

INSPIRE

Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças



Publicado pela Organização Mundial da Saúde 2016

INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.

© **Organização Mundial da Saúde 2016**

A Organização Mundial da Saúde outorgou direitos de tradução e publicação para uma edição em português ao Núcleo de Estudos da Violência, que é o único responsável pela qualidade e pela fidelidade da versão em português. Na ocorrência de inconsistência entre a versão em inglês e a versão em português, a versão em inglês será a versão obrigatória e autêntica.

INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças

© **Núcleo de Estudos da Violência 2018**

O documento original foi concebido e planejado por Without Violence.

Tradução em português: B&C Textos

Revisão técnica: Maria Fernanda Tourinho Peres.

Créditos das fotos nas páginas de abertura:

OMS/Christopher Black

OMS/Chapal Khasnabis

OMS/TDR/Julio Takayama

Banco Mundial/Kibae Park/Sipa

OMS/Christopher Black

OMS/TDR/Julio Takayama

OMS/Christopher Black

Esta tradução foi realizada com apoio financeiro da FAPESP (n. de processo 2013/07923-7)



INSPIRE

Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças

Implementação e vigilância do cumprimento das leis



Normas e valores



Segurança do ambiente



Pais, mães e cuidadores recebem apoio



Incremento de renda e fortalecimento econômico



Resposta de serviços de atenção e apoio



Educação e habilidades para a vida



VERSÃO PORTUGUESA

WHO Collaborating Centre for Research on Violence Prevention

Agradecimentos

INSPIRE: Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças reflete as contribuições de técnicos especialistas de todas as agências principais que formam parte desta iniciativa e de muitos outros parceiros.

Alexander Butchart (OMS) e Susan Hillis (CDC) coordenaram e redigiram o documento, contando no texto preliminar com a assistência de Angela Burton, que também editou e fez a revisão do documento. Etienne Krug (OMS) determinou a orientação estratégica geral. Adicionalmente:

- CDC contribuiu com informações adicionais fornecidas por James Mercy e Linda Dahlberg;
- *End Violence Against Children: The Global Partnership* contribuiu com informações fornecidas por Barbara Ammirati, Susan Bissell e David Steven;
- PEPFAR trouxe contribuições de Janet Saul;
- *Together for Girls* contribuiu com informações fornecidas por Michele Moloney-Kitts e Rebecca Gordon;
- UNICEF trouxe contribuições de Theresa Kilbane, Consultora Sênior, e Jeanette Trang, do programa *UNICEF Child Protection*, com considerações setoriais adicionais fornecidas pela equipe técnica de Proteção da Criança, Comunicação para o Desenvolvimento, Deficiência, Desenvolvimento na Primeira Infância, Educação, Gênero, Saúde, Inclusão Social e Dados e Análises;
- UNODC trouxe contribuições de Anna Giudice Saget, Giulia Melotti, Kobie Mulligan e Sven Pfeiffer;
- USAID trouxe contribuições de Gretchen Bachmann e John Williamson;
- OMS/OPAS contribuiu com informações adicionais fornecidas por Betzabe Butron, Alessandra Guedes, Alison Harvey, Constanza Hege, Berit Kieselbach, Marcelo Korc e Christopher Mikton, com suporte administrativo de Claire Scheurer;
- Banco Mundial trouxe contribuições de Diana Arango e Andrés Villaveces.
- Agradecemos também a Kathleen Cravero, Florence Bruce e Brigette Delay, da *Oak Foundation*, por viabilizar a revisão do documento realizada por uma organização da sociedade civil, assim como os procedimentos para sua implementação. Pelos comentários feitos à revisão, agradecemos às seguintes organizações: *African Child Policy Forum; Children and Violence Evaluation Challenge Fund; Child Rights Forum; Child Protection in Crisis Network; End Child Prostitution in Asian Tourism International; End FGM EU Network; Eurochild Network; Girls Not Brides; Global Initiative to End all Corporal Punishment Against Children; Promundo; Save the Children; SOS Villages; World Vision.*

Em nome de todas as agências participantes, a OMS expressa seu agradecimento aos Centros dos Estados Unidos para o Controle e a Prevenção de Doenças (CDC), pelo generoso apoio financeiro para o desenvolvimento e a publicação deste documento.

Acrônimos

.....
CDC: Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças
.....

CRC: Convenção sobre os Direitos da Criança
.....

Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes: Parceria Global
.....

OPAS: Organização Pan-americana da Saúde
.....

PEPFAR: Programa Emergencial do Presidente para Alívio da Aids
.....

TfG: Juntos pelas Meninas
.....

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
.....

UNODC: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
.....

USAID: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
.....

OMS: Organização Mundial da Saúde
.....

Índice

PREFÁCIO	7
INSPIRE: um panorama	8
INSPIRE: visão	9
INSPIRE: a colaboração	9
Pôr fim à violência contra crianças é uma prioridade	10
Magnitude da violência contra crianças	12
Definindo violência contra crianças	14
Tipos de violência contra crianças	14
Consequências e custos da violência contra crianças	15
Causas fundamentais da violência contra crianças	16
Potencial de prevenção da violência contra crianças	18
INSPIRE: Componentes	20
INSPIRE: Implementação	26
INSPIRE: Estratégias e abordagens	28
Implementação e vigilância do cumprimento de leis	30
Leis que proíbem pais, mães, professores ou outros cuidadores de aplicar castigos físicos violentos a crianças	32
Leis que criminalizam o abuso sexual e a exploração de crianças	34
Leis que previnem o consumo abusivo de álcool	34
Leis que limitam o acesso de jovens a armas de fogo e a outros tipos de armamento	35
Normas e valores	36
Mudança na adesão a normas sociais e de gênero restritivas e prejudiciais	38
Programas de mobilização da comunidade	40
Intervenções dirigidas a testemunhas	40
Segurança do ambiente	42
Reduzindo a violência por meio da atuação em “áreas críticas”	44
Interrupção da propagação da violência	46
Melhoria do ambiente construído	46
Pais, mães e cuidadores recebem apoio	48
Apoio a pais, mães e cuidadores por meio de visitas domiciliares	50
Capacitação e apoio para pais, mães e cuidadores oferecidos por meio de grupos nas comunidades	52
Apoio e capacitação de pais, mães e cuidadores como parte de programas integrais	53

Incremento de renda e fortalecimento econômico	54
Transferência direta de renda	56
Associações comunitárias de poupança e empréstimo combinadas à educação para a equidade de gênero	58
Microfinanciamento combinado à educação sobre normas e equidade de gênero	58
Respostas de serviços de atenção e apoio	60
Aconselhamento e apoio terapêuticos	62
Rastreamento de casos combinado a intervenções	64
Programas de tratamento para adolescentes em conflito com a lei no sistema de justiça criminal	65
Intervenções de acolhimento familiar, com participação dos serviços de bem-estar social	65
Educação e habilidades para a vida	66
Aumento da taxa de matrículas na educação infantil e nos níveis 1 e 2 do ensino fundamental	68
Criação de um ambiente escolar seguro e estimulante	68
Melhoria do conhecimento das crianças sobre o abuso sexual e maneiras de se proteger	70
Formação de habilidades sociais e para a vida	71
Programas dirigidos a adolescentes para prevenção de violência infligida por parceiro íntimo	72
INSPIRE: Atividades transversais	74
Atividade transversal 1: Ações multissetoriais e coordenação	75
Atividade transversal 2: Monitoramento e avaliação	78
Monitoramento	78
Avaliação	81
Considerações sobre a implementação	82
Construir compromisso nacional	84
Avaliar necessidades	84
Selecionar intervenções	85
Adaptar intervenções ao contexto local	86
Elaborar planos de ação para os governo nos níveis nacional e local	86
Estimar custos	88
Identificar fontes sustentáveis de apoio financeiro	89
Desenvolver e gerenciar recursos humanos	89
Implementar, monitorar e avaliar	90
CONCLUSÃO	92
ANEXO: GLOSSÁRIO	94
REFERÊNCIAS	96



Prefácio

Pôr fim à violência contra crianças: um chamamento urgente à ação

Imagine que você acordou esta manhã com a notícia de que cientistas haviam descoberto uma nova doença, que a cada ano poderia afetar até um bilhão de crianças em todo o mundo. E que, em consequência, essas crianças estariam, por toda a vida, em maior risco de sofrer transtornos mentais e de ansiedade, doenças crônicas, como problemas cardíacos, diabetes e câncer, doenças infecciosas, como infecção por HIV, e problemas sociais, como crime e abuso de drogas. Se existisse essa doença, o que faríamos?

A verdade é que essa “doença” já existe: é a violência contra crianças. E uma das primeiras coisas a fazer é utilizar as evidências de que já dispomos para adotar ações imediatas, eficazes e sustentáveis para prevenir essa violência.

Os progressos na compreensão e na prevenção da violência contra todas as crianças, do nascimento até os 18 anos de idade, vêm avançando rapidamente. Embora sejam necessários maiores investimentos para aumentar nosso conhecimento a respeito da melhor maneira de prevenir a violência contra crianças, já temos evidências suficientes que nos permitem deter a violência e substituí-la por ambientes seguros, estáveis e estimulantes nos quais as crianças possam desenvolver-se plenamente.

Este conjunto de sete estratégias está baseado em evidências crescentes de que é possível prevenir a violência contra crianças, e em um consenso público cada vez mais amplo de que ela já não pode mais ser tolerada. Este conjunto de estratégias ajudará a unificar esforços multissetoriais para aumentar a percepção de que, embora os níveis de violência variem dentro dos países, e entre eles, nenhuma sociedade está imune, uma vez que a violência contra crianças acontece em todos os lugares; e ajudará a estimular maior engajamento na prevenção da violência e no tratamento de suas consequências danosas, quando venham a ocorrer.

Este conjunto de estratégias está fundamentado no reconhecimento, pela Convenção sobre os Direitos da Criança, de que todas as crianças têm o direito de estar a salvo de qualquer forma de violência. Responde também aos impactos custosos e de longo alcance que a violência contra a criança provoca sobre a saúde pública e o desenvolvimento. Trata-se de uma ferramenta

essencial para que se atinja a meta 16.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que pede a extinção de todas as formas de violência contra a criança, e será útil para o cumprimento das Metas 1, 3, 4, 5, 10, 11 e 16, relativas a pobreza, saúde, educação, igualdade de gênero, ambientes seguros e justiça.

Temos uma oportunidade e a responsabilidade de prevenir a violência, proteger as crianças e gerar impacto positivo sobre uma ampla gama de desafios de saúde, sociais e econômicos com que se defrontam os países de renda baixa, média e alta. A violência contra crianças pode ser evitada se a comunidade global agir de imediato, de maneira inteligente e em uníssono. Este conjunto de estratégias apresenta formas baseadas em evidências para atingir este objetivo.



Margaret Chan,
Diretora Geral, OMS



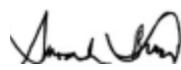
Michele Moloney-Kitts,
Diretora, *Together for Girls*



Thomas Frieden,
Diretor, CDC



Anthony Lake,
Diretor Executivo, UNICEF



Susan Bissell,
Directora, *End Violence
Against Children*



Yury Fedotov,
Executive Director, UNODC



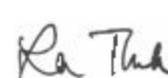
Carissa Etienne,
Diretora, OPAS



Gayle Smith,
Administradora, USAID



Deborah Birx,
US Global AIDS
Coordenadora, PEPAA



Laura Tuck,
Vice-presidente para
o Desenvolvimento
Sustentável, Banco Mundial



INSPIRE: um panorama

INSPIRE é um recurso baseado em evidências para todos aqueles que estão comprometidos com a prevenção e a resposta à violência contra crianças – de governos a pessoas comuns, da sociedade civil ao setor privado. Consiste em um grupo selecionado de estratégias baseadas nas melhores evidências disponíveis para ajudar os países e as comunidades a concentrar esforços em programas e serviços de prevenção que sejam dotados de um maior potencial para redução da violência contra crianças. As sete estratégias são: Implementação e vigilância do cumprimento das leis; Normas e valores; Segurança do ambiente; Pais, mães e cuidadores recebem apoio; Incremento de renda e fortalecimento econômico; Resposta de serviços de atenção e apoio; e Educação e habilidades para a vida. Além disso, INSPIRE inclui duas atividades transversais que, em conjunto, contribuem para conectar e fortalecer as setes estratégias – e avaliar os seus progressos.

As sete estratégias INSPIRE são mais eficazes quando são implementadas como parte de um plano abrangente e multissetorial que associe suas sinergias, uma vez que essas estratégias visam trabalho em conjunto e reforço recíproco. Embora em muitos países diversas pessoas interessadas estejam trabalhando para eliminar a violência contra crianças, seus esforços nem sempre são coordenados e apoiados, e poucos são empreendidos em larga escala. Portanto, são essenciais mecanismos de coordenação, uma vez que nenhum setor consegue oferecer isoladamente o conjunto completo de intervenções, e nenhum governo pode lidar individualmente com as crescentes ameaças a suas crianças, que hoje ultrapassam fronteiras nacionais. Assim, os esforços de implementação do conjunto de estratégias devem estimular a cooperação e a aprendizagem, tanto nos países quanto entre eles.

INSPIRE: visão

A visão de INSPIRE é um mundo em que todos os governos, com a participação ativa da sociedade civil e das comunidades, adotem uma rotina de implementação e monitoramento de intervenções com o objetivo de prevenir e enfrentar a violência contra crianças e adolescentes e de ajudá-los a alcançar seu pleno potencial.

Essa visão reforça as proteções garantidas pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC, sigla em inglês), que obriga os Estados Partes a tomar todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger as crianças contra todas as formas de violência enquanto estiverem sob a custódia dos genitores, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa responsável por ela. Reflete ainda a necessidade urgente de enfrentar a enorme carga que a violência contra crianças representa para a sociedade e a saúde pública.

INSPIRE tem por objetivo ajudar os países e as comunidades a alcançarem as prioridades centrais

dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 (ODS 2030), um novo conjunto de metas que os Estados Membros da ONU utilizarão para orientar suas prioridades de 2016 a 2030. Entre aquelas que dizem respeito à violência contra a criança estão a Meta 16.2 – “Pôr fim ao abuso, à exploração, ao tráfico e a todas as formas de violência e tortura contra crianças”; a Meta 5.2 – “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas pública e privada, incluindo tráfico e exploração sexual ou de qualquer outro tipo”; e a Meta 16.1 – “Reduzir significativamente, e em todos os lugares, todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionadas a elas”.

Adicionalmente, as sete estratégias INSPIRE são apoiadas por atividades que contribuem para outras metas dos ODS. Essas outras metas têm como objetivo eliminar fatores de risco associados à violência contra crianças, como os que abordam a pobreza, saúde, igualdade de gênero, educação, ambientes seguros e justiça. Portanto, é importante que estejam incluídos nos programas de prevenção da violência contra todas as crianças.

INSPIRE: a colaboração

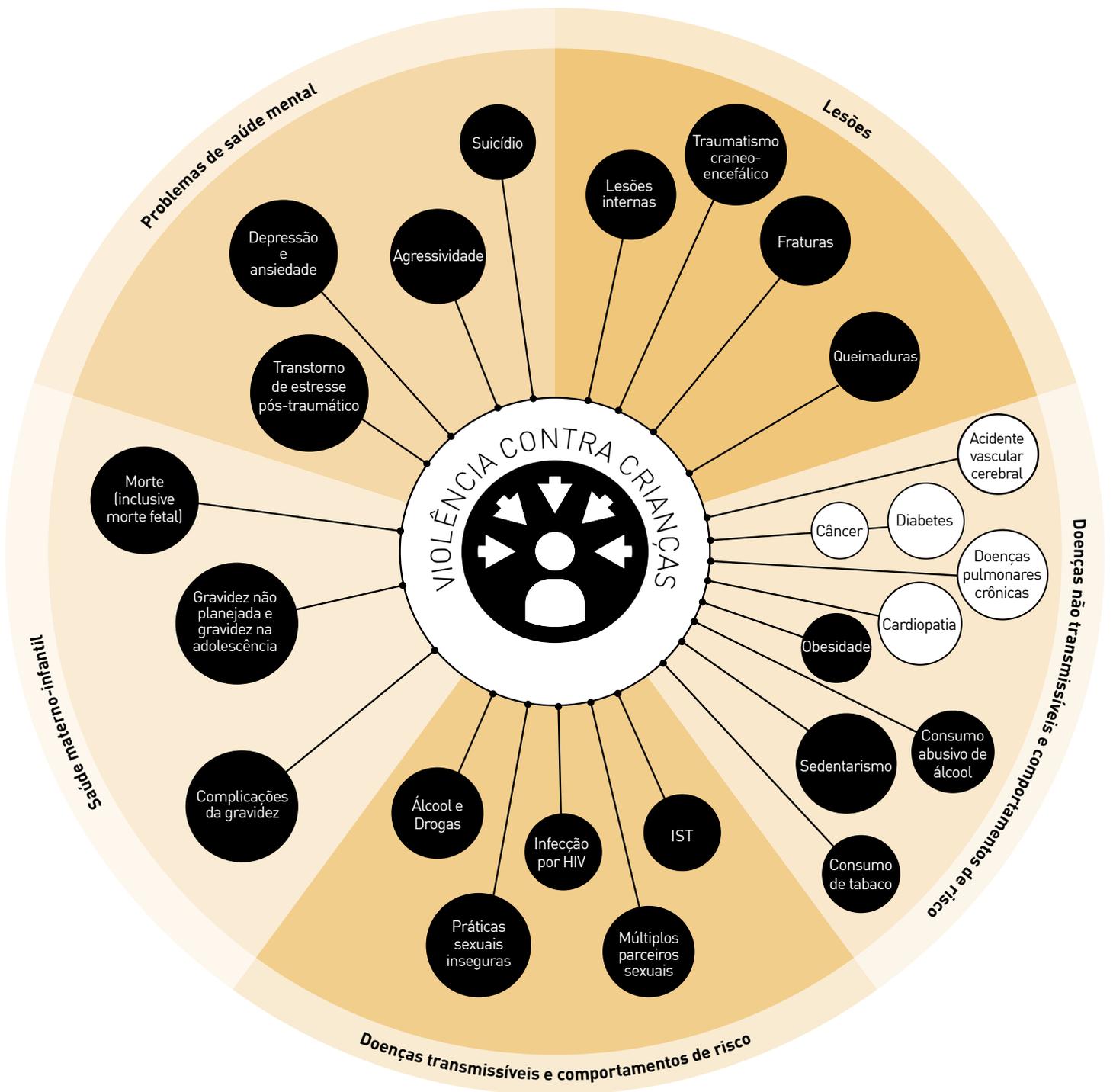
A Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início à preparação do conjunto de estratégias INSPIRE em colaboração com: Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC); Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes; Organização Pan-americana da Saúde (OPAS); Programa Emergencial do Presidente para Alívio da Aids (PEPFAR); Programa Together for Girls [Juntos pelas meninas]; Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID); e Banco Mundial [agências com longa história de estímulo a abordagens consistentes e apoiadas em evidências para a prevenção da violência contra crianças].



Pôr fim à violência contra crianças é uma prioridade

A violência contra os membros mais vulneráveis de nossa sociedade – nossas crianças e nossos adolescentes – tem um impacto devastador e leva a uma extensa gama de problemas sociais e de saúde [**Figura 1**]. No entanto, grande parte dessa violência é previsível e pode ser prevenida por meio de programas que abordem suas causas e fatores de risco.

Figura 1: Possíveis consequências da violência contra crianças para a saúde



Efeito direto

Efeito indireto decorrente da adoção de comportamento de alto risco

Magnitude da violência contra crianças

A análise de dados de uma pesquisa com representatividade nacional sobre a prevalência de violência contra crianças realizada em 96 países estima que, em todo o mundo, um bilhão de crianças – mais do que 50% das crianças entre 2 e 17 anos de idade – sofreram violência psicológica, física ou sexual no ano anterior [2].

Apesar da alta prevalência, a violência contra crianças é frequentemente escondida, invisível ou sub-notificada. Sua natureza oculta está bem documentada [3] – por exemplo, uma meta-análise de dados mundiais constata que abusos sexuais e abusos físicos, quando auto-referidos, são, respectivamente, 30 vezes e 75 vezes mais frequentes do que sugerem os registros oficiais [4, 5].

Meninas são particularmente vulneráveis à violência sexual. Por exemplo, a prevalência na vida de abuso sexual na infância é de 18% para meninas, contra 8% para meninos [4]. Perpetradores de violência sexual contra meninas são majoritariamente homens. Meninas têm também maior probabilidade de sofrer violência (sexual ou física) praticada por parceiros íntimos; estupro por conhecidos ou desconhecidos; casamento precoce e forçado; tráfico com finalidade de exploração sexual ou de trabalho infantil; e mutilação/corte genital. Esses atos de violência ocorrem em muitos contextos, inclusive naqueles em que as meninas deveriam estar seguras e bem cuidadas: nos lares; em percursos para a escola ou na volta da escola; em suas comunidades; e em situações de emergência humanitária, deslocamentos ou contextos pós-conflito.



Em termos globais, aproximadamente **uma em cada três** meninas adolescentes com idade entre 15 e 19 anos (84 milhões) foi vítima de violência psicológica, física e/ou sexual perpetrada por marido ou parceiro [6].

Meninos são mais propensos a tornar-se tanto vítimas como perpetradores de homicídio, normalmente envolvendo armamentos, como armas de fogo ou facas [7].

Homicídio está entre as cinco principais causas de morte na adolescência, sendo que meninos são vítimas ou perpetradores em mais de 80% das ocorrências. Além disso, para cada homicídio existem centenas de vítimas, em sua maioria homens vítimas de violência juvenil, que sofrem lesões não-fatais. Meninos têm também maior probabilidade de ser vítimas e perpetradores de brigas e violência [7].

As altas taxas de violência contra meninas e meninos mostra um quadro alarmante da extensão em que crianças convivem com as consequências da violência, sem contar com uma estrutura de apoio ou de serviços. Em muitos países, a verdadeira dimensão do problema é muito subestimada – em parte, porque as estimativas de prevalência são baseadas em dados oficiais utilizados pelos sistemas de saúde ou do judiciário, e não em dados de pesquisas nacionais; e em parte, devido a crenças amplamente difundidas que levam as pessoas, inclusive as crianças, a ver a violência como norma, e não como um problema que exige atenção. Além disso, meninas e meninos que relatam essas violências são frequentemente estigmatizados ou desacreditados, e nenhuma providência é tomada. Embora a violência possa estar escondida, com o passar do tempo suas consequências acabarão por emergir [8], criando uma sobrecarga difusa, duradoura e de alto custo para crianças e adultos, comunidades e nações.

Em 2012, homicídios tiraram a vida de cerca de 95 mil crianças e adolescentes com menos de 20 anos de idade – quase **uma em cada cinco** vítimas de homicídio naquele ano [6].



Definindo violência contra crianças

Este conjunto de estratégias define crianças como todas as pessoas menores de 18 anos de idade, e portanto define violência contra crianças como violência contra todas as pessoas menores de 18 anos. Segundo a OMS, violência é “O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” [9]. Portanto, violência inclui mais do que atos que resultam em danos físicos. Suas consequências vão muito além de mortes ou lesões, podendo incluir doenças transmissíveis e não transmissíveis, danos psicológicos, comportamentos de risco, deficiência de desempenho educacional ou ocupacional e envolvimento em crimes.

Tipos de violência contra crianças

A maior parte dos casos de violência contra crianças envolve pelo menos um de seis tipos principais de violência interpessoal^a, que tendem a ocorrer em diferentes estágios do desenvolvimento de uma criança (**Figura 2**) [9]:

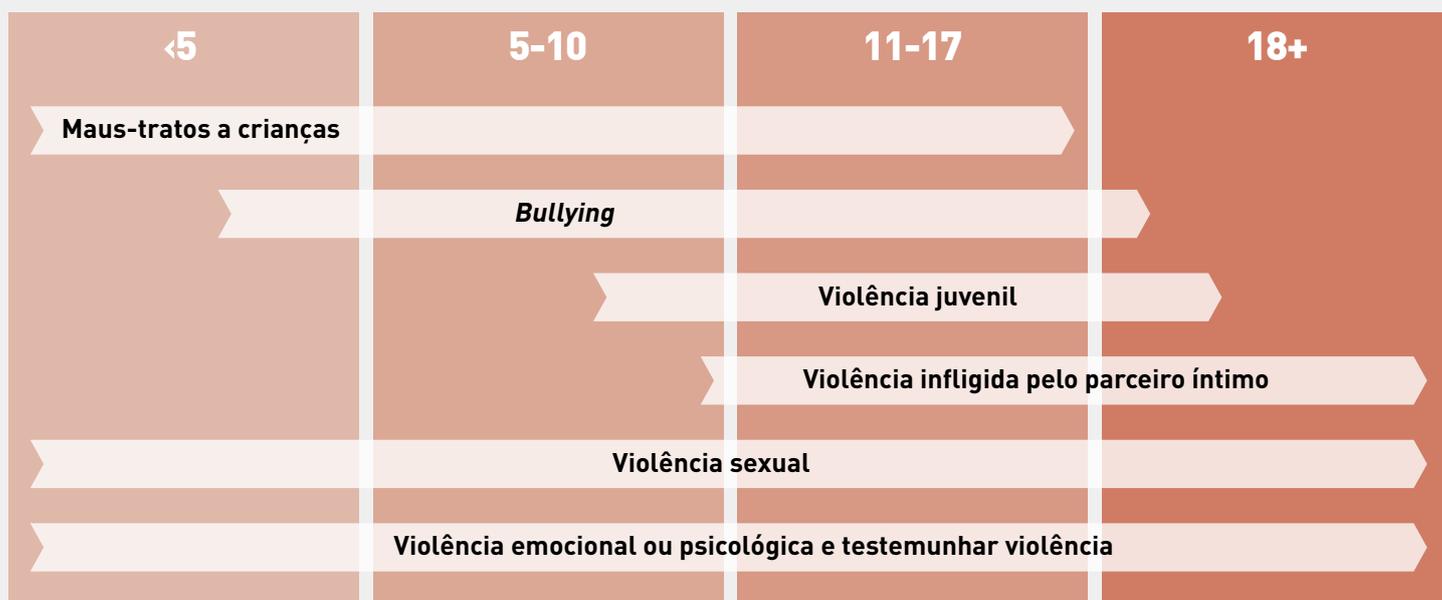
- **Maus-tratos (inclusive castigos violentos):** envolvem violência física, sexual, psicológica/emocional e negligência em relação a bebês, crianças e adolescentes, por pais, mães, cuidadores ou outras figuras de autoridade, mais frequentemente em casa, mas também em contextos como escolas ou orfanatos.
- **Bullying (inclusive bullying cibernético):** é o comportamento agressivo indesejável de uma criança ou um grupo de crianças que não são irmãos nem têm relações afetivas com a vítima. Envolve danos físicos, psicológicos ou sociais recorrentes, e é praticado frequentemente em escolas e outros contextos em que as crianças se reúnem, e *on-line*.
- **Violência juvenil:** está concentrada na faixa etária de 10 a 29 anos. Ocorre mais frequentemente em contextos comunitários, entre conhecidos e entre estranhos, inclui agressão física com ou sem armamentos (como armas de fogo e facas), e pode envolver violência praticada por gangues.
- **Violência infligida por parceiros íntimos (ou violência doméstica):** envolve violência praticada por pessoas que

têm ou tiveram um relacionamento íntimo. Embora homens também possam ser vítimas, esse tipo de violência afeta desproporcionalmente as mulheres. Ocorre comumente contra meninas em casamentos na infância ou casamentos precoces forçados. Entre adolescentes solteiras que vivem um relacionamento amoroso, esse tipo algumas vezes é denominado “violência no namoro”.

- **Violência sexual:** inclui contato sexual não consensual, efetivado ou tentado; atos não consensuais de natureza sexual que não envolvem contato (tais como *voyeurismo* ou assédio sexual); atos de tráfico sexual cometidos contra alguém incapaz de recusar ou consentir; e exploração *on-line*.
- **Violência emocional ou psicológica e testemunhar violência:** *violência emocional ou psicológica* inclui restrição dos movimentos de uma criança, atitudes que denigrem, ridicularizam, ameaçam e intimidam, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil; *testemunhar violência* pode envolver a situação de forçar uma criança a observar um ato de violência, ou a situação em que uma criança presencia acidentalmente atos de violência entre duas ou mais pessoas.

Quando dirigidos contra meninos ou meninas devido ao sexo biológico ou à identidade de gênero, qualquer desses tipos de violência pode constituir também violência baseada no gênero.

