundação para o Estudo e Investigação da Mulher (FEIM).

Billings, D. L.; González-Focke, M.; Santoyo T., Rivas-Oropeza, I. (2008). "Programas internacionales de intervención para agresores y mujeres víctimas de violencia de pareja". Em: Híjar, M.; Valdéz-Santiago, R. (Eds). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: Experiencia internacional y mexicana*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP). Fonte:

http://www.insp.mx/docs/libro_pimvvp_aeim.pdf (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Bott, S.; Morrison, A.; Ellsberg, M. (2005a). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: A global review and analysis*. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, D.C., EUA: Banco Mundial.

Bott, S.; Guedes, A.; Guezmes, A. (2005b). "The health service response to sexual violence: Lessons from IPPF/WHO member associations in Latin America". Em: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Bott S, Guedes A, Claramunt C, et al. (2004) Improving the health sector response to gender-based violence: a resource manual for health care professionals in developing countries. Nova York: Federação Internacional de Planejamento Familiar. Fonte: http://www.ippfwhr.org/files/GBV_Guide_EN.pdf e em espanhol no endereço: http://www.ippfwhr.org/files/GBV_Guide_SP.pdf (Data do último acesso: fevereiro de 2010).



Bronfman, M. et al. (2001). *Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP).

Buvinic, M. (2008). "Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención". *(Em)seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena e M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, Espanha: Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e Fundação Carolina.

Buvinic, M., & Roza, V., (2004) *Women, politics and democratic prospects in Latin America*. Sustainable Development Department Technical papers series; WID-108. Washington, D.C.: Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.

Cáceres, C. F. (2005). "Assessing young people's non-consensual sexual experiences: lessons from Peru". Em: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Carlson, B.E. (1984). "Causes and maintenance of domestic violence: An ecological analysis". *Social Service Review*. Vol. 58. Pp. 569-587.

Castro, R.; Riquer, F. (2003). "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19. No 1. Pp. 135-146. Fonte: www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14913.pdf (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Cayemittes, M. et al. (2007). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. Calverton, Maryland, EUA: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc. Fonte: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR192/FR192.pdf> (Data do último acesso: abril de 2010).

CDC (n.d.) Research brief: Childhood sexual abuse among women in El Salvador, Guatemala and Honduras. Atlanta, Geórgia, EUA: Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Fonte: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/PDFs/Childhood%20Sexual%20Abuse-accessible.pdf> (Data do último acesso: novembro de 2009).

CEPAL; Fundação W.K. Kellogg (2007). *Defensorías Comunitarias: Una respuesta comunitaria a la violencia familiar, Cusco (Perú)*. Experiencias en Innovación Social 2005-2006. Santiago, Chile:

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL);
Fundação W. K. Kellogg.

CEPAL (2008) *Panorama social de América Latina*. Santiago, Chile: Organização das Nações Unidas, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Disponível em espanhol no endereço: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl> (Data do último acesso: fevereiro de 2010).

CEPAR (2005). Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Ecuador 2004 (ENDEMAIN 2004). Ecuador: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR). Fonte: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/inicio.htm (Data do último acesso: abril de 2010).

CEPEP (2009). Encuesta Nacional de Demografía y salud Sexual y Reproductiva 2008, Paraguay (ENDSSR 2008). Informe Final. Assunção, Paraguai: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), USAID.

CESDEM (2008). Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana, 2007. Santo Domingo, República Dominicana: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) e Calverton, Maryland, EUA: Macro International/DHS+.

Chiarotti, S. (2003). "La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos". *Serie Población y Desarrollo* 39. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

CLADEM (2005). *Dossier sobre Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe*. Lima, Peru: Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM).

Claramunt, M. C. (2000). "Abuso sexual en mujeres adolescentes". *Serie Género y Salud Pública* 9. San José, Costa Rica: Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento, OPAS.

Claramunt, M. C.; Vega-Cortés, M. (2003). "Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Informe subregional: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua". *Serie Género y Salud Pública* 14. San José, Costa Rica: Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento, OPAS.

