



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

54º CONSELHO DIRETOR

67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

Tema 4.6 da agenda

CD54/9, Rev. 2
30 de setembro de 2015
Original: inglês

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA O REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE PARA ABORDAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Introdução

1. A violência contra a mulher, uma forma extrema de desigualdade de gênero, é um problema de saúde pública e de direitos humanos que atinge um grande número de mulheres em todo o mundo (1). Na Região das Américas (“a Região”), ao longo da vida, uma em três mulheres sofre violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual praticada por outra pessoa que não seja o parceiro (1). Mulheres pertencentes a grupos indígenas ou alguns grupos etnicamente marginalizados com frequência têm maior risco (2, 3).
 2. A Declaração das Nações Unidas (ONU) sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (A/RES/48/104) define a violência contra a mulher como “qualquer ato de violência de gênero que causa, ou pode causar, dano físico, sexual ou mental ou sofrimento à mulher, incluindo a ameaça de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada” (4).
 3. A violência contra a mulher assume muitas formas, mas as violências física, sexual e emocional praticadas pelo parceiro são as formas mais prevalentes (5). A violência contra a mulher tem consequências profundas e permanentes para a saúde física e mental da mulher; para a saúde e o desenvolvimento psicossocial da criança; para o bem-estar das famílias e comunidades; e nos orçamentos nacionais e desenvolvimento econômico de um país (1).
 4. Prevenir e responder efetivamente à violência contra a mulher requer uma ação multissetorial coordenada. A *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher 2015–2025* (“estratégia e plano de ação”) da Organização Pan-Americana da Saúde oferece um guia concreto para abordar as prioridades da Região para prevenir e responder à violência contra a mulher. A estratégia e plano de ação foram concebidos para intensificar os esforços por parte dos
-

Estados Membros, Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Repartição”) e organizações internacionais. Este documento adota um enfoque de saúde pública e se concentra no que os sistemas de saúde podem fazer de forma a complementar as ações importantes realizadas por outros setores.

5. A Repartição reconhece que a violência pode ocorrer em todos os estágios da vida – infância, adolescência, vida adulta e velhice. Todas as formas de violência contra crianças e adultos de ambos os sexos podem levar a desfechos de saúde desfavoráveis que devem ser abordados pelos sistemas de saúde. Há razões imperiosas para uma ênfase específica na violência contra a mulher, inclusive a invisibilidade da violência contra a mulher nas estatísticas nacionais e internacionais, sua aceitabilidade social, os obstáculos sociais e econômicos à busca de ajuda, como vergonha e estigma, sanções legais ineficientes e capacidade limitada dos sistemas de saúde de identificar e atender as sobreviventes (6).

6. A violência contra a mulher tem recebido recentemente considerável atenção internacional, dando ímpeto para favorecer mudança. Merecem destaque os seguintes:

- a) a resolução da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), *Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children* (reforçando o papel do sistema de saúde para abordar a violência, em particular a violência contra as mulheres e meninas e contra as crianças), adotada por consenso em maio de 2014 (7);
- b) a avaliação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento para além de 2014 pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) em que os países identificaram a violência contra a mulher como sendo uma área prioritária para ação (8);
- c) os esforços para apresentar dados sobre a violência contra a mulher no vigésimo aniversário da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (Beijing+20) (9);
- d) a inclusão de uma meta específica sobre a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (10).

Antecedentes

7. Em decorrência de *a)* esforços das organizações em prol das mulheres, *b)* maior compromisso dos governos, *c)* políticas públicas inovadoras e *d)* evidências crescentes da magnitude e consequências, a comunidade internacional tem cada vez mais reconhecido a violência contra a mulher como uma violação ou vulneração dos direitos humanos com importantes ramificações de saúde pública (11).

8. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1981) visou eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher, bem como as Recomendações Gerais relacionadas. A Declaração sobre a Eliminação da

Violência contra a Mulher de 1993 reconheceu “a urgente necessidade de uma aplicação universal às mulheres dos direitos e princípios relativos à igualdade, segurança, liberdade, integridade e dignidade de todos os seres humanos” (4). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994, conhecida como Convenção de Belém do Pará, descreveu a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais (3).

9. Muitos esforços recentes em todo o sistema das Nações Unidas procuraram abordar a violência contra a mulher, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, as resoluções da Assembleia Geral e da Comissão de Direitos Humanos e reuniões da Comissão da Condição Jurídica e Social da Mulher (12–15). Em 2006, o estudo do secretário-geral “Ending violence against women: from words to action” (fim da violência contra a mulher: das palavras à ação) convocou as Nações Unidas a adotar ações mais firmes para abordar a violência contra a mulher (11). Além disso, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável adotou uma meta sobre a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e meninas em seu objetivo independente de igualdade de gênero (10).

10. Diversas resoluções da OPAS e da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem a violência como um problema de saúde pública mundial e identificam as mulheres como o grupo em maior risco de sofrer tipos específicos de violência (16–19). A resolução da AMS de 2014 (reforçando o papel do sistema de saúde para abordar a violência, em particular a violência contra as mulheres e meninas e contra as crianças) (WHA67.15) encarrega à OMS a elaboração de um plano de ação global para o reforço do papel do sistema de saúde (7). Como parte de um empenho sincronizado, o Conselho Diretor da OPAS simultaneamente encarregou à Repartição a elaboração desta estratégia e do plano de ação para abordar a violência contra a mulher.

Análise da situação

Formas e prevalência da violência contra a mulher

11. Muitas formas de violência afetam de maneira desproporcionada as mulheres (1). Ao nível global, as formas mais comuns de violência contra a mulher incluem as seguintes, mas sem se limitar a elas:

- a) violência doméstica praticada pelo parceiro íntimo (física, sexual ou psicológica);
- b) violência sexual (inclusive estupro) praticada por outra pessoa que não seja o parceiro;
- c) casamento infantil, precoce e forçado;
- d) tráfico de seres humanos, inclusive prostituição forçada, e a exploração econômica;

- e) mutilação genital feminina/corte genital feminino e outras práticas tradicionais perniciosas;
- f) femicídio¹ e matança de meninas ou mulheres em nome da “honra”;
- g) assédio sexual nas escolas e nos locais de trabalho (20).

12. Níveis de violência contra a mulher podem ser particularmente elevados em situações de conflito, deslocamento, catástrofes naturais e outras crises humanitárias e em ambientes institucionais como prisões e instituições para indivíduos com doenças mentais. Está recebendo mais atenção na Região e está sendo abordada pela OPAS/OMS a perpetração da violência contra a mulher que também pode ocorrer dentro do sistema de saúde propriamente dito: maus-tratos de mulheres no contexto das interações entre profissional-paciente, particularmente durante a prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva, como na assistência ao parto (21).

13. A violência contra a mulher no local de trabalho, inclusive a violência física, sexual e psicológica nos serviços de saúde, suscita muitas das preocupações descritas neste documento e está sendo abordada por esforços para melhorar a saúde e o bem-estar do trabalhador e aumentar a participação da mulher na força de trabalho (22).

14. Em alguns locais, as mulheres de grupos étnicos minoritários podem ter um risco maior de sofrer violência que as outras mulheres. Em uma análise de dados da Bolívia, verificou-se um risco duas vezes maior de violência praticada pelos parceiros contra as mulheres que falavam em casa um idioma que não fosse o espanhol (23). No Equador, as mulheres que se autoidentificaram como sendo indígenas informaram níveis mais altos de violência praticada pelo parceiro íntimo que as mulheres que se identificaram como sendo mestiças ou brancas (2). No México, um estudo realizado com mulheres indígenas que buscaram atendimento de saúde observou que 25,55% das entrevistadas relataram terem experimentado alguma forma de violência por parte do atual parceiro, com ampla variação entre as regiões geográficas.² No Canadá, as mulheres aborígenes têm um risco cerca de três vezes maior de sofrer violência que as mulheres que não são aborígenes (24). Em diversos locais, porém, são escassos os dados sobre a prevalência da violência contra a mulher desagregados por etnicidade/raça e faz-se necessário realizar pesquisas de interesse cultural mais rigorosas do ponto de vista metodológico.