Figura 2: Tipo de violência por faixa etária afetada



^a As crianças podem ser afetadas também por outros dois tipos de violência que estão fora do escopo deste conjunto de estratégias: violência autodirigida, inclusive comportamento suicida e auto-abusivo; e violência coletiva, como guerra e terrorismo, cometida por grupos de pessoas mais numerosos. Além disso, INSPIRE não considera explicitamente o tráfico humano, um fator de risco que, em alguns contextos, pode aumentar a probabilidade de violência contra crianças. Por fim, não abrange mutilação/corte genital feminino, para a qual já existe orientação consolidada (por exemplo, <http://www.who.int/reproductive-health/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/> e http://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf).

Consequências e custos da violência contra crianças

As consequências imediatas e de longo prazo para a saúde pública e os custos econômicos da violência contra crianças comprometem os investimentos em educação, saúde e bem-estar da criança, e reduzem a capacidade produtiva das gerações futuras. A exposição precoce à violência pode prejudicar o desenvolvimento cerebral e produzir danos em outras partes do sistema nervoso, bem como nos sistemas endócrino, circulatório, músculo-esquelético, reprodutivo, respiratório e imune, com consequências ao longo de toda a vida [8]. Evidências sólidas mostram que a violência na infância aumenta riscos de lesões, de infecção por HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis, de problemas de saúde mental, de atraso no desenvolvimento cognitivo, de desempenho escolar deficiente e evasão, de gravidez precoce, de problemas de saúde reprodutiva, e de doenças transmissíveis e não transmissíveis [10-30].

O impacto econômico da violência contra crianças também é substancial, como evidenciam dados de países e regiões onde o custo financeiro dessa violência já foi estimado. Considerando apenas os Estados Unidos, o custo econômico total ao longo da vida associado a novos casos de maus-tratos a crianças no decorrer de um ano foi estimado para 2008 em US\$124 bilhões; e esses custos aumentam quando são considerados outros tipos de violência, como a violência juvenil [31-32]. Na região do Leste da Ásia e Pacífico, estima-se que os custos econômicos de apenas algumas poucas consequências que os maus-tratos a crianças acarretam para a saúde foram equivalentes a algo entre 1,4% e 2,5% do PIB anual da região [33].

Causas fundamentais da violência contra crianças

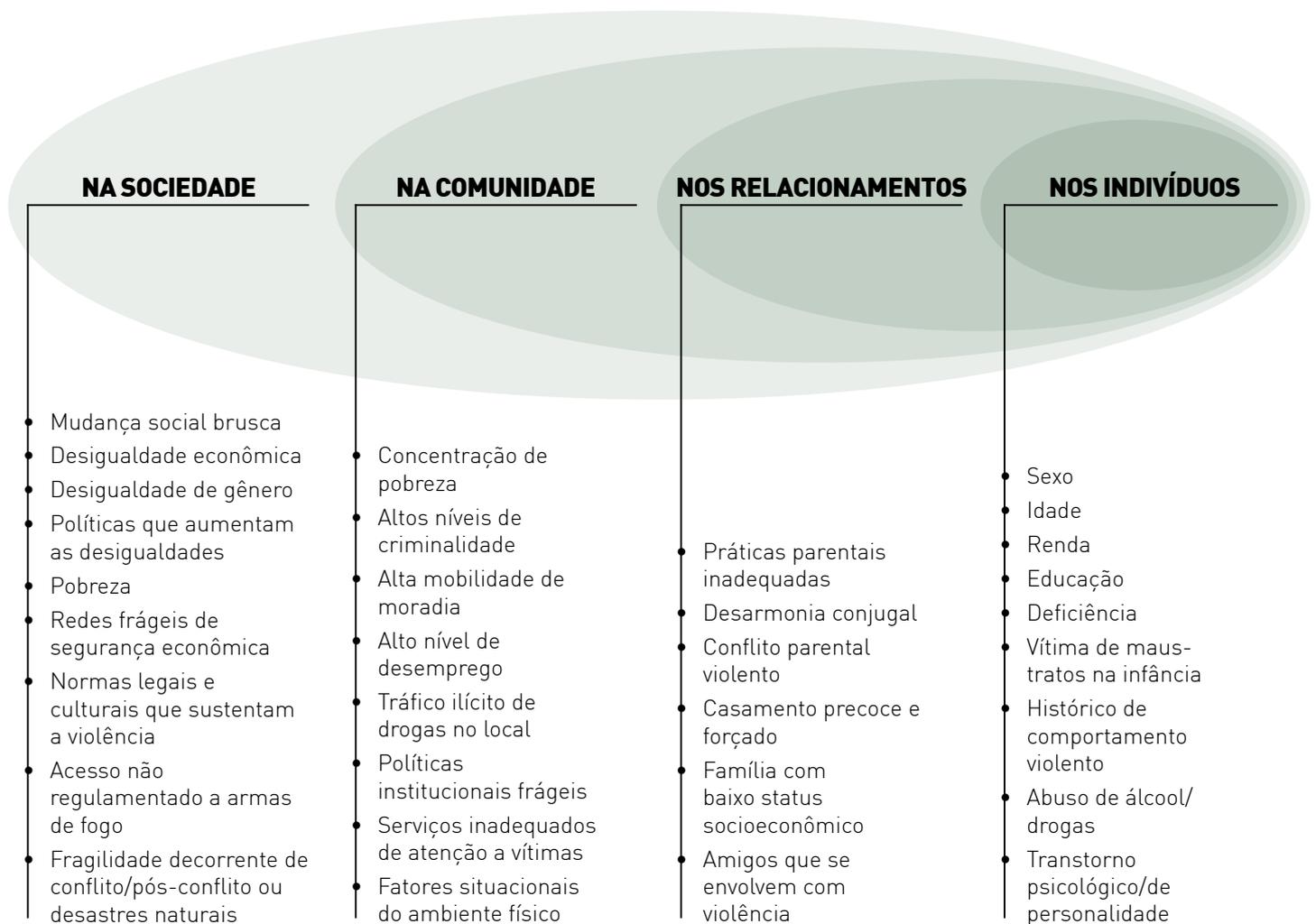
Um fator chave que torna as crianças, e especialmente as meninas, vulneráveis à violência (e que aumenta a probabilidade de que meninos e homens pratiquem tais violências) é a tolerância social, tanto da vitimização de meninas quanto da perpetração por parte de meninos e de homens. Esse tipo de abuso ou exploração é frequentemente percebido como normal e fora do controle das comunidades, o que, ao lado da vergonha, do medo e da crença de que ninguém pode ajudar, resulta em baixos níveis de denúncia às autoridades. Além disso, as vítimas muitas vezes são consideradas culpadas pela violência que sofreram. Essa tolerância da sociedade em relação à violência em geral e, particularmente, à violência sexual e perpetrada por parceiros íntimos decorre do status inferior de mulheres e crianças em muitas sociedades, e de normas culturais relacionadas a gênero e masculinidade. Dessa forma, mudanças em normas sociais relacionadas ao direito dos homens sobre o corpo de meninas e de mulheres – e ao controle de seu comportamento – são uma estratégia crucial para alcançar equidade de gênero, reduzir a violência contra meninas, formatar atividades de prevenção e dar atendimento a necessidades específicas de cuidados e apoio.

A violência está enraizada também em diversos outros fatores sociais, econômicos e culturais que têm impacto sobre a comunidade, as famílias, as relações e o modo como as crianças vivenciam seu dia a dia. O modelo ecológico-social retrata essa interação de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais (**Figura 3**) [9].

- **Nível individual:** Fatores de risco neste nível incluem aspectos da história biológica e pessoal, tais como sexo, idade, educação, renda, deficiência, atraso no desenvolvimento cerebral e cognitivo, transtornos psicológicos, consumo prejudicial de álcool, abuso de drogas e história de agressão ou maus-tratos.
- **Nível de relações sociais:** Fatores de risco incluem ausência de vínculo emocional, práticas parentais inadequadas, disfunção familiar e separação da família, associação com pares transgressores, crianças que testemunham atos de violência contra a mãe ou a madrasta, e casamento precoce ou forçado.
- **Nível da comunidade:** Fatores de risco incluem a maneira como as características de ambientes como escolas, locais de trabalho e vizinhança aumentam o risco de violência. Essas condições incluem pobreza, alta densidade populacional, populações em situação transitória, baixa coesão social, ambientes fisicamente inseguros, altas taxas de criminalidade, e existência de tráfico local de drogas.
- **Nível da sociedade:** Fatores de risco incluem normas legais e sociais que criam um clima no qual a violência é estimulada ou considerada normal. Incluem também políticas sociais, educacionais, econômicas e de saúde que mantêm desigualdades econômicas, sociais ou de gênero; proteção social ausente ou inadequada; fragilidade social devida a conflitos e pós-conflitos ou desastres naturais; governo frágil e aplicação precária das leis.

A interação de fatores de diferentes níveis é tão importante quanto a influência de fatores de um único nível [9]. Por exemplo, estudos longitudinais sugerem que complicações associadas a gravidez e parto – talvez porque podem levar a prejuízos neurológicos e transtornos psicológicos ou de personalidade (fatores de risco individuais) – parecem prever maus-tratos a crianças e violência juvenil, principalmente quando ocorrem em combinação com outros problemas da família, tais como práticas parentais inadequadas [34]. Diversos outros fatores de risco comuns – como disfunção familiar e baixa coesão social na comunidade – colocam algumas crianças em situação de risco muito maior do que o de outras. E à medida que crises humanitárias proliferam, incluindo guerra, movimentos em massa de refugiados, migração econômica, desastres climáticos e surtos de doença, é cada vez maior o número de crianças que se tornam vulneráveis a todas as formas de violência.

Figura 3: Modelo ecológico-social para a compreensão e a prevenção de violência contra crianças



Fonte: [9]

Embora programas e políticas frequentemente abordem de forma isolada diferentes tipos de violência, é importante reconhecer que esses diferentes tipos estão interligados, uma vez que compartilham causas fundamentais comuns. Por compartilhar causas comuns, ocorrem frequentemente em combinação, e um tipo pode conduzir a outro. Por exemplo, ser vítima de maus-tratos na infância pode aumentar o risco de vir a ser mais tarde vítima ou perpetrador de violência sexual, juvenil, autodirigida e contra parceiro íntimo. Crianças que testemunham atos de violência contra sua mãe ou sua madrasta perpetrados por parceiro íntimo também têm maior probabilidade de vivenciar esse tipo de violência mais tarde – seja como vítimas ou perpetradores [35-36]. Portanto, programas que abordam causas fundamentais de maneira eficaz têm alto potencial de reduzir múltiplas formas de violência contra criança.

Potencial de prevenção da violência contra crianças

A violência contra crianças é um problema multifacetado, com causas nos níveis do indivíduo, de relacionamentos próximos, da comunidade e da sociedade e, portanto, deve ser abordado simultaneamente em vários níveis diferentes. Nesse aspecto, o modelo ecológico-social atende a um duplo propósito, uma vez que cada nível do modelo representa uma dimensão em que riscos e oportunidades de prevenção existem a um só tempo.

Assim sendo, lidar com a violência contra crianças envolve a implementação de medidas para:

- criar ambientes familiares seguros, sustentáveis e estimulantes, e oferecer ajuda e apoio especializados a famílias em risco de violência;
- promover mudanças físicas para modificar ambientes inseguros;
- reduzir fatores de risco em espaços públicos (por exemplo, escolas, locais de reunião de jovens) para diminuir a ameaça de violência;
- agir contra desigualdades de gênero nos relacionamentos, nos lares, nas escolas, nos locais de trabalho etc.;
- modificar atitudes e práticas que apoiam o uso de violência;
- garantir estruturas legais que proíbam todas as formas de violência contra a criança, e limitar o acesso de jovens a produtos prejudiciais, como álcool e armas de fogo;
- prover acesso a serviços de boa qualidade para o atendimento a crianças afetadas por violência;
- eliminar as desigualdades culturais, sociais e econômicas que contribuem para a violência, reduzir a desigualdade de renda e garantir acesso equitativo a bens, serviços e oportunidades; e
- coordenar as ações dos múltiplos setores que têm um papel a desempenhar na prevenção e na solução da violência contra crianças.

Como será descrito nas próximas seções, as sete estratégias de INSPIRE abrangem todos esses pontos básicos para a prevenção e a solução da violência contra crianças e adolescentes.





INSPIRE: componentes

INSPIRE inclui **sete estratégias** que, em conjunto, oferecem um marco geral para pôr fim à violência contra crianças. Cada estratégia é apresentada com seu **objetivo** central; a **justificativa** para sua implementação; as metas que fazem parte dos ODS, para além da meta 16.2, para as quais contribui e que lhe dão suporte; **efeitos** potenciais na prevenção da violência contra crianças; **abordagens** específicas (incluindo programas, práticas e políticas), que contribuem para a implementação da estratégia; e **evidências** que apoiam essas abordagens.

As sete estratégias foram selecionadas com base na forte convergência existente entre diretrizes baseadas em pesquisas publicadas previamente pelas organizações que participam do INSPIRE. As pesquisas abordam os fatores de risco e de proteção para a violência contra crianças nos quatro níveis de risco que estão inter-relacionados (do indivíduo, das relações, da comunidade e da sociedade). A maioria demonstrou ter efeitos preventivos sobre diferentes tipos de violência, além de benefícios em áreas como saúde mental, educação e redução do crime. INSPIRE inclui ainda **duas atividades transversais** que, em conjunto, contribuem para conectar e fortalecer as sete estratégias, além de avaliar os progressos em sua implementação.



Critérios para inclusão

Cada estratégia INSPIRE inclui uma ou mais abordagens baseadas em evidências (**Tabela 1**). Os exemplos de abordagens não pretendem compor uma lista exaustiva de políticas, programas e práticas baseados em evidências para cada estratégia, mas, sim, ilustrar modelos que comprovadamente reduzem a probabilidade de uma criança tornar-se vítima ou perpetradora de violência contra outras crianças, modificam fatores de risco para essa violência, ou reduzem suas consequências imediatas e de longo prazo. Na prática, a eficácia das estratégias e das abordagens incluídas no INSPIRE dependerá da qualidade e das características de sua implementação. As intervenções apresentadas como modelo representam práticas que são **eficazes, promissoras** ou **prudentes**.



Critérios para modelos de intervenção

Intervenções **eficazes** devem preencher ao menos um dos seguintes critérios:

- ao menos dois estudos de impacto de alta ou média qualidade, utilizando ensaios clínicos randomizados controlados e/ou desenhos quasi-experimentais de alta qualidade, constataram **efeitos favoráveis, estatisticamente significantes, em pelo menos um domínio de violência contra crianças** (maus-tratos, *bullying*, violência juvenil, violência por parceiro íntimo^b e violência sexual);
- a intervenção é considerada **recomendável** com base em meta-análise de alta qualidade e em revisões sistemáticas dos resultados obtidos em avaliações das diversas intervenções.

Intervenções **promissoras** são aquelas nas quais:

- ao menos um estudo de impacto de alta ou média qualidade, utilizando **ensaios clínicos randomizados controlados e/ou desenhos quasi-experimentais** de alta qualidade, constatou **efeitos favoráveis, estatisticamente significantes, em pelo menos um domínio de violência contra crianças** (maus-tratos, *bullying*, violência juvenil, violência por parceiro íntimo^b e violência sexual); ou
- ao menos um estudo de impacto de alta ou média qualidade, ensaios clínicos randomizados controlados e/ou desenhos quasi-experimentais de alta qualidade, constatou **efeitos favoráveis, estatisticamente significativos em pelo menos um fator de risco para violência contra crianças** (como desempenho educacional, habilidades parentais positivas, comunicação entre genitores e crianças sobre estratégias eficazes para evitar exposição a violência, maior supervisão parental).

As práticas **prudentes** que compõem o conjunto de estratégias INSPIRE devem preencher ao menos um dos seguintes critérios:

- a intervenção foi determinada por tratados ou resoluções globais como sendo fundamental para a redução da violência contra crianças;
- estudos **qualitativos ou observacionais** demonstraram que a intervenção é efetiva para a redução da violência contra crianças.

Os dois componentes transversais – Ações e coordenação multissetoriais e Monitoramento e avaliação – são requisitos essenciais para qualquer intervenção multissetorial baseada em evidências [37].

Na medida do possível, as estratégias INSPIRE foram escolhidas para representar intervenções que foram implementadas e avaliadas em contextos com baixos recursos. Quando extraídos de contextos de alta renda, foram selecionados os exemplos de intervenção que se mostraram particularmente eficazes na redução da violência contra crianças – e que também poderiam ser bem-sucedidos em outros contextos culturais. O conjunto de estratégias INSPIRE oferece a oportunidade de aumentar o número de estudos sobre a eficácia das sete estratégias em contextos para os quais o número de estudos desse tipo é hoje relativamente limitado. Assim sendo, já é previsto que o INSPIRE venha a ser atualizado regularmente, à medida que surjam novas evidências.

^b Evidências sugerem que, em alguns casos, a exposição de crianças a atos de violência praticados contra suas mães/madrastas pode aumentar o risco de envolvimento com violência ao longo da vida (por ex., 35-36). Portanto, reduzir a as ocorrências de violência praticada por parceiro íntimo é uma meta importante e um meio para reduzir a violência contra crianças.

Tabela 1: Estratégias, medidas e setores do INSPIRE para prevenir e responder a situações de violência contra crianças na faixa de 0 a 18 anos de idade

Estratégia	Medidas	Setores	Atividades transversais
 Implementação e vigilância do cumprimento das leis	<ul style="list-style-type: none"> • Leis que proíbem pais, mães, professores ou outros cuidadores de aplicar castigos violentos a crianças • Leis que criminalizam o abuso sexual e a exploração de crianças • Leis que previnem o uso indevido de álcool • Leis que limitam o acesso de jovens a armas de fogo e outras armas 	Justiça	
 Normas e valores	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança na adesão a normas sociais e de gênero que sejam restritivas • Programas de mobilização da comunidade • Intervenções junto a testemunhas 	Saúde, Educação, Bem-estar social	Ações multissetoriais e coordenação
 Segurança do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da violência em “áreas críticas” • Interrupção da propagação da violência • Melhoria no espaço urbano 	Interior, Planejamento	
 Pais, mães e cuidadores recebem apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Por meio de visitas domiciliares • Por meio de grupos nas comunidade • Por meio de programas integrals 	Bem-estar social, Saúde	
 Incremento de renda e fortalecimento econômico	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência de renda • Associações de poupança e empréstimo combinadas com educação para a equidade de gênero • Microfinanciamento combinado com capacitação sobre normas de gênero 	Finanças, Trabalho	Monitoramento e avaliação
 Resposta de serviços de atenção e apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento e apoio terapêutico • Rastreamento de casos combinado a intervenções • Programas de tratamento para jovens em conflito com a lei no sistema de justiça criminal • Intervenções de acolhimento familiar, com participação dos serviços de bem-estar social 	Saúde, Justiça, Bem-estar social	
 Educação e habilidades para a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento das taxas de matrícula na Educação Infantil e nos níveis Fundamental 1 e 2 • Criação de um ambiente escolar seguro e estimulante • Melhoria do conhecimento das crianças sobre abuso sexual e maneiras de se proteger • Formação de habilidades sociais e para a vida • Programas dirigidos a adolescentes para prevenção da violência infligida por parceiro íntimo 	Educação	





INSPIRE

Implementação

O foco do INSPIRE está centrado nas ações que os países podem empreender para prevenir e responder à violência contra crianças. Nos materiais subsequentes a INSPIRE serão abordados, em detalhe, os meios para por em prática os conteúdos do conjunto de estratégias, incluindo indicadores para monitorar a execução e o impacto das sete estratégias.^c Em sua conclusão este documento, “INSPIRE: Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças” traz uma orientação geral sobre as considerações acerca da execução que pode ajudar a catalisar os progressos em direção à eliminação da violência contra crianças.

^c Esse material de apoio do INSPIRE está em desenvolvimento. Uma lista de indicadores deve ser publicada até o final de 2016, e um conjunto de manuais de implementação (um para o INSPIRE em geral, e um por estratégia) e manuais de pesquisa, durante 2017.

Aplicabilidade das estratégias INSPIRE em situações de conflito, pós-conflito e outros contextos humanitários

Todas as sete estratégias INSPIRE podem ser aplicadas em contextos afetados por conflitos ou desastre natural, e o conjunto completo inclui diversas intervenções comprovadamente eficazes nessas situações. No entanto, assim como estratégias que tratam de outros problemas sociais, como tabagismo, uso de drogas e abuso de álcool, saúde mental, crime e lesões causados por acidentes de trânsito, a viabilidade de uma implementação bem-sucedida varia de acordo com a estratégia e o contexto. Em princípio, uma vez que não dependem de sistemas sociais intactos e de estruturas de governo que estejam em funcionamento, as intervenções realizadas

por meio de programas autônomos podem ser implementadas em qualquer contexto. Entre elas estão, por exemplo, programas para o desenvolvimento de habilidades parentais, programas de capacitação em habilidades para a vida e serviços para vítimas da violência. Por outro lado, será mais difícil implementar intervenções que requerem sistemas de justiça e polícia em funcionamento e que envolvem o cumprimento de leis por essas instituições em locais que foram destruídos por conflitos ou por desastres naturais, ou cujas estruturas tenham sido gravemente afetadas.



INSPIRE: Estratégias e abordagens



Implementação e vigilância do cumprimento das leis **30**



Normas e valores **36**



Segurança do ambiente **42**



Pais, mães e cuidadores recebem apoio **48**



Incremento de renda e fortalecimento econômico **54**



Resposta de serviços de atenção e apoio **60**



Educação e habilidades para a vida **66**



Implementação e vigilância do cumprimento de leis

Objetivo: Assegurar a implementação e o cumprimento das leis para prevenir comportamentos violentos, reduzir o uso excessivo de álcool e limitar o acesso de jovens a armas de fogo e outras armas.



Justificativa:

Desenvolver e fortalecer as proteções legais e as políticas voltadas a crianças e jovens, assim como os meios para fazer cumprir essas proteções, constituem um passo prudente na prevenção de violência contra crianças. Leis que proibam comportamentos como castigos violentos e abuso sexual de crianças são úteis de diversas maneiras. Em primeiro lugar, mostram à sociedade que comportamento violento é inaceitável e por isso, podem ajudar a erradicar normas predominantes que toleram esse comportamento. Em segundo lugar, responsabilizam os perpetradores por suas ações. Em terceiro lugar, leis e políticas também podem ser úteis para reduzir a exposição a diversos fatores de risco fundamentais para a violência contra crianças, através da redução do consumo abusivo de

álcool e do acesso de jovens a armas de fogo e de outros tipos. Esta estratégia contribui para atividades que visam o cumprimento das Metas 3.5, 5.c e 16.3 dos ODS, e é amparada por elas:

- 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool.
- 5.c Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis.
- 16.3 Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos.

Efeitos potenciais da implementação e do cumprimento das leis na redução de violência contra crianças:

- Redução da violência física contra crianças praticada por pais, mães, cuidadores e figuras de autoridade
- Redução do abuso sexual de crianças, inclusive relações sexuais forçadas ou sob pressão, tentativa de manter relações sexuais não desejadas e contato sexual não desejado
- Redução da exploração sexual de crianças, inclusive tráfico, pornografia e prostituição
- Redução do consumo excessivo de álcool e de episódios de embriaguez
- Redução das mortes e lesões não fatais relacionadas a armas de fogo
- Ampliação de normas e atitudes sociais que protejam contra a utilização de castigos violentos a crianças
- Ampliação de normas e atitudes sociais que protejam contra abuso e exploração sexual de crianças
- Ampliação de normas e atitudes sociais em favor da igualdade de gênero



Abordagens

Esta estratégia compreende dois conjuntos de leis. O primeiro consiste em leis ou medidas que os Estados Parceiros são obrigados a implementar em conformidade com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CRC), a qual requer que os Estados Parte adotem todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais para proteger as crianças contra todas as formas de violência, estejam elas sob os cuidados de pais, mães, guardiões legais ou quaisquer outros cuidadores [38]. A CRC, também estabelece obrigações particulares, relativas à proteção de crianças contra tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, contra a pena de morte, e contra abuso e exploração sexual.

O segundo conjunto compreende leis que limitam o acesso de jovens a bebidas alcoólicas e armas de fogo, assim como o uso prejudicial e, portanto, abordam fatores de risco fundamentais para jovens virem ser vítimas de violência ou perpetradores de violência contra crianças. Além disso, as leis que protegem refugiados e leis que criminalizam casamento infantil, trabalho forçado, tráfico, pornografia infantil e práticas prejudiciais também podem contribuir para a redução da violência contra crianças

Leis que proíbem pais, mães, professores ou outros cuidadores de aplicar castigos físicos violentos a crianças

Evidências: Estudos observacionais sugerem que essas leis podem reduzir as ocorrências de castigos violentos a crianças, aprofundam a compreensão dos efeitos negativos de castigos violentos e modificam as atitudes relativas ao uso desse tipo de punição [39-41]. Resultados de um estudo que comparou cinco países europeus – três dos quais tinham leis que proibiam os castigos físicos e dois em que esse tipo de punição não era proibido – mostram que quase todas as formas de castigo físico eram menos utilizadas nos países que dispunham dessas leis do que naqueles que não tinham essa restrição [42]. Além disso, a aceitação de castigo físico era menor nos países que o proibiram [43]. Uma revisão sistemática demonstrou também que restrições ao castigo físico impostas por lei em 24 países estavam estreitamente associadas à redução do apoio a esse tipo de punição e de sua utilização como abordagem disciplinar à criança [43]. Em 2016, aproximadamente 50 países haviam proibido qualquer castigo violento a crianças, e outros 52 países tinham assumido o compromisso de fazer o mesmo [44].



Lei e campanha contra castigo físico (Suécia)

Em 1979, o Parlamento Sueco aprovou uma emenda ao Código de Crianças e Pais que proibia todas as formas de castigo físico ou outros tratamentos emocionalmente abusivos contra crianças. A Suécia tornou-se, assim, o primeiro país no mundo em que pais e mães passaram a ser explicitamente impedidos de usar castigos físicos ou qualquer outro tratamento humilhante na educação das crianças.

Embora o **Código de Crianças e Pais** não inclua penalidades, ações que se encaixam no critério legal de agressão estão sujeitas ao Código Penal. Este código estabelece que uma pessoa que provoque lesão física, doença ou dor em outra pessoa, ou que a coloque em situação indefesa, ou em qualquer situação de impotência semelhante, será condenada por agressão e ficará presa por um período de até dois anos. No caso de crimes de menor gravidade,

os perpetradores são multados ou permanecem presos por até seis meses. Caso o delito seja considerado particularmente grave, pode ser imposta uma sentença de até dez anos [45].

Na prática, atribuem-se às crianças os mesmos direitos dos adultos à proteção contra a violência e outros tratamentos humilhantes. A mudança legislativa, associada a uma campanha nacional de educação, foi o resultado de um processo que se alongou por décadas, e que incluiu a proibição de castigos físicos nas escolas. O esforço sueco teve um impacto significativo e mensurável na vida das crianças: o número de crianças que apanhavam caiu de 90% para cerca de 10% ao longo de um período de 35 anos [45]. Entre pais e mães, o apoio público ao castigo físico também diminuiu – caiu de mais de 50% para cerca de 10%.



Leis que criminalizam o abuso sexual e a exploração de crianças

Evidências: O CDC estabelece princípios relativos ao abuso sexual e à exploração de crianças que podem ser incorporados e refletidos em leis nacionais. Essas leis existem na maioria dos países, embora seu alcance varie dependendo da definição legal de criança, do que constitui abuso e exploração sexual, e do alcance do cumprimento das leis. Por exemplo, embora praticamente todos os países tenham leis que proíbem o estupro tal como ele é definido oficialmente, essas leis são efetivamente aplicadas em menos de dois terços dos países. É ainda menos comum a aplicação de leis que proíbem contato sexual violento sem estupro e violência sexual sem contato [1].

Leis que previnem o consumo abusivo de álcool

Evidências: O consumo abusivo de álcool é um fator de risco bem estabelecido para a maioria das formas de violência contra crianças e entre crianças, como maus-tratos à criança, violência física e sexual entre meninos e meninas adolescentes, e violência contra parceiros íntimos [34]. Em termos globais, estima-se que 17% dos meninos e 6% das meninas bebem excessivamente (isto é, consumiram 60 gramas ou mais de álcool puro pelo menos uma vez no mês anterior) [46]. Portanto, leis e políticas que limitam o acesso de crianças e o consumo abusivo de álcool por adultos e crianças podem desempenhar um papel importante na prevenção da violência contra crianças.