CIDH (2007). *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*. Washington, D.C., EUA: Organização dos Estados



Americanos (OEA), Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

CIM (2009). *Strategies to address the links between GBV and HIV/AIDS in the Caribbean*. Projeto: Desenvolvimento de capacidade para integrar serviços de HIV e violência contra as mulheres no Caribe: Um projeto piloto. Bulletin No. 2. Organização dos Estados Americanos (OEA), Comissão Interamericana de Mulheres (CIM).

CIM (2009b). *Projeto: Desenvolvimento de capacidade para integrar serviços de HIV e violência contra as mulheres no Caribe: Um projeto piloto*. Comissão Interamericana de Mulheres (CIM). Fonte: <http://portal.oas.org/Portal/Topic/ComisiónInteramericanadeMujeres/GéneroViolenciaVIHSIDA/Proyectos/ElCaribe/tabid/1658/language/es-CO/Default.aspx>. (Data do último acesso: agosto de 2009).

Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Contreras, J. M. (2005). *Conflict within intimacy: a socio-demographic analysis of male involvement in intimate partner violence in Mexico*. Londres, Reino Unido: Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres.

Contreras, J. M.; Guzmán, J. M. (2001). "Violencia doméstica y sexual". Em: Guzmán, J. M. et al. (Eds.). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. Cidade do México, México: UNFPA.

Daeren, L. (2001) *The Gender Perspective in Economic and Labour Policies. State of the Art in Latin America and the Caribbean*. CEPAL – SÉRIE Mulher e Desenvolvimento. Unidade Mulher e Desenvolvimento. ECLAC-GTZ project "Institutionalization of gender policies within ECLAC and sectoral ministries". Chile, Santiago: Nações Unidas.

Dahlberg, L.; Krug, E. G. (2002). "Violence – a global public health problem". Em: Krug, E.G. et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Dantas-Berger, S.; M.; Giffin, K. (2005). "A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21 No. 2. Pp. 417-425.

De León Escribano, C. R. (2008). "Violencia y género en América Latina". (Em) *seguridad y violencia en América Latina: Un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, Espanha: Agência

Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e Fundação Carolina.

DeOliveira, A.F. et al. (2009). "Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras". *Revista Saúde Pública*. Vol. 43. No. 2. Pp. 299-310. Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/7172.pdf> (Data do último acesso: dezembro de 2009).

DeSouza, E. R.; Cerqueira, E. (2008). "From the kitchen to the bedroom: Frequency rates and consequences of sexual harassment among female domestic workers in Brazil". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 24. No. 8. Pp. 1264-1284.

Diniz, N. M. et al. (2007). "Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15. No. 1. Pp. 7-12.

Dobash, R. E.; Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives*. Nova York, EUA: Free press.

Duarte, M. et al. (2007). *Violencia de estado contra mujeres en México: El caso San Salvador Atenco*. Genebra, Suíça: Organização Mundial Contra a Tortura; Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM); Centro de Direitos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez A.C. (Centro Prodh). Fonte: http://www.omct.org/pdf/procedures/2006/cat_37th/mexico_informe_altern_atenco_cat_esp.pdf (Data do último acesso: dezembro 2009).

Dutton, D. G. (1988). "Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a tri-modal analysis". *Violence and Victims*. Vol. 3. Pp. 5-29.

Edelson, J.; Tolman, R. M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, EUA: Sage Publications.

Ellsberg, M. (2005). "Sexual violence against women and girls: Recent findings from Latin America and the Caribbean". Em: Jejeebhoy, S. J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Ellsberg, M. et al. (2000). "Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua". *Social Science and Medicine*. Vol. 51. Pp. 1595-1610.

Ellsberg, M.; Clavel Arcas, C. (2001). *Towards an integrated model of care for family violence in Central America*. Washington, D.C., EUA:



Organização Pan-Americana da Saúde.

Ellsberg, M.; Heise, L. (2005). *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Genebra: Organização Mundial da Saúde e Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH). Fonte: <http://www.path.org/publications/details.php?i=1524>. (Data do último acesso: novembro de 2009).