¹ Costuma-se empregar dois termos para fazer referência ao homicídio de mulheres: femicídio e feminicídio. No entanto, não existe consenso sobre a distinção entre ambos e sobre qual é o termo mais adequado. O termo "feminicídio" foi cunhado para se referir especificamente ao homicídio da mulher por sua condição de mulher e, segundo certas definições, se refere também à participação do Estado por ação ou omissão. No presente documento, usa-se o termo mais amplo "femicídio" para dar ênfase à escassez de informações que permitam determinar o contexto e a intenção dos homicídios das mulheres na Região. Mas se reconhece a existência de ambos os termos.

² O documento está disponível em espanhol em:
http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp7.pdf

15. Existem evidências, inclusive de pesquisas realizadas no Canadá, que indicam que as mulheres que se identificam como sendo lésbicas ou bissexuais talvez tenham um risco maior de violência que as mulheres que se identificam como sendo heterossexuais (25), embora os dados da Região desagregados por sexo, identidade de gênero e orientação sexual sejam limitados. Esta é uma área que requer mais pesquisa.

16. Certos estudos indicam que as mulheres com deficiência também têm um maior risco de violência que as outras mulheres. Por exemplo, uma revisão sistemática e meta-análise verificou que indivíduos (tanto do sexo masculino como do feminino) portadores de deficiência têm uma probabilidade maior de sofrer violência física e sexual que seus pares que não são portadores de deficiência (26).

17. A violência praticada pelo parceiro íntimo é a forma mais comum de violência enfrentada pelas mulheres. A OMS estima que 30% das mulheres nas Américas já sofreram violência física e/ou sexual praticada pelo parceiro e 11% sofreram violência sexual praticada por um agressor que não seja o parceiro (1).

18. O femicídio é outra forma importante de violência contra a mulher na Região (27, 28). É, em geral, entendido como o assassinato intencional de mulheres porque elas são mulheres, mas outras definições mais amplas incluem qualquer morte de mulher ou menina. O femicídio de parceiras íntimas é o assassinato de uma mulher por seu parceiro atual ou anterior, em geral após uma história de outras formas de violência praticada pelo parceiro (29). Dados mundiais sobre o femicídio são limitados devido à falta de sistemas para documentar os motivos para o assassinato ou a relação entre vítima e agressor. Porém, a OMS estima que até 38% das mulheres assassinadas na Região foram mortas pelo parceiro ou ex-parceiro (1).

19. A prevalência estimada de violência sexual contra a mulher em toda a vida por qualquer agressor (parceiros e não parceiros) varia muito segundo tipo e local de estudo, mas é considerável em toda a Região. Uma análise de dados de pesquisas nacionais realizadas em 11 países na Região verificou estimativas de violência sexual contra mulheres alguma vez casadas (inclusive ter relação sexual forçada, atos sexuais forçados e relação sexual não desejada por medo) que variaram de 1 em cada 10 mulheres (10,3%) no Paraguai (2008) a mais de 1 em 4 mulheres (27,2%) no Haiti (2005–2006) (2).

20. Os dados indicam que um número significativo de mulheres na Região tem iniciação sexual forçada ou não desejada. Quando perguntado se a primeira vez que tiveram relação sexual foi desejada ou forçada, de 1,8% das mulheres na Nicarágua (2006–2007) a 21,2% das mulheres no Haiti (2005–2006) informaram iniciação sexual forçada (2). De modo semelhante, um estudo em seis países da Organização dos Estados do Caribe Oriental (2005–2006) verificou que o percentual de relações sexuais forçadas em mulheres com 15 a 24 anos de idade variou de 6% em Antígua e Barbuda a 12% em Santa Lúcia (30). Na Jamaica (2008–2009), somente 4,7% das mulheres jovens disseram que a primeira vez que tiveram relações sexuais foi “forçada”, mas cerca da metade (44,9%) disse que na primeira vez a relação sexual foi não desejada (2). Relações sexuais

forçadas e não desejadas podem contribuir para a gravidez na adolescência e a transmissão do HIV, destacando a necessidade de abordar a violência sexual como parte dos esforços para reduzir a gravidez não planejada e a transmissão do HIV na Região.

Fatores de risco e proteção

21. As pesquisas sobre os fatores de risco e proteção associados à violência contra a mulher têm limitações e lacunas importantes. Primeiro, a maioria dos estudos vem de países de alta renda e está centrada principalmente nos fatores de risco em vez de proteção. Em segundo lugar, a maioria tem um delineamento transversal em vez de longitudinal e, portanto, fornece evidências limitadas de causalidade. E, por último, a maioria dos estudos examina fatores de risco ao nível individual em vez de ao nível da comunidade ou sociedade, que são fundamentais para a prevenção.

22. Apesar das deficiências das pesquisas existentes, está claro que não há uma única explicação por que certos indivíduos praticam a violência contra a mulher ou por que esta violência é mais prevalente em certas comunidades. As evidências existentes indicam que a violência contra a mulher tem suas raízes nas desigualdades de gênero e no desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, mas é também influenciada por uma complexa interação de fatores ao nível do indivíduo, relação, comunidade e sociedade, articulados pela estrutura socioecológica. A Figura no Anexo A ilustra os fatores de risco associados à violência doméstica pelo parceiro íntimo e à violência sexual, segundo um modelo socioecológico.

23. Entre os fatores individuais associados com um maior risco de perpetração masculina e experiências femininas de violência contra a mulher estão baixo nível de escolaridade, exposição à violência na infância (como vítima de maus-tratos ou como testemunha da violência entre os pais), uso de álcool e drogas ilícitas e problemas de saúde mental. Entre os fatores ao nível da comunidade e sociedade associados a níveis elevados de violência praticada pelo parceiro íntimo e violência sexual praticada por outra pessoa que não seja o parceiro estão sanções ineficientes da comunidade contra a violência, pobreza, desigualdade de gênero e/ou normas sociais que sustentam a aceitabilidade da violência (31).

24. Embora a violência contra a mulher tenha sido observada em praticamente todos os locais em que foi investigada, os índices de prevalência variam consideravelmente entre os países e dentro de cada país, sugerindo que altos níveis de violência contra a mulher não são inevitáveis. Há esforços contínuos mundiais para identificar estratégias efetivas de prevenção. Ênfase tem sido dada a estratégias com resultados promissores que buscam reforçar as sanções legais contra a violência, contestar as normas de gênero, investir no empoderamento econômico da mulher, diminuir o uso prejudicial de álcool e abordar a violência na infância em meninos e meninas. É necessário maior investimento para compreender os fatores no nível do indivíduo, relacionamento, comunidade e sociedade, que são passíveis de mudança para que estratégias de prevenção abrangentes e efetivas possam ser implantadas em uma ampla escala.

Consequências para a saúde

25. A violência contra a mulher tem muitas consequências sub-reconhecidas para a saúde, como morte devido ao femicídio, suicídio, infecção pelo HIV/AIDS e mortalidade materna assim como consequências não fatais como danos físicos, infecções sexualmente transmitidas (IST), gravidez indesejada, morbidade materna, desfechos desfavoráveis de saúde sexual e reprodutiva e problemas de saúde mental. As subseções a seguir expõem detalhadamente essas consequências.

Danos físicos e deficiências

26. As evidências obtidas na Região indicam que uma proporção considerável das mulheres vivendo em situações de violência praticada pelo parceiro íntimo sofrem danos físicos. Pesquisas nacionais demonstram que o percentual de mulheres em relações marcadas pelos maus-tratos que informaram terem sofridos danos físicos causados pelo parceiro varia de 41,2% (em Honduras, 2005–2006) a 81,6% (no Paraguai, 2008). Nas pesquisas nacionais que avaliaram a gravidade dos danos, o percentual de mulheres vítimas de maus-tratos que informaram danos graves (como fratura óssea ou ferimentos profundos) variou de 6,6% (em El Salvador, 2008) a 24,8% (na República Dominicana, 2007) (2).