Uma revisão de estudos científicos publicados entre 1950 e 2015 concluiu que o aumento do preço de bebidas alcoólicas, a restrição de dias de venda e a limitação de concentrações de pontos de venda estão associados a reduções substanciais na ocorrência de violência interpessoal [47]. A revisão indica ainda que mesmo pequenas mudanças nas políticas, como aumento de 1% no preço das bebidas alcoólicas, antecipação de uma hora no horário de fechamento de pontos de venda e limitação da densidade de pontos de venda reduzem substancialmente a violência. Além disso, limites de idade mínima para compra de bebidas alcoólicas são eficazes para reduzir o consumo entre os jovens [48] e limites mais altos na idade mínima têm maior probabilidade de evitar o consumo do que limites mais baixos [49]. Na maioria dos países, as leis estabelecem em 18 anos a idade mínima para compra de bebidas alcoólicas, embora o cumprimento dessa legislação varie consideravelmente [46].

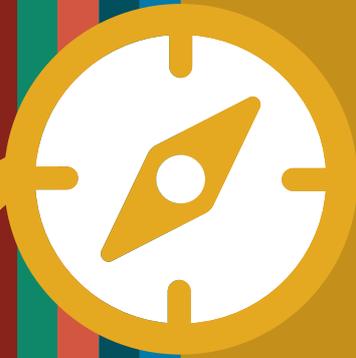


Leis que limitam o acesso de jovens a armas de fogo e a outros tipos de armamento

Evidências: A idade mínima estabelecida por lei para o uso, a posse e a compra de armas de fogo varia de país para país, embora a maioria estabeleça 18 anos como idade mínima. Uma revisão sistemática recente [50] de intervenções planejadas para reduzir posse e porte ilegais encontrou que o patrulhamento policial com foco em porte ilegal de armas pode prevenir crimes com armas de fogo (inclusive assassinatos, tiroteios, e roubos e agressões com arma de fogo).

Outras intervenções, como leis de **Prevenção do Acesso por Crianças (PAC)** (que responsabilizam o dono, caso a criança tenha acesso a uma arma de fogo que não esteja guardada em segurança), estão associadas, nos Estados Unidos, à redução de ocorrências de lesão por arma de fogo. Por exemplo, um estudo longitudinal baseado em dados de 11 estados norte-americanos (sete dos quais aprovaram leis de PAC entre 1988 e 2003) constataram que leis de PAC estavam associadas a níveis decrescentes de lesões não letais por arma de fogo entre crianças menores de 18 anos. No entanto, na maioria desses casos as lesões não foram intencionais, e os resultados relativos a homicídio juvenil e outros desenlaces de violência mostraram-se frágeis e inconsistentes [51].

Evidências relativas a outras leis e políticas ao redor do mundo (por exemplo, políticas de tolerância zero nas escolas; exigências de licenciamento; leis que dificultam a circulação ilegal de armas nas comunidades e entre elas) são heterogêneas [51]. No entanto, um estudo recente na África do Sul constatou que restrições na emissão de licenças e redução na circulação de armas de fogo foram responsáveis por salvar um total estimado de 4.585 vidas nas cinco maiores cidades entre 2001 e 2005 (com algumas reduções mais drásticas ocorrendo entre rapazes de 15 a 29 anos de idade) [53]. Portanto, estratégias que abordam o acesso de jovens a armas de fogo são promissoras, embora sejam necessárias mais pesquisas para determinar as formas mais eficazes de prevenção de posse, porte e uso em meio aos jovens.



Normas e valores

Objetivo: Fortalecer normas e valores que promovam relações não-violentas, respeitosas, acolhedoras, positivas e com equidade de gênero para a totalidade das crianças e adolescentes.



Justificativa:

Mudar atitudes e normas de uma sociedade é uma parte importante da prevenção da violência contra crianças [6]. Essa mudança frequentemente requer a modificação de normas e comportamentos sociais e culturais profundamente arraigados – particularmente a ideia de que algumas formas de violência são não apenas normais, mas às vezes justificáveis [54]. Os exemplos incluem professores que batem em crianças porque o castigo violento é visto como legítimo; meninas forçadas a praticar sexo porque meninos e homens acreditam que tem direitos sexuais sobre as mulheres; aceitar como normais o casamento infantil ou o espancamento da esposa; grupo de adolescentes coagirem rapazes mais novos à violência de gangues como “rito de passagem”; e meninos e meninas não denunciarem as violências porque temem o estigma e a vergonha.

Portanto, uma estratégia para a mudança de atitudes e normas sociais constitui um componente fundamental do conjunto de estratégias INSPIRE e, embora sejam difíceis de avaliar, atividades de mudança de normas em

uma comunidade ou em um grupo pequeno parecem ser mais eficazes quando associadas a outros elementos, como legislação ou capacitação em habilidades para a vida.

Esta estratégia contribui para atividades que visam atingir as Metas 4.7 e 5.1 dos ODS, e é apoiada por elas:

- 4.7 Até 2030, garantir que todos os alunos adquiram conhecimentos e habilidades necessários para promover o desenvolvimento sustentável, inclusive, entre outros, por meio da educação para um desenvolvimento sustentável e estilos de vida sustentáveis, direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não violência, cidadania global e valorização da diversidade cultural e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável.
- 5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte.

Efeitos potenciais da mudança de normas e valores na redução da violência contra crianças incluem:

- Diminuição da aceitação da violência contra mulheres e crianças
- Redução dos casos de casamento precoce e forçado
- Convicções mais favoráveis relativas à igualdade de gênero e à divisão equitativa do trabalho entre homens e mulheres
- Posturas mais favoráveis em relação a formas não violentas de exercer a disciplina parental
- Maior reconhecimento do que constitui comportamento abusivo em relação a parceiros íntimos e a violência contra crianças
- Aumento da intervenção de testemunhas para prevenir a violência contra parceiros íntimos e crianças
- Redução da violência física ou sexual infligida pelo parceiro íntimo ou pelos pais



Abordagens

Avaliações de programas e políticas que modificam normas parentais e de gênero potencialmente prejudiciais mostram que abordagens promissoras incluem mudanças na adesão a normas sociais e de gênero prejudiciais, programas de mobilização da comunidade e intervenções dirigidas a testemunhas. Quando são apoiadas por meios de comunicação/campanhas de mobilização social e por serviços de apoio, essas abordagens conseguiram encorajar mais denúncias de violência e a promulgação de novas leis e políticas que classificam certas formas de violência como crimes passíveis de punição [54].

Mudança na adesão a normas sociais e de gênero restritivas e prejudiciais

Evidências: Programas com grupos pequenos dirigidos a homens e mulheres adultos e meninos e meninas adolescentes demonstram resultados significativos de prevenção da violência [55-59]. Na Índia, foi constatada uma redução de 20% a 30% na perpetração de violência contra a parceira íntima por homens que participaram do Programa **Yaari-Dosti** [59]; uma queda de 38% nas ocorrências de violência física ou sexual contra parceiro íntimo também foi encontrada entre homens que participaram do programa **Coaching Boys Into Men** (Transformando Meninos em Homens), dos Estados Unidos, 24 meses depois da intervenção [59, 60]. Esse programa ofereceu a treinadores de atletismo no Ensino Médio os recursos necessários para promover comportamentos respeitosos entre os atletas e contribuir para a prevenção de abuso nos relacionamentos, assédio e violência sexual. Entre outros resultados significativos, levou ao aumento na disposição de intervir por parte das testemunhas. O programa foi implementado em comunidades nos Estados Unidos, na Índia e na África do Sul.

No Nepal, o currículo **Choices** (Escolhas) visa estimular discussões entre meninos e meninas de 10 a 14 anos de idade, para refletir sobre tópicos relacionados a gênero e poder. Um estudo de caso-controle sugeriu que a participação em **Choices** ampliou a percepção das crianças em relação aos papéis de gênero, inclusive o papel da mulher como provedora e do homem como cuidador, e pode ter ajudado os participantes a reconhecer que não é adequado praticar assédio sexual e maltratar meninos que não se identificam com os papéis de gênero hegemônicos e habituais [61].



Eliminando o casamento infantil: um estudo de 23 programas

O casamento infantil é fator de risco para a violência praticada por parceiro íntimo contra meninas e mulheres, morte no parto e complicações não letais relacionadas à gravidez [62], mortalidade infantil [63] e baixo peso ao nascer [64]. O casamento infantil afeta desproporcionalmente as meninas jovens, que têm muito maior probabilidade de casar prematuramente do que os meninos jovens [65, 66]. Estima-se que, no mundo todo, mais de 60 milhões de mulheres entre 20 e 24 anos já estavam casadas antes dos 18 anos [67]. A prevalência de casamentos infantis varia substancialmente entre as regiões, sendo as taxas mais altas encontradas na África Ocidental, seguida por Ásia Meridional, Norte da África, Oriente Médio e América Latina [68].

Uma revisão realizada em 2011 pelo Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher [69] encontrou um aumento no número de intervenções voltadas à eliminação do casamento infantil ao longo da última década, mas observou que muito poucas foram avaliadas sistematicamente. Com base na análise de 23 programas que tiveram algum tipo de avaliação, a revisão constatou que poucos programas focalizaram exclusivamente o casamento infantil que, na maioria dos casos, foi incluído com outras

metas voltadas à saúde, bem-estar ou empoderamento de jovens e adolescentes. Os programas relativos ao casamento infantil avaliados concentraram-se fortemente na Ásia Meridional, com Bangladesh e Índia no topo da lista. Também contribuíram para a base de evidências programas realizados em países da África e do Oriente Médio, como Etiópia e Egito [70].

De maneira geral, os programas destacaram pelo menos uma de cinco estratégias principais para a prevenção de casamento infantil: empoderamento de meninas com informação, capacitação e rede de apoio; educação e mobilização de pais, mães e membros da comunidade; melhoria na acessibilidade e na qualidade da educação formal para meninas; oferta de apoio e incentivo econômicos para meninas e suas famílias; e promoção de uma estrutura de capacitação baseada em leis e políticas. A revisão constatou que o desenho da maioria das avaliações era frágil, mas que os melhores resultados, e mais consistentes em relação à redução da incidência de casamento infantil, foram demonstrados em um subconjunto de programas que promoveram informação, habilidades e redes de contato para as meninas, em combinação com mobilização da comunidade [69].



Programas de mobilização da comunidade

Evidências: **SASA!** (Agora!, no idioma kiswahili), em Uganda, é um bom exemplo de como é possível mobilizar mudança de normas por meio de abordagens para a prevenção da violência contra mulheres com enfoque na comunidade [71]. Em comunidades nas quais homens e mulheres participaram do programa, a violência praticada por parceiros íntimos contra mulheres teve uma queda de 52%, e diminuiu também a aceitação social da violência. Entre as mulheres que sofreram violência praticada pelos parceiros íntimos, o número de respostas apropriadas da comunidade mais do que duplicou, e um estudo de seguimento apontou um benefício três vezes maior para as crianças (ver **Quadro 1**).

Na África do Sul, a intervenção **Soul City** para ensinar as comunidades sobre violência doméstica através de programas educativos e jogos alcançou uma audiência de 86%, 25% e 65% por meio de televisão, folhetos e rádio, respectivamente. A avaliação também encontrou uma associação entre a exposição pública às quatro séries do Soul City, que focalizavam a violência praticada por parceiros íntimos, e o aumento do conhecimento sobre serviços de apoio: 41% dos respondentes relataram ter conhecimento sobre a linha telefônica de ajuda criada pela Soul City [74]. Mudanças de atitude também foram associadas à intervenção, com um aumento de 10% no número de respondentes que discordaram da afirmação de que violência praticada por parceiros íntimos é um assunto privado. A intervenção desenvolveu também um projeto multimídia destinado a crianças de 8 a 12 anos de idade, denominado **Soul Buddyz**, que ofereceu, por meio de televisão, rádio e interação, conteúdos que transmitiam mensagens com potencial para salvar vidas de crianças antes que se tornassem sexualmente ativas, utilizando estratégias para enfrentar *bullying*, racismo, violência, relações sexuais e infecção por HIV/aids [75].

Intervenções dirigidas a testemunhas

Evidências: Avaliações experimentais mostraram que programas como **Bringing in the bystanders** (Trazendo as testemunhas) e o programa de prevenção da violência da Universidade de Kentucky (EUA) chamado **Green Dot** (Ponto Verde), empoderaram jovens para intervir e prevenir a violência no namoro e contra conhecidos [76, 77]. As taxas de vitimização por violência interpessoal (medidas no ano acadêmico anterior) foram 17% mais baixas entre os estudantes que participaram da intervenção (46%) em comparação com outros campi universitários (56%). Taxas de violência mais baixas foram encontradas nos campi com intervenção, em comparação aos campi sem intervenção, para vitimização sexual, assédio sexual, perseguição e violência infligida pelo parceiro íntimo [78]. Note-se que rapazes e moças que frequentavam faculdades onde o programa Green Dot era realizado relataram menos vitimização, e os rapazes relataram taxas mais baixas de perpetração, em comparação com faculdades onde não havia o programa.

**Quadro 1**

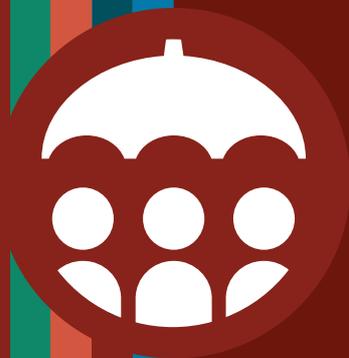
SASA!, (Uganda)

A abordagem **SASA!**, concebida e planejada por Raising Voices, e implementada em Kampala, Uganda, pelo Centro de Prevenção contra a Violência Doméstica, visa modificar atitudes individuais, normas e estruturas comunitárias por meio de apoio a comunidades inteiras em um processo gradual de mudança.

Inicialmente, ativistas da comunidade (ACs) – mulheres e homens comuns que se dispõem a trabalhar na prevenção da violência – são selecionados e capacitados. Oficiais de polícia, prestadores de serviços de saúde, líderes institucionais e líderes governamentais e culturais da localidade também recebem capacitação, que inclui discussões sobre o conceito de “poder”. Depois de serem introduzidos a novos modos de pensar sobre o poder, e estimulados a refletir sobre desequilíbrios de poder relacionados a gênero em suas próprias vidas e em suas comunidades, os ACs recebem apoio para engajar suas comunidades na mesma reflexão crítica – não apenas sobre as maneiras pelas quais homens e mulheres fazem mau uso do poder (com consequências para suas relações e suas comunidades), mas também

sobre os modos pelos quais as pessoas podem usar positivamente seu poder para promover mudanças nos níveis individual e da comunidade.

Em comunidades onde homens e mulheres de 18 a 49 anos de idade participaram de um ensaio de comunidade randomizado e controlado do programa SASA!, a violência física contra as mulheres praticada por parceiro íntimo caiu 52%, e homens e mulheres expressaram menos aceitação social da violência [71-72]. Um estudo de seguimento investigou se o programa teria tido impacto também nas experiências das crianças com a violência, e concluiu que isso ocorreu de três formas principais: primeiro, dados quantitativos sugerem que reduções na ocorrência de violência infligida pelo parceiro íntimo levou a uma redução de 64% na prevalência de crianças que testemunharam ocorrência em suas casas; segundo, entre mulheres que sofreram menos violência praticada por parceiro íntimo, dados qualitativos sugerem que algumas vezes também houve mudança nas práticas parentais e disciplinares, melhorando as relações pais-filhos (e, em alguns poucos casos, resultando na rejeição total de castigo violento como método disciplinar); terceiro, alguns participantes relataram intervir para evitar violência contra crianças [73].



Segurança do ambiente

Objetivo: Instaurar e manter a segurança das ruas e de outros ambientes onde crianças e jovens se reúnem e passam o tempo



Justificativa:

Criar e manter ambientes comunitários seguros é uma estratégia promissora para a redução da violência contra crianças. O foco são os ambientes comunitários que não sejam a casa e a escola, uma vez que esses são alvo das estratégias “Pais, mães e cuidadores recebem apoio” e “Educação e habilidades para a vida”. Estratégias relativas à segurança do ambiente se concentram em modificar os ambientes sociais e físicos da comunidade (e não dos indivíduos presentes neles), visando promover comportamentos positivos e inibir comportamentos prejudiciais. Em geral, a base de evidências que sustentam intervenções no nível da comunidade para prevenção da violência não desagrega o impacto por idade; portanto, para fins desta estratégia, pressupõe-se que intervenções eficazes baseadas na comunidade beneficiem igualmente crianças, jovens e adultos.

Esta estratégia contribui para o cumprimento das Metas 11.1 e 11.7 dos ODS, e é sustentada por elas:

- 11.1 Até 2030, garantir o direito de todos a habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos, e urbanizar as favelas.
- 11.7 Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, especialmente para mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

Efeitos potenciais da segurança do ambiente sobre a redução da violência contra crianças:

- Redução de lesões provocadas por agressões
- Aumento da segurança nos deslocamentos na comunidade



Abordagens

Evidências sugerem que abordagens que contribuem para criar e manter a segurança do ambiente incluem intervenções dirigidas a “áreas críticas” de violência na comunidade, a deter a propagação da violência e a aperfeiçoar o ambiente construído. Adicionalmente, é importante assegurar que instituições como os estabelecimentos temporários e alternativos de cuidado a crianças, as casas abrigo, as delegacias de polícia, e os centros de detenção sejam seguros para as crianças. É essencial a proteção de perpetradores jovens e, embora esteja além do escopo deste conjunto de estratégias, é imperativo que a legislação, as políticas e os programas garantam que crianças privadas de liberdade tenham acesso a sistemas de justiça justos, efetivos e sensíveis em relação à infância, que promovam medidas não-custodiais para crianças que se pressupõem agressoras [79].

Reduzindo a violência por meio da atuação em “áreas críticas”

Evidências: Estudos realizados no Brasil [80], no Canadá [81], na África do Sul [82] e nos Estados Unidos [83] mostram que muitos casos de violência juvenil ocorrem em locais específicos (por exemplo, determinadas ruas, certos clubes e bares). Portanto, a violência pode ser reduzida se os esforços de prevenção focalizarem sistematicamente essas “áreas críticas” (ver **Quadro 2**). Uma revisão sistemática de dez ensaios randomizados sobre os efeitos do policiamento de áreas críticas sobre crimes contra a propriedade, perturbação da ordem e crimes violentos constatou reduções significativas. Um aspecto importante é o fato de a revisão ter utilizado controles para possível deslocamento dos crimes e da violência para locais próximos. A revisão avaliou também estratégias de policiamento de áreas críticas combinadas com estratégias policiais orientadas para problemas, e concluiu que a combinação das duas estratégias, de modo geral, produziu reduções maiores da violência e do crime [84].



Quadro 2

O modelo Cardiff (País de Gales)

O **Modelo Cardiff** para prevenção de violência [85, 86] consiste em coletar dados anônimos sobre “quem, o quê, quando, onde e como” nos casos de lesões relacionadas a violência atendidos em departamentos de emergência em hospitais em Cardiff, País de Gales, e combinar esses dados com incidentes relacionados a violência registrados pela polícia. A combinação dos dados policiais e de saúde permite a predição mais precisa de padrões futuros de violência e a identificação de áreas críticas de violência, e é

utilizada para planejar e orientar o policiamento e outras intervenções, que até este momento incluíram:

- policiamento direcionado (com foco específico) com a distribuição das unidades policiais ajustada à hora e ao lugar em que ocorre a violência em certas áreas críticas;
- tomar como alvo estabelecimentos que têm licença para venda de bebidas alcoólicas e estabelecimentos associados a incidentes violentos;



- fornecer informações nos casos de solicitações e recursos para obtenção de licença para a venda de bebidas alcoólicas;
- desenvolver estratégias para a redução de riscos associados a tipos específicos de armas (por exemplo, utilização compulsória de copos plásticos, redução na disponibilidade de garrafas de vidro);
- Fornecer informações para outras estratégias sociais e de saúde pública, tais como serviços relativos a álcool e drogas.

Uma avaliação do modelo Cardiff determinou seu impacto sobre o atendimento de lesões relacionadas à violência em departamentos de emergências e sobre ocorrências de violência registradas pela polícia ao

longo de um período de tempo, comparando com as taxas encontradas em cidades semelhantes do Reino Unido onde essa abordagem de compartilhamento de dados não foi implementada. A avaliação constatou que a estratégia levou a uma redução de 42% em admissões hospitalares e de 32% em lesões registrados pela polícia em relação às cidades comparadas (**Figura 5**). Embora não seja específica para crianças, a alta proporção de adolescentes que apresentaram lesões relacionados com violência em Cardiff indica que há poucas dúvidas sobre a redução da violência entre adolescentes em função dessa abordagem. Uma análise da relação custo-efetividade do modelo Cardiff estima uma redução de 6,9 milhões de libras nos custos sociais e econômicos da violência em 2007 [86].

Figura 5: Redução de lesões relacionadas a violência depois da implementação do modelo Cardiff



Fonte: [85]



Interrupção da propagação da violência

Evidências: Segundo várias avaliações quase-experimentais realizadas em Chicago, Baltimore, Brooklin e Nova Iorque [87-90], o programa **Cure Violence** está associado a menos tiroteios, assassinatos e mortes com caráter de retaliação nas comunidades em que foi integralmente implementado, com redução da violência variando entre 20% e 70%. Utilizando uma abordagem de saúde pública que, de maneira geral, é aplicada para interromper surtos de doença, o modelo Cure Violence define a violência como uma epidemia, cujo controle envolve três componentes principais: 1) interromper a transmissão na comunidade; 2) prevenir a propagação na comunidade; e 3) mudar as normas ou condições da comunidade que favorecem a transmissão. O Cure Violence visa tornar mais seguras as comunidades que apresentam alto risco de violência armada, e foi particularmente eficaz na redução de violência com armas de fogo em áreas críticas da comunidade. Especificamente, o modelo conecta indivíduos de alto risco capacitados para estabelecer vínculos com jovens em situação de risco, para detectar e interromper conflitos, encaminhar para serviços de atendimento, e modificar as crenças da comunidade sobre a aceitação da violência. Uma avaliação verificou que o modelo reduziu significativamente a aceitação do uso de violência (mudança de normas e atitudes) tanto entre participantes do programa como entre os jovens da comunidade, a curto prazo e ao longo do tempo. Os jovens das comunidades onde o programa foi implementado se mostraram significativamente menos propensos a aceitar o uso da violência como estratégia para resolver conflitos após 6 e 17 meses de execução do programa, comparativamente às comunidades de controle [88]. Em 2016 modelo Cure Violence estava sendo implementado em 22 cidades de oito países (ver <http://cureviolence.org/resources/cure-violence-resources/>).

Melhoria do ambiente construído

Evidências: A prevenção de crimes por meio de planejamento ambiental (*Crime prevention through environmental design* – CPTED) é um campo em expansão que produz evidências promissoras (de países de alta renda e de alguns de renda média e baixa) sobre intervenções de prevenção de crimes violentos por meio de mudanças no planejamento de ambientes físicos. Características usuais da CPTED incluem a incorporação de elementos, nas edificações, para facilitar que as pessoas vejam quem está em suas proximidades e assim adotem medidas para evitar possíveis ameaças, que ajudem a controlar o acesso aos ambientes e intensifiquem um sentimento de propriedade e o estímulo ao comportamento pró-social. Os exemplos incluem, entre outras medidas, projeto paisagístico, implantação e manutenção de áreas verdes, plantio em lotes desocupados, iluminação, revitalização de edifícios abandonados, transporte seguro e acessível, e garantia de percurso seguro de crianças até a escola [91].

Um exemplo desse tipo de programa foi avaliado na Colômbia. Em 2004, autoridades municipais de Medellín implantaram um sistema de transporte coletivo público e gratuito para conectar comunidades de baixa renda, ocupadas por favelas, a parques, bibliotecas e centros comunitários recém-construídos na região central da cidade. O desenvolvimento do sistema de transporte foi acompanhado por investimentos municipais em infraestrutura na vizinhança. Como as intervenções não foram feitas em todas as comunidades foi criada uma oportunidade de testar os efeitos dessas mudanças sobre a violência por meio de um “experimento natural” não randomizado. As taxas de violência foram avaliadas antes e depois da conclusão do projeto de trânsito, por meio de entrevistas realizadas com uma amostra de 225 respondentes das comunidades que foram alvo da intervenção e 241 de comunidades-controle comparáveis [92]. A intervenção se mostrou associada a uma redução significativa da violência na comunidade. Entre 2003 e 2008, a redução no número de homicídios e de relatos de eventos violentos foi, respectivamente, 66% e 74% maior nas comunidades onde houve a intervenção [92]. Os moradores de comunidades que receberam a intervenção também se mostraram mais dispostos a confiar na polícia. Embora os efeitos sobre taxas de violência não tenham sido desagregados por idade, o fato de que 40% dos moradores das áreas com a intervenção tinham à época entre 12 e 20 anos de idade, e o fato de que meninos adolescentes mais velhos vivem sob alto risco de homicídio, torna provável supor que os jovens se beneficiaram da intervenção.





Pais, mães e cuidadores recebem apoio

Objetivo: Reduzir castigos físicos ou humilhantes e criar relações positivas entre pais, mães e filhos



Justificativa:

Ajudar que pais, mães e cuidadores compreendam a importância da disciplina positiva e não violenta para o desenvolvimento da criança, bem como da comunicação próxima e eficaz entre eles e seus filhos, reduz o uso de práticas parentais disciplinares severas, promove interações positivas, e ajuda a fortalecer o vínculo entre pais, mães ou outros cuidadores com a criança – fatores que contribuem para a prevenção de violência contra crianças. Dar apoio a famílias, pais, mães e cuidadores para a aprendizagem de práticas parentais positivas pode evitar que a criança seja separada da família, corra o risco de sofrer maus-tratos em sua casa, testemunhe violência praticada pelo parceiro íntimo contra sua mãe ou madrasta, e o comportamento violento na infância e adolescência [93-95]. As avaliações desses programas indicam também que o custo deste tipo de prevenção é mais baixo do que o preço que se paga pelas consequências da violência contra a criança [96].

Esta estratégia contribui para o cumprimento das Metas 1.3, 3.2 e 4.2 dos ODS, e é apoiada por elas:

- 1.3 Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados para todos, incluindo pisos^d, e, até 2030, atingir uma ampla cobertura das pessoas pobres e vulneráveis.
- 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e de crianças menores de 5 anos, com todos os países definindo como objetivo reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por mil nascidos vivos.
- 4.2 Até 2030, garantir que todas as meninas e todos os meninos tenham acesso a serviços de cuidado e desenvolvimento na primeira infância, e educação pré-escolar de qualidade, de modo que estejam prontos para a educação posterior.

Efeitos potenciais do apoio a pais, mães e cuidadores sobre a redução da violência contra crianças:

- Redução de casos comprovados de maus-tratos a crianças e de encaminhamentos para serviços de proteção à criança
- Redução de castigos físicos ou humilhantes, bem como de práticas de criação negativas ou severas, sobretudo com relação à disciplina.
- Redução dos casos de *bullying* (como autores ou vítimas);
- Redução do número de vítimas de violência física, emocional ou sexual cometida por parceiros ou colegas
- Redução dos casos agressões e atos infracionais durante a adolescência
- Aumento de interações positivas entre pais, mães e filhos
- Aumento do monitoramento parental da segurança de crianças e jovens

^d Por exemplo, garantias nacionais de segurança social básica que assegurem o acesso à atenção essencial à saúde e segurança em relação a renda.



Abordagens

As abordagens que dão apoio a pais, mães e cuidadores podem variar dependendo do tipo de violência visada, da idade da criança, ou da maneira pela qual políticas e programas são oferecidos. As evidências indicam que, como componentes de intervenções integrais, várias modalidades de apoio são eficazes, incluindo visitas domiciliares, capacitação e apoio em grupo em contextos comunitários, e a capacitação em práticas parentais positivas.