Ellsberg M, Heise L, Pena R, et al. (2001). Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*. Vol. 32. No. 1. Pp1-16.

Espinoza, S.; Espinoza, E.; Agüero, J. C. (2007). "Violencia sexual en conflicto armado: Informe nacional de Perú". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM).

Falú, A.; Segovia, O. (2007). *Ciudades para convivir: Sin violencias hacia las mujeres. Debates para la construcción de propuestas*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Sur.

Faúndes, A.; Andalaft, J. (2002). "Sexual violence against women: The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 78. No. Suppl. 1. Pp. S67-S73.

Franco, S; Fernández-Castilla, R.; Pantelides, E.A. et al. (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. México: Fondo de População das Nações Unidas (UNFPA). Fonte: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/838;jsessionid=AEBA28C49F56D06B23CEF064E1FEE4F8> (Data do último acesso: fevereiro de 2010)

Fuller, N. (2001a). "She made me go out of my mind: marital violence from the male point of view". *Development*. Vol. 44. No. 3. Pp. 25-29.

Fuller, N. (2001b). "The social construction of gender identity among Peruvian men". *Men and masculinities*. Vol. 3. No. 3. Pp. 316-331.

Fuller, N. (1998). "Reflexiones sobre el machismo en América Latina". Em: Valdés, T.; Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Pp. 258-66. Santiago: FLACSO.

Gage, A. J. (2005). "Women's experience of intimate partner violence in Haiti". *Social Science and Medicine*. Vol. 61. Pp. 343-364.

Gage, A. J.; Hutchinson, P. L. (2006). "Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti". *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 35. No. 1. Pp. 11-24.

García-Moreno, C. et al. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's Responses*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde. Fonte: <http://www.who.int/gender/violence/who%5Fmulticountry%5Fstudy/en/index.html> (Data do último acesso: novembro de 2009)

García-Suárez, C. I. (2006). *Abuso sexual infantil y explotación sexual comercial infantil en América Latina y el Caribe. Informe genérico situacional*. Bogotá, Colômbia: Save the Children.

Gasman, N.; Villa Torres, L.; Billings, DL; García-Moreno, C. (2006). "Violencia sexual en México". *Informe nacional sobre violencia y salud*. Cidade do México, México: Secretaria de Saúde (SSA).

Geldstein, R. N.; Pantelides, E. (2003). "Coerción, consentimiento y deseo en la primera vez". Em: Checa, S (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Pp. 103-138. Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.

Gil Herrera, M. D. (2007). "Reporte sobre la mujer en situaciones de conflicto armado y post conflicto en Guatemala". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM).

Gómez, A. M.; Speizer, I. S.; Beauvais, H. (2009). "Sexual violence and reproductive health among youth in Port-au-Prince, Haiti". *Journal of Adolescent Health*. Vol. 44. Pp. 508-510.

Guedes, A. (2007). *Behavior change strategies for addressing gender-based violence in Latin America and the Caribbean*. Trabalho inédito preparado para OXFAM.

Guedes, A.; Bott, S.; Cuca, Y. (2002a). "Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 78. Pp. 557-563.

Guedes, A.; Bott S.; Guezmes, A. et al. (2002b). "Gender-based violence, human rights and the health sector: Lessons from Latin America". *Health and Human Rights* Vol. 6. No. 1. Pp 177-194.



Gutmann, M. C. (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México: El Colegio de México.

Guzmán, J. M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". *Population*. Vol. 61. No. 5-6. França. INED.

Halcón, L.; Beuhring, T; Wm. Blum, R. (2000). *A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean*. Minneapolis, EUA: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Saúde do Adolescente; Fundação W.K. Kellogg.

Halcón, L. et al. (2003). "Adolescent health in the Caribbean: A regional portrait". *American Journal of Public Health*. Vol. 93. No. 2. Pp. 1851-1857. Fonte: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/93/11/1851.pdf> (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Hanlon, C. N.; Shankar, F. (2000). "Gendered spaces of terror and assault: The testimony of REMHI and the Commission for Historical Clarification in Guatemala". *Gender, Place and Culture*. Vol. 7. No. 3. Pp. 265-286.