Saúde mental e uso de substâncias psicoativas

27. A violência tem efeitos profundos na saúde mental como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade e transtornos por uso de álcool e drogas (1). Em todo o mundo, as mulheres vítimas de violência praticada pelo parceiro têm uma probabilidade duas vezes maior que outras mulheres de ter depressão e quase duas vezes maior de ter transtornos por uso de álcool (1). Cinco pesquisas populacionais nacionais realizadas na Região demonstraram que um grande percentual de mulheres que foram vítimas da violência praticada pelo parceiro íntimo nos 12 últimos meses informou sofrer de ansiedade ou depressão tão intensas (resultante da agressão por parte do parceiro) que não conseguiam trabalhar nem fazer suas outras obrigações, variando de cerca da metade dessas mulheres no Equador (2004) a mais de dois terços dessas mulheres no Paraguai (2008), (2). Na Guatemala (2008–2009) e no Paraguai (2008), as mulheres que haviam sofrido violência praticada pelo parceiro íntimo tinham uma probabilidade significativamente maior que as outras mulheres de terem cogitado ou tentado o suicídio no último mês (2).

Saúde sexual e reprodutiva

28. As pesquisas indicam que a violência contra a mulher pode ter uma série de consequências adversas para a saúde sexual e reprodutiva. Uma análise de pesquisas nacionais realizadas na Região revelou que a violência praticada pelo parceiro íntimo estava significativamente associada à gravidez não desejada ou não intencionada, maior paridade e primeiro parto antes dos 17 anos de idade (2). Em alguns países, a ocorrência

de gravidez não desejada foi dois a três vezes maior em mulheres que informaram violência praticada pelo parceiro íntimo em comparação às outras mulheres (2). O mesmo estudo verificou que 3% a 44% das mulheres que alguma vez engravidaram haviam sofrido violência praticada pelo parceiro íntimo durante a gravidez (2). A violência durante a gravidez tem sido associada a um maior risco de complicações na gestação, como aborto espontâneo, prematuridade e baixo peso ao nascimento (1, 23). Outras consequências da violência praticada pelo parceiro íntimo são distúrbios ginecológicos e maior risco de infecção pelo HIV (em algumas regiões), sífilis, clamídia ou gonorreia (1).

Mortalidade associada à gravidez

29. Estudos de países de alta renda indicam que a violência praticada pelo parceiro íntimo pode ser um importante fator contribuinte à mortalidade materna. Em uma província no Canadá, os casos de hemorragia foram três vezes mais frequentes em mulheres grávidas expostas à violência (32). Uma revisão dos dados de 2003–2007 do Sistema nacional de notificação de mortes violentas dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA revelou que 54% dos suicídios e 45% dos homicídios de mulheres durante a gravidez ou no pós-parto estavam associadas à violência praticada pelo parceiro íntimo e estas mortes são importantes fatores que contribuem para a mortalidade associada à gravidez (33). Esses resultados tem implicações importantes para os esforços de reduzir as mortes durante a gravidez e pós-parto.

Doenças não transmissíveis e fatores de risco

30. Há evidências crescentes que sugerem uma relação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo e um elevado risco de doenças não transmissíveis, como sobrepeso, diabetes, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e câncer (34, 35). Embora ainda não se entendam claramente as relações causais, as evidências indicam o papel dos efeitos prejudiciais do estresse crônico, combinados a uma maior probabilidade de as sobreviventes desenvolver comportamentos prejudiciais, como tabagismo, compulsão alimentar e baixa utilização de assistência de saúde preventiva como controle do colesterol e exames de detecção de câncer do colo do útero e de cólon (34, 35). A violência pode também contribuir para doenças como síndromes de dor crônica, síndrome do cólon irritável, distúrbios gastrointestinais, queixas somáticas e fibromialgia (34, 35).

Efeitos nas crianças

31. A violência contra a mulher tem importantes consequências negativas para as crianças. Além dos desfechos negativos de saúde mencionados anteriormente, as evidências indicam que as consequências de longo prazo à saúde e sociais da exposição da criança à violência praticada pelo parceiro são semelhantes às do abuso físico e emocional e negligência das crianças (23, 36, 37, 38). A exposição das crianças à violência praticada pelo parceiro íntimo tem sido associada a índices mais elevados de mortalidade em crianças menores de cinco anos (39) bem como a um maior risco de

praticar ou sofrer violência contra a mulher na vida adulta (2, 40-42). Dados obtidos em vários países da Região indicam que as crianças de famílias afetadas pela violência contra a mulher têm maior probabilidade que outras crianças de serem castigadas com formas severas de punição física (2). As vias pelas quais a violência contra a mulher praticada pelo parceiro afeta as crianças ainda são pouco pesquisadas, mas merecem mais atenção.

Custos econômicos

32. A violência contra a mulher resulta em custos diretos em saúde, assistência social, justiça criminal e tribunais de justiça da família. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que os gastos em saúde foram aproximadamente 42% maiores para mulheres que sofreram violência praticada pelo parceiro comparadas às mulheres que não sofreram violência (43). A violência contra a mulher também resulta em custos indiretos incorridos com as sobreviventes, familiares, empregadores e a sociedade como um todo devido à perda de produtividade e consequências psicossociais negativas nas mulheres e seus filhos. Uma análise extensa realizada no Canadá estimou que o impacto econômico anual da violência conjugal, incluindo custos diretos e indiretos, foi de 7,4 bilhões de dólares canadenses (44). Uma análise do Banco Mundial concluiu que a violência praticada pelo parceiro íntimo custa ao Peru 3,7% do produto interno bruto (PIB), resultante dos dias perdidos de trabalho (45). Um estudo na Colômbia verificou níveis significativamente maiores de desemprego e queda da renda entre as sobreviventes da violência (46).

O papel do sistema de saúde

33. Os serviços de saúde podem desempenhar um papel essencial na abordagem da violência contra a mulher. Os prestadores de serviços de saúde podem identificar as mulheres que sofrem violência, proporcionar atendimento imediato e reduzir os danos com apoio e encaminhamento a outros setores inclusive serviços de assistência social e jurídicos. Os dados mostram que é maior a probabilidade de as mulheres vítimas de violência procurarem assistência de saúde que as mulheres que não são vítimas de violência, mas nem sempre elas revelam terem sofrido violência aos profissionais da saúde (47). As iniciativas para melhorar a identificação precoce por parte de profissionais de saúde das mulheres que sofrem violência podem melhorar seu acesso a apoio, assistência e encaminhamentos (48).

34. Os sistemas de saúde podem também desempenhar um papel-chave em esforços multissetoriais para prevenir a violência. O enfoque de saúde pública para a prevenção engloba quatro passos principais: *a)* definir o problema com a coleta de dados sobre a magnitude, características e consequências da violência contra a mulher; *b)* investigar os fatores de risco e de proteção para entender por que o problema ocorre; *c)* desenvolver, implementar e avaliar estratégias de prevenção da violência para o setor da saúde e outros setores; *d)* divulgar dados sobre a efetividade dos programas e expandir os programas efetivos (49). No processo, os sistemas de saúde deveriam coordenar o trabalho com outros interessados e setores (em particular, educação e justiça) bem como colaborar com os mecanismos nacionais de coordenação multissetorial e organizações da sociedade civil.

Estratégia e plano de ação

35. Esta estratégia e plano de ação refletem os esforços cumulativos dos governos nacionais e movimentos em prol das mulheres para chamar a atenção e estimular a ação para enfrentar a violência contra a mulher. Também se baseia em um crescente conjunto de evidências, práticas, normas, princípios, padrões e diretrizes técnicas elaborados nas últimas décadas pela OPAS/OMS e outros, assim como em muitos outros esforços no sistema das Nações Unidas.