Apoio a pais, mães e cuidadores por meio de visitas domiciliares

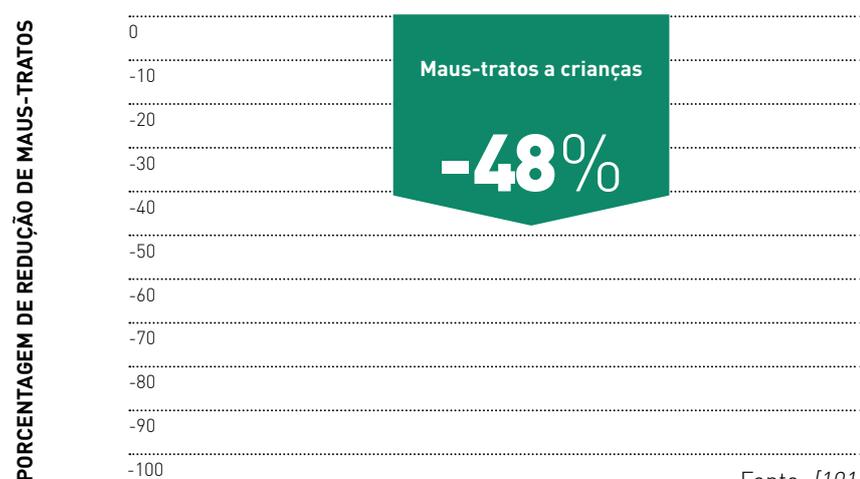
Evidências: As evidências da eficácia de programas de visita domiciliar são sólidas (embora quase todos os estudos revisados sejam de países de alta renda). Por exemplo, uma revisão sistemática de mais de 20 estudos sobre programas de visita domiciliar realizados nos Estados Unidos concluiu que as visitas domiciliares reduziram significativamente a ocorrência de maus-tratos à criança [97].^e

O melhor exemplo é o programa **Nurse-Family Partnership (NFP)**, que teve início em 1977 com o objetivo de promover um ambiente doméstico seguro, estimular cuidados parentais competentes e melhorar o apoio material às famílias, conectando-as a serviços sociais e de saúde. Um componente central deste programa são as enfermeiras profissionais, responsáveis pelas visitas domiciliares a mães jovens de primeiro filho e de baixa renda, durante os dois primeiros anos de vida da criança. Três ensaios clínicos randomizados do NFP foram realizados ao longo de várias décadas, e documentaram uma série de resultados positivos de longo prazo, inclusive melhoria da saúde pré-natal, redução de lesões em crianças, menor ocorrência de gravidez não planejada e aumento na taxa de emprego das mães [98]. No seguimento realizado 15 anos depois do primeiro ensaio-clínico se observou uma redução de 48% na ocorrência de abusos e negligência nas famílias que receberam a intervenção com visita domiciliar em comparação com famílias que não receberam [Figura 6] [99]. Além disso, o programa demonstrou ser custo-efetivo: uma análise de custo-benefício do programa verificou uma economia quatro vezes maior do que o valor gasto [100]. A abordagem NFP está agora sendo expandida nos Estados Unidos, e implementada na Austrália, no Canadá, na Holanda e no Reino Unido, entre outros países.

^e Nem todos os programas de visita domiciliar são igualmente eficazes. A maioria das revisões conclui que, quando são considerados programas individualmente, alguns apresentam pouco ou nenhum efeito, e outros se mostram muito eficazes. Essas inconsistências provavelmente refletem as grandes variações de conteúdo e de foco dos modelos de visita domiciliar. Por exemplo, em alguns programas as visitadoras são enfermeiras profissionais, enquanto outros utilizam pessoas leigas que passam por capacitação; alguns envolvem intervenções distribuídas ao longo de vários anos, enquanto outros realizam um número pequeno de intervenções em um período curto de tempo.



Figura 6: Redução de maus-tratos a crianças devido ao programa *Nurse-Family Partnership (NFP)* após 15 anos de seguimento.



Fonte: [101]

Para mais informação, ver

http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.aspx

Uma revisão sistemática realizada em 2013 examinou a eficácia de programas para melhorar habilidades parentais positivas, e reduzir práticas parentais abusivas e severas em países de renda média e baixa [102]. Embora poucos estudos rigorosos tenham sido realizados, os resultados dos dois maiores e melhores estudos sugerem que intervenções voltadas ao desenvolvimento de habilidades parentais positivas podem ser viáveis e eficazes em relação ao aprimoramento da interação entre pais, mães e filhos e ao conhecimento de pais e mães sobre o desenvolvimento da criança. Por exemplo, em 1998, na Cidade do Cabo, África do Sul, foi desenvolvido um programa de visita domiciliar em que mães leigas capacitadas realizaram, em média, 16 visitas a mães de primeiro filho em uma comunidade de baixa renda. Os resultados do ensaio randomizado mostraram que, 12 meses depois do término do programa, as visitas domiciliares tiveram impacto positivo significativo na qualidade da relação mãe-filho, e ajudaram as crianças a sentir um apego seguro – fatores reconhecidos de proteção contra maus-tratos a crianças e benéficos para seu desenvolvimento [103].



Capacitação e apoio para pais, mães e cuidadores oferecidos por meio de grupos nas comunidades

Evidências: As evidências sobre capacitação em habilidades parentais e apoio oferecidos por meio de grupos são promissoras. A iniciativa **ACT Raising Safe Kids** (programa ACT para criar os filhos de maneira segura), implementada em pelo menos dez estados dos Estados Unidos e em diversos países de renda média e baixa, se mostrou eficaz ao reduzir em até 50% o uso de práticas disciplinares severas [104]; e o **SOS!** – um programa oferecido por profissionais da Atenção Primária em Saúde em Unidades Básicas de Saúde durante visitas de rotina para imunização – reduziu significativamente o comportamento parental abusivo ou negligente em uma série de países de renda média ou baixa [102].

Programas para pais e mães em contextos pós-conflito e com populações deslocadas mostraram-se também eficazes. O trabalho realizado pelo **International Rescue Committee** (Comitê Internacional de Resgate) com famílias de migrantes de Burma, com famílias deslocadas na fronteira de Mianmar com a Tailândia [105], e com comunidades muito pobres em área rural na Libéria [106], demonstrou, por meio de ensaios clínicos randomizados, que programas para o desenvolvimento de habilidades parentais oferecidos em grupos para pais e mães, combinados com um número limitado de visitas domiciliares, podem reduzir castigos físicos e psicológicos severos, aumentar as estratégias positivas para lidar com o comportamento das crianças, e melhorar a qualidade de interações cuidador-criança.

O programa **Parents/Families matter!** (Os Pais, as Mães e as Famílias importam!) é uma intervenção com foco nos pais, mães e cuidadores, planejada para promover práticas parentais positivas e a comunicação eficaz entre pais, mães, cuidadores e seus filhos sobre assuntos como sexo, sexualidade, redução de práticas sexuais de risco, prevenção da infecção pelo HIV, violência física e psicológica e abuso sexual.

O programa visa melhorar a percepção dos pais, mães e cuidadores sobre a importância de seu papel na vida de seus filhos à medida que estes chegam à adolescência, melhorar as habilidades parentais positivas, e preparar pais, mães e cuidadores para a comunicação com os filhos sobre temas relacionados ao sexo e à sexualidade [6].

O programa é oferecido por meio de intervenções em grupo, baseadas na comunidade, para pais, mães e cuidadores de crianças de 9 a 12 anos de idade. O programa opera atualmente em oito países africanos, com o apoio do CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos) e do PEPFAR (Programa de Emergência da Presidência para Alívio da aids). Em 2013, foi acrescentado um sexto módulo sobre abuso sexual de crianças, para complementar as cinco sessões existentes no currículo do programa. O objetivo desse módulo é aumentar a percepção de pais e mães sobre abuso sexual de crianças, e de que forma podem ajudar a prevenir e reagir a essa situação [6].

Os materiais do programa *Parents/Family matter!* foram traduzidos para 15 idiomas. Os resultados de avaliações realizadas antes e depois da intervenção mostraram um aumento significativo dos conhecimentos, das habilidades e da confiança dos pais na comunicação com seus filhos adolescentes sobre tópicos relacionados a sexualidade e prevenção de práticas sexuais de risco. Esta avaliação mostrou também que a intervenção foi bem recebida pela comunidade. Até agora, o programa alcançou mais de 400 mil famílias, e 90% dos participantes assistiram todas as sessões do programa [6].



Parenting for Lifelong Health (África do Sul)

Na África do Sul, a iniciativa *Parenting for lifelong health* (PLH) (Cuidados parentais para uma vida saudável) está desenvolvendo, testando e disseminando um conjunto de modelos de programas, economicamente viáveis e baseados em evidências, para serem implementados com grupos de pais e mães em contextos carentes de recursos [107]. Os programas PLH são dirigidos principalmente à prevenção de maus-tratos a crianças e envolvimento em outras formas de violência, como violência juvenil e violência contra parceiros íntimos. Os modelos de programas que compõem o PLH incluem PLH para bebês pequenos (do final da gravidez até os seis meses de idade); PLH para bebês de 14 a 16 meses; PLH para crianças de 2 a 9 anos de idade; e PLH para pré-adolescentes e adolescentes (de 10 a 17 anos de idade). Todos os modelos de programas desta iniciativa baseiam-se nos princípios da aprendizagem social compartilhada, os quais incluem servir de modelo para os comportamentos que se aprendem na infância, desenvolver habilidades parentais positivas para substituir o uso de castigos físicos, dar reforço positivo para promover o bom comportamento das

crianças, dar instruções de forma positiva, ignorar os comportamentos negativos de busca de atenção, e estabelecer limites sem fazer uso da violência. Existem evidências preliminares sobre a eficácia dos modelos de programas na África do Sul [103, 108]. Por exemplo, resultados preliminares de um ensaio clínico randomizado sobre o PLH para pré-adolescentes e adolescentes, realizado em áreas urbanas e rurais da província Cabo do Leste, mostram que, em comparação com o grupo de controle, nos grupos de intervenção houve redução de abusos físicos – segundo os cuidadores (redução de 64%) e segundo os adolescentes (redução de 48%); o abuso emocional diminuiu segundo os cuidadores (redução de 61%) e segundo os adolescentes (redução de 28%); e comportamento parental positivo aumentou, tanto segundo os cuidadores (aumento de 17%) como segundo os adolescentes (aumento de 7%) (Cluver L., Universidade de Oxford, dados não publicados, 8 de março de 2016). Programas PHL estão sendo testados em outros países de renda média e baixa, incluindo República Democrática do Congo, El Salvador, Quênia, Lesoto, Filipinas, Sul do Sudão e Tanzânia.

Apoio e capacitação de pais, mães e cuidadores como parte de programas integrais

Evidências: Programas integrais são voltados a famílias em situação de vulnerabilidade, como famílias de mães adolescentes ou com pais e mães de baixa renda, e são oferecidos tipicamente na comunidade, em unidades de saúde, escolas ou associação de moradores. De maneira geral, incluem oferta de apoio à família, educação pré-escolar, serviços de saúde e de cuidados da criança. Focalizam fatores de risco para a violência na infância, tais como comportamento disruptivo ou agressivo precoce; capacidades cognitivas e sócio-emocionais comprometidas; falta de apoio social; e cuidados parentais inadequados. Alguns programas que incluem um componente parental focalizam geralmente nas habilidades sócio-emocionais positivas, como o programa Positive Action (Ação Positiva) nos Estados Unidos, ou podem estar orientados especificamente para prevenir a violência por pares (amigos) ou parceiros (como o *KiVa*, na Finlândia e em pelo menos outros 15 países, e o *Families for Safe Dates* [Famílias para namoros seguros] nos Estados Unidos). Esses programas foram associados a mudanças significativas, como redução de 20% a 60% em comportamentos violentos, redução de 20% nas ocorrências de *bullying*, e redução de 70% na vitimização por abuso físico no namoro [109-112].



Incremento de renda e fortalecimento econômico

Objetivo: Melhorar a segurança e a estabilidade econômica das famílias, reduzir os maus-tratos a crianças e a violência por parceiro íntimo



Justificativa:

As intervenções para incremento de renda e fortalecimento econômico podem beneficiar as crianças reduzindo maus-tratos e violência infligida pelos parceiros íntimos. Desta forma, se reduz a probabilidade de que crianças testemunhem essa violência e sofram consequências, incluindo a possibilidade de se tornarem vítimas ou perpetradoras de violência. Além disso, aumentar o acesso das mulheres a recursos econômicos fortalece o status econômico da família de maneiras que podem prevenir abusos e negligência em relação às crianças. Por exemplo, possibilita que as mulheres invistam mais na educação das crianças, e com isso melhorem a frequência à escola – um fator de proteção à violência contra crianças.

Esta estratégia contribui para o cumprimento das Metas 1.3, 1.4, 5.2, 5.3 e 10.2 dos ODS:

- 1.3 Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados para todos, incluindo pisos, e, até 2030, atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis.
- 1.4 Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais em relação a recursos econômicos, bem como acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, inclusive microfinanciamento.
- 5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas pública e privada, incluindo tráfico e exploração sexual e de outros tipos.
- 5.3 Eliminar todas as práticas nocivas, como casamento prematuros, forçados e de crianças, e mutilação genital de mulheres.
- 10.2 Até 2030, empoderar e promover inclusão econômica e política de todos, independentemente de idade, sexo, deficiência, raça, etnia, origem, religião, status econômico ou de outro tipo.

Efeitos potenciais do empoderamento econômico das famílias sobre a redução de violência contra crianças:

- Redução da violência física contra crianças cometidas por pais, mães ou outros cuidadores
- Redução da violência infligida pelo parceiro íntimo
- Redução do número de crianças testemunhas de violência infligida pelo parceiro íntimo
- Redução do número de casamento precoce e forçado de meninas
- Ampliação de normas e atitudes sociais contrárias à violência infligida pelo parceiro íntimo



Abordagens

Revisões das evidências sobre fortalecimento econômico e de renda constataam que abordagens promissoras incluem a transferências direta de renda, bem como programas que integram a capacitação em equidade de gênero com associações comunitárias de poupança e empréstimo, ou com microfinanciamento [113].

Transferência direta de renda

Evidências: Desde meados de 2000, governos de países de renda média e baixa vêm investindo cada vez mais em transferência direta de renda – pagamentos diretos e regulares em dinheiro, que aumentam a renda de famílias em situação de vulnerabilidade e parecem ampliar o acesso a serviços de saúde e educação [114]. Quando a transferências de renda é feita para mulheres, juntamente com outras intervenções, como a capacitação em habilidades parentais, ela parece ter efeitos positivos na melhoria do monitoramento parental, redução de maus-tratos a crianças, e incentivo ao comportamento pró-social positivo e de ajuda, destinado a promover aceitação social e amizade entre meninos adolescentes [115-117].

No entanto, há evidências também de que transferências diretas de renda para meninas na ausência de intervenções sociais e comportamentais complementares podem aumentar o risco de sofrerem assédio e abuso sexual. Um estudo [118] revelou que, à medida que meninas que têm conta de poupança aumentam seus recursos econômicos, aumenta também a probabilidade de serem assediadas e abusadas sexualmente por homens. Isto sugere que a melhoria de recursos econômicos precisa ser acompanhada simultaneamente pelo fortalecimento de recursos sociais – inclusive redes sociais e informação sobre saúde reprodutiva –, para evitar que se tornem ainda mais vulneráveis à violência sexual.

O programa mexicano **Oportunidades** visou melhorias na educação, bem como na saúde e nutrição, por meio da oferta de transferências condicionais de renda para as famílias. As transferências dependiam do atendimento de certas condições, tais como garantir a frequência das crianças à escola. As avaliações do programa produziram evidências claras de que essas intervenções resultaram em aumento de matrículas escolares e do número de anos de escolaridade, redução da evasão escolar e do consumo de álcool [119].

Está demonstrado que transferências diretas de renda melhoraram o monitoramento parental, reduziram em 10% os maus-tratos a crianças, reduziram em 10% sintomas agressivos em crianças, e incentivaram comportamento pró-social, particularmente entre meninos adolescentes [115-117]. Três ensaios clínicos randomizados (na Califórnia e em Wisconsin, nos Estados Unidos), que combinaram transferências direta de renda com outras formas de apoio, como seguro de saúde e cuidados a crianças, ou subsídios para esses cuidados – além de auxílio para a conclusão do Ensino Médio, conseguir um emprego, ou receber capacitação para o trabalho – também mostraram melhoras na adoção de práticas parentais positivas [115, 116, 120]. Está demonstrado também que transferências de renda auxiliam meninas e meninos a permanecer na escola, e reduzem os riscos de crianças testemunharem atos de violência infligida pelo parceiro íntimo, o que, por sua vez, pode reduzir a probabilidade de que venham a tornar-se mais tarde vítimas ou perpetradores de violência [121, 122].



Transferências de renda ajudam a reduzir abuso e exploração sexual de crianças (Quênia, Zâmbia, Zimbábue, Malawi, Tanzânia)

Transferências diretas de renda são um recurso cada vez mais popular nas estratégias de proteção social de governos africanos. Abordando diretamente fatores estruturais, como pobreza e barreiras educacionais – e, indiretamente, reduzindo desigualdades de gênero –, as transferências diretas de renda têm o potencial de reduzir o risco de abuso e exploração sexual entre crianças e jovens.

Por meio de avaliações de impacto, o **Transfer Project** [Projeto Transferência] construiu uma base de evidências que demonstram os impactos positivos de programas sociais governamentais de transferências diretas de renda implementados em larga escala, sobre diversos resultados nas esferas econômicas, de bem-estar e de proteção à

criança em oito países africanos. Esse trabalho está vinculado a estruturas e programação governamentais, e contribui para a formulação e ampliação de programas nacionais. No Zimbábue, evidências recentes mostram que o **Harmonized Social Cash Transfer Programme** [Programa coordenado de transferência direta de renda] reduziu a probabilidade de ocorrências de sexo forçado entre jovens; e, em Malawi, um programa semelhante o **Malawi's Social Cash Transfer Programme** [Programa de transferência direta de renda do Malawi], contribuiu para retardar a iniciação sexual de jovens.

Para mais informações veja <http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>



Associações comunitárias de poupança e empréstimo combinadas à educação para a equidade de gênero

Evidências: Na Costa do Marfim, um ensaio-clínico randomizado avaliou associações comunitárias de poupança e de empréstimo combinadas com discussões em grupo com homens e mulheres sobre a equidade nos papéis e nas normas de gênero. Verificou-se que no caso de mulheres que participaram juntamente com seus parceiros (em mais de 75% das sessões de intervenção) o programa reduziu em mais de 50% a violência infligida pelo parceiro íntimo no ano anterior, em comparação com aquelas que participaram apenas de atividades relativas a associações comunitárias de poupança e empréstimo [123]. Essas reduções deveriam diminuir também a exposição de crianças à violência perpetrada pelo parceiro íntimo, fator de risco importante para o envolvimento posterior das crianças como vítimas ou perpetradores de violência.

No entanto, embora tenha reduzido significativamente a violência contra mulheres que se casaram depois de adultas, o programa não apresentou qualquer efeito no caso das meninas casadas ainda durante a infância [124]. Dessa forma, é crucial que sejam feitas considerações cuidadosas sobre como esses programas podem impactar o risco de violência em grupos ou indivíduos específicos, antes de tomar decisão sobre a continuidade deste tipo de intervenção.

Microfinanciamento combinado à educação sobre normas e equidade de gênero

Figura 4: Redução de violência infligida pelo parceiro íntimo entre 430 mulheres que participaram do programa de Microfinanciamento e Equidade de gênero (IMAGE)



Evidência: Em área rural da África do Sul, avaliações experimentais mostraram que um programa de microfinanciamento combinado com educação sobre infecção por HIV, normas de gênero, violência por parceiros íntimos e sexualidade – conhecido como **IMAGE (Intervention with Microfinance for Aids and Gender Equity)** (Intervenção com Microfinanciamento para aids e equidade de gênero) – reduziu em 50% a violência física e/ou a exposição a violência sexual entre mulheres que participaram da intervenção em comparação com o grupo controle (**Figura 4**) [125–127].



Empoderamento e Meios de Subsistência para Adolescentes (Afeganistão e Uganda)

Empowerment and Livelihood for Adolescents

(ELA) (Empoderamento e meios de subsistência para adolescentes) é um programa que oferece a centenas de milhares de meninas adolescentes de 14 a 20 anos de idade a oportunidade de uma vida melhor por meio de orientação (*mentoring*), capacitação em habilidades para a vida e treinamento em microfinanciamento. Implementado de forma pioneira em Bangladesh pela organização internacional de desenvolvimento BRAC, funciona também em outros países como Afeganistão e Uganda. O ELA difere da maioria dos programas de capacitação de duas maneiras: o programa combina a capacitação em habilidades para a vida com capacitação sobre meios de subsistência, de modo que o empoderamento social é reforçado por empoderamento financeiro; e a capacitação é oferecida em clubes de adolescentes, e não em escolas. Os clubes ajudam a alcançar as adolescentes que estudam e também as que abandonaram a escola, e oferecem espaços onde sentem-se suficientemente seguras para discutir problemas em pequenos grupos e construir redes sociais longe de pressões da família e da sociedade centrada nos homens [6].

Conduzido por adolescentes mentoras, o programa oferece às meninas educação sobre seus direitos, ajuda para solucionar conflitos, e informação sobre questões de saúde e gênero, inclusive saúde sexual e reprodutiva. As meninas aprendem a importância de permanecer na escola e de evitar casamento e gravidez precoces. As mentoras preparam as meninas também para que dominem

questões financeiras básicas – como ganhar e como poupar dinheiro –, juntamente com capacidades de subsistência, planejamento de negócios e administração de orçamento, de modo que ganhem confiança e uma mentalidade empresarial [6].

O programa ELA foi rigorosamente testado e demonstrou ter impactos positivos sobre a vida das meninas. Em 2014, o Banco Mundial realizou uma avaliação do ELA em Uganda, onde é registrada uma das maiores taxas mundiais de desemprego de mulheres jovens, e uma taxa de 10% a 12% de gravidez na adolescência. O relatório verificou que, em comparação com meninas que não participaram, entre as participantes do programa ELA:

- taxas de gravidez precoce foram 26% mais baixas, e o uso de preservativo aumentou em 28%;
- casamento e coabitação precoces diminuíram em 50%;
- relatos de sexo indesejado diminuíram em 50%.

Além disso, houve um aumento de 72% no engajamento de participantes do programa em atividades geradoras de renda, quase inteiramente devido a autoemprego. É importante observar que a avaliação não encontrou redução nas taxas de matrícula na escola entre as participantes do ELA. Na verdade, meninas que tinham abandonado a escola foram as que demonstraram mais interesse em voltar a se matricular, o que sugere uma correlação positiva entre empoderamento de meninas por meio de capacitação vocacional e de habilidades para a vida e seu desejo de investir em educação formal [129, 130].



Respostas de serviços de atenção e apoio

Objetivo: Melhorar o acesso a serviços de apoio de qualidade nas áreas de saúde, bem-estar social e justiça criminal para todas as crianças que deles necessitem – inclusive para denunciar casos de violência – a fim de reduzir o impacto da violência a longo prazo



Justificativa:

Serviços básicos de saúde, tais como a atenção médica de emergência a lesões relacionadas à violência e a atenção clínica a vítimas de violência sexual – inclusive profilaxia pós-exposição ao HIV em casos de estupro, quando houver indicação, – devem estar em funcionamento antes de se considerar a oferta dos serviços sociais e de aconselhamento mais especializados, descritos aqui. Orientações sobre cuidados médicos de emergência [131] e cuidados clínicos para vítimas de violência sexual [132] já estão disponíveis.

Nos locais onde já existem os serviços básicos, a oferta de serviços sociais e de orientação/aconselhamento para vítimas e perpetradores de violência contra crianças pode ajudar a romper o ciclo da violência em suas vidas. Além disso, a oferta desses serviços ajuda as crianças a superarem e se recuperarem das consequências das experiências para a saúde física e mental, incluindo os sintomas de trauma [133]. No entanto, em contextos de renda média e baixa, é muito pequena a proporção de crianças vítimas de violência que recebem serviços de saúde e bem-estar social. Por exemplo, segundo levantamentos feitos em Camboja, Haiti, Quênia, Malawi, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue, menos de 10% das crianças que sofreram violência sexual disseram ter recebido atendimento [134].

Para aumentar a proporção de crianças que recebem resposta e apoio dos serviços é necessário que serviços e mecanismos eficazes, com foco na criança, sejam implementados favorecendo a busca de ajuda, apoio e cuidados, assim como a denúncia das ocorrências de violência, pelas crianças. Esses serviços e mecanismos podem incluir aconselhamento e encaminhamento para serviços de proteção à criança, como a polícia, profissionais de saúde e de bem-estar social, além

de assistência para obtenção de abrigo temporário, quando necessário [6]. Programas de tratamento para adolescentes em conflito com a lei no sistema de justiça podem reduzir a probabilidade de reincidência em comportamento violento, e fazem parte do Modelo das Nações Unidas para estratégias e medidas práticas para a eliminação de violência contra crianças no campo da prevenção do crime e de justiça criminal [135]. Para que esses programas sejam eficazes é necessário que os serviços pertinentes nas áreas de proteção, segurança, bem-estar, saúde, assim como outros prestadores de serviços e autoridades governamentais atuem por meio de um sistema de referência e solicitações. Além disso, é preciso que existam mecanismos, apoiados pelo governo, que sejam sensíveis à criança, bem divulgados, confidenciais e acessíveis, com pessoal especialmente treinado, aos quais as crianças possam recorrer para denunciar ocorrências de violência. Embora não existam evidências demonstrando a efetividade das linhas de telefone para denúncias e suporte, algumas comunidades as utilizam como um meio mais fácil para que as crianças vítimas de violência e suas famílias denunciem a violência e busquem informação e assistência [6].

Esta estratégia contribui para o cumprimento das Metas 3.8 e 16.3 dos ODS:

- 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra risco financeiro, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade, e acesso a medicamentos e vacinas essenciais que sejam seguros, eficazes, de boa qualidade e a preços acessíveis para todos.
- 16.3 Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos.

Efeitos potenciais da oferta de serviços de apoio clínicos, terapêuticos e de justiça criminal sobre a redução da violência contra crianças:

- Redução na recorrência do mesmo tipo de violência a curto prazo
- Redução de sintomas de trauma (por exemplo, transtorno de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade)
- Redução de infecções sexualmente transmissíveis e de suas consequências negativas para a saúde reprodutiva
- Redução da probabilidade de ser vítima ou autor de violência a curto prazo e em etapas posteriores da vida



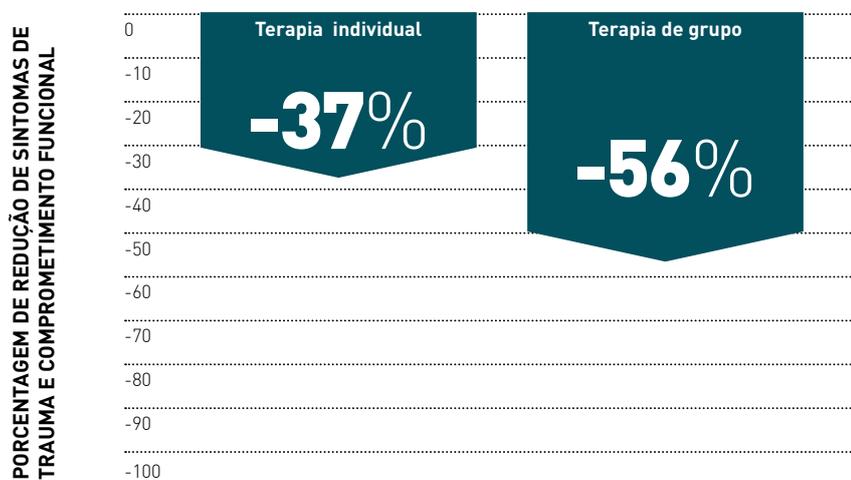
Abordagens

Revisões sobre serviços terapêuticos, clínicos, de justiça criminal e de proteção à criança encontram evidências de que alguns são eficazes e outros são promissores para a redução de impactos sociais e na saúde provocados pela violência contra crianças. Há uma ampla variedade de abordagens para a provisão de serviços, incluindo abordagens terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental; rastreamento de maus-tratos a crianças ou violência infligida pelo parceiro íntimo combinado a intervenções como grupos de apoio, fornecimento de casa-abrigo, gestão de casos e serviços de saúde pós-estupro; programas de tratamento para adolescentes em conflito com a lei; Intervenções de acolhimento (casa-abrigo, família substituta) atrelados a serviços de bem-estar social [136, 137].

Aconselhamento e apoio terapêuticos

Evidências: A Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF- CBT) (Terapia cognitivo- comportamental centrada no trauma), para indivíduos ou grupos, é eficaz na redução de sintomas de trauma e consequências psicológicas e emocionais negativas de longo prazo em crianças e adolescentes que sofreram violência, reduzindo-os em até 73% na abordagem individual, e em até 56% na abordagem de grupo (**Figura 7**) [133, 138]. Incluem-se crianças vítimas de maus-tratos e várias formas de violência juvenil, como brigas e agressões sexuais. Um grupo de pesquisadores encontrou que em países de baixa renda é viável a oferta de TF-CBT por agentes de saúde leigos e capacitados, tanto para o atendimento de crianças vulneráveis como para mulheres jovens [139, 140].

Figura 7: Redução de sintomas de trauma e do comprometimento funcional em 11 ensaios clínicos sobre a Terapia cognitivo-comportamental centrada no trauma.