Hastings, J. A. (2002). "Silencing state-sponsored rape: In and beyond a transnational Guatemalan community". *Violence Against Women*. Vol. 8. No. 10. Pp. 1153-1181.

Heise, L. (1998). "Violence against women: An integrated, ecological framework". *Violence Against Women*. Vol. 4. No. 3. Pp. 262-290.

Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (1999). "Violence against women". *Population Reports*, Series L, No. 11, XXVII(4). Baltimore, Maryland, EUA: Johns Hopkins.

Heise, L., García-Moreno, C. (2002). "Violence by intimate partners". Em: Krug, E.G. et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Henriques, Z.; Joseph, J. (1999). "Violence against women in the Caribbean". Em: Muraskin, R. (Ed.). *Women and justice: Development of international policy*. Nova York, EUA: Gordon and Breach Publishers.

Hindin, M. J.; Kishor, S.; Ansara, D. L. (2008). *Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and health outcomes*. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, EUA: Macro International. Fonte: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf> (Data do último acesso: novembro de 2009).

Human Rights Watch (2006). "Swept under the rug. Abuses against

domestic workers around the world". *Human Rights Watch Report*. Vol. 18. No. 7.

Human Rights Watch (2005). "Colombia: Displaced and discarded. The plight of internally displaced persons in Bogotá and Cartagena". *Human Rights Watch Report*. Vol. 17. No. 4(B).

Human Rights Watch (2004). No rest: Abuses against child domestics in El Salvador. *Human Rights Watch Report*. Disponível no endereço: <http://www.hrw.org/en/reports/2004/01/14/no-rest-0> (Data do último acesso: dezembro de 2009).

ILO (2007) *Sexual harassment at work: fact sheet. Declaration on fundamental principles and rights at work*. Genebra, Suíça: International Labour Office (ILO).

INE (2004). *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 2003. Final Report*. La Paz, Bolívia: Instituto Nacional de Estadística (INE).

INEGI (2006). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2006 (ENDIREH): Tabulados Básicos*. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

INEI (2005). Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2004. Informe Principal. Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Dirección Nacional de Censos y Encuestas Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. USAID, Measure DHS +/ORC Macro. Fonte: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=564&ctry_id=33&SrchTp=DV (Data do último acesso: abril de 2010).

INIDE (2007). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2006/07, Informe Final*. Manágua, Nicarágua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE).

INSP (2003). *Encuesta nacional de violencia contra las mujeres (ENVIM) 2003*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) e Secretaria de Saúde (SSA).

Instituto Promundo (2004). *Programa H*. Endereço na internet: <http://www.promundo.org.br/330> (Data do último acesso: maio de 2009).

Instituto Promundo, Instituto Noos (2003). *Men, gender-based violence and sexual and reproductive health: a study with men in Rio de Janeiro, Brazil*. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Promundo. Disponível em inglês e português no endereço: <http://www.promundo.org>.



br/399?locale=en_US (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Jewkes, R. (2002). "Intimate partner violence: Causes and prevention". *The Lancet*. Vol. 359. Pp. 1423-1429.

Jewkes, R., Sen, P., García-Moreno, C. (2002). "Sexual violence". Em: E. G. Krug et al. (Eds.) *World report on violence and health*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Jewkes, R.; Dartnall, L. (2008). "Sexual violence". Em: Heggenhougen, K.; Quah, S. (Eds). *International encyclopedia of public health, Volume 5*. San Diego: Academia Press. Pp. 723-731.

Jewkes, R., Dunkle, K., Koss, M.P., Levin, J., Nduna, M., Jama, N. et al. (2006). "Rape perpetration by young, rural South African men: Prevalence, patterns and risk factors". *Social Science and Medicine*. Vol. 63. Pp 2949-61.

Kishor, S.; Johnson, K (2004). *Profiling domestic violence: A multi-country study*. Calverton, Maryland, EUA: MEASURE DHS e ORC Macro. Fonte: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=459 (Data do último acesso: novembro de 2009).