Princípios orientadores

36. Os 10 princípios a seguir, esboçados mais detalhadamente no Anexo B, servem de guia à estratégia e plano de ação:

- a) acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e equidade;
- b) direitos humanos;
- c) perspectiva de gênero e igualdade e diversidades culturais/étnicas;
- d) resposta multissetorial;
- e) prática fundamentada em evidências;
- f) enfoque do ciclo de vida;
- g) resposta integral;
- h) participação da comunidade;
- i) autonomia e empoderamento das sobreviventes;
- j) envolvimento de homens e meninos.

Meta geral

37. A meta geral da estratégia e plano de ação é contribuir para reduzir/erradicar a violência contra a mulher. As linhas estratégicas de ação usadas na implementação contribuirão para o alcance do resultado intermediário 2.3 do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e dos resultados 2.3.2 e 2.3.3 do Programa e Orçamento da OPAS 2014–2015.

Linhas estratégicas de ação³

38. A estratégia e plano de ação usarão as seguintes linhas estratégicas de ação:
- a) fortalecer a disponibilidade e o uso das evidências sobre a violência contra a mulher;

³ O monitoramento dos indicadores para cada linha estratégica de ação deve levar em consideração as responsabilidades comuns aos Estados federados.

- b) consolidar o compromisso político e financeiro para abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde;
- c) reforçar a capacidade dos sistemas de saúde de proporcionar atendimento e apoio efetivos às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual por outra pessoa que não seja o parceiro;
- d) reforçar o papel do sistema de saúde de prevenir a violência contra a mulher.

Linha estratégica de ação 1: Fortalecer a disponibilidade e o uso das evidências sobre a violência contra a mulher

39. Entender a natureza, a magnitude, os fatores de risco e de proteção e as consequências da violência contra a mulher, inclusive contra mulheres indígenas e outras mulheres étnica e racialmente marginalizadas, é o primeiro passo para prevenir e abordar a violência por várias razões. Primeiro, planos, políticas, programas e legislação de que tenham relevância cultural e base científica deveriam ser baseados em dados quantitativos e qualitativos de alta qualidade obtidos através dos sistemas de dados administrativos e de estudos populacionais. Em segundo lugar, novas coletas de dados (populacionais, de modo ideal) são necessárias para avaliar as mudanças nos níveis da violência ao longo do tempo. E, por último, em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis à saúde e com os princípios éticos da não maleficência, são imprescindíveis dados para o monitoramento e a avaliação a fim de assegurar que intervenções bem intencionadas não causem danos.

40. Ao produzir evidências, devem ser feitos esforços para coletar e analisar os dados sobre estratificadores de equidade (como idade, grupo étnico/racial, condição socioeconômica, local de residência, orientação sexual e identidade de gênero, entre outros) a fim de melhorar o conhecimento sobre como os determinantes sociais influenciam a violência contra a mulher. A parceria com instituições acadêmicas e de pesquisa poderia expandir a disponibilidade e o uso de evidências.

Objetivo	Indicador	Linha de base (2015)	Meta (2025)
1.1 Aumentar a coleta e a disponibilidade de dados epidemiológicos e relacionados aos serviços sobre a violência contra a mulher	1.1.1 Número de Estados Membros que realizaram estudos populacionais nacionalmente representativos sobre a violência contra a mulher (ou que incluíram um módulo sobre a violência contra a mulher em outras pesquisas populacionais demográficas ou de saúde) nos últimos cinco anos	14	22
	1.1.2 Número de Estados Membros que realizaram estudos populacionais nacionalmente representativos sobre a violência contra a mulher nos últimos cinco	2	10

Objetivo	Indicador	Linha de base (2015)	Meta (2025)
	anos (ou que incluíram um módulo sobre a violência contra a mulher em outras pesquisas populacionais demográficas ou de saúde) que incluem uma análise da prevalência da violência contra a mulher nos diferentes grupos étnicos/raciais.		
	1.1.3 Número de Estados Membros que conseguem fornecer dados sobre homicídio, desagregados por idade, sexo e relação da vítima com o agressor	9	15

Linha estratégica de ação 2: Consolidar o compromisso político e financeiro para abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde

41. O sistema de saúde tem um importante papel a desempenhar de contestar a aceitabilidade da violência contra a mulher. Uma resposta firme e visível de sistema de saúde transmite uma mensagem à sociedade quanto à não aceitabilidade da violência e incentiva mais mulheres a revelar ter sofrido maus-tratos aos profissionais da saúde (47). Porém, dado o caráter multidimensional da violência contra a mulher, respostas amplas e efetivas requerem o envolvimento de vários setores, inclusive a liderança, o compromisso e a ação coordenada de líderes de governo, responsáveis por políticas, acadêmicos, legisladores, comissões nacionais de direitos humanos, órgãos encarregados da aplicação da lei, organizações em prol da mulher e da sociedade civil e membros da comunidade (50).

42. Apesar de muitos governos na Região terem elaborado planos nacionais para abordar a violência contra a mulher, há com frequência lacunas entre compromisso e implementação. Para a implementação efetiva dos planos nacionais para prevenir e responder à violência contra a mulher, é preciso dispor de dados concretos comprovados, prestar firme apoio e conhecimento especializado e orçamentos designados dentro do sistema de saúde (50).

Objetivo	Indicador	Linha de base (2015)	Meta (2025)
2.1 Consolidar políticas e planos nacionais e subnacionais para abordar a violência contra a mulher dentro do sistema de saúde	2.1.1 Número de Estados Membros que incluíram a violência contra a mulher nos seus planos e/ou políticas nacionais de saúde	18	35
	2.1.2 Número de Estados Membros cujo orçamento nacional para a saúde tem uma ou mais linhas dedicadas a apoiar a prevenção e/ou resposta à violência contra a mulher	4	10

Objetivo	Indicador	Linha de base (2015)	Meta (2025)
	2.1.3 Número dos Estados Membros que estabeleceram uma unidade (ou unidades) ou pontos focais no Ministério da Saúde responsável pela questão da violência contra a mulher.	4	10
2.2 Aumentar a participação do sistema de saúde nos planos, políticas e coalizões multissetoriais para abordar a violência contra a mulher	2.2.1 Número de Estados Membros que têm um plano nacional ou multissetorial para abordar a violência contra a mulher que inclui o sistema de saúde, segundo a situação do plano: <ul style="list-style-type: none"> ▪ em desenvolvimento; ▪ atualmente em implementação 	13	20

Linha estratégica de ação 3: Reforçar a capacidade dos sistemas de saúde de proporcionar atendimento e apoio efetivos às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual

43. Diante da alta prevalência da violência contra a mulher e de dados que mostram que as mulheres que sofrem maus-tratos procuram os serviços de saúde com maior frequência que as outras mulheres (mesmo se a violência não for o problema de saúde apresentado), é imperativo que os sistemas de saúde estejam preparados a dar suporte de primeira linha às sobreviventes que atenda às necessidades física, emocional, de segurança e de apoio das mulheres. Os profissionais da saúde precisam de treinamento e ferramentas para identificar as sobreviventes, prestar atendimento clínico adequado e encaminhá-las a outros serviços conforme necessário. Dado que muitos dos fatores de risco e determinantes da violência extrapolam o sistema de saúde, em conformidade com a abordagem “saúde em todas as políticas”, os sistemas de saúde deveriam interagir proativamente e em coordenação com diversos outros setores, inclusive a polícia e a justiça, os serviços sociais, a educação, a proteção à infância e mecanismos de igualdade de gênero ou de empoderamento das mulheres.

44. Considerando o número desproporcional de mulheres étnica e racialmente marginalizadas que sofrem violência na Região, os esforços também devem contar com enfoques para combater a violência com uma perspectiva cultural/intercultural que vá além dos espaços formais de assistência de saúde para englobar os provedores de saúde tradicionais.