Fonte: [133]



Utilizando TF-CBT no tratamento de crianças afetadas por violência e outras adversidades (Zâmbia)

Em Lusaka, Zâmbia, 257 meninos e meninas entre 5 e 15 anos de idade, que haviam vivenciado pelo menos um incidente traumático (incluindo abuso e exploração) e relatado sintomas significativos relacionados ao trauma, tais como transtorno de estresse pós-traumático, foram recrutados em cinco comunidades. As crianças foram distribuídas aleatoriamente, ou para um grupo de intervenção, no qual participaram de 10 a 16 sessões de *TF-CBT*, ou para um grupo de comparação, onde receberam o “tratamento usual” dispensado a crianças órfãs e em situação de vulnerabilidades. O tratamento usual incluía aconselhamento psicológico, educação entre pares, grupo de apoio, e testagem e tratamento da infecção pelo HIV/aids. Um aspecto importante

é que a *TF-CBT* foi ministrada por conselheiros leigos capacitados e supervisionados, e não por provedores especializados em saúde mental. O estudo verificou que os sintomas de trauma foram reduzidos em 82% no grupo de intervenção, contra uma redução de 21% no grupo que recebeu o tratamento usual.

TF-CBT foi significativamente mais eficaz do que o tratamento usual [140]. Esses resultados são particularmente importantes, uma vez que é improvável que haja recursos suficientes na maioria dos contextos de baixa renda para recrutar provedores especializados em saúde, ou para capacitar provedores leigos em mais de uma abordagem para lidar com os efeitos do trauma [141].



Rastreamento de casos combinado a intervenções

Evidências: A capacitação de profissionais da área da saúde para a identificação de possível exposição, ou risco de exposição, à violência pode ajudá-los a oferecer mais rapidamente as diversas intervenções possíveis. Um dos modelos para a abordagem dos fatores de risco para maus-tratos a crianças é o **Safe Environment for Every Kid** (Ambiente seguro para todas as crianças), que envolve a capacitação de prestadores de atenção primária em pediatria, para que possam identificar, tratar e/ou encaminhar situações como depressão, abuso de substâncias, violência infligida pelo parceiro íntimo e estresse nos pais, mães e cuidadores das crianças. Um ensaio-clínico randomizado desta intervenção em uma comunidade de baixa renda nos Estados Unidos comprovou uma redução de 31% nas denúncias feitas a serviços de proteção à criança, além de menores números de problemas relacionados a negligência em registros médicos de crianças, e de autorrelatos de agressões físicas graves praticadas pelas mães [142].

De acordo com a OMS, “rastreamento universal” ou “investigação de rotina” – isto é, fazer perguntas às mulheres em todos os encontros de atenção à saúde – sobre violência infligida por parceiro íntimo e violência familiar não seria recomendável. No entanto, profissionais de saúde devem perguntar sobre exposição a violência infligida pelo parceiro íntimo quando estão avaliando condições que podem ter sido causadas ou agravadas por este tipo de violência [132]. A **U.S Preventive Services Task Force** (Força-tarefa dos EUA sobre Serviços Comunitários Preventivos) recomenda que o rastreamento de violência infligida pelo parceiro íntimo, no caso de mulheres em idade reprodutiva, seja acompanhado por uma intervenção – por exemplo, aconselhamento sobre comportamentos para aumentar a segurança e informações sobre recursos da comunidade; e conclui que, em conjunto, essas intervenções geram algum benefício e, portanto, podem ser consideradas eficazes [143]. Evidências de ensaios-clínicos randomizados endossam várias intervenções para mulheres em idade reprodutiva, como aconselhamento, visitas domiciliares, folhetos

informativos, encaminhamento a serviços comunitários e apoio por mentores. Dependendo do tipo de intervenção, esses serviços podem ser oferecidos por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, mentores ou agentes comunitários. O rastreamento de violência infligida pelo parceiro íntimo, combinado com acesso a serviços, é igualmente relevante para meninas adolescentes que são vítimas de violência em relações com parceiros íntimos. Esse rastreamento é importante também para proteger crianças pequenas da exposição indireta a violência infligida por parceiros íntimos em suas casas, uma vez que essa exposição aumenta o risco de tornar-se mais tarde vítimas ou perpetradoras de violência.

Em outro ensaio-clínico randomizado, o rastreamento de violência infligida pelo parceiro íntimo acompanhado de prestação de serviços de orientação comportamental para mães grávidas ou mães de crianças pequenas levou a uma redução de 50% nos episódios recorrentes de violência e a melhores resultados nos partos [144]. Além disso, o **Hawaii Healthy Start Program** (Programa Começo Saudável, do Havaí), um programa promissor que associou o rastreamento da violência infligida pelo parceiro íntimo a visitas domiciliares, reduziu não só as ocorrências de abuso de crianças, mas também a violência pelo parceiro. Uma avaliação desse programa relata que a visita domiciliar realizada por paraprofissionais a mães de alto risco foi eficaz na redução da violência infligida pelo parceiro íntimo (em 15%) e dos maus-tratos a crianças (em 40%) [145, 146].



Programas de tratamento para adolescentes em conflito com a lei no sistema de justiça criminal

Evidências: Diversas revisões sistemáticas verificam que programas de tratamento de adolescentes em conflito com a lei (incluindo aqueles que foram condenados por atos infracionais violentos) no sistema de justiça criminal são eficazes para a prevenção de reincidência, tanto entre meninos quanto entre meninas. Mostram também que intervenções como aconselhamento e capacitação em habilidades (incluindo abordagens cognitivo-comportamentais), são mais eficazes do que intervenções baseadas em estratégias de controle e coerção, tais como vigilância, ameaça e castigo [147].

Um estudo [148] constatou que programas para adolescentes autores de atos infracionais graves e recorrentes, em situação de detenção, reduzem a reincidências em geral, e a reincidência de infrações graves e violentas em particular. Intervenções com enfoque cognitivo ou cognitivo-comportamental, aplicadas a meninos adolescentes e jovens em unidades de internação (centros de detenção juvenil), foram particularmente eficazes, levando à conclusão que, do ponto de vista social, é benéfico tratar essa população, especialmente porque adolescentes autores de atos infracionais violentos correm alto risco de tornar-se infratores crônicos. Uma revisão sistemática de estudos sobre os efeitos de programas de tratamento de adolescentes em conflito com a lei na Europa [149] chegou a conclusões semelhantes. Os melhores programas reduziram a reincidência em 16%.

Intervenções de acolhimento familiar, com participação dos serviços de bem-estar social

Evidências: Em muitos países, crianças que são vítimas (ou estão expostas a um alto risco) de maus-tratos, assim como outras crianças em situação de vulnerabilidade (por ex., crianças com deficiência) são frequentemente colocadas sob cuidados fora de suas casas, seja através da adoção temporária por parentes ou outros cuidadores, famílias substitutivas, ou em instituições como casas-abrigo (orfanatos), lares coletivos ou centros residenciais de tratamento. A colocação em casas-abrigo continua a ser uma abordagem frequente para crianças que precisam de cuidado familiar seguro: em todo o mundo, dois milhões de crianças vivem nesses ambientes [150]. Estudos que comparam crianças que vivem em casas-abrigo com aquelas que vivem em famílias adotivas que fornecem cuidado de alta qualidade mostram que este último tipo de cuidado ajuda a proteger as crianças dos impactos negativos que a institucionalização provoca sobre funções cerebrais, desenvolvimento cognitivo e bem-estar sócio-emocional [151]. As abordagens que atendem ao melhor interesse de crianças vítimas de violência

são, portanto, aquelas que as colocam sob a guarda de famílias seguras.

Evidências de uma revisão recente sugerem que alguns tipos de cuidados em famílias substitutivas podem ser mais eficazes na redução de maus-tratos a crianças do que outros programas tradicionais de acolhimento. Os tipos de abordagem que parecem mais eficazes são o reforço do cuidado pelas famílias adotivas (por ex., com melhor capacitação de assistentes sociais ou mais acesso a serviços); apoio com capacitação e/ou supervisão continuados dos cuidadores adotivos; e adoção por parentes ou amigos da família, no caso de crianças que não podem viver em suas próprias casas [152]. Muitos países, principalmente países de alta renda, têm políticas que dão preferência à adoção por parentes. Uma excelente revisão sistemática [153] sugeriu que crianças colocadas sob os cuidados de parentes podem se sair melhor em termos de desenvolvimento comportamental, saúde mental, e estabilidade e qualidade das relações com seus cuidadores adotivos do que aquelas que são adotadas de forma tradicional.



Educação e habilidades para a vida

Objetivo: Aumentar o acesso das crianças a uma educação mais eficaz e equitativa quanto ao gênero, uma aprendizagem socioemocional e uma formação de habilidades para a vida, além de assegurar que o ambiente escolar seja seguro e estimulante



Justificativa:

As melhorias na educação de meninos e meninas, avaliadas por matrículas escolares e frequência à escola, protegem contra vitimização e perpetração de certas formas de violência, inclusive violência sexual contra crianças, violência juvenil, violência infligida pelo parceiro íntimo e casamento infantil. Esses avanços protegem também contra as consequências da violência, inclusive infecção pelo HIV, infecções sexualmente transmitidas e gravidez não planejada [154, 155].

As escolas constituem um espaço importante onde crianças, professores e educadores podem aprender e adotar comportamentos pró-sociais que podem contribuir para a prevenção da violência na escola e na comunidade. A capacitação em habilidades para a vida pode evitar a violência contra crianças por meio de melhor comunicação, gestão de conflitos e habilidade de resolução de problemas, e ajudando as crianças na construção de relações positivas com seus pares. Embora programas de habilidades para a vida tenham na escola um espaço especialmente importante para sua implementação, podem ser oferecidos também em contextos informais, como centros comunitários (para crianças que não estão na escola) e acampamentos de refugiados. Esses programas normalmente são oferecidos ao longo de vários anos, e podem envolver de 20 a 150 sessões em sala de aula. Muitos deles incluem módulos específicos por idade, atendendo crianças desde os anos iniciais da educação infantil até a conclusão do ensino fundamental.

Esta estratégia contribui para a consecução das Metas 4.4, 4.7, 4.a e 5.1. dos ODS e é apoiada por elas:

- 4.4 Até 2030, aumentar substancialmente o número de jovens e adultos dotados de capacidades relevantes, incluindo competências técnicas e vocacionais, para a obtenção de emprego, trabalhos decentes e empreendedorismo.
- 4.7 Até 2030, garantir que todos os alunos adquiram os conhecimentos e habilidades necessários para promover o desenvolvimento sustentável, inclusive, entre outros, por meio da educação para um desenvolvimento sustentável e estilos de vida sustentáveis, direitos humanos, igualdade de gênero, promoção de uma cultura de paz e não violência, cidadania global e valorização da diversidade cultural e da contribuição da cultura para o desenvolvimento sustentável.
- 4.a Construir e melhorar instalações físicas de educação que sejam adequadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos.
- 5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas, em todos os lugares.

Efeitos potenciais da educação e de habilidades para a vida sobre a redução da violência contra crianças:

- Aumento da frequência escolar e do sucesso acadêmico
- Redução no número de casamentos infantis
- Redução de ocorrências de agressão sexual
- Redução da violência física e sexual infligida pelo parceiro íntimo, seja como vítima, seja como autor;
- Empoderamento de meninas e meninos para que reconheçam a violência infligida pelo parceiro íntimo e se protejam contra ela
- Redução de comportamentos agressivos e violentos
- Redução do uso de drogas e do consumo abusivo de álcool
- Redução de comportamentos de bullying



Abordagens

Evidências sustentam a eficácia de diversas abordagens para esta estratégia, incluindo aumento de matrículas escolares em todos os níveis educacionais; criação de ambiente escolar seguro e favorável para a aprendizagem; promoção de conhecimentos e capacidades das crianças para que se protejam contra a violência; capacitação em habilidades sociais e de vida; e realização de programas de prevenção de violência infligida pelo parceiro íntimo para adolescentes. Oferecer a crianças e adolescentes habilidades sociais e de vida para enfrentar e administrar riscos e desafios sem uso de violência é crucial para a redução da violência em escolas e comunidades.

Aumento da taxa de matrículas na educação infantil e nos níveis 1 e 2 do ensino fundamental

Evidências: Uma avaliação experimental de uma intervenção que ofereceu apoio escolar para meninas órfãs em Zimbábue demonstrou que, entre aquelas que receberam auxílio para taxas, material escolar, uniformes e itens de higiene e saúde, a evasão escolar diminuiu em 82%, e o casamento precoce, em 63% [154]. Programas de educação precoce baseados na escola, como o **Child-Parent Center Program** (Programa do Centro Crianças-Genitores) em Chicago, Estados Unidos – que defende a matrícula na Educação Infantil desde os três anos de idade, junto a apoio educacional e parental até os 9 anos de idade – resultaram em redução de mais de 30% no número de detenções por violência entre os adultos jovens associados ao programa [155].

Criação de um ambiente escolar seguro e estimulante

Evidências: O conjunto de ferramentas para uma boa escola *Good School Toolkit* (Pacote adequado de itens escolares), desenvolvido pela ONG **Raising Voices**, de Uganda, visa reduzir a violência perpetrada pela equipe escolar contra crianças de 11 a 14 anos de idade, construindo um ambiente escolar positivo e relações positivas entre alunos, seus colegas e figuras de autoridade. O pacote foi testado por meio de um estudo randomizado em 42 escolas no Distrito de Luwero, Uganda, e demonstrou ser eficaz na redução de violência contra as crianças por parte da equipe escolar (**Figura 8**). Não foram detectados efeitos adversos relacionados à intervenção, mas 434 crianças foram encaminhadas a serviços de proteção à criança, em função do que revelaram durante o seguimento [156]. Uma abordagem igualmente abrangente, implementada na Colômbia, como parte do programa Aulas em Paz (Aulas em Paz) levou a reduções significativas na violência e em comportamentos agressivos [157].

Figura 8: Redução da violência física perpetrada na última semana pela equipe escolar após a implementação do *Good Schools Toolkit*



Fonte: [156]



Programa Ambiente escolar seguro e estimulante (Croácia)

O programa **Safe and enabling school environment programme** [Ambiente escolar seguro e estimulante], da Croácia, foi implementado pelo Escritório do UNICEF na Croácia, em parceria com o Ministério Croata de Ciências, Educação e Esporte e a Agência de Educação e Formação de Professores. O programa teve dois componentes: o primeiro foi uma campanha pública “Pare a violência entre Crianças”, que visava promover mudança social aumentando a percepção de violência física e verbal, com foco especial em violência, agressão e *bullying* entre pares nas escolas. O segundo componente foi uma intervenção baseada na escola para reduzir a violência entre pares nas escolas, criar ambientes escolares seguros e estimulantes, e incluir as crianças em atividades de formulação de políticas para eliminar a violência.

Em consequência do programa, entre 2003 e 2011 a ocorrência de violência diminuiu pela metade em 37% das escolas croatas do primeiro ciclo da educação fundamental. Nesse período, 301 escolas (a maioria desse ciclo) implementaram o programa, sendo que 163 ganharam o título de “Escola sem violência”, e 85 renovaram esse título nos três anos que se seguiram ao início do programa.

O programa foi avaliado em 2005, 2008 e 2012, e a avaliação de 2008 revelou:

- redução de 50% na incidência de *bullying* frequente, de 10% para 5%;
- redução no número de crianças que intimidavam outras, de 13% para 3%;
- mais de 55% das crianças disseram sentir-se sempre seguras na escola.

De acordo com o relato das crianças, 63% dos professores sempre intervinham para deter a violência entre pares na escola, em comparação com 2004, quando a proporção relatada pelas crianças foi de apenas 30%. Depois da avaliação de 2005, a opinião pública revelou expressivo reconhecimento da campanha (92%), e a avaliação do programa foi excepcionalmente positiva (56%). Depois dos resultados na Croácia, o UNICEF e grupos da sociedade civil lançaram programas “Escola sem violência” na Bulgária, no Cazaquistão, em Montenegro, na Sérvia e na Eslovênia.

Mais informações sobre a avaliação do programa “Ambiente escolar seguro e estimulante” em: http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_6_12_2_final.pdf



Em Zâmbia, o reconhecimento de que as necessidades de apoio psicossocial para crianças órfãs e em situação de vulnerabilidade estavam sendo mal atendidas nas escolas levou ao desenvolvimento do **“Programa de certificação de professores em cuidados, apoio e proteção psicossocial”** [158]. Esse programa de educação a distância, com duração de 15 meses, oferece a professores conhecimentos e habilidades para melhorar o ambiente escolar, promover apoio psicossocial e facilitar as relações entre a escola e a comunidade. Os tópicos dos módulos incluem: compreender a importância de autocuidado e bem-estar psicossocial dos próprios professores; aumentar as habilidades de apoio psicossocial e utilizar essas habilidades para aumentar o bem-estar dos estudantes; enriquecer e criar um ambiente escolar seguro e equitativo; e desenvolver relações mais fortes e mais positivas dentro da escola (por exemplo, professor-aluno, professor-professor) e entre a escola e a comunidade. Um ensaio-clínico randomizado realizado em 2013 e 2014 com 325 professores e 1378 estudantes verificou que o programa é eficaz no aumento de: respeito percebido pelos estudantes nas escolas; segurança na escola e disposição de buscar ajuda e reagir a abuso sexual; e redução de envolvimento em *bullying* físico e emocional. Verificou-se também aumento em autocuidado emocional e percepção de segurança na sala de aula e na escola pelos professores [158].

Melhoria do conhecimento das crianças sobre o abuso sexual e maneiras de se proteger

Evidências: Embora programas para melhorar o conhecimento das crianças sobre como se proteger de abuso sexual possam ser implementados em qualquer contexto, a maior parte dos que foram avaliados até agora é oferecida em escolas, e ensinam à criança que ela é dona de seu corpo, as diferenças entre toque físico bom e ruim, e como reconhecer situações abusivas, dizer não e denunciar o abuso para um adulto confiável. Muitos estudos de revisão que avaliaram esses programas verificaram que, embora sejam eficazes quanto ao fortalecimento de fatores de proteção contra esse tipo de abuso (por exemplo, ter informação sobre abuso sexual e comportamentos de proteção), são necessárias mais pesquisas em relação a seu efeito sobre a redução efetiva da ocorrência de abuso sexual [159]. As evidências sugerem também que é preciso reconhecer o papel do gênero e de normas sociais na perpetração de abuso sexual, e que é necessária uma abordagem que envolva “toda a escola”. Isto inclui garantir a existência de políticas e protocolos escolares inclusivos e equitativos, envolvendo as lideranças da escola e desenvolvendo currículos e abordagens de ensino que sejam sensíveis a normas e desigualdades sociais e de gênero [6].

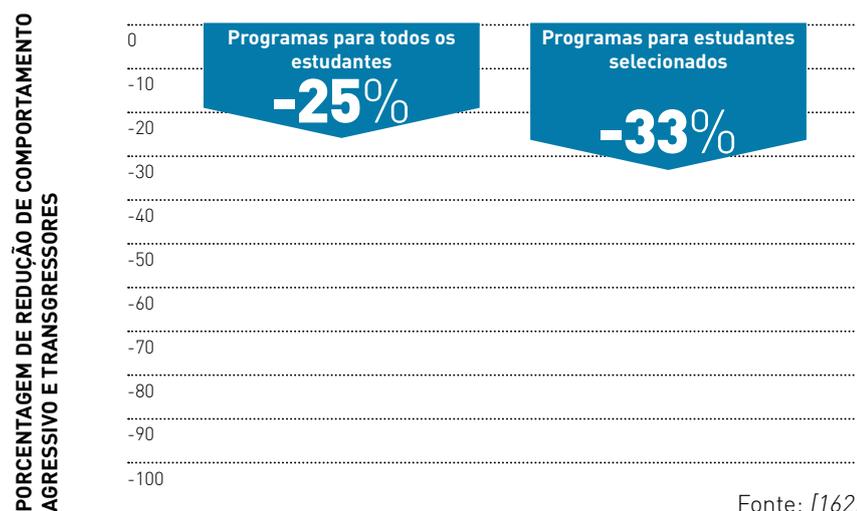
Em Nairóbi, no Quênia, o programa **“No Means No’ IMpower”** [Não quer dizer não] empodera meninas adolescentes aumentando sua autoestima e ensinando autodefesa para reduzir o risco de violência sexual. Uma revisão do programa constatou um aumento significativo (34%) na probabilidade de haver comunicação sobre violência sexual no grupo que participou da intervenção, e uma redução anual de 38% [160, 161] nas taxas de agressão sexual. Adaptações deste programa para outros contextos devem incluir componentes sólidos de avaliação, para garantir que as adaptações sejam seguras e eficazes.



Formação de habilidades sociais e para a vida

Evidências: Uma análise de 249 estudos sobre programas de capacitação social e emocional em habilidades sociais e para a vida baseados na escola (a maioria dos quais desenvolvidos nos Estados Unidos) examinou seu impacto sobre comportamento agressivo e transgressor, incluindo brigas, espancamento, *bullying*,^e conflito e agressão verbal. A análise mostrou que os programas reduzem esses problemas em 25% quando são aplicados a todos os alunos, e em 30% quando oferecidos a grupos selecionados de estudantes em situação de alto risco (**Figura 9**), com benefícios iguais para meninos e meninas [162].

Figure 9: Redução de comportamento agressivo e transgressor em contextos escolares em 249 programas de treinamento de capacidades sócio-emocionais e para a vida



A **U.S Preventive Services Task Force** [Força-tarefa dos EUA sobre Serviços Comunitários Preventivos] encontrou também evidências sólidas de que programas de habilidades para a vida implementados de maneira universal nas escolas reduzem a violência entre crianças em 15%, em média, nos programas e anos escolares desde a Educação Infantil até o último ano do Ensino Médio (o que inclui alunos de 17 a 18 anos de idade). Em um ensaio-clínico randomizado, três anos após a conclusão do programa **Positive Action** (Ação Positiva) os estudantes que participaram apresentaram uma redução de 36% em comportamento violento e de 41% na prática de *bullying* [163].

^e Análise de dados de 2011 dos estudos *Trends in International Mathematics and Science Study* e *Progress in International Reading Literacy Study*, realizados em três países africanos (Botsuana, Gana e África do Sul) indicou que o *bullying* é um dos principais determinantes de desempenho acadêmico deficiente. Ver [164].



Capacitação Positiva de Adolescentes por meio de Programas Sociais Holísticos (*PATHS*)(China)

Tendo em vista preocupações com problemas de saúde mental, abuso de drogas, suicídio, violência na escola e o impacto da desestruturação da família sobre adolescentes na China, acadêmicos de cinco universidades locais da Região Administrativa Especial de Hong Kong (Hong Kong SAR) formaram uma equipe de pesquisa. A meta da equipe era criar um programa multianual e universal de desenvolvimento juvenil positivo, intitulado Capacitação Positiva de Adolescentes por meio de Programas Sociais Holísticos (*PATHS*) [165].

O *PATHS* tem um programa de desenvolvimento para meninas e meninos jovens (12 a 14 anos), e um segundo programa de capacitação especialmente planejado para os estudantes de cada ano escolar que apresentam mais necessidades psicossociais. A capacitação tem por objetivo promover vinculação e resiliência; melhorar habilidades sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais; desenvolver autoestima; e promover normas e comportamentos sociais adequados. O programa resultou em níveis mais altos de desenvolvimento positivo, níveis mais baixos de abuso de substâncias, de agressões, brigas e outros comportamentos transgressores [165].

Programas dirigidos a adolescentes para prevenção de violência infligida por parceiro íntimo

Evidências: Na Carolina do Norte, Estados Unidos, um ensaio-clínico randomizado do programa *Safe Dates* (Encontros Seguros), que visa a prevenção da violência infligida pelo parceiro íntimo entre adolescentes não casados envolvidos em relações amorosas, verificou que, em um mês, o “Encontros Seguros” levou a reduções na perpetração de violência psicológica (25%), violência física (60%) e violência sexual (60%) entre meninos e meninas de 12 a 14 anos de idade que participaram do programa. O programa se mostrou associado também à redução de violência entre pares e porte de arma [166]. Após quatro anos, houve uma redução significativa de denúncias de violência física e contra parceiro íntimo, e de vitimização entre os participantes do programa [167]. Diversos estudos com estudantes universitários ou atletas que participavam de programas para a redução de violência sexual mostraram um número significativamente mais alto de atitudes de desaprovação em relação a estupros em encontros [168, 169]. Uma avaliação do *Real Consent programme* (Programa Consentimento de Fato) – uma intervenção interativa baseada na web para estudantes universitários do sexo masculino, destinada a reduzir a violência sexual – indicou que o programa esteve associado a reduções consideráveis de agressões autorreferidas ao longo dos seis meses posteriores à intervenção [169].



SteppingStones (África do Sul)

Desenvolvido originalmente como um programa de prevenção da infecção pelo HIV, *Stepping Stones* é um programa de habilidades para a vida que se revelou eficaz para o controle da violência física e sexual contra parceiro íntimo entre mulheres e homens de 15 a 26 anos de idade. O programa, que foi submetido a avaliações rigorosas e implementado globalmente [170], estimula os participantes a refletir sobre suas atitudes e seus comportamentos por meio da representação de papéis e de dramatização. Planejado para melhorar a saúde sexual por meio do desenvolvimento de relações mais sólidas e equitativas entre os parceiros, o programa aborda questões como violência de gênero, comunicação sobre HIV, habilidades de relacionamento e assertividade.

O programa foi avaliado em vários países mas o estudo mais rigoroso é um ensaio-clínico randomizado realizado na Província do Cabo Oriental, África do Sul, com participantes de ambos os sexos de 15 a 26 anos de idade. Os resultados indicaram que, nos dois anos seguintes à intervenção, meninos e homens apresentaram redução de comportamentos violentos e de exploração. Em comparação com a linha de base, os participantes da intervenção envolveram-se em menos incidentes de violência

infligida pelo parceiro íntimo [171], estupro [172] e sexo por dinheiro [173].

Avaliações do programa *Stepping Stones* realizadas em menor escala em outros países evidenciaram uma redução nas ocorrências de violência infligida pelo parceiro íntimo praticada por homens [174, 175]. Depois de uma redução aos 12 meses, a taxa de comportamento violento continua a diminuir entre os homens mesmo 24 meses após a intervenção, sugerindo que as mudanças positivas de comportamento se fortalecem com o tempo. Além disso, a pesquisa qualitativa mostra que o *Stepping Stones* modificou atitudes, especialmente entre homens, educando-os sobre como podem reduzir o risco pessoal em relação ao HIV e estimulando uma abertura muito maior ao falar e compartilhar informações sobre o HIV. Nesse processo, o programa parece ter induzido habilidades gerais de vida que transformaram muitos desses homens em melhores parceiros, amigos, membros da família e cidadãos [176].

Outras informações em *Evaluation of HIV prevention and intervention programming*
<http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf>



INSPIRE

Atividades transversais

Atividade transversal 1: Ações multissetoriais e coordenação

A implementação deste conjunto de estratégias requer contribuições de departamentos de governo nacionais e locais responsáveis por educação, saúde, justiça e bem-estar social; do setor privado; e de organizações da sociedade civil, como associações profissionais, organizações religiosas, instituições acadêmicas, fundações e outras ONGs. Atuando de maneira coordenada, esses grupos de interessados podem reduzir o impacto negativo de fatores de risco para violência contra crianças nos níveis do indivíduo, da sociedade e da comunidade, apoiando relações e ambientes seguros, estáveis e estimulantes para crianças e famílias.

Portanto, a oferta de programas e serviços baseados em evidências depende da solidez dos sistemas subjacentes a cada um desses setores (e da prontidão para dar resposta ao problema da violência contra crianças), em combinação com um mecanismo eficaz para garantir coordenação entre eles.

Contribuições setoriais

O papel preciso de cada setor na implementação de estratégias INSPIRE pode variar de um país para outro, assim como a prontidão dos setores para contribuir com os esforços de implementação. No entanto, os setores com maior probabilidade de estar em condições de liderar esforços de implementação nas sete estratégias são os seguintes:

- **Implementação e vigilância do cumprimento das leis:** órgãos legislativos nos níveis estadual, municipal e nacional responsáveis por redigir, aprovar e fazer cumprir as leis.
- **Normas e valores:** ministérios que trabalham com questões de gênero, da mulher e do desenvolvimento infantil, embora todos os setores tenham um papel a cumprir na garantia da implementação desta estratégia.
- **Segurança do ambiente:** ministérios do Interior e do Planejamento, governos municipais e autoridades locais.
- **Pais, mães e cuidadores recebem apoio:** sistemas de saúde pública e de bem-estar social.
- **Incremento de renda e fortalecimento econômico:** ministérios da Fazenda, do Trabalho e do Desenvolvimento Econômico.
- **Resposta de serviços de atenção e apoio:** setores de atenção à saúde e bem-estar social. Intervenções voltadas a adolescentes em conflito com a lei, vítimas e testemunhas normalmente serão conduzidas pelos setores de Justiça e Segurança.
- **Educação e habilidades para a vida:** autoridades da área da educação.