Kolbe, A. R.; Hutson, R. A. (2006). "Human rights abuse and other criminal violations in Port-au-Prince, Haiti: A random survey of households". *Lancet*. Vol. 368. Pp. 864-873.

Larrain, S. (1999). "Curbing Domestic Violence: Two Decades of Action". Em: Morrison, A.; Biehl, L. (Eds.). *Too close to home: Domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., EUA: Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.

Le Franc, E. et al. (2008). "Interpersonal violence in three Caribbean countries: Barbados, Jamaica and Trinidad and Tobago". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 24. No. 6. Pp. 409-421. Fonte: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a05v24n6.pdf> (Data do último acesso: dezembro de 2009)

Lehrer, J. A. et al. (2007). "Prevalence of and risk factors for sexual victimization in college women in Chile". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 33. No. 4. Pp. 168-175.

Luciano, D. (2007). *Integrating HIV and violence against women policies and programs – a needs assessment in the Dominican Republic*. Washington, D.C., EUA: Development Connections.

Luciano, D. (2008). *Exploring the intersections between empowerment, HIV and violence against women in Latin America and the Caribbean*.

Washington, D.C., EUA: Development Connections.

Luciano, D.; Saleh-Ramirez, A. (2001). *Symposium 2001: Gender, violence, health and rights in the Americas. Final report*. Cancun, México: UNFPA; UNIFEM; UNDP; UNICEF; OPAS; Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe; ISIS International; CIM/OEA; Centro de Pesquisa sobre a Saúde da Mulher.

MADRE (2006). Violence against women in Latin America. Site: <http://www.madre.org/index.php?s=4&news=51> (Data do último acesso: maio de 2009).

Magallón, R.O. (2007) *Sexual Harassment: A Maquila Reality*. Colectiva Feminista Binacional, Servicio Desarrollo y Paz, A.C. (SEDEPAC) & Comité de Obreras y Obreros en Lucha, International Labor Rights Forum.

Marston, C. (2005). Em: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Mathers, C. et al. (2002). "Statistical annex". Em: E. G. Krug et al. (Eds). *World report on violence and health*. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Menicucci de Oliveira, E. et al. (2005). "The services for women victims of sexual violence: a qualitative study". *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39. No. 3. Pp. 1-6.

Meza Gutiérrez, M. A. et al. (2005). Análisis jurídico de sentencias relativas a delitos de violencia intrafamiliar y sexual y demandas civiles en materia de familia. Manágua, Nicaragua: Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI).

Miller, E., Decker, M.R., et al. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* no prelo.

Montaño, S. (2008). "¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. Reseña". *(Em)seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, Espanha: Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e Fundação Carolina.

Montaño, S. et al. (2007). *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).



Moore, A. M. (2006). "Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 32. No. 1. Pp. 45-51.

Mora, L. et al. (2005). *Sexual and reproductive health, prevention of HIV/AIDS and gender equity in the armed forces in Latin America. Case studies from Ecuador, Nicaragua, Paraguay and Peru*. Cidade do México, México: UNFPA.

Mora, L. (2006). Vulnerabilidades de las mujeres en el proceso migratorio. Primera Reunión Centroamericana sobre Trata de Mujeres. San José, Costa Rica: UNFPA.

Morrison, A.; Ellsberg, M.; Bott, S. (2004). *Addressing gender-based violence in the Latin American and Caribbean region: A critical review of interventions*. World Bank Policy Research Working Paper 3438. Washington, D.C., EUA: Banco Mundial, PATH.

Moser, C., Winton, A., (2002) *Violence in the Central American Region: Towards an Integrated Framework for Violence Reduction*. Overseas Development Institute, Reino Unido.

MSF (2009). *Vidas destrozadas. La atención médica inmediata, vital para las víctimas de violencia sexual*. Bruxelas, Bélgica: Médicos Sem Fronteiras.

NFPB (inédito) Jamaica, 2008-9 Reproductive Health Survey (RHS). Jamaica: National Family Planning Board (NFPB).