45. Reconhecendo que a exposição de crianças à violência praticada pelo parceiro contra a mãe dela está associada a uma série de desfechos negativos, inclusive maior risco de violência na vida adulta, devem ser feitos mais esforços para identificar os

mecanismos para coordenar de forma segura e ética serviços para mulheres e crianças expostas à violência.

Objetivo	Indicadores	Linha de base (2015)	Meta (2025)
3.1 Reforçar os procedimentos operacionais padrão nacionais (protocolos, diretrizes) para proporcionar atendimento e apoio efetivo e seguro às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo e/ou violência sexual	3.1.1 Número de Estados Membros que têm procedimentos/protocolos/diretrizes operacionais padrão nacionais para o sistema de saúde responder à violência praticada pelo parceiro íntimo, conforme as diretrizes da OMS ⁴	6	15
	3.1.2 Número de Estados Membros que prestam serviços de atenção integrais pós-estupro nos serviços de emergência, conforme as diretrizes da OMS ⁵	2	15
3.2 Aumentar a capacidade de profissionais da saúde de responder a violência contra a mulher	3.2.1 Número de Estados Membros que incluíram a questão da violência contra a mulher nos seus processos de formação contínua para profissionais da saúde	2	10

Linha estratégica de ação 4: Reforçar o papel do sistema de saúde de prevenir a violência contra a mulher

46. Embora seja fundamental atender às necessidades imediatas das sobreviventes, a redução ou eliminação da violência em longo prazo depende de prevenção. Da mesma maneira como assumiu a responsabilidade pela mudança dos comportamentos relacionados ao tabagismo e ao uso de substâncias psicoativas, a comunidade de saúde pública deveria melhorar a conscientização sobre a violência contra a mulher como problema de saúde pública.

⁴ No mínimo, os protocolos/diretrizes para resposta do sistema de saúde devem contemplar: *a*) escuta empática e sem julgamentos pelos profissionais da saúde; *b*) medidas para ajudar as mulheres a melhorar a sua própria segurança; *c*) medidas para ajudar as mulheres a melhorar a segurança dos próprios filhos e *d*) prestação (diretamente ou por meio de encaminhamento) de serviços de assistência social e de saúde mental e apoio legal.

⁵ Os serviços integrais de atenção pós-estupro compreendem: *a*) suporte de primeira linha ou primeiro atendimento psicológico; *b*) contracepção de emergência às mulheres que procuram assistência em cinco dias; *c*) encaminhamento ao aborto seguro se a mulher engravidar como resultado do estupro no caso desse serviço ser permitido pela lei nacional; *d*) profilaxia pós-exposição para IST e/ou HIV, segundo os protocolos aplicáveis e *e*) vacinação contra hepatite B.

47. O sistema de saúde pode contribuir para prevenir a violência contra a mulher ao coletar e divulgar dados sobre a magnitude e consequências da violência, elaborar e avaliar programas e políticas de prevenção e expandir as estratégias de prevenção promissoras ou efetivas. Entre elas, programas que contestam atitudes e normas sociais que aceitam a desigualdade de gênero e violência contra a mulher, apoiam a aprendizagem socioemocional e habilidades que estimulam relações não violentas, reduzem o uso prejudicial de álcool, visam prevenir os maus-tratos de crianças (como vistas domiciliares e programas para pais) e auxiliam as crianças expostas diretamente ou como testemunhas da violência (50).

Objetivo	Indicadores	Linha de base (2015)	Meta (2025)
4.1 Reforçar a participação e o compromisso do sistema de saúde nos esforços para prevenir a violência contra a mulher	4.1.1 Número de Estados Membros que têm uma coalizão ou grupo de trabalho multissetoriais para coordenar os esforços para prevenir a violência contra a mulher que conta com a participação do ministério da Saúde	3	10
	4.1.2 Número de Estados Membros que têm um plano nacional ou multissetorial para combater a violência contra a mulher (que inclua o sistema de saúde) que proponha pelo menos uma estratégia para prevenir a violência contra a mulher, por tipo de estratégia ⁶	0	10

Monitoração e avaliação

48. A estratégia e plano de ação contribuirão para o Resultado Intermediário 2.3 do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 (Redução dos fatores de risco associados à violência e aos traumatismos com ênfase na segurança viária, traumatismos infantis e violência contra crianças, mulheres e jovens) e dos Resultados 2.3.2 e 2.3.3⁷ do Programa e Orçamento da OPAS 2014–2015. Diferentemente das outras questões de saúde pública, abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde é uma área de trabalho relativamente nova para muitos Estados Membros e, portanto, não existem indicadores de

⁶ Estratégias de prevenção serão classificadas do seguinte modo: *a*) mudança das normas sociais e culturais; *b*) enfoques de aprendizagem socioemocional e *c*) enfoques de políticas (como políticas relacionadas ao uso de álcool).

⁷ Resultado 2.3.2: Países e parceiros habilitados a avaliar e melhorar as políticas e os programas nacionais de prevenção integrada da violência, inclusive a violência contra a mulher, crianças e jovens. Resultado 2.3.3: Países habilitados a elaborar e executar um protocolo nacional para a prestação de serviços de saúde a vítimas da violência praticada pelo parceiro íntimo e violência sexual em conformidade com as diretrizes da OMS de 2013.

base uniformes de todos os países. Para sanar essa lacuna, a RSPA elaborará um plano de monitoramento e avaliação e comprovará os dados de base como parte da implementação da estratégia e plano de ação. Relatórios parciais de progresso serão preparados para os Órgãos Diretores da OPAS em 2018 e 2021 e o relatório final será apresentado em 2025.

Implicações financeiras

49. O custo total estimado para implementar o plano de ação no seu ciclo de vida de 2015 a 2025, incluindo gastos com pessoal e atividades, é de US\$ 4.900.000.

Ação pelo Conselho Diretor

50. Solicita-se ao Conselho Diretor que examine o projeto de *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher para 2015–2025* e considere aprovar o projeto de resolução no Anexo C e fazer as recomendações que considerar pertinentes.

Anexos

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (Department of Reproductive Health and Research); London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner and non-partner sexual violence [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 11 de março de 2015]. 51 p. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
2. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. [consultado em 11 de março de 2015]. 156 p. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en
3. Organização dos Estados Americanos (Inter-American Commission on Human Rights. Inter-American convention on the prevention, punishment, and eradication of violence against women “Convention of Belém do Pará” [Internet]. 24^a. Sessão Ordinária da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos; 9 de junho de; Belém do Pará, Brasil. Washington (DC): OEA; c2011 [consultado em 11 de março de 2015]. Disponível em inglês em:

<http://www.cidh.org/Basicos/English/basic13.Conv%20of%20Belem%20Do%20Pa%20ra.htm>

4. Nações Unidas. Declaration on the elimination of violence against women [Internet]. 48^a. Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas; 21 de setembro de 1993 a 19 de setembro de 1994; Nova York, EUA. Nova York: ONU; 1993 (resolução A/RES/48/104) [consultado em 11 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104
5. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genebra: OMS; 2005. [consultado em 11 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Violence against women and against children: PAHO/WHO's key areas for action [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2014. [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9998%3Aviolence-against-women-and-against-children-pahowhos-key-areas-for-action&catid=1505%3Aabout-us&Itemid=1519&lang=en
7. Organização Mundial da Saúde. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. 67^a. Assembleia Mundial da Saúde; 19 a 24 de maio de 2014; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2014 (resolução WHA67.15) [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf
8. Nações Unidas. Framework of actions for the follow-up to the programme of action of the international conference on population and development beyond 2014: Report of the Secretary-General [Internet]. 69^a. Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas; 16 de setembro de 2014 a setembro de 2015; Nova York, EUA. Nova York: Nações Unidas; 2014 (documento A/69/62) [consultado em 18 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/93632_unfpa_eng_web.pdf
9. NGO Committee on the Status of Women; United Nations Women. Beijing+20 regional document of the civil society: Latin America and the Caribbean. NGO/CSW: 2015 Feb [não publicado]. Disponível sob solicitação.
10. Nações Unidas. Draft outcome document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda. 68^a Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, 12 de agosto de 2015; Nova York, EUA. Nova York:

ONU; 2015 (documento A/69/L.85) [consultado em 29 de setembro de 2015].