Combinados, e trabalhando de maneira integrada, esses setores podem interferir no impacto negativo dos fatores de risco para a violência contra crianças nos níveis do indivíduo, das relações sociais, da comunidade e da sociedade, e ao mesmo tempo apoiar os relacionamentos e ambientes seguros, estáveis e estimulantes para crianças e famílias.

Além das contribuições de setores formais do governo, mecanismos de proteção da crianças baseados na comunidade tornam-se cada vez mais comuns, embora sua eficácia para a prevenção da violência contra crianças ainda não seja adequadamente avaliada (ver **quadro 3**).

Quadro 3

Mecanismos de proteção da criança baseados na comunidade

Mecanismos de proteção das crianças baseados na comunidade estão na vanguarda dos esforços para encaminhar soluções para a proteção da criança em contextos de emergência, transição e desenvolvimento em todas as partes do mundo. Em uma recente revisão interagência [177] observou-se que a mobilização de populações tornou-se uma resposta programática comum, especialmente em áreas afetadas por conflitos armados ou deslocamentos. Mecanismos de proteção da criança baseados na comunidade são favorecidos por agências internacionais onde governos locais e nacionais não possuem condições, ou se mostrem resistentes, para garantir os direitos das crianças a cuidados e proteção.

No entanto, faltam atualmente evidências robustas da eficácia, do custo, do alcance e da sustentabilidade desses mecanismos. Essa carência de evidências impede a prestação de contas e torna difícil definir práticas eficazes, desenvolver orientação interagências adequada para os profissionais, e harmonizar e fortalecer a qualidade

da prática. Impede também esforços para a obtenção de recursos financeiros para apoiar a proteção e o bem-estar das crianças, defender de maneira eficaz maior volume de investimentos em sistemas de proteção da criança, e estimular líderes políticos a promover as políticas e práticas mais eficazes.

A revisão interagências listou diversos desafios a serem superados para maximizar a contribuição da proteção de crianças baseada na comunidade – sendo a principal a necessidade de fortalecer a base de evidências por meio de avaliações sistemáticas, feitas com regularidade, e eticamente adequadas, mostrando como as ações de grupos de proteção da crianças baseada na comunidade influenciam a proteção e o bem-estar das crianças [177]. Diversas intervenções neste conjunto de estratégias foram realizadas em contextos em que sistemas de proteção da criança baseada na comunidade provavelmente estão em operação, e o conjunto, como um todo, presta-se para ser adaptado por esses sistemas.

A **primeira função de cada setor**, junto com seu sistema correspondente, é apoiar indivíduos, famílias e comunidade, de modo a que pais e mães, colegas e autoridades (como professores) possam prover o estímulo, a estabilidade e a segurança necessários para que as crianças atinjam seu potencial de desenvolvimento.

A **segunda função dos setores** é responder a casos reais de violência contra crianças, para garantir às vítimas segurança e apoio, mitigar o impacto dessa violência, e prevenir a recorrência. O grau em que os países centram a atenção em um ou outro papel pode variar, mas a ênfase em medidas preventivas, ao invés de punitivas, é considerada a melhor prática.

Por solicitação dos Estados Membros, diversas agências da ONU desenvolveram recursos e padrões pactuados internacionalmente para fortalecer a capacidade de setores governamentais específicos para prevenir e responder à a violência contra crianças. Essas medidas incluem, por exemplo, o documento da ONU “Estratégias modelo e medidas práticas da ONU sobre a eliminação da violência contra crianças no campo da prevenção do crime e justiça criminal”, desenvolvido pelo UNODC; e o documento da OMS “Plano de Ação Global sobre o fortalecimento do papel do setor da saúde em uma resposta multissetorial para enfrentar a violência Interpessoal, principalmente contra mulheres e meninas, e contra crianças”. Documentos de políticas como esses demandam ações específicas por parte dos Estados Membros que, se realizadas, garantirão que os setores em questão sejam capazes de envolver-se com o problema da violência contra crianças de maneira sistemática, com ênfase na implementação de estratégias de prevenção e respostas baseadas em evidências.

Setores que não contam com orientação de políticas da ONU podem utilizar esses documentos como base para preparar orientação semelhante para reforçar sua capacidade. Havendo sistemas fortes em setores específicos, mecanismos de coordenação eficazes ajudarão a integrar contribuições multissetoriais para torná-las mais eficazes na prevenção da violência contra crianças.

Mecanismos de coordenação

Embora em muitos países diversos atores interessados estejam trabalhando para eliminar a violência contra crianças, seus esforços nem sempre são coordenados e apoiados, e poucos são aplicados em larga escala. Portanto, mecanismos de coordenação são essenciais, uma vez que nenhum setor consegue oferecer isoladamente o conjunto completo de intervenções, e nenhum governo individual pode enfrentar as crescentes ameaças às suas crianças, que hoje ultrapassam fronteiras nacionais. Assim sendo, os esforços para implementar o conjunto de estratégias devem estimular a cooperação e a aprendizagem dentro dos países e entre eles.

Mecanismos nacionais

A responsabilidade final pela coordenação é dos governos. Mecanismos para garantir a liderança e a coordenação das atividades de prevenção e respostas às ocorrências de violência – inclusive instituições-chave de aplicação das leis – devem ser estabelecidos ou fortalecidos onde não existem ou são frágeis. Sistemas para a troca de informações entre setores devem ser revisados quanto à atenção dada à prevenção da violência e à otimização das respostas pelos serviços. Idealmente esses mecanismos devem ser fóruns que periodicamente reúnem representantes de setores relevantes para discutir os dados mais recentes sobre violência, visando identificar problemas emergentes (e os fatores subjacentes a eles), de modo que sejam implementadas intervenções adequadas e oportunas [1]

Mecanismos internacionais

Existem diversos fóruns e parcerias internacionais nos quais os países podem se reunir para explorar as estratégias mais eficazes para pôr fim à violência contra crianças. Um desses fóruns é o *Milestones in a Global Campaign for the Prevention of Violence Meetings*, da OMS, que se realiza a cada dois anos. Nesse encontro é feita a revisão do estado e do entendimento da ciência quanto à prevenção da violência em nível nacional, e são desenvolvidas estratégias para aumentar esse entendimento [178]. Outro exemplo é o *US National Academies' Forum on Global Violence Prevention*. Reunido pela Divisão de Saúde e Medicina das Academias, o fórum produziu diversos relatórios importantes sobre o nível de desenvolvimento científico em relação à prevenção da violência contra crianças e a resposta aos casos [179]. Além desses, o *Together for Girls* é uma parceria que reúne cinco agências da ONU, múltiplas agências do governo dos Estados Unidos, o governo do Canadá, o setor privado e governos parceiros para discutir uma abordagem à prevenção da violência e as respostas às ocorrências baseada em dados multissetoriais, atuando hoje em 22 países. Por fim, Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes é uma iniciativa abrangente que reúne distintos mecanismos que compartilham o objetivo comum de eliminar a violência contra crianças (ver **quadro 4**)

Quadro 4

Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes

Como parte dos ODS, a Assembleia geral das Nações Unidas formalizou um compromisso global de eliminar a violência contra crianças. A “Parceria Global pelo Fim da Violência contra Crianças e Adolescentes” ajudará a cumprir esse compromisso, e adotou o conjunto de estratégias INSPIRE como ferramenta essencial para apoiar a ação dos países. A Parceria dará suporte àqueles que trabalham para prevenir a violência e para dar resposta às ocorrências, dentro e através dos setores governamentais (por ex., educação, saúde, justiça e bem-estar social); e dentro de outras comunidades, sejam elas agências internacionais, como as da ONU e do Banco Mundial, agências de desenvolvimento, ONGs, organizações religiosas, o setor privado, entidades filantrópicas, fundações, pesquisadores, acadêmicos ou as próprias crianças. Valendo-se da expertise e do alcance dos parceiros na prevenção, a Parceria dará apoio ao trabalho, nos níveis nacional e local, para implementar e ampliar o alcance de estratégias que efetivamente resultam na prevenção da violência, monitorar sua eficácia e expandir a base de evidências

Atividade transversal 2: Monitoramento e avaliação

Países e comunidades precisam de medidas precisas sobre a violência contra crianças para planejar estratégias e intervenções, medir seu impacto e aprimorá-las continuamente para garantir o sucesso.

Monitoramento

Sistemas de monitoramento podem ser utilizados para obtenção de dados sobre a magnitude da violência contra crianças e as circunstâncias em que ocorre, acompanhar a implementação das atividades planejadas e avaliar seu impacto. O monitoramento pode ajudar também a orientar esforços para aprimorar estratégias, corrigir falhas e manter um foco sustentável na prevenção. Por esses motivos, são essenciais os dados sobre a violência contra crianças extraídos de pesquisas nacionais de base populacional e por meio de sistemas oficiais de informação de diferentes estabelecimentos (como hospitais). É essencial também que os dados sejam prontamente disponibilizados para todos os interessados na prevenção da violência, inclusive membros dos governos nacionais, nos níveis municipal e local, e no nível da comunidade.

Embora dados oficiais e provenientes de pesquisa tenham pontos fortes e limitações específicas, quando utilizados de forma combinada podem contribuir diretamente para avaliar e monitorar o problema, uma vez que permitem:

- produzir um diagnóstico quantitativo do problema, desagregado por sexo, idade e outras variáveis, que geralmente podem ser utilizadas por diversos grupos e setores envolvidos com o tema;
- produzir dados atualizados e coletados de forma sistemática sobre a incidência, as causas e as consequências de diferentes formas de violência nos níveis local, regional e nacional;
- oferecer um panorama da distribuição geográfica dos casos notificados de violência contra crianças, o que pode contribuir para planejar a localização de futuros serviços de proteção à criança e outros serviços de apoio às vítimas;
- viabilizar a identificação precoce de tendências emergentes e de áreas problemáticas, de modo que intervenções adequadas sejam estabelecidas o mais brevemente possível;
- sugerir prioridades para prevenção entre situações que colocam as crianças em alto risco de sofrer ou perpetrar violência, assim como prioridades para lidar com fatores de risco associados;
- fornecer aos atores interessados informações sobre avanços ou atrasos na implementação de atividades propostas;
- identificar mudanças ao longo do tempo na prevalência de violência e seus fatores de risco associados;
- prover meios para avaliar o impacto de esforços de prevenção.

Qualquer sistema de monitoramento deve utilizar estratégias de coleta e análise de dados padronizadas e cientificamente válidas. Sistemas de manejo de casos que compilam dados de diferentes setores também podem ser úteis para verificar se os encaminhamentos estão funcionando, identificar eventuais lacunas em grupos de idade, necessidades e tendências dentro de cada setor e através deles. A coleta de dados deve garantir que sejam capturados dados sobre sexo, idade, deficiências e outras características que podem influenciar a vulnerabilidade à violência.

Dados de pesquisas

Muitos países carecem de sistemas de informações adequados [1, 180, 181], e é pequena a proporção de dados sobre violência contra crianças notificados para fontes oficiais, como sistemas de educação, saúde, justiça ou bem-estar social. Assim sendo, autorrelatos obtidos por meio de pesquisas representativas em nível nacional, como *Violence Against Children Surveys*^f – VACS (Pesquisa sobre violência contra crianças); *Global School-based Student Health Survey* – GSHS (Pesquisa global baseada na escola sobre saúde do escolar); *Demographic and Health Surveys* – DHS (Pesquisas sobre Demografia e Saúde); ou *Multiple Indicator Surveys* – MICS (Pesquisas com Indicadores Múltiplos) são considerados o padrão mais confiável para medir a magnitude do problema, identificar grupos em situação de vulnerabilidade e medir os progressos [182, 183, 184, 185]. Embora com objetivos e abordagens diferentes, cada uma dessas pesquisas de base populacional traz contribuições importantes para entender a violência contra crianças.

Esses dados são particularmente úteis para o monitoramento dos progressos exigidos em convenções importantes das Nações Unidas e em resoluções da OMS que tratam da violência contra crianças [9]. Quando

tiver início a avaliação da implementação dos ODS, esses dados serão úteis para monitorar de que forma essa implementação está relacionada, de maneira geral, com mudanças em indicadores de violência contra crianças. Essas pesquisas fornecem dados de referência que informam ações para fortalecer a prevenção da violência contra crianças. Por exemplo, e como ilustra o **Quadro 5**, dados do VACS levaram a reformas de políticas que tiveram impacto sobre diversos setores: saúde, justiça, educação, serviços sociais e economia. Esses levantamentos devem ser realizados em intervalos regulares, para garantir que os progressos sejam monitorados e que as mudanças nas tendências da violência contra crianças sejam medidas [186].

Embora essas pesquisas sejam essenciais para a obtenção de estimativas precisas da magnitude e características da violência contra crianças, e para permitir contato direto com os respondentes, elas fornecem poucas informações sobre políticas específicas: para este tipo de informação, são necessários dados oficiais.

^f *Violence Against Children Surveys* (VACS) são apoiados conjuntamente pelo CDC, pelo programa “Together for Girls” e pelo UNICEF. VACS mede a violência física, emocional e sexual contra meninas e meninos, e identifica fatores de riscos e de proteção, e consequências para a saúde, assim como a utilização de serviços e as dificuldades para conseguir ajuda.

Conectando os dados de pesquisas nacionais a atividades para prevenir e responder à violência

Na parceria “Together for Girls”, os países que implementam as pesquisa *Violence Against Children – VACS* (Violência contra Crianças) recebem apoio em seus esforços para vincular dados nacionais a ações multissetoriais eficazes de prevenção e resposta. Liderados por uma força-tarefa de ministérios e grupos da sociedade civil, vários países – entre os quais Camboja, Haiti, Quênia, Malawi, Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue – utilizaram dados e processos das VACS para induzir a implementação de estratégias semelhantes às descritas pelo INSPIRE.

- Camboja utilizou dados da VACS para criar um conjunto de respostas envolvendo 11 setores, inclusive diversos ministérios e agências governamentais; implementar programas que promovem mudanças no comportamento e nas normas sociais, por meio do Ministério de Assuntos da Mulher; fortalecer a coordenação entre o Ministério de Assuntos da Mulher, o Ministério da Justiça e a polícia; e introduzir e fortalecer políticas que previnem a violência contra meninas.
- Haiti utilizou dados da VACS para fortalecer políticas e programas que mudam normas sociais que perpetuam a violência contra crianças; fortalecer políticas e programas que reduzem a violência e reagem a ela por meio da identificação das vítimas, provendo cuidados e apoio; e fortalecer supervisão transversal e programas de monitoramento.
- Quênia utilizou resultados da VACS para fortalecer capacitação para famílias em práticas parentais positiva e prevenção da violência sexual; ampliar o alcance de serviços multissetoriais pós-estupro, oferecidos por meio de centros de atenção integrada (tipo one-stop); e criar uma estrutura nacional para monitoramento e avaliação da violência sexual.
- Malawi utilizou dados da VACS para aumentar investimentos governamentais em capacitação para cuidadores/pais/mães sobre como construir relacionamentos seguros, estáveis e estimulantes com suas crianças; aumentar investimentos governamentais na construção de habilidades para a vida para crianças e jovens; aumentar o acesso aos serviços de atendimento para crianças e o conhecimento sobre esses serviços; e desenvolver políticas e programas para lidar com normas prejudiciais relacionadas a gênero.
- Suazilândia utilizou dados da VACS para orientar uma nova legislação sobre violência por parceiros íntimos e agressões sexuais; estabelecer tribunais e unidades policiais amigas da criança; assegurar recursos para uma campanha nacional de educação em prevenção da violência via rádio; fortalecer cuidados abrangentes pós-estupro, por meio de diretrizes e centros que oferecem serviços integrados; e assegurar recursos para um sistema nacional de dados para rastrear casos de violência.
- Tanzânia utilizou dados da VACS para lançar um plano de ação nacional financiado por quatro anos para pôr fim à violência contra crianças. Destaques do plano incluem: desenvolver e ampliar o alcance de sistemas de proteção à criança no nível do distrito; desenvolver políticas educacionais e códigos de conduta de professores; fortalecer serviços clínicos para vítimas de violência sexual; e estabelecer diretrizes orçamentárias para a proteção das crianças no nível do governo local.
- Zimbábue utilizou a VACS para desenvolver diretrizes abrangentes sobre a gestão de abuso e violência sexuais, que inclui aspectos médicos, jurídicos, sociais e de aconselhamento da prestação de serviços nos níveis da comunidade, da família e do indivíduo; uma estrutura de empoderamento de meninas, estabelecendo metas, objetivos e setores responsáveis em nível nacional para proteger e empoderar meninas e mulheres jovens; e políticas em 14 distritos que criaram casas de acolhimento temporário para crianças de rua.

Dados oficiais

Tipicamente, sistemas de informação oficiais incluem registros ou relatórios coletados regularmente, utilizados na gestão de programas ou agências do governo, e, portanto, constituem uma fonte de dados de baixo custo. Este pode ser um recurso particularmente útil para formuladores de políticas, que precisam dessas informações para saber que funcionários ou agências em sua jurisdição têm conhecimentos ou atividades relevantes para enfrentar a violência contra crianças e jovens.

Dados oficiais ajudam as pessoas que tomam decisões a entender se os casos de violência contra crianças estão chegando à atenção de professores nas escolas, da polícia, dos médicos ou dos agentes sociais, e que providências esses profissionais adotam quando se deparam com essas ocorrências. Além disso, relatórios administrativos de equipamentos de saúde ou da polícia que mostram variações ao longo do tempo, ou que apresentam números de casos de maus-tratos ou estupro de crianças, podem servir de base para questionamentos sobre como esses casos estão sendo abordados.

É possível que alguns funcionários públicos identifiquem menos casos do que outros, por falta de conhecimento ou de capacitação; e é possível que outros identifiquem os casos, mas não implementem ações de prevenção ou resposta. É possível também que funcionários capacitados acreditem em normas sociais prejudiciais relacionadas a desenvolvimento infantil, gênero e violência, o que pode levar à revitimização das crianças no serviço onde recebem o cuidado. Um outro cenário possível é que casos de abuso que seriam melhor atendidos por médicos ou agentes policiais sejam percebidos por professores que não os notificam e não fazem nenhum tipo de encaminhamento.

Com base nesses tipos de informação, gestores de programas e formuladores de políticas podem desenvolver planos concretos para mudar práticas, capacitar funcionários, realizar atividades para aumentar o conhecimento e mudar normas sociais, reorganizar sistemas para obter melhores resultados na prevenção e nas respostas à violência contra crianças e jovens. À medida que formuladores de políticas promovam mudanças, ofereçam capacitação e aumentem o nível de conhecimentos, será preciso reavaliar os sistemas de informação para buscar evidências que indiquem se as reformas estão produzindo os efeitos desejados.

Quando são considerados casos extremos de violência contra crianças que levam à morte, uma categoria especial de dados administrativos ganha relevância: aqueles que são coletados por meio de certidões de nascimento e de óbito [1]. Mortes relacionadas a violência entre crianças e jovens, como aquelas que resultam de maus-tratos, negligência e agressão, não são prontamente identificadas por meio de pesquisas de base populacional ou sistemas de informação de serviços. Essas mortes somente podem ser medidas de maneira confiável por meio de sistemas de vigilância de óbitos, que podem funcionar em diversos locais, inclusive hospitais, departamentos de polícia e necrotérios [187]. No entanto, muitos países ainda não dispõem de sistemas operacionais para o registro de dados relacionados a lesões e mortes intencionais. Além disso, determinar a causa de morte em crianças pode ser uma tarefa particularmente desafiadora.

Tendo em vista a extrema subnotificação de violência, um trabalho qualitativo para compreender melhor a perspectiva de crianças, pais, mães, cuidadores e outras pessoas importantes que exercem influência na comunidade também pode ser uma medida importante para garantir que os programas atendam às necessidades observadas nas comunidades.

Avaliação

Avaliações fornecem a formuladores de políticas e funcionários públicos da área da saúde informações fundamentais sobre a eficácia de programas e políticas criados para prevenir e responder à violência contra crianças, considerando o impacto pretendido [188]. Até esta data, grande parte das evidências sobre intervenções eficazes na redução da violência contra crianças e suas consequências vem de avaliações realizadas em países de alta renda. No entanto, para o desenvolvimento destas estratégias INSPIRE, as evidências citadas destacam o crescente acúmulo de conhecimento científico em países de renda média e baixa [189].

O conjunto INSPIRE apresenta uma oportunidade sem precedentes para aumentar o número de estudos sobre a eficácia de suas sete estratégias em países de renda média e baixa, onde vivem 80% de todas as crianças do mundo, e onde esses estudos atualmente são raros. O campo da prevenção de violência contra crianças baseada em evidências constitui um avanço recente, mesmo em países de alta renda. E embora o campo seja tremendamente promissor – como demonstram os programas destacados neste conjunto de estratégias –, é particularmente novo em países de renda média e baixa. Por exemplo, de todos os estudos de avaliação de resultados da prevenção da violência contra crianças e jovens publicados entre 2007 e 2014, apenas 9% daqueles que abordam maus-tratos infligidos a crianças e 6% daqueles que abordam violência juvenil são sobre programas de prevenção em países de renda média e baixa [189].

Tendo em vista a magnitude da violência contra crianças em países de renda média e baixa, e a escassez de recursos nesses contextos, é da maior importância garantir que os recursos investidos em intervenções sejam de fato bem-sucedidos na prevenção. Portanto, à medida que as estratégias INSPIRE sejam implementadas, será fundamental aumentar a produção de evidências de alta qualidade sobre ações que dão resultado. Juntamente com a implementação dessas estratégias em larga escala, é necessário um programa de avaliação em escala comparável – para evitar que recursos escassos sejam desperdiçados, para maximizar o impacto de programas já existentes, e para aumentar as chances de alcançar um objetivo ambicioso dos ODS: a Meta 16.2, de pôr fim à violência contra crianças no prazo de 15 anos.

Além das avaliações de resultados, são necessários estudos sobre a relação custo-eficácia e avaliações dos esforços para ampliar e garantir a sustentação de programas eficazes. Por fim, será essencial avaliar o impacto combinado que pode resultar da implementação coordenada dos componentes multissetoriais do conjunto de estratégias INSPIRE.



Considerações sobre a implementação

O conjunto de estratégias INSPIRE não deve ser implementado como um novo programa. Pelo contrário, representa um caminho de revitalização, direcionando a atenção e ampliando os esforços multissetoriais em andamento para prevenir e responder à violência contra crianças. Qualquer esforço no sentido da implementação das estratégias INSPIRE deve ter o objetivo de garantir uma abordagem gradual ou simultânea pelos setores respectivos e a implementação de pelo menos uma intervenção de cada uma das sete estratégias (idealmente, em larga escala), uma vez que as estratégias têm o objetivo de trabalhar de forma combinada, e reforçando-se mutuamente.

A implementação coordenada das estratégias ajudará a garantir um conjunto central de abordagens eficazes, assim como políticas e leis fortes em cada país. INSPIRE foi formulado a partir de uma perspectiva global e, para que seja eficaz, é preciso que sejam definidos objetivos, estratégias e atividades específicos de cada país, para dar início a programas de alcance nacional em um prazo determinado. Portanto, cada país deverá adaptar os conteúdos das estratégias às suas próprias condições específicas, e implementá-los de acordo com suas próprias estruturas.

Figura 10: Nove passos para adaptar e implementar INSPIRE



Diversos países já começaram a planejar e desenvolver iniciativas nacionais para prevenir e responder à violência contra crianças, e muitos desses planos incluem alguns elementos INSPIRE. Com base na experiência desses países, e na expertise das agências relevantes que desenvolveram o INSPIRE, os passos essenciais para operacionalizar o conjunto de estratégias são apresentados na **Figura 10** e resumidos abaixo. Esta seção é apenas um guia geral. Manuais de implementação mais detalhados sobre o INSPIRE, mostrando “como fazer” de maneira mais completa, e sobre cada uma das sete estratégias, estarão disponíveis durante o ano de 2017.

Estes passos não são necessariamente sequenciais, e vários deles podem ser empreendidos simultaneamente.

Construir compromisso nacional

Para garantir que as atividades tenham sustentabilidade de longo prazo e promover colaboração multisetorial, um primeiro passo essencial é construir o compromisso nacional em relação às metas, às estratégias e às intervenções propostas no INSPIRE. Para tanto, é preciso conscientizar todos os atores diretamente interessados sobre a magnitude e as consequências da violência contra crianças, e sobre as soluções baseadas em evidências para enfrentá-la. Significa também reunir atores e instituições-chave para participar do desenvolvimento e da implementação de programas nacionais. O envolvimento precoce de líderes políticos no mais alto nível pode catalisar o desenvolvimento de uma estrutura nacional de políticas e planos de ação.

É importante assegurar a colaboração e a comunicação dentro de cada um dos principais setores envolvidos na implementação. INSPIRE pode ser utilizado para estimular o diálogo entre tomadores de decisão, gestores e equipes de programas, e para identificar questões de política que precisam ser resolvidas. Exemplos incluem as estruturas judiciais e regulatórias dentro das quais diferentes setores funcionam, e que estipulam quem pode fazer o quê, e em que níveis dos governos nacional e local.

Muitos países garantiram um compromisso nacional contínuo em relação a esses processos por meio do estabelecimento de forças-tarefa que reúnem representantes de ministérios, associações profissionais, universidades, organizações de pesquisa e organizações da sociedade civil. Uma força-tarefa dedicada a dar início e monitorar a implementação do INSPIRE pode contribuir para manter o dinamismo, por meio da implementação e do desenvolvimento de planos nacionais, e pode coordenar contribuições e atividades dos diferentes atores do processo.

É importante também que esforços nacionais estejam alinhados ou integrados com planos de ação, estratégias e intervenções nacionais pré-existentes nas áreas relacionadas, inclusive trabalhos em andamento para prevenir e reduzir a mutilação e/ou corte genital de mulheres; casamento infantil, precoce e forçado; violência baseada em gênero, programas de HIV/aids, e outros programas de intervenções em saúde, como campanhas de imunização. Esses esforços podem garantir que os resultados sejam maximizados onde for possível, que os recursos sejam utilizados de maneira eficaz e que a duplicidade seja evitada. Isso pode contribuir também para garantir que questões de proteção da criança, gênero e violência ocupem lugar de prioridade, aumentando o alcance e o impacto das estratégias INSPIRE.

Avaliar necessidades

Um passo fundamental no desenvolvimento de planos de ação é a avaliação do *status* das políticas, das leis, dos programas de prevenção, dos serviços e da infraestrutura existentes que sejam relevantes para pôr fim à violência contra crianças. Como parte da avaliação das necessidades, é preciso considerar se a estrutura nacional existente reflete a atenção a uma abordagem sensível a gênero ao longo da vida, que possa acomodar os diferentes riscos para meninos e meninas. Além disso, como parte da avaliação de políticas, programas e práticas existentes, é preciso considerar se programas e serviços de prevenção alcançam todas as crianças, independentemente de idade, sexo, identidade de gênero, idioma, religião, deficiência, capacidades e *status* econômico, dando prioridade aos grupos em maior risco, quando necessário.

Avaliações especializadas, como pesquisas de agências ou avaliações de prontidão (ver **quadro 6**) ajudam formuladores de políticas a coletar dados qualitativos e quantitativos em comunidades e organizações governamentais envolvidas com crianças, como escolas, agências de aplicação da lei, hospitais, serviços de saúde mental, serviços para famílias, ONGs e serviços de proteção à criança [190]. Alguns países realizam pesquisas por agências apenas ocasionalmente, outros coletam este tipo de dados de avaliação anualmente.

Avaliação de prontidão para a prevenção

Avaliações de prontidão podem ser particularmente úteis para governos nacionais que começam a lidar com a violência contra crianças, ou para aqueles que não têm certeza quanto ao preparo do país para implementar as estratégias de INSPIRE. A abordagem “Avaliações de prontidão para a prevenção de maus-tratos de crianças (RAP-CM)” pode ajudar a avaliar quão “pronto” um país, um município ou uma comunidade está para implementar um programa de prevenção da violência em larga escala [19]. A abordagem “Avaliação de prontidão” foi aplicada na África do Sul, na Antiga República Iugoslava da Macedônia, na Arábia Saudita, no Brasil e na Malásia, e pode ser particularmente relevante para países que concluíram a pesquisa “*Violence Against Children Surveys*”. O modelo RAP-CM de prontidão para a prevenção inclui a atitude de atores-chave em relação a maus-tratos infligidos a crianças, e o conhecimento desse problema; disponibilidade de dados científicos sobre maus-tratos infantis e sua prevenção; desejo de agir para resolver o problema; e disponibilidade de recursos não materiais (por ex., recursos legais de políticas, humanos, técnicos e sociais) e materiais (por ex., recursos de infraestrutura, institucionais e financeiros) para ajudar a prevenir maus-tratos infantis.