Ojeda Parra, T. (2007). *Las trabajadoras domésticas víctimas de violencia sexual en Lima, Perú*. Washington, D.C., EUA: Development Connections.

Olaiz, G.; Rojas, R.; Valdez, R. et al. (2006). "Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México". *Salud Pública de Mexico*. Vol. 48. No. Suppl 2. Pp. S232-238.

Olavarría, J., Valdés, T. (1998). "Ser hombre en Santiago de Chile: A pesar de todo un mismo modelo". Em: Valdés, T.; Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), UNFPA.

Olsson, A. et al. (2000). "Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 24. No. 12.

Pp. 1579-1589.

OMS (2007a). *WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Fonte: http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf (Data do último acesso: novembro de 2009).

OMS (2007b). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

ONU (1992). Recomendação Geral 19, violência contra as mulheres. Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, Décima primeira sessão. Genebra, Suíça: Organização das Nações Unidas (UN Document, No. A/47/38).

ONU, Assembléia Geral (2003). *Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres. Procedimentos da 85th Reunião Plenária*. Genebra, Suíça: Assembléia Geral das Nações Unidas.

OPAS (2006). *Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua*. Washington, D.C., EUA: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

OPAS (2009). *Gender and HIV*. Site: <http://www.paho.org/English/ad/ge/hiv.htm> (Data do último acesso: agosto de 2009).

Ortega-Ceballos, P.A. et al. (2006). "Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos". *Salud Pública de México*. Vol. 49. No. 5. Pp. 357-366.

Pantelides, E.; Manzelli, H. (2005). *La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo*. Organização Pan-Americana da Saúde, GTZ, UNFPA. Fonte: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/SSRhombres2005.pdf> (Data do último acesso: dezembro de 2009).

Paredes-Gaitán, Y.; Padilla-Zúñiga, K.; Billings, D. (2009). *Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas*. Manágua, Nicaragua: Ipas América Central.

Parker, L. (2003) *Colombia's Houses of Justice*. Fonte: <http://www>.



restorativejustice.org/editions/2003/July/housesofjustice (Data do último acesso: 11 de janeiro de 2010).

Pons, J. E. (1999). Contraceptive services for adolescents in Latin America: Facts, problems and perspectives. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* Vol. 4. No. 4.: Pp. 246-254.

Profamilia (2005). Final Report. Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2005. Colômbia: Profamilia e Calverton, MD, EUA: Macro International/DHS+.

Ramírez, J. C. (2005). *Madeiras entreveradas: Violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas*. México: Plaza y Valdés; Universidade de Guadalajara.

Ramos-Lira, L. et al. (2001). "Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud". *Salud Pública de México*. Vol. 43. No. 3. Pp. 182-191.

Red Mujer and Hábitat de América Latina (2009). *Programa Regional "Ciudades sin violencia hacia las mujeres, ciudades seguras para tod@s"*. Site: <http://www.redmujer.org.ar/ciudades.html> (Data do último acesso: agosto de 2009).

Ribando, C. (2005) *Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean*. CRS Report for Congress. Order Code RL33200. Congressional Research Service. The Library of Congress, Washington, D.C.

Rico, N. (1996). "Violencia de género: un problema de derechos humanos". *Serie Mujer y Desarrollo* 16. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Rioseco Ortega, L. (2005). "Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe". *Serie Mujer y Desarrollo* 75. Santiago de Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Rivera-Rivera, L. et al. (2004). "Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study". *Salud Pública de México*. Vol. 46. No. 2. Pp. 113-122.

Rodríguez-Bolaños, R.; Márquez-Serrano, M.; Kagayama-Escobar, M. (2005). "Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua". *Salud Pública de México*. Vol. 47. No. 2. Pp. 134-144.

Rojas Aravena, F. (2008). "Globalización y violencia en América Latina. Debilidad estatal, inequidad y crimen organizado inhiben el desarrollo humano". *(Em)seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena e M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, Espanha: Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e Fundação Carolina.

Rojas Aravena, F.; Mesa, M. (2008). "Presentación". *(Em)seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena e M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, Espanha: Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID) e Fundação Carolina.