Disponível em inglês em:

http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E

11. Nações Unidas. Ending violence against women: from words to action. Study of the Secretary-General [Internet]. Nova York: ONU; 2006 [consultado em 11 de março de 2015] Disponível em inglês em:
<http://www.unwomen.org/~media/headquarters/media/publications/un/en/englishstudy.pdf>
12. United Nations Population Information Network (U.N. Population Division, Department of Economic and Social Affairs with support from UNFPA). Report of the international conference on population and development. [Internet]. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento; 5 a 13 de setembro de 1994; Cairo, Egito. Nova York: ONU; 1994 (documento A/CONF.171/13) [consultado em 11 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>
13. Nações Unidas (Department for Policy Coordination and Sustainable Development). Declaração e Plataforma de Ação de Pequim. In: Report of the fourth world conference on women [Internet]. 4ª. Conferência Mundial sobre a Mulher [versão preliminar]; 4 a 15 de setembro de 1995; Pequim, China. Nova York: ONU; 1995 (documento A/CONF.177/20) [consultado em 11 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
<http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>
14. Nações Unidas Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Elimination and prevention of all forms of violence against women and girls: 2013 commission on the status of women: agreed conclusions [Internet]. 57ª. Sessão da Comissão sobre o Status da Mulher; 4 a 15 de março de 2013; Nova York, EUA. Nova York: ONU Mulheres; 2013. [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
<http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/57/csw57-agreedconclusions-a4-en.pdf>
15. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (Commission on Human Rights). Question of integrating the rights of women into the human rights mechanisms of the United Nations and the elimination of violence against women [Internet]. 45ª. Sessão da Comissão de Direitos Humanos. Nova York, EUA. Nova York: UNHCR; 4 de março de 1994 (Adotado sem voto. Ver cap. XI.-E/CN.4/1994/132) [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://peacewomen.org/sites/default/files/ohchr_intergratingwomenrightshrmechanismsvaw_1994_0.pdf

16. Organização Mundial da Saúde. Implementing the recommendations of the world report on violence and health [Internet]. 56^a. Assembleia Mundial da Saúde; 19 a 29 de maio de 2003; Genebra, Suíça, Genebra: OMS; 2003 (resolução WHA56.24) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r24.pdf
17. Organização Mundial da Saúde. Implementing the recommendations of the World report on violence and health [Internet]. 111^a. Sessão do Comitê Executivo; 20 a 28 de janeiro de 2003; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 2003 (resolução EB111.7) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/eeb111r7.pdf
18. Organização Mundial da Saúde. Prevention of violence [Internet]. 50^a. Assembleia Mundial da Saúde; 5 a 14 de maio de 1997; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1997 (resolução WHA50.19) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA50_19_eng.pdf?ua=1
19. Organização Mundial da Saúde. Prevention of violence: a public health priority [Internet]. 49^a. Assembleia Mundial da Saúde; 20 a 25 de maio de 1996; Genebra, Suíça. Genebra: OMS; 1996 (resolução WHA49.R25) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA49_25_eng.pdf
20. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Understanding and addressing violence against women: health consequences [Internet]. Genebra: OMS; 2012 (Boletins informativos da OMS) (WHO/RHR/12.43) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77431/1/WHO_RHR_12.43_eng.pdf?ua=1
21. Organização Mundial da Saúde. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [consultado em 12 de março de 2015] (Declaração da OMS) (WHO/RHR/14.23). Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1
22. Organização Internacional do Trabalho. International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services International Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector [Internet]. Genebra: International Labour Office; 2002 [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:

http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelines_EN.pdf?ua=1&ua=1

23. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2014 Jan [consultado em 12 de março de 2015];124(1):6-11. Disponível em inglês em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
24. Brennan S. Violent victimization of aboriginal women in the Canadian provinces, 2009 [Internet]. Ottawa (Canada): Statistics Canada; 2011 May 17 [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11439-eng.pdf>
25. Canadian Centre for Justice Statistics. Measuring violence against women: statistical trends [Internet]. Ottawa (Canada): Statistics Canada; 2013 (*Juristat* Article) 2013 Feb 25 [consultado em 12 de março de 2015]. 120 p. Disponível em inglês em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-eng.pdf>
26. Hughes K, Bellis M, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* [Internet]. 2012 Apr 28 [consultado em 12 de março de 2015]; 379 (9826):1621-1629. Disponível em inglês em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961851-5/abstract>
27. Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Oficina Regional para las Américas y el Caribe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio) [Internet]. Nova York: OACNUDH; 2014 [consultado em 13 de março de 2015]. xiv + 186p. Disponível em espanhol em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ProtocoloLatinoamericanoDeInvestigacion.pdf>
28. Garita Vilchez AI. La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe. Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas (UNETE) para poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet] . Panamá: Secretariado de la ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres; 2013 [consultado em 3 de março de 2015]. Disponível em espanhol em: http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf
29. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Understanding and addressing violence against women: Femicide [Internet].

Genebra: OMS; 2012 (Boletins informativos da OMS) [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77421/1/WHO_RHR_12.38_eng.pdf

30. Ogunnaiké-Cook S, Kabore I, Bombereau G, Espeut D, O'Neil C, Hirnschall G. Behavioural surveillance surveys (BSS) in six countries of the Organisation of Eastern Caribbean States (OECS) 2005-2006: report [Internet]. Caribbean Epidemiology Centre; 2007 [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://books.google.com/books/about/Behavioural_Surveillance_Surveys_BSS_in.html?id=6Z1eMwEACAAJ,
http://www.researchgate.net/profile/David_Plummer/publication/259080645_How_risk_and_vulnerability_become_socially_embedded_insights_into_the_resilient_gap_between_awareness_and_safety_in_HIV/links/0deec52c7e87aef1c9000000.pdf
31. Organização Mundial da Saúde; London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [Internet]. Genebra: OMS; 2010. [consultado em 11 de março de 2015]. 94p. Disponível em inglês em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en>
32. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] 2003 May [consultado em 12 de março de 2015];188(5):1341-1347. Disponível em inglês em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748509>
33. Palladino C, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold K. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 Nov [consultado em 12 de março de 2015];118(5):1056-6103. Disponível em inglês em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015873>
34. Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 2008 Feb 8 [consultado em 12 de março de 2015];57(5): 113-117.
35. Black M (Centros para Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2011 Sep-Oct [consultado em 12 de março de 2015];13;5(5):428-439. Disponível em inglês em:
<http://ajl.sagepub.com/content/5/5/428.abstract>

36. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesce Psychiatr Nurs* [Internet]. 2011 Nov [consultado em 31 de julho de 2015];24(4):223-236. Disponível em inglês em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x/abstract;jsessionid=1277E8679A5AECA0B2238F4DE6032087.f04t03>
37. MacMillan HL, Wathen CN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consultado em 31 de julho de 2015] 23(2):295-308. Disponível em inglês em:
[http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(13\)00112-0/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(13)00112-0/abstract)
38. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003 [consultado em 31 de julho de 2015];71(2):339-352. Disponível em inglês em:
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.6823&rep=rep1&type=pdf>
39. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethip Med J* [Internet]. 2011 Out [consultado em 31 de julho de 2015];49(4):331-339. Resumo em inglês disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>
40. Barker G, Aguayo F, Correa P. Understanding men's violence against women: findings from the IMAGES survey in Brazil, Chile and Mexico [Internet]. Rio de Janeiro: Promundo, 2013 [consultado em 12 de março de 2015]. 44 p. Disponível em inglês em:
<http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/02/Understanding-Mens-Use-of-Violence-Against-Women-IMAGES-Brazil-Chile-Mexico.pdf>
41. Gómez A. Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Soc*. 2011;43:1171-192 (primeira publicação em 7 de janeiro de 2010).
42. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2003; [consultado em 12 de março de 2015];71(4):741-53. Disponível em inglês em:
<http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp-714741.pdf>
43. Bonomi A, Anderson M, Rivara F, Thompson R. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health*