O próprio processo de conduzir essa avaliação é uma ferramenta poderosa para aumentar a consciência em relação ao problema e ajudar a direcionar a alocação dos recursos. Falhas importantes identificadas em quase todos os países até esta data incluem falta de profissionais com habilidades, conhecimento e expertise para implementar programas de prevenção e resposta para maus-tratos infantis baseados em evidências, e falta de instituições para capacitá-los; financiamento inadequado, falta de estrutura e de equipamentos; falta extrema de avaliação de resultados de programas de prevenção; e falta de pesquisas nacionais sobre a prevalência de maus-tratos infantis [192]. Embora centrado na questão de maus-tratos infantis, o método RAP-CM pode ser facilmente adaptado para avaliar também a prontidão para prevenir a violência juvenil.

Selecionar intervenções

Cada comunidade, país, ministério de governo e organização não governamental que trabalha para resolver o problema da violência contra crianças traz seu próprio arcabouço social e cultural quando da seleção das intervenções mais relevantes para sua população e seu contexto. Portanto, tomadores de decisão e profissionais nos níveis nacional e local estão em melhor condição para avaliar as necessidades e os potenciais dos ambientes e seus cidadãos, o que serve de fundamento para decisões sobre a combinação de intervenções incluídas no INSPIRE que se mostrem mais adequadas para aos seus contextos.

Fazer a seleção de quais intervenções devem ser implementadas demanda boa compreensão do que segue:

- Que formas de violência afetam quais crianças, e onde e quando a violência ocorre.
- Os fatores de risco que contribuem para a violência contra crianças.
- Esforços legais, de políticas e programáticos existentes para abordar a violência contra crianças.
- Identificação das intervenções INSPIRE que podem solucionar as falhas e as fragilidades dos esforços legais, políticos e programáticos existentes.
- A capacidade de organizações governamentais e não governamentais para implementar as intervenções.

Essas informações são compiladas a partir de diversas fontes. Se um país concluiu recentemente o “*Violence Against Children Surveys*”, e/ou dispõe de dados oficiais de alta qualidade sobre violência fatal e não fatal contra crianças, a maior parte das informações já terá sido coletada e sistematizada. Caso contrário, será necessário reunir essas informações a partir de relatórios de pesquisa, estatísticas oficiais e outras fontes de dados que possam ser identificadas, analisá-las e utilizá-las para definir o problema.

Adaptar intervenções ao contexto local

Uma vez selecionadas, as intervenções normalmente precisarão ser adaptadas ao contexto local, preservando, acima de tudo, as características essenciais que as tornam eficazes [193]. É o que chamamos de preservar a fidelidade do programa [194], e para conseguir isso é útil considerar os seguintes passos:

- Obter materiais do programa original (normalmente com o desenvolvedor do programa).
- Desenvolver um modelo lógico do programa, mostrando que os objetivos e os componentes do programa têm uma relação causal para promover as mudanças desejadas na população de interesse.
- Identificar os componentes centrais do programa ou, caso esses componentes ainda não sejam conhecidos, as características das suas boas práticas, o que normalmente envolve uma revisão cuidadosa da literatura científica relevante.
- Identificar e classificar quaisquer incompatibilidades entre o modelo do programa original e o novo contexto.
- Caso necessário, o programa original deve ser adaptado para atender às necessidades do novo contexto, porém preservando sua fidelidade.
- Materiais do programa original devem ser modificados com o objetivo de reduzir incompatibilidades [193].

Com foco em materiais impressos e em programas de capacitação, como os utilizados para fortalecer as habilidades parentais e desenvolver manuais para capacitação em habilidades para a vida, pesquisadores identificaram vários tipos de adaptações de programas que, em linhas gerais, são aceitáveis e outras que são arriscadas ou inadmissíveis [194].

Adaptações aceitáveis incluem:

- traduzir materiais para idiomas locais e alterar vocabulário;
- modificar imagens, de modo que as crianças e os adultos se assemelhem à audiência-alvo;
- substituir referências culturais;
- alterar aspectos de atividades, como contato físico, para ajustar-se a normas locais;
- acrescentar conteúdo local baseado em evidências para aumentar a relevância e o interesse para os participantes.

Adaptações arriscadas e geralmente inaceitáveis incluem:

- reduzir o tempo em que os participantes estão envolvidos no programa – por exemplo, diminuindo o número ou a duração das sessões;
- cortar mensagens ou habilidades fundamentais que devem ser aprendidas;
- remover tópicos;
- alterar a abordagem teórica;
- tentar implementar o programa com equipe ou voluntários inadequadamente capacitados;
- utilizar equipe em número menor do que o recomendado.

Elaborar planos de ação para os governo nos níveis nacional e local

Uma vez identificadas as lacunas e selecionadas as intervenções, é preciso determinar os elementos para compor um plano de ação nacional. Isto envolve a seleção de metas, objetivos e alvos, e a definição adequada dos indicadores para monitorar a implementação do programa. Cada plano de ação nacional deve incluir atividades para:

- fortalecimento da infraestrutura necessária para oferecer programas de prevenção e prover serviços de resposta, suprimentos e equipamentos;
- desenvolvimento e gestão de recursos humanos;
- compartilhamento de informações; educação e comunicação, e mobilização social;
- avaliação geral e monitoramento dos progressos definidos nos programas nacionais de ação.

Todos os atores diretamente implicados devem aprovar o plano. Devem ser realizadas oficinas nacionais para viabilizar esse processo.

O planejamento estratégico de um programa nacional para pôr fim à violência contra crianças deve ocorrer preferencialmente de maneira centralizada, com um ministério designado explicitamente para coordenar uma força-tarefa multissetorial. Em países maiores, no entanto, o formato do programa deve ser suficientemente flexível para ser descentralizado para os níveis regional, provincial, municipal e de condado/vilarejo, de modo que as intervenções possam alcançar aqueles que precisam delas.

Uma implementação bem-sucedida requer o estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional com mandato governamental oficial para desenvolver, coordenar e construir a infraestrutura nacional e local necessárias para a implementação do plano. Quando esses planos são implementados no nível municipal, são necessários os mesmos tipos de coordenação. Como demonstra um programa de prevenção bem-sucedido semelhante ao INSPIRE, implementado em São Petersburgo, na Federação Russa, países e/ou cidades com uma unidade central de planejamento e desenvolvimento de políticas em um ministério designado, e unidades locais para implementação e execução, apresentam boas condições para realizar atividades de prevenção da violência (ver **quadro 7**).

Quadro 7

Prevenção da violência contra crianças e fatores de risco para a violência (São Petersburgo, Federação Russa)

Em São Petersburgo, um levantamento realizado em 2006 com jovens em situação de rua entre 15 e 19 anos de idade identificou altas taxas de abuso físico e sexual anterior (38%), falta de lar (24%), status de órfão (um ou ambos os genitores falecidos) (43%), abandono escolar (84%), troca de sexo por bens ao menos uma vez na vida (10%), consumo de drogas injetáveis ao menos uma vez na vida (51%) e prevalência de infecção por HIV (37%). Em resposta, o governo da cidade adotou um plano abrangente, multissetorial, de cinco anos de duração, em colaboração com Organizações Não Governamentais locais. O plano incluiu serviços de melhoria das condições sociais e de saúde, e fortaleceu as respostas nos setores de justiça e educação.

Para avaliar a aceitação e o impacto da resposta multissetorial sobre fatores de risco e prevalência de infecção pelo HIV, foi realizado em 2012 um novo levantamento envolvendo um novo grupo de crianças em situação de rua entre 15 e 19 anos de idade. Em 2012, a prevalência de fatores de risco importantes havia diminuído significativamente, inclusive abuso físico ou sexual (26%), falta de lar (4%), abandono escolar (8%), troca de sexo por bens ao menos uma vez na vida (4%) e consumo de drogas injetáveis ao menos uma vez na vida (15%). Destaca-se que a prevalência de infecção por HIV caiu 73%, com 10% dos jovens em situação de rua identificados como HIV positivos.

A diminuição da epidemia de HIV entre os jovens em situação de rua – para qual certamente o plano contribuiu – reforça a abordagem multissetorial para melhorar as condições de vida de famílias e jovens em situação de risco. Em São Petersburgo, esta abordagem multissetorial foi acompanhada da redução da pobreza pelas famílias, o fortalecimento familiar, mudanças nas leis e melhoria nos serviços. O modelo desenvolvido em São Petersburgo para identificar e processar casos de maus-tratos de crianças – garantindo a necessária proteção às vítimas – conquistou reconhecimento em todo o país. O sistema de serviços desenvolvido pelo governo da cidade continua apoiando famílias e crianças em situação de risco [195].

O sucesso na implementação de políticas para pôr fim à violência contra crianças requer o apoio dos níveis superiores do governo, de técnicos especialistas e de pessoas com expertise em planejamento e implementação. Um programa nacional com boas equipes nos níveis central e local é capaz de oferecer uma liderança altamente eficaz e um trabalho coordenado em relação a questões legais, execução, fortalecimento econômico, prestação de serviços sociais e gestão de programas, entre outros aspectos.

O plano de ação nacional deverá descrever a estratégia geral para a implementação das estratégias do INSPIRE. No entanto, a maior parte das intervenções deverão ser colocadas em prática no nível do governo local ou da comunidades, e deverão estar detalhadamente descritas em um plano de implementação. Talvez não seja possível implementar as atividades planejadas simultaneamente em todos os distritos, tornando necessária a utilização de uma abordagem por fases, com metas para atingir uma cobertura nacional.

Em cada país, os planejadores devem realizar uma avaliação das necessidades, identificar as lacunas localmente e desenvolver planos de implementação detalhados, o que pode ser feito através do método de avaliação da prontidão para a prevenção descrito acima (ver **quadro 6**). Os planos detalhados para a implementação devem incluir prazos e devem apresentar as conexões, indicando de maneira precisa em que momento e por quem cada atividade será implementada. Devem incluir também monitoramento no nível do distrito (nível local) e mecanismos de avaliação conectados ao monitoramento geral no nível nacional

Estimar custos

A coleta e a análise de dados sobre o custo da implementação das estratégias INSPIRE podem ajudar planejadores e gestores de programas a delimitar conjuntos de estratégias nacionais ou locais que sejam operacionalmente viáveis e sustentáveis. Informações sobre custo podem ser utilizadas para determinar a viabilidade financeira de intervenções, e podem ser úteis para a comparação dos custos entre distintas intervenções. Além de estimar o valor total dos recursos necessários, a análise de custos ajuda a determinar o deslocamento de pessoal para a realização das intervenções e a eficiência na utilização de suprimentos, equipamentos e outros insumos.

Tipicamente, os custos são classificados por insumos, e especificamente por categorias, como custos de **capital** e custos **recorrentes**. No conjunto de estratégias INSPIRE:

- **custos de capital** podem incluir os custos de atividades para capacitação em gestão de programas e para remunerar as pessoas que vão realizar as atividades, os quais ocorrem apenas uma vez ou raramente; e custos das iniciativas para aumentar a conscientização no contexto de programas de mobilização comunitária para mudar valores e normas. Além disso, as intervenções que visam melhorar o ambiente construído costumam ter custos de capital muito altos, embora dificilmente possuam como objetivo único prevenir a violência contra crianças.
- **custos recorrentes** incluem salários de equipes e seguridade social; custos periódicos de capacitação, como cursos de curta duração realizados em serviço; operação e manutenção de imóveis e veículos; custos operacionais de mobilização social; e suprimentos relacionados ao provimento de serviços de resposta.

Um modelo e uma matriz de custos está em desenvolvimento e ajudará a estimar os custos da implementação de intervenções de INSPIRE.

Identificar fontes sustentáveis de apoio financeiro

Vem crescendo continuamente nos últimos anos o número de agências nacionais, internacionais e bilaterais que desenvolvem linhas de financiamento para apoiar atividades voltadas à prevenção e respostas à violência contra crianças em países onde as necessidades são maiores. No entanto, esse apoio tem sido modesto em comparação com os níveis do apoio oferecido para outros objetivos relacionados à saúde e ao desenvolvimento. Espera-se que, com a adoção da Meta 16.2 dos ODS para pôr fim à violência contra crianças, esse apoio seja ampliado. Embora essa ajuda externa seja bem-vinda, o desafio é promover uma coordenação adequada em nível nacional, e garantir que as atividades colocadas em prática sejam sustentáveis no longo prazo.

Ao desenvolver planos de ação nacionais, os países podem utilizar o conjunto de estratégias INSPIRE para promover maior coordenação entre atores internos diretamente interessados, inclusive setores do governo nacional, ONGs, organizações religiosas, instituições acadêmicas, o setor privado e a sociedade civil, assim como atores interessados de fora do país, inclusive parceiros bilaterais e multilaterais, incluindo – mas não exclusivamente – ONGs internacionais e corporações globais envolvidas com a prevenção e respostas à violência contra crianças. Consultas preliminares com doadores interessados e agências de suporte técnico promovem a colaboração e fortalecem o planejamento nacional, e podem contribuir para evitar duplicidade e desperdício de recursos. Portanto, um dos primeiros passos no processo de identificar fontes de apoio financeiro é a realização de um encontro com partes interessadas, nacionais e internacionais, promovido por uma agência apropriada.

Desenvolver e gerenciar recursos humanos

Um programa de prevenção da violência que seja eficaz e tenha uma boa equipe pode liderar a implementação de intervenções para reduzir o custo da violência contra crianças. Em países pequenos, com recursos financeiros limitados, um membro da equipe pode assumir mais de uma função. As habilidades específicas que devem ser desenvolvidas para a implementação das intervenções INSPIRE dependerão das capacidades e necessidades existentes nos níveis nacional e local, e podem incluir habilidades de gestão nos níveis superior e intermediário, habilidades de supervisão e capacitação das equipes de frente para desempenhar:

- coordenação e implementação multissetoriais;
- desenho, implementação e gestão de programas;
- coleta e avaliação de dados, e fortalecimento de sistemas de monitoramento;
- fortalecimento social e econômico;
- criação de ambientes seguros para crianças;
- coleta de dados, monitoramento e avaliação;
- mecanismos de prestação de contas;
- questões legais e de políticas.

Gestores e equipes diretamente responsáveis pela oferta de programas de prevenção e serviços de resposta devem estar bem capacitados, colocados e apoiados. Com base nas necessidades de formação de recursos humanos, os currículos, materiais de ensino e aprendizagem e os próprios professores/capacitadores devem estar atualizados, na medida do possível, sobre programas de capacitação pré-serviço e em serviço, para que dominem e contemplem as habilidades e os conhecimentos necessários para a implementação das atividades. A capacitação ou o reforço da capacitação deve ocorrer no contexto do desenvolvimento de recursos humanos para cada setor envolvido na implementação do INSPIRE.

Implementar, monitorar e avaliar

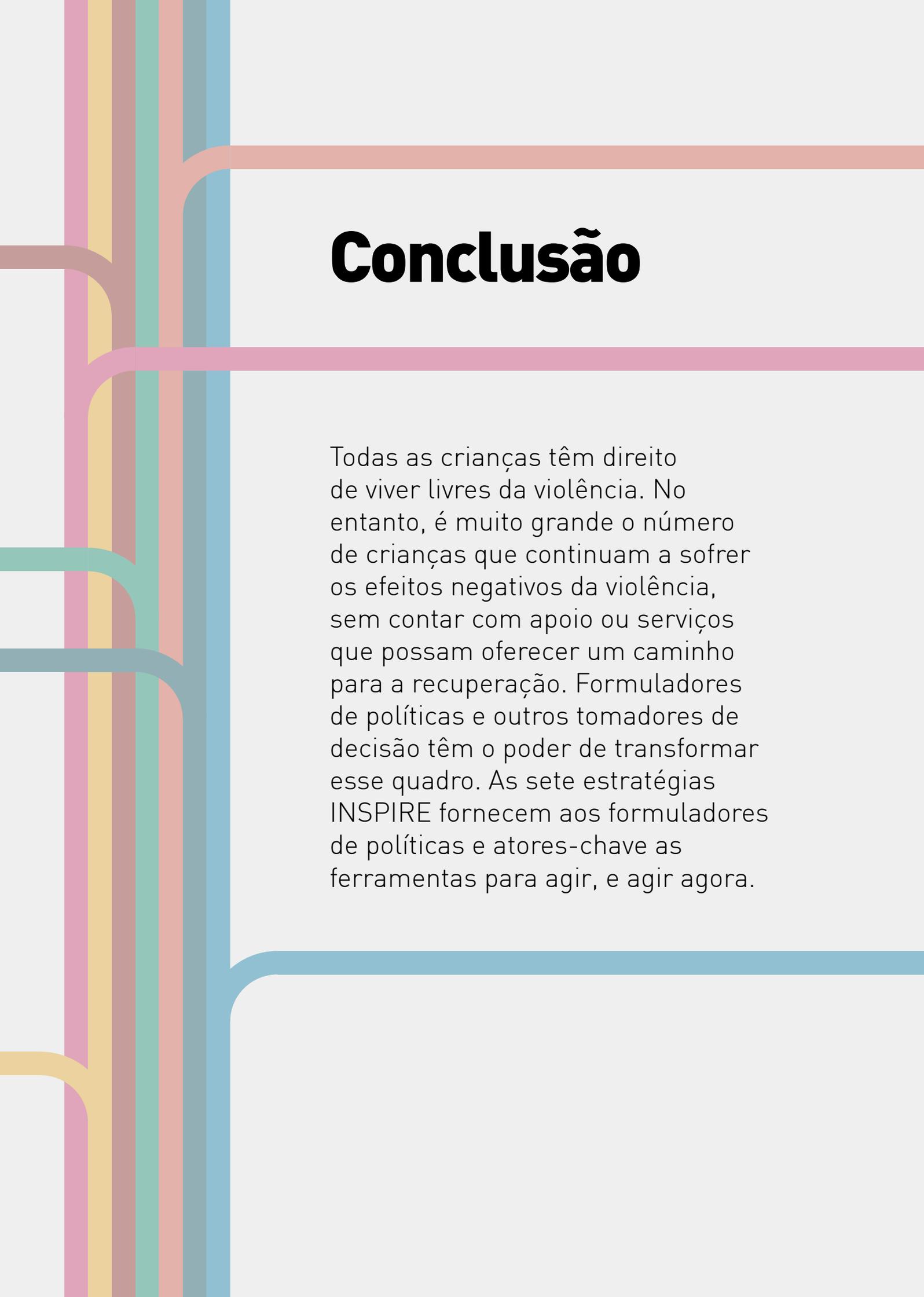
A implementação do conjunto de estratégias de INSPIRE deve incluir mecanismos que facilitem o monitoramento através da coleta e análise de dados de forma contínua. O monitoramento deve ser um processo constante de coleta e análise de informações relacionadas à implementação das estratégias e deve envolver avaliação regular para determinar se as atividades estão sendo realizadas de acordo com o planejamento, permitindo que os problemas sejam discutidos e resolvidos. O monitoramento deve acompanhar os progressos das atividades planejadas, identificar problemas, informar os gestores e a equipe, e solucionar os problemas antes que provoquem atrasos. Os dados devem ser processados e analisados prontamente, e os resultados da análise devem ser transmitidos para as pessoas em posição de tomar decisão e adotar medidas.

Monitorar o INSPIRE significa demonstrar a aceitação e os resultados das sete estratégias por meio de um conjunto específico de indicadores. Para atender a esse objetivo, estão sendo desenvolvidos **indicadores de processo**, para monitorar como cada uma das sete estratégias INSPIRE está sendo implementada, e **indicadores de resultados**, para avaliar o efeito que produzem sobre a prevalência da violência contra crianças.

Indicadores de processo podem incluir medidas como a proporção de pais e mães de primeiro filho que receberam apoio nos últimos seis meses, ou a proporção de estudantes entre 13 e 15 anos de idade que receberam educação em habilidades para a vida no ano anterior.

Indicadores de resultados podem incluir medidas da prevalência de violência contra crianças, extraídas de pesquisas populacionais representativas em nível nacional. Por exemplo, podem incluir a proporção de estudantes entre 13 e 15 anos de idade envolvidos em *bullying* e brigas ao longo do ano anterior, ou do mês anterior (de OMS-CDC GSHS); ou indicadores aprovados para a Meta 16.2 dos ODS, que são a porcentagem de crianças entre um e 17 anos de idade que receberam castigos físicos e medidas disciplinares violentas ao longo dos últimos 12 meses; e a porcentagem de homens e mulheres entre 18 e 24 anos de idade que relataram ter sofrido violência sexual antes de completar 18 anos de idade. Assim como ocorre nos sistemas de monitoramento e avaliação, indicadores compartilhados devem desagregar os dados por grupos de sexo e idade, deficiência e outras características demográficas relevantes.





Conclusão

Todas as crianças têm direito de viver livres da violência. No entanto, é muito grande o número de crianças que continuam a sofrer os efeitos negativos da violência, sem contar com apoio ou serviços que possam oferecer um caminho para a recuperação. Formuladores de políticas e outros tomadores de decisão têm o poder de transformar esse quadro. As sete estratégias INSPIRE fornecem aos formuladores de políticas e atores-chave as ferramentas para agir, e agir agora.

O conjunto crescente de evidências sobre o que funciona para prevenir e responder à violência contra crianças cria para nós o dever de aplicar as lições aprendidas – seja em nossos lares, nossas comunidades ou em nível global. A riqueza das pesquisas existentes e das intervenções já testadas pode e deve ser utilizada para desenvolver e implementar estratégias de prevenção e respostas que ajudarão a tornar visível o que ainda é invisível, e pôr fim à violência contra crianças. Entretanto, precisamos ampliar os esforços para continuar a construir evidências de ações que funcionam para prevenir e responder à violência.

A violência contra crianças pode ser prontamente prevenida, e há uma energia em movimento para realizar mudanças. A ONU lançou um chamamento à ação que é relevante para todas as nações: eliminar a violência contra crianças. Os Estados Membros da ONU estão sujeitos a Convenção sobre os Direitos da Criança. As estruturas e os compromissos estão postos, e as estratégias INSPIRE podem ajudar os países que queiram utilizar as melhores evidências disponíveis para cumprir esses compromissos.

Cada uma delas é corroborada por evidência científica sólida ou promissora de sucesso em países de alta renda, com evidências crescentes de que também funcionam em países de baixa e média renda. As estratégias INSPIRE foram elaboradas com a intenção de que o monitoramento e a avaliação desempenhem um papel fundamental na implementação e no aprimoramento, à medida que as lições são aprendidas. As dez agências que desenvolveram este conjunto de estratégias reconhecem que elas são componentes fundamentais de esforços bem-sucedidos para prevenir a violência contra crianças e dar resposta aos casos.

A verdadeira estatura de uma nação é medida pela assistência a suas crianças. Qualquer dano causado a crianças diminui a todos nós como sociedade. Quando trabalhamos em conjunto para pôr fim à violência em suas vidas, alcançamos o melhor de nós mesmos. Essas estratégias são o melhor caminho para acelerar os progressos rumo ao fim da violência contra crianças. Vamos colocá-las em prática.



Casamento infantil, precoce e forçado: casamento em que ao menos um dos parceiros tem menos de 18 anos de idade. Refere-se também a casamentos que envolvem pessoas abaixo de 18 anos de idade em países em que a maioridade é alcançada mais cedo ou por meio do casamento. Casamento precoce pode referir-se também àqueles em que ambos os esposos têm 18 anos ou mais, porém não estão preparados para aceitar o casamento devido a outros fatores, como desenvolvimento físico, emocional, sexual e psicossocial, ou ainda falta de informação sobre suas opções de vida. Inclui ainda qualquer casamento que ocorra sem o pleno e livre consentimento de uma ou ambas as partes e/ou em que uma ou ambas as partes é/são impedidas de terminar o casamento ou sair dele, inclusive em razão de ameaça ou intensa pressão social ou familiar.

Ensaio-clínicos randomizados: um tipo de desenho de pesquisa experimental em que os sujeitos do estudo são alocados aleatoriamente a uma ou outra das diferentes intervenções analisadas, e/ou a um grupo de controle que não recebe nenhuma intervenção. Previamente à designação aleatória, os sujeitos são avaliados em relação à elegibilidade e são recrutados, e só então tem início a intervenção a ser estudada.

Maus-tratos infantis: abuso ou negligência nos cuidados de crianças menores de 18 anos de idade. Inclui todas as formas de tratamento prejudicial físico e/ou emocional, abuso sexual, falta de atenção, negligência e exploração comercial ou de outro tipo, que resultem em prejuízo para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de um relacionamento de responsabilidade, confiança ou poder.

Microfinanças combinadas com capacitação em igualdade de gêneros: iniciativa que associa a oferta de serviços financeiros para indivíduos de baixa renda a capacitação e construção de habilidades em papéis e normas de gênero, crenças culturais, comunicação e violência praticada por parceiro íntimo. A iniciativa é implementada por meio de sessões que incluem homens e mulheres, e o objetivo é beneficiar mulheres que vivem nas comunidades mais pobres.

Mudança de normas e valores sociais e culturais de gênero: alteração das expectativas sociais que definem comportamentos “adequados” para mulheres e homens, como aqueles que definem que os homens devem ter o direito de controlar as mulheres, e que tornam mulheres e crianças vulneráveis a atos de violência física, emocional e sexual praticados por homens.

Normas de gênero: expectativas sociais que determinam quais comportamentos são considerados “adequados” para homens e para mulheres. Os diferentes papéis e comportamentos de mulheres e homens, crianças e adultos são moldados e reforçados por normas de gênero dentro da sociedade.

Policiamento comunitário: estratégias que usam uma abordagem de solução de problemas responsiva às necessidades locais por meio de uma parceria ativa entre a polícia e a comunidade.

Policiamento orientado para problemas: programa que integra práticas policiais cotidianas a teorias criminológicas e métodos de pesquisa, para aumentar a prevenção e a redução de ocorrências criminosas e tumultos. Enfatiza a utilização de análise sistemática de dados e métodos de avaliação.

Programas após o horário escolar para estender a supervisão de adultos: ação para melhorar o desempenho acadêmico e o envolvimento escolar das crianças, apoiando seus estudos e oferecendo atividades de recreação fora do horário regular das aulas.

Programas de desenvolvimento social e capacitação em habilidades para a vida: programas destinados a ajudar crianças e adolescentes a administrar a raiva, resolver conflitos e desenvolver as habilidades sociais necessárias para solucionar problemas interpessoais sem recorrer à violência. Normalmente, são implementados em contextos escolares.

Serviços de proteção à criança: equipamentos que investigam maus-tratos infantis e identificam, avaliam e prestam serviços a crianças e famílias no esforço de proteger as crianças e prevenir maus-tratos futuros, preservando a família, quando possível. Por vezes esses serviços são conhecidos também por outras denominações, frequentemente tentando refletir práticas mais centradas na família do que na criança, como “serviços para crianças e famílias”, “serviços de bem-estar da criança” e “serviços sociais”.

Serviços médico-legais para vítimas de violência sexual: serviços que prestam atendimento médico e psicossocial imediato e orientação legal a vítimas, e coletam evidências médicas para corroborar relatos das vítimas e ajudar a identificar os perpetradores.

Terapia cognitivo-comportamental: abordagem terapêutica de curta duração, com objetivo específico, que enfatiza o papel de pensamentos e atitudes que influenciam motivações e comportamentos. Promove uma abordagem prática para a solução de problemas. Tem por objetivo mudar padrões de pensamento ou comportamento que provocam dificuldades na vida da pessoa. Procura mudar atitudes e comportamentos das pessoas centrando a atenção em como pensamentos, crenças e atitudes estão relacionadas à forma como a pessoa se comporta.

Violência: uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Violência autodirigida: violência que uma pessoa inflige a si mesma, classificada como comportamento suicida ou auto-abuso.

Violência coletiva: utilização instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo – tenha ele duração temporária ou uma identidade mais permanente – contra outro grupo ou conjunto de indivíduos, para alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais.

Violência de gangues: utilização intencional de violência por uma pessoa ou um grupo de pessoas que fazem parte ou se identificam com grupos que atuam nas ruas, cujas características incluem envolvimento com atividade ilegal.

Violência infligida por parceiro íntimo: comportamento em um relacionamento íntimo que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos aos parceiros na relação, inclusive atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e atitudes controladoras.

Violência interpessoal: uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça, por uma pessoa ou um grupo de pessoas contra outra pessoa ou outro grupo, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Violência juvenil: violência que envolve pessoas entre 10 e 29 anos de idade.

Violência sexual: qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual, comentário ou investida sexuais indesejados, ou negociação por alguém envolvendo a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer contexto, inclusive em casa ou no local de trabalho. Essas formas de violência sexual normalmente são diferenciadas: violência sexual envolvendo penetração (ou seja, estupro); violência sexual por contato (por exemplo, toque indesejado, sem penetração); e violência sexual sem contato (por exemplo, violência sexual ameaçada, exibicionismo e assédio sexual verbal).