Rushing, R. (2007). *Mission report, Ecuador*. UNHCR HIV Unit.

Sagot, M. (2005). "The critical path of women affected by family violence in Latin America: Case studies from 10 countries". *Violence Against Women*. Vol. 11. No. 10. Pp. 1292-1318.

Santos-Baptista, R. et al. (2008). "Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela". *ACTA*. Vol. 21. No. 4. Pp. 602-608.

Schraiber, L.B. et al. (2008). "Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005". *Revista Saúde Pública*. Vol. 42. No. Supl. 1. Pp. 127-137.

SSA; CRIM (2003). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003*. México: Secretaria de Saúde (SSA); Centro Regional de Investigações Multidisciplinares (CRIM).

SS, INE e Macro International. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) e Macro International.

STC (2009). *Tek it to dem and rise up wi community*. Sistren Theatre Collective Site: <http://www.sistrentheatrecollective.org/component/content/article/36-tek-it-to-dem/51-tek-it-to-dem-and-rise-up-wi-community.html> (Data do ultimo acesso: agosto de 2009).

Smith Fawzi, M.C. 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*. Vol. 60. No. 4. Pp. 679-689.



Solórzano, I.; Bank, A.; Peña, R.; Espinoza, H.; Ellsberg, M.; Pulerwitz, J. (2008). *Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: Impact evaluation of Puntos de Encuentro's communication strategy in Nicaragua*. Leon, Nicaragua: Puntos de Encuentro, Centro de Pesquisa em Demografia e Saúde (CIDS)/ Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua e PATH.

Speizer, I.S. et al. (2008). "Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 32. Pp. 455-462.

Szasz, I. (1998). "Los hombres y la sexualidad: Aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México". Em: Lerner, S. (Ed.). *Varones, sexualidad y reproducción*. Pp. 127-152. México: O Colégio de México, Sociedade Mexicana de Demografia.

Tadayuki-Oshikata, C.; Bedone, A. J.; Faúndes, A. (2005). "Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21. No. 1. Pp. 192-199.

Troncoso, E. et al. (2006). *¡Ver y Atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*. México: Ipas, UNFPA.

UNAIDS (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Genebra, Suíça: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).

UNIFEM (2009). *Violence against women*. Site da UNIFEM: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/ (Data do último acesso: agosto de 2009).

UN-INSTRAW (n.d.). *Seguridad para todas. La violencia contra las mujeres y el sector de seguridad*. Instituto Internacional das Nações Unidas de Pesquisa e Capacitação para o Fortalecimento das Mulheres (UN-INSTRAW).

Universidad del Valle De Guatemala (inédito). **Pesquisa Nacional de Guatemala de Saúde Materno-Infantil (ENSMI) 2008-2009**. Cidade da Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala/Centro de Estudios en Salud.

UNODC (2006). *Trafficking in persons: Global patterns*. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Disponível no endereço: <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/HT-globalpatterns-en.pdf> (Data do último acesso: dezembro de 2009).

UNFPA (1998). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Pobreza e inequidad de género*. Santiago de Chile: Fondo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Secretaria Geral da ONU (2006). *In-depth study on all forms of violence against women*. Nova York, EUA: Organização das Nações Unidas.

Velzeboer, M. et al. (2003). *Violence against women: The health sector responds*. Washington, D.C., EUA: Organização Pan-Americana da Saúde.

Viveros, M. (2001). "Contemporary Latin American perspectives on masculinity". *Men and masculinities*. Vol. 3. No. 3. Pp. 237-260.

Waszak, C. et al. (2006). "Sexual violence and reproductive health among young people in three communities in Jamaica". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 21. No. 11. Pp. 1512-1533.



Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual
Unidade de Pesquisa de Gênero e de Saúde
Conselho de Pesquisa Médica
Caixa Postal x385
0001
Pretória
África do Sul

Telefone: +27 12 339 8527

Fax: +27 12 339 8582

E-mail: svri@mrc.ac.za

Site na internet: www.svri.org