Serv Res [Internet]. 2009 Jun [consultado em 12 de março de 2015];44(3):1052-1067. Disponível em inglês em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699921/>

44. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, Scrim K. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada, 2009 [Internet]. Ottawa (Canada): Department of Justice of Canada; 2012 [consultado em 12 de março de 2015]. 145 p. Disponível em inglês em:
http://justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/rr12_7.pdf
45. Vara Horna A. Violence against women and its financial consequences for businesses in Peru [Internet]. Lima, Peru: Faculty of Administrative Sciences and Human Resources, University of San Martin de Porres; Deutsche Zusammenarbeit für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH Regional Program Fighting Violence against Women in Peru, Ecuador, Bolivia and Paraguay (ComVoMujer); 2013 [consultado em 12 de março de 2015]. 18 p. Disponível em inglês em:
http://www.learningtoendabuse.ca/sites/default/files/The%20Impacts%20of%20Violence%20against%20Women_Financial%20Consequences_Peru_1.pdf
46. Ribero R, Sánchez F. Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia: Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes; 2004 [consultado em 12 de março de 2015]. 47 p. Disponível em espanhol em:
https://economia.uniandes.edu.co/components/com_booklibrary/ebooks/D200444.pdf
47. García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. The Lancet [Internet]. 2014 Nov 20 (Série sobre a violência contra mulheres e meninas) [consultado em 12 de março de 2015];(2):17-29. Disponível em inglês em:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)
48. Organização Mundial da Saúde. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. Genebra: OMS; 2013 [consultado em 12 de março de 2015]. 56 p. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1
49. Organização Mundial da Saúde. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., eds. World report on violence and health [Internet]. Genebra: OMS; 2002 [consultado em 12 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/
Versão em inglês:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1

50. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet* [Internet]. 2014 Nov 21 (Série sobre a violência contra mulheres e meninas) [consultado em 12 de março de 2015];(5):1-11. Disponível em inglês em:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61830-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61830-4.pdf)

51. Organização Mundial da Saúde. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook [Internet]. Genebra: Novembro de 2014 (versão do teste de campo de setembro de 2014) [consultado em 17 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

Anexo A

Fatores de risco associados à violência contra a mulher



Adaptado de: OMS. *World report on violence and health*. 2002; Heise, L. *What works to prevent partner violence: An evidence overview*. 2011.

Anexo B

Princípios orientadores

Os 10 princípios a seguir guiam esta estratégia e plano de ação:

- a) *Acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e equidade*: serviços de saúde essenciais devem ser disponibilizados sem risco para quem necessita dos serviços de empobrecer ou ser alvo de estigmatização ou discriminação (em razão do gênero, idade, condição socioeconômica, grupo étnico ou orientação sexual).

- b) *Direitos humanos e civis*: os direitos humanos e civis estão estabelecidos em tratados internacionais e regionais aplicáveis, assim como na constituição e legislação nacionais. Programas, leis, políticas e serviços para prevenir e responder à violência contra a mulher deveriam estar em conformidade com estes direitos e, em particular, deveriam promover os princípios a seguir, como exposto no *Clinical Handbook: Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence* (manual clínico: assistência de saúde para mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual) da OMS (51):
 - i. vida: uma vida sem medo e violência;
 - ii. autodeterminação: exercer o direito de tomar as próprias decisões quanto à atenção médica e ação judicial;
 - iii. o mais alto padrão atingível de saúde: serviços de saúde de boa qualidade disponíveis, acessíveis e aceitáveis às mulheres;
 - iv. não discriminação: serviços de saúde prestados sem discriminação e sem recusa de tratamento em razão de gênero, raça, grupo étnico, casta, orientação sexual, religião, deficiência, estado civil, ocupação ou convicções políticas;
 - v. privacidade e confidencialidade: prover atenção, tratamento e orientação que seja de caráter privado e confidencial;
 - vi. informação: direito a saber quais as informações que foram coletadas e ter acesso a estas informações.

- c) *Perspectiva de gênero e igualdade e diversidades culturais/étnicas*: a prevenção e a resposta à violência também deveriam levar em consideração normas de gênero, sobretudo construções perniciosas das masculinidades que desvalorizam o papel da mulher, toleram o uso da violência e culpam a mulher pela violência sofrida por ela. É importante compreender que a violência contra a mulher tem suas raízes em desequilíbrios de poder e desigualdades estruturais entre mulheres e homens, que as mulheres podem ter menos acesso que os homens a recursos como dinheiro ou informação e que isto pode afetar a capacidade da mulher de sair de uma situação

de maus-tratos. É também importante reconhecer e abordar as diversas formas de discriminação que podem contribuir para maior vulnerabilidade à violência em razão de classe, cultura/grupo étnico, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros.

- d) *Uma resposta multissetorial*: a resposta dos sistemas de saúde à violência contra a mulher deveria ser uma resposta multissetorial abrangente e coordenada. Isso requer parcerias entre vários setores, inclusive saúde, mecanismos para o progresso das mulheres ou promoção da igualdade de gênero, proteção infantil, educação, aplicação da lei, questões judiciais e sociais. Também requer coordenação e parcerias entre os setores público e privado, bem como a sociedade civil, associações profissionais, universidades e outros interessados, conforme apropriado à situação de cada país.
- e) *Prática com base científica*: programas, políticas e serviços para prevenir e responder à violência contra a mulher deveriam se basear nas melhores evidências científica disponíveis e/ou no consenso das boas práticas e deveriam ser adaptados especificamente ao contexto sociocultural.
- f) *Enfoque de ciclo de vida*: este enfoque reconhece que fatores positivos e negativos podem influir nas trajetórias e desfechos do desenvolvimento e da saúde de um indivíduo e reconhece as diferentes manifestações de violência ao longo do ciclo de vida.
- g) *Uma resposta integral*: uma resposta integral para abordar a violência também requer o planejamento progressivo de programas que leva em consideração os diferentes estágios de desenvolvimento dos sistemas de saúde nos países.
- h) *Participação da comunidade*: deveria haver um esforço para se ouvirem as necessidades dos membros da comunidade, incluindo os que vivenciam ou sofreram violência, e fazer com que participem de modo relevante na elaboração de políticas e programas e no monitoramento e avaliação.
- i) *Autonomia e empoderamento*: o planejamento de programas deveria respeitar a autonomia dos indivíduos de tomar decisões plenas, esclarecidas e espontâneas com relação à atenção prestada a eles e os serviços procurados por eles. Os programas, políticas e serviços também precisam empoderar os que sofrem violência ou são afetados por ela ao respeitar sua dignidade, reforçar o seu valor como pessoas, não culpá-los nem julgá-los pela vivência da violência e dar informações, orientação e serviços que lhes permitem tomar suas próprias decisões.
- j) *Envolvimento de homens e meninos*: envolver homens e meninos na prevenção é um componente fundamental dos esforços de promover a igualdade de gênero, empoderar a mulher e mudar atitudes, práticas e estereótipos sociais e culturais que contribuem para a violência masculina contra a mulher.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

54º. CONSELHO DIRETOR

67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

CD54/9, Rev. 2

Anexo C

Original: inglês

PROJETO DE RESOLUÇÃO

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA O REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE PARA ABORDAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (documento CD54/9, Rev. 2);

Tendo em mente que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece que “o aproveitamento do mais alto padrão atingível de saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano sem distinção de raça, religião, crença política e condição econômica ou social”;

Observando que a violência contra a mulher constitui um problema de saúde pública de graves proporções e uma violação ou vulneração dos direitos humanos e das liberdades fundamentais da mulher, e impede ou anula a observância, o gozo e o exercício de tais direitos e liberdades;

Profundamente preocupado que a violência contra a mulher atinge uma em cada três mulheres nas Américas;

Consciente de que a violência contra a mulher pode assumir muitas formas, mas que a violência sexual, física e emocional praticada pelo parceiro contra uma mulher é a forma mais prevalente de violência contra a mulher;

Ciente de que a violência contra a mulher tem raízes na desigualdade de gênero e no desequilíbrio de poder entre homens e mulheres;

Consciente de que tal violência tem consequências profundas e permanentes para a saúde da mulher, saúde dos seus filhos e bem-estar das suas famílias e comunidades, e para a economia e o desenvolvimento das nações;

Reconhecendo que os sistemas de saúde têm um papel importante a desempenhar de prevenir e responder à violência contra a mulher como parte de um esforço abrangente e multissetorial;

Recordando a resolução WHA67.15 (2014), sobre o fortalecimento do papel do sistema de saúde para abordar a violência, em particular a violência contra as mulheres e meninas e contra as crianças;

Recordando outras resoluções relevantes dos Órgãos Diretivos da OPAS como a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (CD53.R14 [2014]), Saúde e direitos humanos (CD50.R8 [2010]) e o Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero (CD49.R12 [2009]),

RESOLVE:

1. Aprovar e implementar a *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* no contexto das condições particulares de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração as responsabilidades comuns dos Estados federados, a:
 - a) melhorar a coleta e a divulgação de dados comparáveis sobre a magnitude, formas, fatores de risco e de proteção e consequências para a saúde da violência contra a mulher;
 - b) reforçar o papel dos próprios sistemas de saúde para abordar a violência contra a mulher a fim de assegurar que todas as mulheres em risco ou afetadas pela violência, inclusive as mulheres em situações de vulnerabilidade devido à própria condição socioeconômica, idade, identidade racial ou étnica, orientação sexual, identidade de gênero e/ou deficiências, tenham acesso oportuno, efetivo e financeiramente acessível aos serviços de saúde;
 - c) incentivar a abordagem da violência contra a mulher em iniciativas de saúde relevantes, como saúde materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva, HIV/aids e saúde mental;
 - d) promover a participação do sistema de saúde com outros parceiros do governo e da sociedade civil como parte de um esforço multissetorial para abordar a violência contra a mulher;

- e) considerar as implicações orçamentárias relacionadas e salvaguardar recursos suficientes para apoiar a implementação dos esforços para abordar a violência contra a mulher.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) apoie a implementação da estratégia e plano de ação a fim de preservar e estreitar a colaboração entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e os países e territórios para abordar a violência contra a mulher;
 - b) continue a corroborar os esforços da OPAS e da OMS para produzir comprovação científica sobre a magnitude, tendências, consequências para a saúde e fatores de risco e de proteção relacionados à violência contra a mulher e sobre estratégias efetivas de prevenção e resposta a esse tipo de violência;
 - c) continue a apoiar os países e territórios, quando o solicitarem, dando assistência técnica para fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para abordar a violência contra a mulher;
 - d) facilite a cooperação da OPAS com as comissões, órgãos e relatorias de direitos humanos das Nações Unidas e do sistema interamericano;
 - e) continue a priorizar a prevenção da violência contra a mulher e considerar a possibilidade de alocar mais recursos para implementar a estratégia e plano de ação.



Relatório sobre as Repercussões Financeiras e Administrativas do Projeto de Resolução para a Repartição

1. **Tema da agenda:** 4.6 – Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher
2. **Relação com o Programa e Orçamento 2014-2015:**
 - a) **Categorias:** 2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco, e 3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida
 - b) **Áreas programáticas e resultados intermediários:**

Área programática 2.3: Violência e traumatismos
Resultado Intermediário (RIT) 2.3: Redução dos fatores de risco associados à violência e aos traumatismos com ênfase na segurança viária, traumatismos infantis e violência contra crianças, mulheres e jovens.

Área programática 3.1: Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva
RIT 3.1: Maior o acesso a intervenções para melhorar a saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto.
3. **Repercussões financeiras:**
 - a) **Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):** US\$ 4.900.000
 - b) **Custo estimado para o biênio 2016-2017 (inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):** US\$ 980.000
 - c) **Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas:** A Repartição tem um membro do pessoal na área de violência contra a mulher e financiamento limitado para o trabalho programático nesta área temática está incluído no Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, porém, seriam necessários recursos financeiros e humanos adicionais para expandir a prevenção e a resposta à violência contra a mulher na Região, particularmente para a provisão de apoio técnico aos Estados Membros e territórios.
4. **Repercussões administrativas:**
 - a) **Níveis da Organização em que se seriam tomadas medidas:** Este trabalho será realizado em todos os níveis da Organização: país, sub-regional e regional. Além disso, também se procurará obter a colaboração entre as regiões.
 - b) **Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):** Para expandir os esforços na área de violência contra a mulher, seria necessário mais outro profissional.
 - c) **Prazos (prazos amplos para as atividades de aplicação e avaliação):** O projeto de resolução abrange o período 2015–2025 e requer esforço e compromisso por parte de todos os Estados Membros e da Repartição Sanitária Pan-Americana.



**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA
COM OS MANDATOS INSTITUCIONAIS**

- 1. Tema da agenda:** 4.6 – Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher
- 2. Unidade responsável:** Família, Gênero e Ciclo de vida (FGL/HL)
- 3. Preparado por:** Alessandra Guedes
- 4. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:**
Embora a prevenção e a resposta à violência contra a mulher estejam vinculadas à maioria das áreas de ação expostas na Agenda de Saúde para as Américas, as áreas de ação a seguir são as mais pertinentes:
 - Abordar os determinantes da saúde
 - Aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade
- 5. Vínculo entre este tema e o [Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#):**
A prevenção e a resposta à violência contra a mulher estão diretamente relacionadas à maioria das categorias do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, porém, as categorias a seguir são as mais pertinentes:
Categoria 2: Doenças não transmissíveis e fatores de risco
Categoria 3: Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida
Categoria 4: Sistemas de saúde
- 6. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**
Há cinco centros colaboradores trabalhando na prevenção da violência e traumatismos nas Américas:
 - Canadá: Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention/National Public Health Institute of Quebec
 - Brasil: Núcleo de Estudos da Violência/Universidade de São Paulo
 - México: Instituto Nacional de Salud Pública
 - EUA: International Injury Research Unit / Johns Hopkins University
 - EUA: National Center for Injury Prevention and Control/Centers for Disease Control and Prevention

A OPAS também realiza contínuos esforços de colaboração com várias outras organizações, inclusive organismos das Nações Unidas (Unicef, ONU Mulheres, FNUAP), centros acadêmicos (George Washington University, Johns Hopkins University School of Nursing) e outros (Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial, Organização dos Estados Americanos).

7. Boas práticas nesta área e exemplos de países da Região das Américas:

- Produzir comprovação científica sobre a magnitude, tendências, consequências para a saúde e fatores de risco e de proteção relacionados à violência contra a mulher.
- Reforçar a capacidade dos sistemas de saúde para que os profissionais da saúde possam identificar e proporcionar atendimento e apoio efetivos, seguros e oportunos a mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual.
- Investir em estratégias de prevenção com base científica que visam os principais fatores de risco como, sem se limitar a eles:
 - contestar as normas de gênero que toleram o uso da violência contra a mulher;
 - prevenir maus-tratos de crianças;
 - prevenir o uso prejudicial de álcool.
- Assegurar que a violência contra a mulher seja abordada dentro dos respectivos programas de saúde, como saúde materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva e saúde mental.

8. Repercussões financeiras do tema:

- O custo total estimado para a implementação durante a vigência da resolução (2015–2025) é de US\$ 4.900.000.
- O custo estimado para o biênio 2016–2017 é de aproximadamente US\$ 980.000.