1. WHO. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, et al. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
3. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: United Nations Children's Fund; 2014.
4. Stoltenborgh MA, van Ijzendoorn MH, Euser E, Bakerman-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16:79–101.
5. Stoltenborgh MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013;48:81–94.
6. Ending violence against children: six strategies for action. New York: UNICEF; 2014.
7. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, Koss M, Marks J. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–58.
9. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi, A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. Anderson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyper-endemic countries of southern Africa. *AIDS*. 2008;22:S73–86.
11. Baral SC, Beyrer K, Muessig T, Poteat AL, Wirtz MR, Decker et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2012;12:538–49.
12. Benjet C. Childhood adversities of populations living in low-income countries: prevalence characteristics and mental health consequences. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010;4:356–62.
13. Devries KC, Watts M, Yoshihama L, Kiss LB, Schraiber N, Deyessa et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011;13:79–86.
14. Dietz PM, Spitz AM, Anda D, Williamson F, McMahon PM Santelli JS et al. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *JAMA*. 1999;282:1359–64.
15. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson F, Giles WH. Childhood abuse household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 286:3089–96.
16. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:139G–149G.
17. García-Moreno C, Riecher-Rössler A, editors. Key issues in mental health. *Violence against Women and Mental Health*. 2013;178: Basel Switzerland: Karger.
18. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics*. 2000;106(1):E11.
19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy long-term psychosocial outcomes and fetal death. *Pediatrics*. 2004;113(2):320–27.
20. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376:41–8.
21. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197:378–85.
22. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2010;2012380 (9859): 2095–128.
23. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS & Behavior*. 2012a;16:2160–70.
24. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, Weiss DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS & Behavior*. 2012b;16:2091–100.

25. Mbagaya C, Oburu P, Bakermans-Kranenburg MJ. Child physical abuse and neglect in Kenya Zambia and the Netherlands: a cross-cultural comparison of prevalence psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International Journal of Psychology*. 2013;48:95–107.
26. Norton R, Kobusingy O. Injuries. *New England Journal of Medicine*. 2013;368:1723–30.
27. Reza A, Breiding MJ, Gulaid G, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*. 2009;373:1966–72.
28. Silverman JG, Michele R, Decker MR, Heather L, McCauley MS, Katelyn P et al. A regional assessment of sex trafficking and STI/HIV in Southeast Asia: connections between sexual exploitation violence and sexual risk. Colombo Sri Lanka: UNDP Regional Center in Colombo; 2009 <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv aids/ English/SexTrafficking.pdf>.
29. Tharp AT, Degue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma Violence & Abuse*. 2012;14 (2):133–67.
30. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight obesity and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*. 2002;26:1075–82.
31. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36:156–65.
32. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2016 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>).
33. Fang X, Fry D, Brown D, Mercy J, Dunne M, Butchart A, Corso P, Maynzyukh K, Dzhygyrh Y, Chen Y, McCoy A, Swales D. The burden of child maltreatment in the East Asia and Western Pacific region. *Child Abuse and Neglect*. 2015; 42:146–62.
34. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2006.
35. Fulu E, Warner X, Miedema S, Jewkes R, Roselli T, Lang J. Why do some men use violence against women and how can we prevent it? Quantitative findings from the United Nations Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UN Volunteers. 2013.
36. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
37. Frieden TR. Six components necessary for effective public health programme implementation. *American Journal of Public Health*. 2014;104:17–22. doi:10.2105/AJPH.2013.301608.
38. UN Resolution A/RES/69/194 Part one (I) Ensuring the prohibition by law of all forms of violence against children. 2014.
39. Osterman K, Bjorkqvist K, Wahlbeck K. Twenty eight years after the complete ban on physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior*. 2014;9999:1–14.
40. Roberts JV. Changing public attitudes towards corporal punishment: the effects of statutory reform in Sweden. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24:8,1027–35.
41. Sariola H. Attitudes to disciplinary violence. Finland: Central Union for Child Welfare; 2012.
42. Bussmann K, Erthal C, Schroth A. Effects of banning corporal punishment in Europe: a five-nation comparison. In: Durrant JE, Smith AB, editors. *Global pathways to abolishing physical punishment*. New York: Routledge; 2011:299–322.
43. Zolotor AJ, Puzia ME. Bans against corporal punishment: a systematic review of the laws, changes in attitudes and behaviours. *Child Abuse Review*. 2010;19, 229–47.
44. End Corporal Punishment [website]. London (<http://www.endcorporalpunishment.org/>, accessed 20 May 2016).
45. Never violence – 30 years on from Sweden’s abolition of corporal punishment. Government Offices of Sweden and Save the Children Sweden; 2009, pp.3.
46. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
47. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Frontiers in Public Health*. 2015;253:1–11.
48. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*. 2005;29:255–62.
49. Wechsler H, Nelson TF. Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal

- drinking age decrease drinking and related consequences among youths? *American Journal of Public Health*. 2010;100:986–92. doi: 10.2105/AJPH.2009.178004.
50. Xuan Z, Hemenway D. State gun law environment and youth gun carrying in the United States. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(11):1024–31. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.2116.
 51. DeSimone J, Markowitz S, Xu J. Child access prevention laws and nonfatal gun injuries. *Southern Economic Journal*. 2013;80(1):5–25.
 52. Santaella-Tenorio J, Cerdá M, Villaveces A, Galea S. What do we know about the association between firearm legislation and firearm-related injuries? *Epidemiologic Review*. 2016;38: 140–157.
 53. Matzopoulos RG, Thompson ML, Myers JE. Firearm and nonfirearm homicide in five South African cities: a retrospective population-based study. *American Journal of Public Health*. 2014;104(3):455–60.
 54. UNICEF Strategic Plan, 2014–2017. New York: UNICEF; 2014 p.6.
 55. Dworkin S, Hatcher A, Colvin C, Peacock D. Impact of a gender-transformative HIV and antiviolence program on gender ideologies and masculinities in two rural, South African communities. *Men & Masculinities*. 2012;16:181–2.
 56. Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behavior in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2008;10:1–11.
 57. Paine K, Hart G, Jawo M, Ceesay S, Jallow M, Morison L et al. Before we were sleeping, now we are awake: preliminary evaluation of the Stepping Stones sexual health programme in The Gambia. *African Journal of AIDS Research*. 2002;1:41–52.
 58. Skevington S, Sovetkina E, Gillison F. "A systematic review to quantitatively evaluate 'Stepping Stones': a participatory community-based HIV/AIDS prevention intervention. *AIDS & Behavior*. 2013;17:1025–39.
 59. Verma R, Pulerwitz J, Mahendra VS, Khandekar S, Singh A K, Das SS et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council; 2008.
 60. Miller E, Tancred D, McCauley H, Decker M, Virata M, Anderson H et al. Coaching Boys into Men: a cluster-randomized controlled trial of a dating violence prevention program. *Journal of Adolescent Health*. 2012;51:5,431–8.
 61. Lundgren R, Beckman M, Prasad Chaurasiya S, Subhedi B, Brad Kerner Whose turn to do the dishes? Transforming gender attitudes and behaviours among very young adolescents in Nepal. *Gender & Development*, 2013;21:1,127–145.
 62. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Global Health*. 2014;2(3):e155–64. doi:10.1016/S2214-109X(13)70179-7.
 63. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Geneva: World Health Organization; 2008 (WHO Fact Sheet WHO/MPS/08.14).
 64. WHO Guidelines. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
 65. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Youth reproductive health in Nepal: is participation the answer? Washington, DC: Improving Women's Health Worldwide; 2004.
 66. Early marriage: a harmful traditional practice: a statistical exploration. New York: UNICEF; 2005.
 67. Progress for Children: A World Fit for Children Statistical Review. No.6. New York: UNICEF; 2007.
 68. Clifton D, Frost A. World's Women and Girls 2011 Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2011.
 69. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington DC: International Center for Research on Women; 2011.
 70. Pulerwitz J, Martin S, Mehta M, Castillo T, Kidanu A, Verani F et al. Promoting gender equity for HIV and violence prevention: results from the Male Norms Initiative evaluation in Ethiopia. Washington, DC: PATH; 2010.
 71. Raising Voices: Preventing Violence against Women and Children [website Kampala, Uganda (www.raisingvoices.org, accessed 22 May 2016)].
 72. Watts C, Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*. 2014;12:122.
 73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries K et al. What is the potential for interventions designed to prevent violence against women to reduce children's exposure to violence? Findings from the SASA! Study, Kampala, Uganda. *Child Abuse & Neglect*. 2015;50:128–140.

74. Usdin S et al. Achieving social change on gender-based violence: A report on the impact evaluation of Soul City's fourth series. Elsevier: Social Science & Medicine. 2005;61:2434-2445.
75. Soul Buddyz: tomorrow is ours. Soul City Institute Evaluation Report. Health and Development Africa Party and Soul City; 2008: pp.2 (<http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-buddyz-series/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluationreport-2008/soul-buddyz-tomorrow-is-ours-evaluation-report-2008>).
76. Banyard VL, Moynihan MM, Plante EG. Sexual violence prevention through bystander education: an experimental evaluation. *Journal of Community Psychology*. 2007;35:463-81.
77. Coker AL, Fisher BS, Bush HM, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. 2014. Evaluation of the Green Dot Bystander Intervention to reduce interpersonal violence among college students across three campuses. *Violence against Women*. 2015;21:12,1507-27.
78. Coker AL, Bush HM, Fisher BS, Swan SC, Williams CM, Clear ER et al. Multi-college bystander intervention evaluation for violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, doi: 10.1016/j.amepre.2015.08.034 (e-pub ahead of print).
79. UN Resolution A/RES/69/194 (model strategies), 2014.
80. Minamisava R, Nouer SS, Neto OL, Melo LK, Andrade AL. Spatial clusters of violent deaths in a newly urbanized region of Brazil: highlighting the social disparities. *International Journal of Health Geography*. 2009;27;8,66. doi: 10.1186/1476-072X-8-66.
81. Bell N, Schuurman N, Hameed SM. A multilevel analysis of the socio-spatial pattern of assault injuries in greater Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 2009 Jan-Feb;100(1):73-7.
82. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman S, Matzopoulos R, Zargarán E, Cinnamon J et al. Trauma Surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *JAMA Surgery*. 2014;149(6):549-556. doi:10.1001/jamasurg.2013.5267.
83. Wiebe DJ, Richmond TS, Guo W, Allison PD, Hollander JE, Nance ML et al. Mapping activity patterns to quantify risk of violent assault in urban environments. *Epidemiology*. 2016; 27(1):32-41.
84. Braga A, Papachristos A, Hureau, D. Hotspots policing effects on crime. *Campbell Systematic Reviews*. 2012;8.
85. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon T. Effectiveness of anonymized information sharing and use in health service, police and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *British Medical Journal*. 2011;342:d3313.
86. Florence C, Shepherd J, Brennan I, Simon TR. An economic evaluation of anonymised information sharing in a partnership between health services, police and local government for preventing violence-related injury. *Injury Prevention*. 2014;20:108-14.
87. Skogan W, Harnett SM, Bump N, DuBois J. Evaluation of CeaseFire-Chicago. Chicago: Northwestern University Institute for Policy Research; 2009.
88. Webster D.W, Whitehill JM, Vernick JS, Parker EM. Evaluation of Baltimore's Safe Streets Program: effects on attitudes, participants' experiences, and gun violence. Baltimore, MD: Johns Hopkins Center for the Prevention of Youth Violence; 2012.
89. Picard-Fritsche S, Cerniglia L. Testing a public health approach to gun violence. New York: Center for Court Innovation; 2013.
90. Henry D, Knoblauch S, Sigurvinsdottir R. The effect of intensive ceasefire intervention on crime in four Chicago police beats: quantitative assessment. Chicago, IL: Robert R. McCormick Foundation; 2014.
91. Cassidy T, Inglis G, Wiysonge C, Matzopoulos R. A systematic review of the effects of poverty de-concentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place*. 2014;26:78-87.
92. Cerdá M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *American Journal of Epidemiology*. 2012;175(10):1045-53. doi: 10.1093/aje/kwr428. Epub 2012 Apr 2.
93. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse & Neglect*. 2007;318:829-52.
94. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman H, Powers J, Cole R et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:8, 637-43.
95. Olds DL, Kitzman HL, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164:5,419-24.

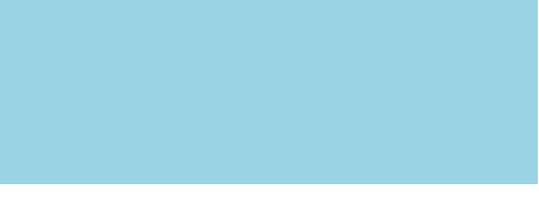
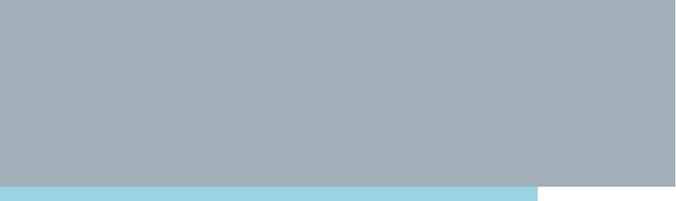
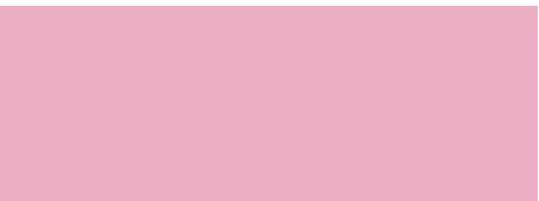
96. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Press, Geneva, 2006. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf).
97. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;28:11–39.
98. Research trials and outcomes. Denver: Nurse-Family Partnership; July 2014, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Research_Outcomes_2014.aspx).
99. Evidentiary foundations of Nurse-Family Partnership. Denver: Nurse-Family Partnership; 2011, pp. 2 (http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/NFP_Evidentiary_Foundations.asp).
100. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions: proven results, future promises. 2005. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005.
101. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1998;14;280(14):1238–44.
102. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prevention Science*. 2013;14(4):352–63. doi: 10.1007/s11121-012-0314-1.
103. Cooper P J, Tomlinson M, Swartz L, Landman M, Molteno C, Stein A et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 2009;338:b974.
104. Knox M, Burkhart K. A multi-site study of the ACT Raising Safe Kids program: predictors of outcomes and attrition. *Children & Youth Services Review*. 2014;39:20–4.
105. Building happy families. Impact evaluation of a parenting and family skills intervention for migrant and displaced Burmese families in Thailand. New York: International Rescue Committee; 2014.
106. Parents make the difference. Findings from a randomized impact evaluation of a parenting program in rural Liberia. New York: International Rescue Committee; 2014.
107. Cluver L, Lachman J, Ward CL, Gardner F, Peterson T, Hutchings et al. Development of a parenting support programme to prevent abuse of adolescents in South Africa: findings from a pilot pre-post study. *Research on Social Work Practice*; (in press).
108. Vally Z, Murray L, Tomlinson M, Cooper PJ. The impact of dialogic book sharing training on infant language and attention: a randomized controlled trial in a deprived South African community. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(8),865–873.
109. Beets MW, Flay BR, Vuchinich S, Snyder FJ, Acock A, Li KK et al. Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors, and sexual activity among elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health*. 2009;99:8,1438–45.
110. Washburn I, Acock A, Vuchinich S, Snyder F, Li K, Ji P et al. Effects of a social-emotional and character development program on the trajectory of behaviors associated with social-emotional and character development: findings from three randomized trials. *Prevention Science*. 2011;12:3,314–23.
111. Kärnä A, Voeten M, Little TD, Poskiparta E, Kaljonen A, Salmivalli C. A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program: grades 4–6. *Child Development*. 2011;82:1,311–30.
112. Salmivalli C, Poskiparta E. KiVa anti-bullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. *International Journal of Conflict & Violence*. 2012;6:2,294–301.
113. Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming. Washington DC: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); July 2012.
114. Cash transfers literature review. London: UK Department for International Development; 2011.
115. Cancian M, Yang M, Slack KS. The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment. *Social Service Review*. 2013;87(3):417–37.
116. Huston AC, Miller C, Richburg-Hayes L, Duncan GJ, Eldred CA, Weisner TS et al. New hope for families and children: five year results of a program to reduce poverty and reform welfare. New York: Manpower Demonstration Research Corporation; 2003.
117. Ozer EJ, Fernald LCH, Manley JG, Gertler PJ. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. *Pediatrics*. 2009;123:e630–7.
118. Austrian K, Muthengi E. Can economic assets increase girls' risk of sexual harassment? Evaluation results from a social, health and economic asset-building intervention for vulnerable adolescent girls in Uganda. Nairobi, Kenya: Population Council; 2014.

119. Bobonis G, Castro R. Public transfers and domestic violence. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2013;5(1):179–205.
120. Eldred C, Zaslow M. Parenting behavior in a sample of young mothers in poverty: results of the New Chance observational study. New York: Manpower Development Research Corporation; 1998.
121. Child Protection in Crisis Network's Livelihoods and Economic Strengthening Task Force. The impacts of economic strengthening programs on children. New York: Columbia University and Women's Refugee Commission; 2011.
122. Vyas S, Watts C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low- and middle-income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development*. 2009;21: 577–602.
123. Gupta J, Falb KL, Lehmann H, Kpebo D, Xuan Z, Hossain M et al. Gender norms and economic empowerment intervention to reduce intimate partner violence against women in rural Cote d'Ivoire: a randomized controlled pilot study. *BMC International Health and Human Rights*. 2013;13(1):46.
124. Falb KL, Annan J, Kpebo D, Cole H, Willie T, Xuan Z, Raj A, Gupta J. Differential impacts of an intimate partner violence prevention program based on child marriage status in rural Côte d'Ivoire. *Journal of Adolescent Health*. 2015 Nov;57(5):553-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.08.001. Epub 2015 Sep 12.
125. Jan J, Ferrari G, Watts CH, Hargreaves JR, Kim JC, Phetla G et al. Economic evaluation of a combined microfinance and gender training intervention for the prevention of intimate partner violence in rural South Africa. *Health Policy and Planning* 2011;26:366–72.
126. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, Morison LA, Phetla G, Watts C et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: A cluster randomised trial. *Lancet*. 2006;368 (9551):1973–83.
127. Pronyk PM, Hargreaves JR, Morduch J. Microfinance programs and better health: prospects for sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2007;298:16,1925–27.
128. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, Ndhlovu LX, Phetla G, Morison LA, Busza J, Porter JDH, Pronyk P. Understanding the impact of a microfinance-based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. *American Journal of Public Health*. 2007;97:10:1794–1802.
129. Bandiera O et al. Women's Empowerment in Action: Evidence from a randomized control trial in Africa. 2014 (<http://www.ucl.ac.uk/~uctpimr/research/ELA.pdf>, accessed 21 May 2016).
130. Gender-based violence prevention: lessons from World Bank impact evaluations. Washington DC: World Bank; 2014 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/05/02/000333037_20140502121541/rendered/PDF/878540Bri0enGE0Box385206B00PUBLIC0.pdf, accessed 21 May 2016).
131. Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization; 2009.
132. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
133. Wethington HR et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;35:3,287–313.
134. Sumner SA, Mercy JA; Saul J; Motsa-Nzuza N, Kwesigabo G, Buluma R et al. Prevalence of sexual violence against children and use of social services — seven countries, 2007–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. June 5, 2015;64(21);565–569.
135. United Nations Model Strategies and Practical Measures on the Elimination of Violence against Children in the Field of Crime Prevention and Criminal Justice. New York: United Nations; 2015.
136. United Nations General Assembly, Guidelines for the Alternative Care of Children. United Nations General Assembly 64th Session, February 2010 (http://www.unicef.org/protection/alternative_care_Guidelines-English.pdf).
137. Pinheiro P. World report on violence against children. New York: United Nations; 2006:21.
138. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, Martin R, Ollendick TH. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 1347–55.
139. Bass, J. K., J. Annan, S. Mclvor Murray, D. Kaysen, S. Griffiths, T. Cetinoglu, et al. 2013. "Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence." *New England Journal of Medicine* 368 (23): 2182–91.
140. Murray LK, Skavenski S, Kane JC, Mayeya J, Dorsey S, Cohen JA et al. Effectiveness of trauma-

- focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. Published online June 29, 2015. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0580.
141. Ventevogel P, Spiegel P. Psychological treatments for orphans and vulnerable children affected by traumatic events and chronic adversity in Sub-Saharan Africa. *JAMA*. 2015; 314:5,511–512.
 142. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):858–64. doi: 10.1542/peds.2008-1376.
 143. Moyer VA and U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*. 2013;158:6,478–86.
 144. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized, controlled trial. *Obstetrics & Gynaecology*. 2010;115:273–83.
 145. Bair-Merritt MH et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010;164:1,16–23.
 146. Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, Sia C. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 2004;28:6,597–622.
 147. Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: a meta-analytic overview. *Victims and offenders*. 2009;4:2,124–147.
 148. Garrido et al. Garrido V, Morales LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: a systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.
 149. Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology*. 2013 ;9:1,19–43.
 150. UNICEF [website]. Progress for Children 2009 (http://www.unicef.org/publications/index_50921.html, accessed 20 May 2016)
 151. Bick J, Zhu T, Stamoulis C, Fox N, Zenah C, Nelson C. A randomized clinical trial of foster care as an Intervention for early institutionalization: long term Improvements in white matter microstructure. *Journal of the American Medical Association*. *Pediatrics*. 2015 Mar; 169(3): 211–219.
 152. MacMillan HL, Wathen CN. Research brief: Interventions to prevent child maltreatment. London, Ontario: Preventing Violence Across the Lifespan Research Network; 2014.
 153. Winokur M, Holtan A, Batchelder KE. Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014:1.
 154. Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. *American Journal of Public Health*. 2011;101:1082–88. doi:10.2105/AJPH.2010.300042.
 155. Reynolds AJ, Temple JA, Ou S, Arteaga IA, White B. School-based early childhood education and well-being: effects by timing, dosage, and subgroups. *Science*. 2011;333:360–364.
 156. Devries K et al. The Good School Toolkit for reducing physical violence from school staff to primary school students: a cluster-randomized controlled trial in Uganda. *The Lancet Global Health*. 2015;3:7,e378–e386.
 157. Chaux E. Classrooms in peace: a multicomponent program for the promotion of peaceful relationships and citizenship competencies. *Conflict Resolution Quarterly*. 2007;25:1,79–86.
 158. Kaljee L, Zhang L, Langhaug L, Munjile L, Tembo S, Menon A et al. A randomized control trial for the teachers' diploma programme on psychosocial care, support and protection in Zambian government primary schools. *Psychology, Health & Medicine*. 2016;10:1–12. doi:10.1080/13548506.2016.1153682.
 159. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87:353–361. doi:10.2471/BLT.08.057075.
 160. Adolescent Girls' Empowerment Program. Zambia: Population Council; 2014 (<http://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program>).
 161. Sarnquist C, Omondi B, Sinclair J, Gitau C, Paiva L, Mulinge M et al. Rape prevention through empowerment of adolescent girls. *Pediatrics*. 2014;133:5: e1226–32. doi: 10.1542/peds.2013-3414.
 162. Wilson SJ, Lipsey MW. School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33:2,S130–S143.

163. Hahn RA, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M et al. Effectiveness of universal school- based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. *American Journal of Preventative Medicine*. 2007;33(2S):S114–29.
164. Kibriya S et al. The effects of school-related gender-based violence on academic performance: Evidence from Botswana, Ghana, and South Africa. Washington DC: USAID and the Center on Conflict and Development; 2016.
165. Shek DTL, Ma CMS. Impact of project P.A.T.H.S. on adolescent developmental outcomes in Hong Kong: findings based on seven waves of data. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2012;24(3):231–244.
166. Foshee VA, Reyes LM, Agnew-Brune CB, Simon TR, Vagi KJ, Lee RD et al. The effects of the evidence-based Safe Dates dating abuse prevention program on other youth violence outcomes. *Prevention Science*. 2014;15(6),907–916. doi: 10.1007/s11121-014-0472-4.
167. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program 'Safe Dates' using random coefficient regression modeling. *Prevention Science*. 2005;6:245–57.
168. Holcomb DR, Savage MP, Seehafer R, Waalkes DM. A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshmen college athletes. *College Student Journal*. 2002;36:2, 165-79.
169. Salazar LF, Vivolo-Kantor A, Hardin J, Berkowitz A. A web-based sexual violence bystander intervention for male college students: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2014;16(9):e203.
170. According to Stepping Stones' website, Stepping Stones is being used in an ever-growing number of countries across the globe. (<http://www.stepsstonesfeedback.org/resources/5/CountriesfromSTEPPINGSTONESREVIEWOFREVIEWS2006Wallace.pdf>).
171. Dunkle K et al. Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young young men in the rural Eastern Cape. *AIDS*. 2006;20,2107–2114.
172. Jewkes R et al. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. *Social Science Medicine*. 2006;63,2949–2961.
173. Dunkle K et al. Transactional sex and economic exchange with partners among young South African men in the rural Eastern Cape: prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. *Social Science Medicine*. 2007;65;1235–1248.
174. Jewkes R, Cornwall A. Stepping Stones: A training manual for sexual and reproductive health, communication and relationship skills, South African adaptation. Pretoria: Medical Research Council and PPASA; 1998.
175. Shaw M. Before we were sleeping but now we are awake: the Stepping Stones workshop programme in the Gambia. In: Cornwall A, Welbo A, editors. *Realising rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being*. London: Zed Books; 2002.
176. Jewkes R et al. Policy brief: evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention. Cape Town: Medical Research Council of South Africa; 2007, pp.4 (<http://www.mrc.ac.za/policybriefs/steppingstones.pdf>).
177. Save the Children UK. What are we learning about protecting children in the community? An inter-agency review of evidence on community-based child protection mechanisms. Executive summary. London: Save the Children UK; 2009.
178. 7th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/7th_milestones_meeting/en/, accessed 20 May 2016).
179. Institute of Medicine. 2011. Preventing violence against women and children: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press
180. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
181. Dahlberg LL, Krug EG. 2002. Violence: A global public health problem. In: *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization 2002.
182. CDC, Interuniversity Institute for Research and Development (INURED), and the Comité de Coordination. Violence against children in Haiti: findings from a national survey, 2012. Port-au-Prince, Haiti: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
183. UNICEF, CDC, and the Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009. Dar es Salaam, Tanzania: UNICEF Tanzania; 2011.
184. UNICEF, CDC, and Kenya National Bureau of Statistics (KNBS). Violence against children in Kenya: findings from a national survey, 2010. Nairobi, Kenya: UNICEF Kenya; 2012.

185. Zimbabwe National Statistics Agency (ZIMSTAT), UNICEF, and the Collaborating Centre for Operational Research and Evaluation (CCORE). National Baseline Survey on life experiences of adolescents in Zimbabwe, 2011. Harare, Zimbabwe: ZIMSTAT; 2013.
186. Chiang LF, Kress H, Sumner SA, Gleckel J, Kawemama P, Gordon RN. Violence Against Children Surveys (VACS): towards a global surveillance system. *Injury Prevention*. 2016;22 Suppl 1:i17-i22. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041820.
187. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M, editors. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. Geneva: World Health Organization; 2012.
188. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231); 2005.
189. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Butchart A, Dahlberg LL, Mercy JA. Global development and diffusion of outcome evaluation research for interpersonal and self-directed violence prevention from 2007 to 2013: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19 (6):655-662.2014.
190. Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2015.
191. Mikton C, Mehra R, Butchart A, Addis D et al. A multidimensional model for child maltreatment prevention readiness in low- and middle-income countries. *Journal of Community Psychology*. 2011;39:7, 826-843.
192. Mikton C, Power M, Ralevac Makoe M, Al Eissae M, Cheah I, Cardia N, Chooh C, Almuneef M. The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37:12,1237-1251.
193. Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health Promotion Practice*. 2011;12:1,25-35.
194. O'Connor C, Small SA, Cooney SM. Program fidelity and adaptation: meeting local needs without compromising program effectiveness. What works, Wisconsin – research to practice series, Issue 4, April 2007, Wisconsin: University of Wisconsin Madison and University of Wisconsin Extension Program; 2007.
195. Kornilova MS, Batluk JV, Yorick RV, Baughman AL, Hillis SK, Vitek CR. Decline in HIV seroprevalence in street youth 2006-2012, St. Petersburg, Russia: Moving towards an HIV-free generation, in press 2016, *AIDS & Behavior*.





Management of Noncommunicable Diseases,
Disability, Violence and Injury Prevention (NVI)

World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Tel +41-22-791-2064
violenceprevention@who.int

Download this document at
www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire