



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PEPFAR

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief

O MANEJO CLÍNICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS PARA PROGRAMAS DO PEPFAR



AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES



JULHO 2013

Esta publicação foi possível graças ao apoio do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR), através da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sob o número contrato GHH-I-00-07-00059-00, Projeto Suporte à SIDA e Recursos de Assistência Técnica (AIDSTAR-One), Setor I, Pedido de Tarefa I.

1	2	4	5	8
3			6	
			7	9

- 1 © GRIP – Greater Rape Intervention Project, South Africa
- 2 © UNICEF/NYHQ2011-2384/Giacomo Pirozzi
- 3 © UNICEF/NYHQ2009-0218/Glenna Gordon
- 4 © David Rotbard/John Snow, Inc.
- 5 © UNICEF/NYHQ2012-0096/Olivier Asselin
- 6 © John Snow, Inc.
- 7 © John Snow, Inc.
- 8 © Leah Jones/John Snow, Inc.
- 9 © Connie Woodbury/John Snow, Inc.

Descrição de fotos do UNICEF

2. Filipinas, 2011 Angel (noma fictício), 16 anos, está na cidade de Zamboanga, na ilha de Mindanao. Ela foi abusada sexualmente e espancado pelo seu empregador quando trabalhava como empregada doméstica. Hoje, ela vive num dos abrigos da cidade, onde recebe apoio educacional e psicossocial, e está-se preparando para ir testemunhar em tribunal contra o seu antigo empregador.

3. Liberia, 2009 Os pés de uma criança com sandálias oscilam pelo chão num abrigo secreto para mulheres e crianças sobreviventes de violência sexual e baseada no gênero, mantido com apoio do UNICEF nos arredores de Monrovia, a capital do país, para mulheres e crianças sobreviventes de violência sexual e baseada no gênero. O abrigo, dirigido pela ONG Liberian THINK (Touching Humanity in Need of Kindness), oferece aconselhamento, apoio psicossocial, educação básica e formação em competências tanto profissionais como de vida (incluindo HIV e saúde reprodutiva).

5. Congo, República Democrática do, 2012 Celine (nome fictício), 16 anos, frequenta uma aula de costura num centro de passagem e orientação em Bukavu, a capital da Província de Kivu do Sul, apoiado pelo UNICEF. O centro, dirigido pela ONG congoleza BVES (*Office for Volunteer Services to Children and Health*, Escritório para Serviços Voluntários às Crianças e Saúde), fornece abrigo, serviços de saúde e psicossociais e educação para meninas que sobreviveram a violência sexual e outros abusos.

O MANEJO CLÍNICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

**CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS PARA
PROGRAMAS DO PEPFAR**

AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (Projeto de Recursos de Assistência Técnica e Apoio em AIDS)

O *AIDS Support and Technical Assistance Resources* (Projeto de Recursos de Assistência Técnica e Apoio em AIDS), Sector I, Ordem de Tarefa 1 (AIDSTAR-One) é financiado pelo Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à SIDA (PEPFAR) através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sob o contrato n.º. GHH-I-00-07-00059-00, financiado a 31 de Janeiro de 2008. O AIDSTAR-One é implementado pela John Snow, Inc., em colaboração com a BroadReach Healthcare, EnCompass LLC, International Center for Research on Women (Centro Internacional de Pesquisa sobre Mulheres), MAP International, mothers2mothers, Social and Scientific Systems, Inc., Universidade de Alabama em Birmingham, a White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (White Ribbon Alliance para a Maternidade Segura), e World Education (Educação Mundial). O projecto oferece serviços de assistência técnica às equipas de país do Departamento de de SIDA/HIV e do Governo dos Estados Unidos em gestão do conhecimento, liderança técnica, sustentabilidade programática, planificação estratégicos, e apoio de impletamentação programática.

Citação Recomendada

Day, Kim e Jennifer Pierce-Weeks. 2013. *O Manejo Clínico de Crianças e Adolescentes que Sofreram Violência Sexual: Considerações Técnicas para Programas do PEPFAR*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Agradecimentos

As seguintes pessoas participaram numa consulta técnica inicial para desenvolver estas Considerações Técnicas e contribuíram de uma forma significativa com comentários, incluindo exemplos de ferramentas, durante a sua revisão cuidadosa das versões subsequentes: Christine Amisi (Panzi Hospital/Panzi Foundation, Republica Democrática do Congo [DRC]), Gretchen Bachman (USAID), Lilly Bertz (Gabinete dos EUA do Coordenador Global da SIDA [OGAC]), Kathryn Brookmeyer (Centros para Controlo e Prevenção de Doenças [CDC]), Lindsey Davis (USAID), Lina Digolo (LVCT, Cuidados e Tratamentos, Quênia), Mary Ellen Duke (USAID, Moçambique), Lynne Franco (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Sarah Karmin (UNICEF), Barbara Kenyon (Programa de Intervenção à Violação de Greater Nelspruit [GRIP], África do Sul), Jennifer Kim (Juntos para Meninas), Marcy Levy (AIDSTAR-One, John Snow, Inc.), Daniela Ligiéro (OGAC), Maury Mendenhall (USAID), Lyn Messner (AIDSTAR-One, EnCompass LLC), Michele Moloney-Kitts (Juntos para Meninas), Colette Peck (USAID), Diana Prieto (USAID), Francelina Romão (Ministério da Saúde, Moçambique), Mary Sawyer (Escola de Medicina da Emory University), Derrick Sialondwe (Centro Pediátrico de Excelência de Livingston, Zâmbia), Clara Sommarin (UNICEF), Valerie Tagwira (Fundo de Apoio Familiar, Zimbábue), Rachel Tulchin (Departamento de Assuntos Globais da Mulher do Escritório de Estado dos EUA [S/GWI]) Monique Widyono (USAID), e a Brenda Yamba (USAID, Lesoto). Participantes baseados na República Democrática do Congo, Quênia, Lesoto, Moçambique, Zâmbia e Zimbabué fizeram comentários fundamentais com base em suas experiências fornecendo serviços de assistência pós-violação a crianças e adolescentes, muitas vezes em circunstâncias muito difíceis e com poucos recursos.

A Stephanie Weber desenvolveu o primeiro esboço das Considerações Técnicas incorporando opiniões de várias fontes e criando a estrutura deste documento. O Dr. Rudo Masanzu forneceu extensas opiniões sobre o esboço das Considerações Técnicas, incluindo sobre as práticas actuais de gestão forense. A Emily Koumans (CDC) e Claudia Garcia-Moreno (Organização Mundial de Saúde [OMS]) forneceram opiniões e ferramentas adicionais. Colegas da Secção de Deficiência do UNICEF e Sergio Meresman (Instituto Interamericano sobre Deficiência e Desenvolvimento Inclusivo) forneceram uma visão sobre como as necessidades e direitos das crianças com deficiência devem ser levados em consideração.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Telephone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

CONTENTS

Acrónimos.....	vii
Glossário de Termos (Médicos).....	ix
Prefácio	xvi
Introdução.....	I
Histórial.....	I
Combate à Violência e à Exploração Sexual Infantil.....	I
Foco Nas Crianças	3
Consequências a Curto e Longo Prazo da Violência e Exploração Sexual Infantil.....	4
Resposta Abrangente à Violência e Exploração Sexual Contra Crianças	5
Princípios Orientadores para Profissionais de Saúde que Trabalham com Crianças que Sofreram Violência E Exploração Sexual	6
Estabelecer e Fortalecer a Resposta Para Crianças e Adolescentes que Sofreram Violência e Exploração Sexual.....	II
Infra-estrutura.....	11
Instalação de Saúde	12
Configuração.....	14
Equipamento	15
Planificação de Programas, Desenvolvimento, e Avaliação/Monitorização	15
O Papel e a Responsabilidade da Assistência Médica.....	17
Formação e Treinamento de Profissionais de Saúde	18
Formação de Agentes de Segurança Pública.....	19
Denunciar Violência e Exploração Sexual Infantil.....	20
Colaboração com Outros Serviços.....	21
Manejo Médico Forense de Crianças e Adolescentes que Sofreram Violência e Exploração Sexual	23
Sinais e Sintomas de Violência e Exploração Sexual Infantil.....	24
Formas de Co-Ocorrência de Violência	25
Prestação de Cuidados.....	25
Gestão de uma Criança que Vivenciou Violência e Exploração Sexual.....	28
Consentimento.....	30
Recolha de Histórial Médico Forense.....	30
Exame Física e Anogenital.....	34
Exame de Rapariga Pré-Púbere	35
Exame da Rapariga Pós-Púbere	38
Exame a um Rapaz.....	39

Exame Anal a um Rapaz e uma Rapariga.....	39
a Exame colposcópico	40
Recolha de Provas de uma Agressão Sexual Recente.....	40
Infecções Sexualmente Transmissíveis em Crianças.....	46
Regime HIVePPE Recomendado para Crianças.....	50
Tratamento de Lesões.....	51
Intervenções Psicossociais, Cuidados de Seguimento e Encaminhamentos.....	55
Papel do Profissional Médico nos Cuidados de Seguimento.....	56
Papel da Comunidade nos Cuidados de Seguimento.....	58
Referências.....	61
Recursos.....	65
Introdução	65
Estabelecer e Fortalecer a Resposta para Crianças e Adolescentes que Sofreram Violência e Exploração Sexual.....	66
Manejo Médico Forense de Crianças e Adolescentes que Sofreram Violência e Exploração Sexual	67
Intervenções Psicossociais, Cuidados de Seguimento e Encaminhamentos	68
Anexo 1: Glossário de Termos (Geral).....	69
Anexo 2: Comportamento Sexual em Crianças Pequenas.....	73
Anexo 3: Fases Tanner de Maturação Sexual	75
Anexo 4: Manual de Ajuda de Preparação da Instalação Clínica e sua Montagem	77
Anexo 5 Compreensão do Consentimento e Concordância Informados e Direitos dos Pacientes	79
Exemplo de Formulário de Consentimento.....	81
Anexo 6: A Exame Física da "Cabeça aos pés"	83
Anexo 7: Descrição das Características das Lesões Físicas (WHO/UNHCR 2004)	87
Anexo 8: Manual de Ajuda da Gestão Médica de Violência e Exploração Sexual Infantil ..	89
Anexo 9: Manual de Ajuda do Papel do Clínico na Recolha de Provas.....	91
Anexo 10: História da Amostra, Formulário de Exame (WHO/UNHCR 2004) e Mapas Corporais	95
Anexo 11: Lista de Verificação da Enfermeira	109
Anexo 12: Lista De Verificação Do Médico	111
Fazer O História de Saúde (Já Pode ter Sido Completado pela Enfermeira).....	111
Anexo 13: Lista de Verificação do Assistente Social	115
Anexo 14: Manual de Ajuda do Papel do Profissional na Vinculação de Recursos da Comunidade	117
Anexo 15: Práticas Promissoras	119
Modelo 1: Centros Especializados.....	119
Modelo 2: Modelo de Centro de Justiça Familiar	119

Anexo 16: Algoritmo de Cuidados 121

FIGURAS

Figura 1. Abordagem aos Cuidados da Criança	2
Figura 2. Algoritmo de Cuidados	27
Figura 3. Comunicações e Encaminhamentos entre os Recursos de Saúde e Comunitários.....	59

TABELAS

Tabela 1. Componentes Principais de uma Resposta Abrangente à Violência e Exploração Sexual.....	5
Tabela 2. Princípios Orientadores para Cuidar de Crianças que Sofreram de Violência Sexual.....	7
Tabela 3. Padrões Mínimos para o Fornecimento de uma Atenção Abrangente a Cuidados Pós-Violação em Instalações	13
Tabela 4. Planificação de Programas e Processo de Desenvolvimento	16
Tabela 5. Comportamentos Sexuais Comuns entre Todas as Crianças	24
Tabela 6. Considerações Sobre Recolha de Historial.....	31
Tabela 7. Posições e Técnicas de Exame	35
Tabela 8. Considerações Gerais Forenses.....	41
Tabela 9. Recolha de Provas	42
Tabela 10. Diagnóstico Diferencial dos Achados Genitais	46

ACRÓNIMOS

ARV	medicamentos anti-retrovirais
DNA	ácido desoxirribonucleico
ECSA-HC	Comunidade de Saúde da África Leste, Central e Sul
CE	contracepção de emergência
FGM/C	mutilação/corte genital feminina
VBG	violência de género
GHI	Global Health Initiative (Iniciativa de Saúde Global)
HBV	vírus da hepatite B
HCT	aconselhamento e testagem de HIV
HIV	vírus de imunodeficiência humana
HIVePPE	pós-exposição não ocupacional a profilaxia de HIV
HPV	vírus do papiloma humano
HSV	vírus de herpes simplex
ITS	infecção sexualmente transmissível
NAAT	teste de amplificação de ácido nucleico
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
PPE	profilaxia pós-exposição
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à Sida
CPV	cuidados pós-violação
SIDA	síndrome de imunodeficiência adquirida
SVBG	violência sexual e de género
TD	toxóide do tétano
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USG	Governo dos Estados Unidos
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

GLOSSÁRIO DE TERMOS (MÉDICOS)

O seguinte glossário contém terminologia clínica útil para profissionais que trabalham com crianças que sofreram violência e exploração sexual. Esta terminologia pode ser útil na documentação.

ABRASÃO: Raspagem superficial de uma porção de pele ou membrana mucosa. Também conhecido como uma escoriação ou exfoliamneto da pele.

FISSURA ANAL: Uma quebra (divisão) na pele perianal que se irradia a partir do orifício anal. Elas podem ser superficiais ou profundas e podem acontecer quando da entrada ou saída de objectos do ânus. *Uma variedade de causas incluem a passagem de fezes duras (prisão de ventre), doenças tais como a doença de Crohn e trauma.* As fissuras podem-se curar sem deixar cicatrizes visíveis.

INCONTINÊNCIA ANAL: Diminuição do tónus muscular dos esfíncteres anais resultando na dilatação do ânus.

PÓLIPO RECTAL ou PÓLIPO ANAL: Uma saliência na borda do tecido anal que interrompe a simetria das pregas da pele perianal. Uma projecção de tecido sobre a pele perianal. Quando localizado fora da linha mediana, devem ser consideradas outras causas além das variações congénitas, incluindo condições tais como as da doença de Crohn ou trauma.

ÂNUS: O orifício anal, a saída do intestino grosso, a abertura do recto.

PARECER FAVORÁVEL: A vontade de participar nos serviços. Para as crianças mais jovens, que são, por definição, muito jovens para darem o seu consentimento informado, mas com idade suficiente para entender e concordar em participar nos serviços, é solicitado à criança a "sua concordância informada" o seu "parecer favorável". A concordância informada é a vontade expressa da criança para participar nos serviços (IRC UNICEF 2012).

PROVA BIOLÓGICA: Qualquer tipo de matéria biológica, incluindo sangue, urina, sémen, fezes, tecidos, células de pele, fluidos em decomposição, saliva, lágrimas, mucos, suor, vômito e pus.

EQUIMOSE: Uma área de descoloração devido a danos capilares ou grandes vasos sanguíneos sob a pele, causando perdas de sangue para os tecidos circundantes e descoloração da pele, que varia de cor (roxo, azul, castanho, amarelo, etc.). Também conhecido como contusão, hematomas. Em pessoas de pele escura, a equimose pode ser difícil de se ver; sensibilidade e inchaço são importantes e devem ser documentado.

CADEIA DE CUSTÓDIA/PROVA: A documentação da cadeia de custódia é um registo de tempo, lugar e pessoas responsáveis pela prova, desde que é recolhida até ser utilizada em tribunal.

LESÃO DEFENSIVA: Lesões que ocorrem quando as vítimas se defendem de ataques do agressor usando qualquer parte do próprio corpo. Lesões defensivas incluem equimoses, escoriações, lacerações ou feridas incisivas.

DIASTASIS ANI: Uma área suave, muitas vezes em forma de “V”, ou em forma de cunha, na posição 6 ou 12 horas na região perianal. É devido à ausência da base do músculo corrugador esfínter anal externo e resulta numa perda das usuais dobras de pele anal na área. *Uma variante congénita.*

ESTROGENIZADO: Efeito da hormona sexual feminina, o estrogénio, na genitália. O hímen assume uma aparência espessa, redundante, e cor-de-rosa pálido como resultado de uma estrogenização. *Estas alterações são observadas em bebés, com o início da puberdade, e como resultado de estrogénio exógeno.*

MUTILAÇÃO/CORTE GENITAL FEMININO (FGM/C): A OMS define a mutilação genital feminina (FGM), ou corte genital feminino (FGC) como todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou outras lesões dos órgãos genitais femininos seja por razões culturais ou outras não terapêuticas.

FRÊNULO DO PÊNIS ou FRÊNULO PREPUCIAL: Uma pequena dobra de pele que liga o prepúcio à superfície ventral do pênis.

FRIABILIDADE: Um termo usado para descrever tecidos que sangram (anormalmente) facilmente. Exemplo: A friabilidade de aderências labiais que, quando separadas gentilmente, podem sangrar. Friabilidade da fúrcula posterior: Uma ruptura superficial de pele na fúrcula posterior (comissura) quando é aplicada uma ligeira tracção que causa um sangramento ligeiro. *Um achado inespecífico devido a ter várias causas diferentes.*

GENITÁLIA: (externa) Também chamada de vulva, nas mulheres, inclui o monte púbico, os grandes lábios, os lábios pequenos, clitoris, e o vestíbulo da vagina: o vestíbulo é constituído pelo conduto urinário, a abertura vaginal e os canais das glândulas vestibulares.

FENDA GLÚTEA/FENDA NATAL: O sulco entre as nádegas que se estende desde logo abaixo do sacro ao períneo.

- **HÍMEN:** Uma coleira ou semi-coleira membranosa que circunda o intróito vaginal e separa os genitais externos da vagina. A superfície exterior é o epitélio escamoso e a superfície interna é a membrana mucosa. Todas as mulheres têm esta estrutura e existe uma vasta variação anatómica na morfologia. **Anelar:** A membrana hímenal estende-se completamente em torno do orifício vaginal. *Esta é uma configuração hímenal comum.*
- **Alto/monte:** Uma área engrossada sólida, localizada, arredondada e grossa na extremidade do hímen. *Muito frequentemente encontrados em hímanes anelares ou crescentes.*
- **Fenda/entalhe:** Um corte angular ou em forma de "V" na borda da membrana hímenal que não se estende para a sua base.
- **Crescente:** Hímen com anexos anteriores aproximadamente nas posições de 1 e 11 horas sem nenhum tecido hímenal visível entre os dois anexos. *A configuração hímenal mais comum de uma criança em idade escolar, pré-púberes.*
- **Cribiforme:** Um hímen com múltiplas aberturas. *Uma variante congénita.*
- **Fimbriado ou Fibroso:** Um hímen com bordas altamente dobradas, resultando em uma aparência floreada ou recortada. Esta é uma configuração hímenal comum na puberdade (*também conhecida como hímen denticular*).
- **Orifício Hímenal:** A abertura na membrana hímenal que constitui a entrada ou saída da vagina.

- **Imperfurado:** Uma membrana hímenal sem abertura. *Uma variante congénita incomum.*
- **Microperfurado:** Onde a abertura hímenal é extremamente pequena. *Uma variante congénita incomum.*
- **Redundante:** Tecido hímenal abundante que tende a dobrar em volta de si mesmo ou ficar saliente. *Um achado comum observado em mulheres cujas membranas hímenais estão sob influência do estrogénio (ambas as crianças e adolescentes).*
- **Septado:** Um hímen com banda(s) de tecido que bifurca o orifício criando duas ou mais aberturas. *Uma variante congénita.*
- **Pólipo:** Uma projecção alongada de tecido decorrente de qualquer parte na borda do hímen. Normalmente encontrados na linha média e podem ser uma extensão de uma crista vaginal posterior. *Normalmente uma variante congénita. Raramente causada por trauma.*
- **Transecção:** Uma descontinuidade na membrana hímenal que se estende pela lateral do hímen até a sua base. Este termo é usado para descrever um ferimento curado/não agudo. *Interrupções hímenais parciais devem ser referidas como "laceração" se forem agudas (ferida recente) ou "entalhe" se não forem agudas. Interrupções hímenais completas devem ser referidas como "laceração" se forem agudas, e como "transecção" se não forem agudas (ferida recente).*

INCISÃO: Também conhecido como um "corte", uma incisão é a divisão da pele como resultado de um objecto aguçado que vem de encontro à pele, com uma força suficiente para separar a pele.

CONSENTIMENTO INFORMADO: O consentimento informado significa que se tem que explicar todos os aspectos do exame à/ao paciente para que os possa compreender por completo. Particular ênfase deve ser colocada sobre a questão da divulgação de informações a outras partes, incluindo a polícia e outras partes. Isto é especialmente importante em ambientes onde existam obrigações legais de denunciar um episódio de violência (e, portanto, os detalhes do exame) às autoridades competentes. É crucial que os pacientes e pais/responsáveis compreendam as opções disponíveis e que estejam suficientemente informados para que lhes seja possível tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. Este é um direito fundamental de todos os pacientes, mas tem uma particular relevância neste cenário, onde os pacientes podem ter sido sujeitos a um evento pessoal e intrusivo contra a sua própria vontade. Também é importante assegurar que seja devolvida à/ao paciente a sensação de controlo duranteo tratamento médico. Acima de tudo, a vontade do paciente deve ser respeitada (WHO 2003).

COLUNAS/CRISTAS INTRAVAGINAIS: Colunas, verrugas, levantadas (sagitalmente/orientadas longitudinalmente) mais proeminentes na parede anterior com menos proeminência na parede posterior, que pode ser ligado à superfície interior do hímen.

GRANDES LÁBIOS: Dobras arredondadas de pele que formam os limites laterais da vulva.

PEQUENOS LÁBIOS: Pregas finas e longitudinais de tecido dentro dos grandes lábios. Na criança pré-púbere, estas pregas estendem-se do capuz do clítoris até aproximadamente o ponto médio da parede lateral do vestíbulo. No adulto, elas delimitam o vestíbulo e contêm a abertura da vagina.

ADESÃO/FUSÃO LABIAL: O resultado da aderência (fusão) das superfícies adjacentes, ultraperiféricas e mucosas das paredes das porções posteriores das paredes vestibulares. Isto pode ocorrer em qualquer ponto ao longo de todo o vestíbulo, embora com mais frequência no lado posterior (inferiormente). Pode ser quase completa (ocultando por completo o vestíbulo) ou parcial.

Um achado comum em bebês e crianças. Incomum para aparecer pela primeira vez depois dos 6 a 7 anos de idade. Pode estar relacionado com a irritação crônica. Também chamado de aglutinação labial.

LACERAÇÃO: Uma lesão/ferida recente nos tecidos moles resultantes de corte, esmagamento, distensão excessiva, separação, dobra ou ruptura; as lacerações resultam da força bruta. Também chamado de corte.

LEUCORREIA: Uma descarga viscosa (glutinosa), e esbranquiçada da vagina e cavidade uterina através do orifício cervical. *Um achado normal em mulheres adolescentes e adultas. (O termo descarga fisiológica é usado às vezes.)*

LINEA VETSIBULARIS: Uma linha vertical avascular/pálida, através da fúrcula posterior e/ou fossas naviculares, que pode ser acentuada pela colocação de tracção lateral sobre os grandes lábios. *Um achado comum que é encontrada em meninas de todas as idades, incluindo recém-nascidos e adolescentes.*

RAFE MEDIANA PERINEAL ou RAPHE (PERÍANAL) MEDIAN: Uma saliência ou sulco que marca a linha de união das duas metades do períneo.

MONTE PÚBLICO: A proeminência, arredondada e carnuda criada pela almofada de gordura subjacente, que se encontra sobre a sínfise púbica da mulher.

PÊNIS: Órgão sexual masculino, composto por tecido erétil através do qual passa a uretra; composto pela haste e glândula; a glândula pode ser coberta pelo prepúcio.

DOBRAS PERIANAIS: Rugas ou dobras da pele perianal irradiando a partir da borda anal, que são criadas pela contracção dos esfíncteres anal externos.

CONGESTÃO VENOSA PERIANAL: A recolha de sangue venoso no plexo venoso dos tecidos perianais criando uma descoloração plana ou inchaço roxo. Pode ser localizada ou difusa. Distinto de hematomas ou equimose. É comumente vista em crianças, quando as coxas ficam flexionadas sobre as ancas, por um período de tempo prolongado. Também denominado ingurgitamento venoso perianal ou derrame venoso perianal.

PERÍNEO: Encontra-se entre a fúrcula posterior e o ânus na mulher, e entre a base do pênis e do ânus em homens. A superfície externa do corpo perianal.

CORPO PERIANAL: O tendão central do períneo. Localizado entre o vestíbulo e o ânus na mulher e entre o escroto e o ânus no homem.

PETÉQUIA: Pequenas e distintas hemorragias do tamanho de uma cabeça de alfinete, que ocorrem quando as arteríolas ou vênulas se rompem. Podem ser únicas ou múltiplas. Frequentemente causada por um aumento da pressão no interior do vaso sanguíneo, como com esforço durante o vômito ou com estrangulamento, ou por meio de sucção. Também pode ser causada por um distúrbio hemorrágico, infecção ou trauma localizado.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO: Refere-se à série de medicação dada imediatamente após uma agressão ou abuso sexual de alto risco buscando a prevenção da infecção de HIV.

FÚRCULA POSTERIOR: Onde os pequenos lábios se juntam posteriormente. Esta área pode ser referida como a comissura posterior na criança pré-púbere. Uma área comum de lesão após violência sexual.

PUNÇÃO: Uma ferida feita por um instrumento pontiagudo.

KIT DE RECOLHA DE PROVAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: Uma caixa ou envelope que indica quais são os tipos específicos de provas requeridas a partir do corpo de uma vítima de violência sexual que contém o material necessário para essa recolha e a capacidade para manter a cadeia de custódia uma vez que a prova é recolhida e lacrada.

RECTO: A porção recta e final do intestino grosso, terminando no ânus.

REFLEXO DE DILATAÇÃO ANAL: A acção dinâmica da abertura do ânus devido ao relaxamento dos músculos do esfíncter externo e interno com o mínimo de tracção/separação das nádegas.

URETRA: A estrutura tubular que liga a bexiga à abertura externa, através da qual a urina passa para o exterior.

VAGINA: Estrutura tubular e de parede rugosa que estica anatomicamente do hímen para o colo do útero; em parte, é esta parede rugosa que permite à vagina que se distenda.

VULVA: A porção da genitália externa feminina composta por grandes e pequenos lábios, clitoris, vestibulo vaginal, hímen, fossa navicular e fúrcula posterior.

PREFÁCIO

Tanto o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à SIDA (PEPFAR) como a Iniciativa Global de Saúde (*Global Health Initiative, GHI*) enfatizam a prevenção, a monitorização e a resposta à violência de género (VBG) como fundamental para fortalecer os resultados de saúde em geral. O desenvolvimento de uma resposta coordenada e holística à VBG, incluindo o rastreio e aconselhamento significativos para VBG; a colaboração reforçada entre os cuidados de saúde, com base nas redes comunitárias de apoio social, e sistemas legais; e o acesso e a provisão atempada de profilaxia pós-expositória a HIV (HIVePPE) é um pilar fundamental de ambos PPEPFAR e IGS.

Como as intervenções e provas sobre VBG foram fortalecidas, cada vez mais está a ser dada atenção para a necessidade de combater a violência e exploração sexual de crianças e adolescentes. Os resultados da Iniciativa sobre Violência Sexual de Género (SVBG) PPEPFAR I¹ mostram que, nos centros de saúde em Uganda e Ruanda onde foram introduzidos os serviços de atenção a agressões sexuais, uma grande percentagem de pacientes tinha menos de 18 anos mas os serviços não eram adaptados às necessidades especiais deste grupo etário. Estes dados confirmam o que se conhece por relatos por toda a África e são corroborados pelos resultados das Pesquisas sobre Violência Contra Crianças.² Barreiras significativas impedem a prestação de serviços substanciais e efectivos para crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, incluindo as preocupações com a garantia de confidencialidade, disponibilidade de HIVePPE, treinamento para profissionais em protocolos médicos eficazes (caso existam) para as crianças que sofreram violência e exploração sexual, e a colaboração entre serviços médico jurídico e de assistência social e prevenção a nível comunitário e de respostas de políticas para a SVBG (Kilonzo et al. 2008).

A disponibilidade de orientação internacional sobre a prestação de serviços médicos/forenses para pessoas menores de 18 anos é limitada. A Comunidade de Saúde da África Leste, Central e Sul (ECSA-HC) divulgou orientações para o manejo clínico do abuso sexual infantil em julho de 2011 (ECSA-HC 2011). Apesar do Escritório Regional de África da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter se envolvido no desenvolvimento das orientações ECSA-HC, até a data, a OMS não produziu suas próprias directrizes clínicas especificamente para crianças.³ Há exemplos de instituições locais que estão a disponibilizar cuidados para crianças e adolescentes, mas a PEPFAR não forneceu informações sistemáticas ou orientação para os seus parceiros de execução quanto a esta questão.

¹Ver http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/pepfar_gender_special_initiatives/sexual_GBV_initiative

²Representante Especial do Secretário-Geral sobre a Violência Contra Crianças. Global Progress Survey 2011. http://srs.violenceagainstchildren.org/page/Global_Progress_Survey_2011

³WHO está em processo de revisão das suas directrizes, que irão incluir considerações para crianças.

Em resposta a esta lacuna, os Grupos de Trabalho Técnico de Género, Crianças Órfãs e Vulneráveis e de Tratamento Pediátrico, em coordenação com a parceria de Together for Girls (Juntos pelas Meninas),⁴ convocaram uma reunião de um dia para peritos, a 26 de Abril de 2012, para desenvolver Considerações Técnicas sobre cuidados pós-violação às pessoas com idade inferior a 18 anos em centros de atenção primária à saúde que também prestem cuidados de HIV. Os objectivos desta reunião foram:

- Analisar e construir com base em diretrizes e documentos existentes, incluindo as diretrizes da ECSA-HC e as orientações da OMS com foco em adultos para o cuidado médico-legal de vítimas de violência sexual.
- Desenvolver Considerações Técnicas, incluindo as principais recomendações para a prestação de cuidados pós-violação em centros de atenção primária à saúde para menores de 18 anos para orientar especificamente o PPEFAR, e para uso por outros parceiros e implementadores de forma mais ampla.

A reunião técnica reuniu 28 pessoas, incluindo o Governo Americano PPEFAR e representantes da Together for Girls (Juntos pelas Meninas), bem como profissionais experientes (médicos, cientistas comportamentais, e assistentes sociais), com especialização em protecção infantil; abuso e exploração sexual; cuidados a sobreviventes de violência; emergências pediátricas; serviços clínicos com foco em crianças; prevenção de HIV, cuidados e tratamentos; tratamento de fístula; e distribuição de profilaxia pós-exposição para o HIV. Os participantes representaram 8 países⁵ e 14 organizações.^{6,7}

Caixa I: DEFINIÇÃO DOS TERMOS USADOS

CRIANÇA QUE SOFREU DE VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL: Uma pessoa com idade inferior a 18 anos que sofreu de um acto de abuso sexual. A exploração infantil é o uso de crianças para benefício financeiro ou sexual, gratificação ou lucro de outra pessoa, muitas vezes resultando em tratamento injusto, cruel e prejudicial da criança. Esta é a expressão predominante encontrada em todo este documento.

ABUSO SEXUAL INFANTIL: A Organização Mundial de Saúde define o abuso sexual infantil como o envolvimento de uma criança em actividade sexual que ele ou ela não compreendem totalmente, é incapaz de dar consentimento informado, ou para o qual a criança não está mentalmente preparada e não pode dar o seu consentimento, ou que viola as leis ou tabus sociais da sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado por esta actividade entre uma criança e um adulto ou de outra criança que pela idade ou desenvolvimento está numa relação de responsabilidade, confiança ou poder, a actividade destina-se a gratificar ou satisfazer as necessidades da outra pessoa. Isto pode incluir, mas não está limitado a:

- o incentivo ou coação para que uma criança se dedique a qualquer actividade sexual ilegal,
- a exploração de uma criança na prostituição ou outras práticas sexuais ilegais,
- o uso da exploração da criança para a realização de pornografia (OMS 1999).

⁴A parceria Juntos pelas Meninas, que inclui cinco Agências da ONU, liderada pela UNICEF, o Governo Americano pelo PPEFAR e os seus parceiros de execução, a CDC Divisão de Prevenção da Violência, do Escritório de Iniciativas Globais da Mulher do Departamento de Estado, e do sector privado, foi criada com a intenção específica de acabar com a violência contra as crianças, com foco especial sobre a violência sexual contra meninas.

⁵ República Democrática d' Congo, Lesoto, Quênia, Moçambique, África do Sul, Estados Unidos da América, Zâmbia e Zimbabwe.

⁶ Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, EnCompass LLC, Emory University School of Medicine, Family Support Trust Clinic, Greater

Estas Considerações Técnicas são o resultado de um processo de consulta que incluiu a reunião e a incorporação de insumos especializados e comentários tecidos por profissionais experientes e especialistas técnicos após a reunião. Este documento deve ser usado como um guia para ajudar os profissionais de saúde a trabalhar e responder melhor às necessidades únicas e aos direitos das crianças que sofreram violência e exploração sexual. O foco destas Considerações Técnicas é na prestação de serviços clínicos de cuidados pós-violação e inclui informações sobre a criação de serviços adaptados às necessidade únicas das crianças, a preparação e a realização de um exame das crianças que sofreram violência e exploração sexual da cabeça aos pés, realização da recolha forense de provas, e garantindo retorno e encaminhamento para serviços de apoio psicossocial e serviços de apoio comunitário.

Estas Considerações Técnicas usam o termo "crianças" para descrever os indivíduos com idade inferior a 18 anos. Esta definição está em consonância com as convenções internacionais, conforme resumido na definição de "criança" no Glossário de Termos na página 67. O termo "adolescente" não se destina a substituir o uso de crianças, mas sim fornecer um termo adicional para descrever idades específicas, maturação e níveis de desenvolvimento de indivíduos com idade entre os 10 e 19 anos. Este documento reconhece que os termos criança e adolescente assumem significados diferentes em contextos diferentes.

O termo "criança que vivenciou violência e exploração sexual" é usado ao longo deste documento, em vez dos termos de "vítima" ou "sobrevivente" (ver Caixa 1 para definições). Tanto meninos como meninas podem vivenciar esse tipo de violência e as normas de género estão por trás das manifestações específicas de violência e exploração sexual por meninos e meninas.

Nelspruit Rape Intervention Program (GRIP), John Snow, Inc., Liverpool VCT, Cuidados e Tramento, Livingston Pediatric Center of Excellence, Office of the Global AIDS Coordinator, Panzi Hospital/Panzi Foundation, Juntos pelas Meninas, UNICEF, Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos.

⁷ Para mais informações sobre esta reunião vá a http://www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/resources/technical_consultation_materials/CPV

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO

Estas Considerações Técnicas têm como objectivo servir como um guia para os profissionais que prestam atenção primária à saúde no atendimento adequado de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual, com base nas actuais práticas baseadas em evidências. Eles deverão orientar os esforços dos implementadores do PPEFAR e outros parceiros envolvidos no atendimento clínico de crianças, bem como na prevenção, assistência e tratamento em HIV/SIDA para fortalecer as respostas comunitárias para crianças que sofreram violência e exploração sexual. Elas devem ser aplicadas em consonância com as directrizes nacionais no país de prática do profissional.

Este documento destina-se a ser utilizado pelos profissionais de serviços em unidades sanitárias, para incluir os médicos, cientistas comportamentais, assistentes sociais, profissionais de cuidados pediátricos, trabalhadores de protecção à criança, especialistas em HIV, e profissionais de serviços clínicos centrados na criança. O foco é especificamente no manejo clínico das crianças que sofreram de violência e exploração sexual, mas as comunidades também devem esforçar-se para desenvolver sistemas abrangentes para responder às necessidades e aos direitos dessas crianças. A resposta abrangente inclui organizações do governo (ex. clínicas, judiciário e órgãos de segurança pública, administradores públicos, serviços de protecção de bem-estar/social de crianças, terapeutas), organizações não governamentais e da sociedade civil. Esta resposta abrangente é muitas vezes ignorada, criando assim um desafio durante a execução do programa (ver Capítulo 2 para mais informações sobre como estabelecer e fortalecer a resposta clínica).

COMBATE À VIOLÊNCIA E À EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Há muitas áreas da clínica ou unidades de cuidados de saúde que podem ser envolvidas no reconhecimento e na resposta a crianças que sofreram violência e exploração sexual. Estas podem incluir áreas como a clínica pediátrica, onde as crianças podem revelar ao profissional ou ao cuidador que pode trazer a criança à procura de cuidados depois de um assalto. Pode até ser a maternidade, onde uma criança que vivenciou violência e exploração sexual é atendida por uma gravidez resultante da agressão. Qualquer uma destas áreas clínicas pode estar envolvida no combate e deve trabalhar em conjunto para assegurar que a criança tenha acesso aos serviços necessários. Dada a dificuldade em assegurar serviços de acompanhamento nestes casos, o envolvimento de outros recursos disponíveis, tais como farmácia, serviços de aconselhamento e bem-estar social e programas de HIV podem melhorar a resposta em geral. A Figura 1 ilustra os possíveis recursos mobilizáveis para desenvolver uma abordagem centrada na criança a cuidar.

Figura I. Abordagem centrada na Criança



Estas considerações técnicas destinam-se a construir com base nas directrizes existentes que atendam às necessidades clínicas de crianças que sofreram violência e exploração sexual, e não substituí-las, para enfatizar e melhorar a resposta e a gestão médica de cuidados pós-violação das crianças. As seguintes publicações servem como recursos fundamentais para estas considerações técnicas:

- Directrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o cuidado médico-legal para vítimas de violência sexual, (WHO, 2003)
- Directrizes da Comunidade de Saúde da África Leste, Central e Sul (ECSA-HC) para o Manejo Clínico de Abuso Sexual Infantil, 2011

- Cuidando de Crianças Sobreviventes a Abuso Sexual: Directrizes para profissionais de serviços de saúde e psicossociais em contextos humanitários, International Rescue Committee (IRC) e UNICEF, 2012
- Manual da OMS para a saúde das crianças em emergências humanitárias, 2008
- Relatório técnico sobre a proteção das Crianças afectadas pelo HIV contra o abuso, a exploração, a violência e a negligência, USAID, 2011 (Long 2011)
- OMS e Alto Comissariado para os Refugiados das Nações Unidas: Manejo clínico de sobreviventes de violação: Desenvolvimento de protocolos para uso com refugiados e pessoas deslocadas internamente, 2004
- Save the ChildrenUK: Protecção de Crianças: Atitudes comunitárias para os abusos sexuais infantis na zona rural de Moçambique, 2007.

FOCO NAS CRIANÇAS

A violência e a exploração sexual infantil têm sido reconhecidas como um problema crítico de desenvolvimento e dos direitos humanos, com implicações importantes para a prevenção, cuidados e tratamento do HIV e da SIDA. Globalmente, cerca de 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos sofreram algum tipo de violência e exploração sexual (Pinheiro, 2006). Em vários contextos as crianças estão em perigo de vivenciarem violência e exploração sexual em várias situações dentro da comunidade, casa, e sociedade em geral (Population Council 2008; ECSA-HC 2010).

A violência e exploração sexual infantil diferem em muitos aspectos da dos adultos e, portanto, não pode ser tratada da mesma forma. Violência e exploração sexual contra crianças é única devido à dependência económica das crianças, posição social fraca (especialmente as meninas) e às desigualdades de género, incluindo altos índices de violência baseada no género (VBG) e às graves consequências da epidemia do HIV sobre as estruturas familiares e comunitárias. Similarmente à VBG contra adultos, a VBG contra crianças é cercada por uma cultura de secretismo, estigma e silêncio porque ela é vista como um assunto privado, especialmente quando o agressor é um membro da família. Há também a necessidade de reforçar a consciência dos direitos da criança, o que constitui violência, e como e quando denunciá-la (ECSA-HC 2010).

A violência sexual é muitas vezes escondida e é seguramente sub registrada, a denúncia de crianças é ainda menos provável já que elas sentem vergonha, medo e são incapazes de verbalizar o sucedido. Apenas cerca de 10 a 20 por cento da violência sexual de crianças e casos de exploração são denunciados às autoridades (Pinheiro, 2006). Quando as crianças revelam violência e exploração sexual, é muitas vezes parte de um processo de um longo período de duração e não um evento único, em comparação com os adultos. Esta forma de divulgação pode ter implicações importantes para o tratamento médico e a recolha de evidências forenses. Se uma criança se apresenta numa clínica, muitas das suas necessidades médicas, psicológicas e legais não são devidamente tratadas. Isto é particularmente verídico na África Subsaariana, onde muitos países não dispõem de serviços de atenção integral à pós-violação e existem lacunas na coordenação e comunicação entre os serviços de saúde sexual e reprodutiva e HIV, sistemas legais e judiciais, e legislação sobre violência sexual (ECSA-HC 2010).

CONSEQUÊNCIAS A CURTO E LONGO PRAZO DA VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

A violência sexual tem consequências abrangentes que podem afectar a saúde e o bem-estar a curto e a longo prazo das crianças. A violência e a exploração sexual contra meninas têm sido associadas com pensamentos suicidas, gravidezes indesejadas, complicações durante a gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (ITS) (Reza et al. 2009). A gravidez e as ITS são algumas das consequências imediatas da violência e exploração sexual. Meninas menores de 15 anos têm cinco vezes mais probabilidade de morrer no parto do que as mulheres na faixa etária dos vinte anos, sendo a gravidez a principal causa de morte em todo o mundo durante séculos para mulheres com idade entre 15 e 19 anos (ICRW 2012).

Além destes riscos mais imediatos, os índices de consumo de drogas ilícitas e álcool na adolescência e na idade adulta é significativamente maior entre pessoas que sofreram violência e exploração sexual quando crianças (Dube et al., 2005). Há também efeitos sobre a saúde mental, como depressão clínica, transtorno de stress pós-traumático, transtornos de conduta (Danielson et al. 2010), e tentativas de suicídio, quando comparadas com pessoas sem um histórico de violência e exploração sexual (Dube et al. 2005). Mulheres que sofreram violência e exploração sexual enquanto criança têm duas a três vezes maior risco de serem sexualmente re-vitimizadas na idade adulta, em comparação com as mulheres sem história de incidentes (Classen, Palesh, e Aggarwal 2005).

A violência e a exploração sexual podem aumentar o risco de doenças infecciosas e doenças crónicas na vida adulta. As meninas que sofreram violência e exploração sexual estão em maior risco de contrair o HIV e outras ITSs. Mesmo se a menina não for infectada com HIV logo após o acto de violência e exploração, pesquisas indicam que ela se tornará mais propensa a contrair doenças infecciosas e crónicas na vida adulta (Jewkes, Sen, e Garcia-Moreno 2002).

Tal violência pode também afectar negativamente o acesso à educação. Crianças que sofreram violência e exploração sexual podem ser retiradas das escolas pelas suas famílias e cuidadores, ou podem optar por sair por causa do medo e depressão. A falta de educação, especialmente para as meninas, pode prejudicar as perspectivas de ganhar uma renda sustentável, e perpetua e aprofunda o ciclo de vulnerabilidade e dependência. Em última análise, as sociedades pagam um preço profundo por estes resultados. A *Situação Mundial da Infância* (UNICEF 2007) descobriu que, para cada ano que uma menina tem educação, o seu casamento é atrasado, reduzindo posteriormente o número de filhos que ela terá. Mulheres educadas são menos propensas do que as suas colegas iletradas a morrer durante a gravidez ou o parto.

Evidências recentes estão a começar a destacar em que medida os meninos também estão sujeitos à violência e exploração sexual (Graham 2006; Russell 2007; Sivakumaran 2010; Watchlist 2010). Normas e condutas de género dominantes, incluindo a percepção equivocada de que apenas as meninas e mulheres podem ser vítimas de violência sexual, podem traduzir-se numa resposta extremamente fraca por parte dos profissionais dos serviços e, portanto, em resultados gerais fracos para os meninos. Os profissionais dos serviços devem estar cientes das normas de género que sustentam as manifestações deste tipo de violência vividas por meninos e meninas e as implicações de tais normas e condutas sobre a capacidade de identificar e fornecer serviços significativos, incluindo os cuidados de acompanhamento.

RESPOSTA ABRANGENTE À VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS

Intervenções clínicas eficazes para crianças que sofreram violência e exploração sexual são apenas uma componente necessária da resposta da comunidade em geral e do governo. Estudos descobriram que a abordagem multidisciplinar melhora a qualidade dos cuidados de saúde para aquelas vítimas, melhora a qualidade da recolha de provas e a capacidade dos órgãos de segurança pública para investigar com eficácia e aumentar as taxas de processos criminais ao longo do tempo (Campbal et al. 2012; Crandall e Helitzer 2003). Componentes fundamentais de uma resposta abrangente à violência e exploração sexual (incluindo as entidades de base comunitária) são apresentados na Tabela 1 e descritas em detalhe ao longo desta secção.

Estabelecer uma resposta abrangente requer a colaboração e coordenação entre uma ampla gama de profissionais de serviços e os interessados (governamentais e não governamentais) e uma comunidade que esteja preparada para oferecer serviços e intervenções para crianças que sofreram violência e exploração sexual. Acesso rápido aos serviços e intervenções médicas são fundamentais e incluem avaliação médica forense, profilaxia pós-exposição não-ocupacional a HIV (HIVePPE), e, para as meninas, o acesso à contracepção de emergência, quando aplicável seguindo as leis e protocolos nacionais.

Os cuidados integrais atendem a uma gama de necessidades médicas, legais e psicossociais da criança, desde o primeiro ponto de contacto até à recuperação. As unidades sanitárias podem desenvolver e fortalecer os serviços individuais, mas um esforço coordenado entre todas as partes interessadas para gerir a resposta do sistema de forma eficaz é a melhor maneira de atender às necessidades e direitos das crianças.

Tabela 1. Componentes Principais de uma Resposta Abrangente à Violência e Exploração Sexual

Sector	Componentes Chave da Resposta
Saúde	Equipamento de protecção pessoal/protecção de patogénicos via sanguínea
	Exames físico e histórial feitos de forma amigável à criança
	Teste de gravidez e contracepção de emergência, com base nas leis e protocolos nacionais, quando aplicável e legal
	Teste de diagnóstico do HIV
	Aconselhamento em relação ao HIV
	Profilaxia pós-expositória não-ocupacional para o HIV (HIVePPE)
	Profilaxia e/ou tratamento de infecções sexualmente transmissíveis
	Exames de saúde sexual
	Vacinação para a hepatite B e tétano
	Avaliação e tratamento de lesões, exame forense, e documentação
	Exames de saúde sexual
	Aconselhamento sobre trauma e avaliação da saúde mental
	Referências para/de serviços policiais e de apoio

Polícia/Justiça	Anotação de Declarações e Documentação feitas de uma forma não ameaçadora com foco nas crianças
	Investigação Criminal
	Aquisição e manutenção da cadeira de provas
	Assegurar a segurança da criança
	Acusação/adjudicação do infractor
	Preparação de testemunhas e apoio nos tribunais
Serviços Sociais	Referência para/de serviços de saúde e apoio
	Avaliação para e encaminhamento para serviços psicossociais
	Planificação e avaliação da segurança
	Prestação de habitação segura, serviços de realocação, se necessário
	Reintegração na família/agregado familiar, se necessário (incluindo o acesso à educação, formação profissional e apoio à subsistência)
	Aconselhamento psicossocial e reabilitação a longo prazo
	Referência para/de sectores da polícia e de saúde
	Sensibilização e redução do estigma na comunidade

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM COM CRIANÇAS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

Ao cuidar de crianças que sofreram violência e exploração sexual, existem princípios comuns que fundamentam o processo de tomada de decisão. A observância a estes princípios garantirá aos profissionais de serviços que as acções tomadas em nome da criança sejam baseadas em padrões de cuidados que visam beneficiar a saúde e o bem-estar da criança. É fundamental que os cuidados e apoio sejam fornecidos de uma forma amigável à criança e que a mesma não seja re-vitimizada no processo. A Tabela 2 apresenta esses princípios orientadores e as acções correspondentes, conforme descrito nas Diretrizes da UNHCR para a Resposta e Prevenção da Violência Sexual e a Convenção das Nações Unidas para os Direitos da Criança (UNHCR 1995).

Tabela 2. Princípios Orientadores para Cuidar de Crianças que sofreram Violência Sexual

Princípio	Acções
Promover o melhor interesse da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar bem-estar físico e emocional em todo o tratamento e cuidados • Avaliar as consequências positivas e negativas de acções com a participação da criança e do cuidador (se for adequado) • O caminho menos prejudicial é sempre preferível • Todas as acções devem garantir que os direitos da criança à segurança e desenvolvimento não sejam comprometidos
Assegurar a segurança da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar o bem-estar físico e emocional • Todas as acções devem preservar o bem-estar físico e emocional da criança, a curto e longo prazo
Confortar a criança	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer conforto, encorajamento e apoio • Assegurar que os profissionais de serviços estejam preparados para lidar com a revelação sobre a violência e exploração sexual de forma adequada • Acreditar na criança quando esta optar por revelar a violência e exploração sexual • Nunca culpar a criança de alguma forma pela violência e exploração sexual que elas sofreram • Fazer a criança sentir-se segura e cuidada enquanto recebe tratamento
Assegurar a confidencialidade adequada	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o acto de violência e exploração sexual da criança devem ser recolhidas, usadas e armazenadas de forma confidencial • Assegurar a recolha confidencial das informações durante todos os aspectos dos cuidados, incluindo entrevistas e registo do histórico • Compartilhar informação somente de acordo com as leis e políticas locais e apenas o que se necessita dar a conhecer, depois de obter a permissão da criança e/ou cuidador • Arquivar todas as informações do caso com segurança • Se o registo do caso for obrigatório de acordo com a legislação local, informar a criança e o cuidador no momento do atendimento • Se a saúde ou a segurança da criança estiverem em risco, pode haver limites à confidencialidade para proteger a criança
Envolver a criança na tomada de decisões	<ul style="list-style-type: none"> • As crianças têm o direito a participar nas decisões que têm implicações nas suas vidas • O nível de participação da criança na tomada de decisões deve ser adequado ao nível de maturidade e idade da criança, e às leis locais • Embora os profissionais de serviços nem sempre possam assegurar os desejos das crianças (com base nas considerações de melhor interesse), eles devem sempre fortalecer e apoiar as crianças, lidando com elas com respeito e de uma forma transparente e aberta • Se não se puder seguir os desejos de uma criança, as razões dessa impossibilidade devem ser explicadas

Princípio	Ações
Fortalecer resiliências das crianças	<ul style="list-style-type: none"> • Cada criança tem capacidades e pontos fortes únicos, e possui a capacidade de se curar • Identificar e construir a partir desses pontos fortes naturais das crianças e da família como parte do processo de recuperação e cura • Factores que promovem a resiliência da criança devem ser identificados e fortalecidos durante o a prestação de cuidados • Crianças que têm relações de afecto e oportunidades para uma participação significativa na vida da família e da comunidade e que se vêem como fortes serão mais propensas a se recuperarem e curarem da violência e exploração sexual (Perry 2007)
Os profissionais de cuidados médicos devem ser adequadamente formados e qualificados na gestão de crianças que sofreram violência e exploração sexual	<p>Todos os profissionais responsáveis pela prestação de crianças que sofreram violência e exploração sexual deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passar por treinamentos e orientação sobre protocolos clínicos e de referência para cuidados a violência sexual/pós-violação • Ter formação especializada no exame médico-forense • Ter formação avançada e entendimento sobre contracepção de emergência com base nas leis e protocolos nacionais, quando aplicável e de forma legal, bem como em HIVePPE, profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis, vacinação contra hepatite B, e a importância da intervenção atempada <p>Centros de cuidados médicos deverão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e capacitar os profissionais dedicados (médicos, enfermeiros forenses, ou funcionários da clínica) à prestação de cuidados e serviços pós-violação para crianças

Princípio	Ações
A saúde e o bem-estar da criança têm prioridade sobre a recolha de provas	<ul style="list-style-type: none"> • A intervenção de emergência; o tratamento de lesões graves; e a avaliação, tratamento e prevenção do HIV, gravidez, e infecções sexualmente transmissíveis são extremamente importantes • O bem-estar da criança assegura que elas são capazes de manter a sua dignidade após a violência e exploração sexual, e não se sentem coagidas, humilhadas, ou ainda traumatizadas pelo processo de busca de serviços • As crianças NUNCA deverão ser forçadas a submeter-se ao exame médico-forense contra a sua vontade, a menos que o exame seja necessário para o tratamento médico (WHO 2003)
Denunciar à polícia não deve ser um pré-requisito para a obtenção de atendimento médico	<ul style="list-style-type: none"> • A decisão da criança sobre o envolvimento da polícia deve ser respeitada em todos os momentos • A criança não deve ser pressionada, coagida ou forçada a denunciar a violência e exploração sexual como condição para receber os cuidados médicos • É comum que os profissionais de saúde digam à criança que um relatório à polícia deve ser feito e que eles devem obter os formulários de relatório antes de a clínica realizar o exame • O relato é muitas vezes ligado ao pagamento de taxas, o hospital só pode concordar em fornecer serviços gratuitos se a/o paciente relatou a violência à polícia e está na posse dos formulários de documentação oficial. Na maioria dos casos, estes são procedimentos exigidos por normas internas e não exigências legais. Portanto, devem ser alterados pela instituição de saúde. • Devem ser feitos esforços pela instituição de saúde para ter regras claras sobre relatórios à polícia de acordo com a política nacional, que permita a abordagem mais centrada no paciente • Os formulários policiais devem ser mantidos na clínica para as crianças que se apresentem primeiro na clínica, e devem estar disponíveis de forma gratuita • À criança devem ser oferecidos todos os serviços disponíveis, incluindo a contracepção de emergência (CE) quando de forma legal, HIVePPE, e outros serviços de saúde necessários, mesmo se não houver médico disponível para assinar os formulários médico-legais, ou se a criança optar por não denunciar à polícia

<p>Usar as abordagens "pessoa primeira" para cuidar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais que trabalham com crianças que sofreram violência e exploração sexual devem ter uma forte compreensão das abordagens actuais para o cuidado inclusivo de todos os pacientes, independentemente da capacidade • Reconhecer que as crianças com deficiência (física, bem como mental/emocional) estão em maior risco para a violência e exploração sexual, e têm o mesmo direito a cuidados e acesso a tratamentos • Assegurar que alguém capacitado esteja disponível sempre que necessário para alternativas de comunicação (ex. linguagem de sinais) para pacientes que necessitem desta abordagem
<p>Tratar cada criança com justiça e de igual forma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilize o princípio da não-discriminação e de inclusão para todas as crianças • Devem ser oferecidos a todas as crianças os mesmos cuidados e tratamentos de alta qualidade, independentemente da sua etnia, religião, sexo, capacidade/incapacidade, situação familiar, estado dos seus pais/cuidadores, base cultural ou situação financeira, dando-lhes a oportunidade de alcançar todo o seu potencial • Nenhuma criança deve, por qualquer motivo, ser tratada de forma injusta

ESTABELEECER E FORTALECER A RESPOSTA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

Respostas eficazes de prevenção e intervenção para crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual incorporam modelos de equipas multidisciplinares e abordagens "que precisam de uma comunidade inteira". Respostas eficazes para atender às necessidades e direitos das crianças que sofreram violência e exploração sexual incluem o fortalecimento dos sistemas de saúde (ex. aprimoramento de instalações e infra-estrutura, aumento da capacidade dos profissionais de saúde, fortalecimento de protocolos e sistemas de supervisão, incluindo sistemas de registo para gestão de casos), melhores referências da clínica para outros serviços, e vínculos fortalecidos entre os serviços clínicos e outros grupos de interessados.

Apesar de ser possível reforçar a resposta de cuidados de saúde a crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual, deve-se ter cuidado para avaliar os pontos fortes e fracos já existentes na comunidade e identificar as principais recomendações dentro e fora dos cuidados de saúde.

É fundamental que os cuidados e apoios sejam fornecidos de uma forma amigável à criança e que ela não seja re-vitimizada no processo.

INFRA-ESTRUTURA

A estrutura básica necessária para uma resposta de todo o sistema inclui uma resposta legal que aborde a investigação dos aspectos criminais da violência e exploração sexual contra as crianças, uma resposta da justiça criminal que assegure a responsabilização dos infractores, uma resposta de saúde que aborde as implicações de saúde agudas e de longo prazo da violência e exploração sexual contra as crianças, e uma resposta de serviço completo (incluindo os serviços de assistência social e apoio de base comunitária) que aborde efetivamente a recuperação, reabilitação e segurança da criança.

Como este documento aborda o manejo clínico da violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes, é a infra-estrutura de saúde que será especificamente abordada. No entanto, é fundamental que todos os componentes da infra-estrutura sejam abordados no desenvolvimento e implementação de programas, se houver uma expectativa de que as crianças vão ser mantidas a salvo de violência e exploração sexual.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Os exames médico forenses devem ocorrer numa unidade sanitária onde haja excelentes acesso à gama completa de serviços que podem ser necessitados pela criança. Idealmente, seria um hospital ou clínica. A criança pode apresentar problemas agudos de saúde (ex. traumatismo craniano, hemorragia) que necessitam de intervenção e tratamento médico urgente. Da mesma forma, deve haver um pronto acesso a uma gama de serviços de laboratório e aconselhamento. Os serviços devem ser acessíveis às crianças 24 horas por dia. Se isso não estiver disponível, as crianças deverão poder aceder à clínica durante o horário de funcionamento ou a clínica pode utilizar uma programação de horários para respostas de emergência.⁸

Independentemente da localização, o cuidado deve ser ético, solidário, objectivo e centrado na criança, levando-se sempre em conta a segurança, a privacidade e os melhores interesses da criança. O ideal é que o ambiente físico seja amigável para crianças. Pinturas, cartazes, cobertores, almofadas e brinquedos, são relativamente baratos e podem ajudar as crianças a sentirem-se mais relaxadas e confortáveis no ambiente do exame.

Restrições de recursos podem excluir a possibilidade de prestação de serviços numa unidade sanitária ideal, mas é possível melhorar a qualidade das unidades existentes, garantindo que estas sejam acessíveis, seguras, limpas e tenham privacidade (WHO 2003):

- Segurança. Pode haver algum antagonismo contra aos serviços de atendimento de violência sexual (por pessoas ou comunidades), portanto deverão estar prontas medidas adequadas no local para proteger as crianças, funcionários, arquivos e a própria instituição. Estes poderiam incluir um segurança para controlar o acesso, iluminação adequada, vigilância por vídeo, portas e armários com chaves e equipamentos de prevenção de incêndios.
- Limpeza. Um alto padrão de higiene é necessário para qualquer atendimento médico. As unidades sanitárias devem cumprir com os regulamentos de segurança e de saúde locais que se aplicam a incêndios, electricidade, água, esgoto, ventilação, esterilização e eliminação de resíduos.
- Privacidade. Pessoas não autorizadas não devem ser capazes de ver ou ouvir nenhuma parte da consulta. A sala de exame(s) deve ter paredes e uma porta, não apenas cortinas. Os agressores devem ser mantidos separados das crianças que sofreram violência e exploração sexual.
- Acesso. É importante assegurar que as instalações sejam amigáveis a deficientes motores e não tenham barreiras de acesso aos serviços do ponto de vista de comportamento, físico ou comunicativo. Se uma nova unidade estiver a ser construída ou instalada, certifique-se que é inclusiva e acessível a pessoas com deficiência, desde o seu início. O custo-benefício é melhor ao fazê-lo inicialmente do que a sua reconstrução/renovação mais tarde.

A Tabela 3 apresenta uma lista de normas mínimas para a prestação de atenção integral às crianças que sofreram violência e exploração sexual.

⁸ Os sistemas de emergência incluem ter uma lista de fornecedores que irão responder à clínica para cuidarem de crianças que sofreram violência e exploração sexual.

Tabela 3. Padrões Mínimos para a Prestação de uma Atendimento Integrado Pós-Violação (CPV) nas Unidades Sanitárias⁹

Capacidade da Instalação	Requisitos Mínimos para o Manejo Médico	Requisitos de Relatórios/Registo para as Unidades Sanitárias	Requisitos Mínimos de Pessoal
Todos os serviços básicos de saúde sem um laboratório (públicos e privados)	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de emergência e tratamento de lesões e referências, conforme necessário • Histórico detalhado, exame e documentação • Referir a/o paciente para a detecção de HIV, PPE/CE, e tratamento/ profilaxia de ITSs 	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher formulários CPV conforme protocolo local • Manter um registo CPV • Certificar-se de que a/o paciente tem uma cópia do formulário para levar para o laboratório 	Um médico ou enfermeira capacitados
Todas as unidades sanitárias com um laboratório em funcionamento (público e privado)	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de emergência e tratamento de lesões e referências, conforme necessário • Histórico detalhado, exame e documentação • Prover PPE e CE (mesmo quando o seguimento não é possível) ± tratamento/ profilaxia de ITS • Quando os serviços de aconselhamento de HIV estão disponíveis, fornecer aconselhamento inicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher formulários CPV conforme protocolo local • Manter um registo CPV • Manter um registo de laboratório • Encaminhamento para instalação de CPV integral 	Um médico ou enfermeira capacitados e/ou um técnico clínico Um conselheiro capacitado(onde o aconselhamento for oferecido)
Todas as unidades sanitárias com HIV, anti-retrovirais, ou uma clínica de cuidados integrados onde anti-retrovirais possam ser monitorizados (amplas instalações da CPV podem ser fornecidas)(unidades sanitárias públicas e privadas)	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar e tratar lesões • Histórico detalhado, exame e documentação • Fornecer CE e PPE, incluindo a gestão contínua de PPE • Fornecer profilaxia ou tratamento de IST • Fornecer aconselhamento e apoio, testes de HIV e adesão PPE 	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher formulário CPV conforme os protocolos locais • Manter um registo CPV • Manter um registo CPV de laboratório • Preencher formulário CPV para acompanhar o manejo das crianças 	Um médico ou enfermeiro capacitado e/ou um funcionário clínico em gestão ARV/PPE Um conselheiro capacitado(trauma, testes de HIV e aconselhamento de adesão PPE) Laboratório para testes de HIV e do vírus da hepatite B

⁹ Este gráfico foi adaptado a partir das Diretrizes Nacionais de Gestão de Medicina da Violência Sexual no Quênia.

CONFIGURAÇÃO

Crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual podem-se apresentar a qualquer momento no sistema de saúde. Portanto, todas as unidades sanitárias devem estar aptas a reconhecer a violência e exploração sexual e oferecer serviços para crianças que sofreram violência e exploração sexual, independentemente da exigência um exame médico forense. Se ainda não o tiverem feito, as unidades sanitárias necessitam de oferecer formação específica para seu pessoal, bem como estabelecer as políticas e procedimentos internos para a prestação de serviços a crianças e adolescentes que possam ter vivenciado violência e exploração sexual.

O ideal é que os serviços médico-legal e de saúde sejam fornecidos simultaneamente, no mesmo local, e de preferência pelo mesmo profissional de saúde. Os responsáveis pelas políticas e os profissionais de saúde são encorajados a desenvolver este modelo de prestação de serviços. Ver Anexo 15 onde são apresentados para dois exemplos de centro de emergência em que todos esses

Em alguns países, as componentes do serviço de saúde e médico-legal são fornecidos em momentos diferentes, em lugares diferentes e por pessoas diferentes. Tal processo é ineficiente, desnecessário, e, mais importante, coloca um fardo injustificado sobre a criança que vivenciou violência e exploração sexual. Idealmente, o atendimento à saúde e os processos médico-legais serão fornecidos simultaneamente, ao mesmo tempo, no mesmo local, e, de preferência, pelo mesmo profissional de cuidados de saúde (WHO 2003).

serviços estão reunidos.

Independentemente do serviço utilizado, o espaço onde o profissional realiza o exame deve incorporar o seguinte:

- Ser amigável à criança (esteticamente)
- Privacidade auditiva e visual (uma porta que se fecha e não uma cortina entre macas)
- Termicamente neutro (ex. não muito frio nem muito quente)
- Limpo, a unidade de saúde fornece roupa de cama e bata para cada criança
- Iluminação adequada
- Acesso imediato a sabão e água limpa
- Acesso imediato às unidades sanitária limpas e chuveiro, se possível
- Uma mesa ou secretária
- Um telefone se disponível
- Acesso a uma sala de espera/suporte para os membros da família que não sejam agressores, pessoal de apoio, etc.)
- Disponibilidade de alimentos simples e de água potável.

EQUIPAMENTO

Em relação a outros tipos de instalações médicas (ex. um departamento de emergência), as despesas incorridas na compra de equipamentos para cuidar de crianças que sofreram violência e exploração sexual são relativamente baixos e as despesas iniciais com equipamentos são muitas vezes compras que só ocorrem uma vez. Muitos dos suprimentos necessários poderão ser obtidos nas enfermarias dos hospitais e as despesas com equipamento recorrente para itens descartáveis devem ser mínimas.

O Anexo 4 fornece uma lista completa dos equipamentos necessários para a prestação de uma gama completa de serviços médicos e forenses para crianças que sofreram violência e exploração sexual. A ausência de recursos financeiros é provavelmente o principal factor a influenciar a qualidade e quantidade dos equipamentos fornecidos e mantidos. A Caixa 2 apresenta uma lista do equipamento mínimo necessário.

Equipamento adicional necessário para exames forenses está incluído no Capítulo 3.

Caixa 2: REQUISITOS MÍNIMOS DE EQUIPAMENTOS

- Mesa/cama/ maca de exame que permita o posicionamento em litotomia
- Luvas de exame estéreis e sem pó
- Espéculos APENAS para crianças **pós-púberes**
- Material de cultura
- Lubrificante
- Kit de recolha de provas
- Material Forense: sacos de papel, fita para lacrar sacos de provas, embalagens, cotonetes com pontas de algodão, etc.
- Câmara digital, se possível
- Capacidade da instalação para armazenar imagens íntimas de forma segura, se obtidas
- Lupa de mão.

PLANIFICAÇÃO DE PROGRAMAS, DESENVOLVIMENTO, E AVALIAÇÃO/MONITORIZAÇÃO

A monitoria/avaliação são importantes para a manutenção de serviços de alta qualidade e um nível satisfatório de atendimento. Os resultados da avaliação dos pontos fortes e fracos de uma unidade sanitária podem ser usados para modificar e melhorar os serviços conforme a necessidade e são úteis para administradores e gestores ao decidir como alocar recursos escassos. Ferramentas de monitoria e avaliação podem incluir pesquisas de satisfação das/os pacientes e recolha de informações sobre o número de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual atendidos em consultas mensalmente e que voltam para o acompanhamento.

Quando se planeam ou modificam os serviços existentes para incluir o cuidado de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual, várias questões precisam de ser consideradas e tratadas com base no contexto. Estas são descritas na Tabela 4.

Tabela 4. Planificação de Programas e Processo de Desenvolvimento

Passo ou Fase	Processo de Planificação	Considerações
1.	Avaliação das Necessidades da Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Porque a comunidade necessita implementar a sua resposta às crianças que sofreram de violência e exploração sexual? • O que acontece actualmente na comunidade quando uma criança denuncia um episódio de violência ou exploração sexual? • Quais são os desafios existentes para uma resposta efetiva? • Como as leis e regulamentos locais afectarão a resposta da comunidade?
2.	Avaliação das Necessidades da Unidade sanitária	<ul style="list-style-type: none"> • Que tipos de instalação de cuidados médicos já existem? • Quais são as barreiras para o acesso aos serviços? • Quem são os profissionais de cuidados de saúde da área? • Qual é a sua experiência em cuidar de crianças que sofreram violência e exploração sexual? • Quais são as necessidades educacionais dos profissionais no que diz respeito a cuidar de crianças que sofreram violência e exploração sexual? • Quais são as leis, regulamentos ou políticas institucionais que impactam: <ul style="list-style-type: none"> ○ consentimento? ○ recolha de provas forenses? ○ acesso e administração da contracepção de emergência? • Que tipos de instalações laboratoriais estão disponíveis? • Que tipos de medicamentos estão disponíveis? • Que tipos de equipamento médico está disponível?
3.	Desenvolvimento e Implementação do Programa	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são as missões, metas e objectivos do programa? • Que recursos financeiros estão disponíveis? • Que serviços serão oferecidos? • Qual horário de funcionamento está a ser considerado? • Estes horários são acessíveis às mulheres, crianças, adolescentes, e homens? • Quem são os potenciais parceiros da comunidade? • Que tipos de referências estão disponíveis na área(ex. médicos especialistas, programas de intervenção de emergência sobre violação, abrigos de emergência, serviços especializados para crianças)? • Quem será o responsável e quais as qualificações que eles necessitam ter? • Protocolos formais serão desenvolvidos? • Os papéis específicos de cada profissional estão claramente delineados(ex. enfermeiros, médicos, assistentes sociais, auxiliares de saúde)? • Quantas pessoas são necessárias? • Quem vai facilitar a formação e capacitação necessárias dos profissionais e parceiros da comunidade?
4.	Avaliação do Programa	<ul style="list-style-type: none"> • Quais ferramentas de monitoria/avaliação são necessárias e como serão elas desenvolvidas? • Quais são os mecanismos de garantia de qualidade que serão postos em

Passo ou Fase	Processo de Planificação	Considerações
		<p>prática para o atendimento de crianças que sofreram violência e exploração sexual?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como o programa avaliará os serviços que serão prestados (ex. por meio de pesquisas de satisfação do paciente)? • Como o programa fará o seguimento os resultados, desempenho e tipos de serviços prestados(ex. o número de crianças que sofreram violência e exploração sexual que usaram os serviços mensalmente, as idades das crianças, o sexo das crianças atendidas, e o número de crianças que sofreram a violência e exploração sexual e que voltaram para a consulta seguinte, o número e conteúdo de programas de formação ou capacitação prestados à comunidade ou aos profissionais de saúde)? • Como o programa avaliará os resultados do/a paciente (ex. o número de crianças que sofreram violência e exploração sexual que adquiriram ITSs, o número de gestações [incluir informações sobre idade e sexo da criança que procuram atendimento] resultantes de violência e exploração sexual) e adesão do/a paciente ao regime de medicação recomendada?

O PAPEL E A RESPONSABILIDADE DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Nos casos em que crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual, a responsabilidade do profissional de assistência clínica vai além da atenção médica à criança. Os profissionais têm um papel a desempenhar na prevenção da violência e exploração sexual e devem estar preparados para ir ao tribunal para garantir que haja consequências para actos violentos no geral e contra crianças em particular. Abaixo estão os papéis e as responsabilidades dos profissionais de cuidados de saúde na preparação e resposta a crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual. Esse cuidado deve ser prestado de forma confidencial e sem emissão de juízo de valor. Faz parte do papel e da responsabilidade do profissional de cuidados de saúde:

- Prestar assistência médica, que inclui o tratamento de lesões, a prevenção de doenças a longo prazo e as consequência da violência
- Recolher amostras forenses
- Conduzir exames para identificar sinais de violência e exploração sexual
- Comunicar com crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual de forma solidária e compreensiva
- Reconhecer o impacto que a violência e a exploração sexual pode ter sobre a saúde e o bem-estar a longo prazo Documentar o histórico médico-forense pertinente
- Documentar lesões e realizar uma avaliação física
- Identificar, aconselhar e tratar o HIV e outras ISTs
- Oferecer HIVePPE
- Prevenir a gravidez indesejada
- Preencher formulários policiais necessários (por país)
- Fornecer referência apropriadas de recursos baseados na comunidade

- Referenciar para outros cuidados e serviços (de acordo com o que a criança ou adolescente precisar e quiser)
- Prestar testemunho no tribunal, se necessário

Não é o papel do profissional de saúde determinar se uma criança ou adolescente vivenciou violência e exploração sexual. Informações detalhadas sobre o papel e a responsabilidade do profissional de cuidados de saúde podem ser encontradas no Capítulo 3.

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A fim de estabelecer um padrão de atendimento para crianças e adolescente vítimas de violência e exploração sexual, os profissionais de saúde devem ser capazes de diferenciar entre o mito e a realidade. Vários padrões educacionais foram criados, dependendo da disciplina do profissional. Ex. existe um currículo nacional Sul-Africano "Cuidar de sobreviventes de abuso sexual e violação: Um programa de capacitação para profissionais de saúde na África do Sul." Este currículo foi desenvolvido através de uma abordagem holística para cuidar e reconhecer a importância central de atender às necessidades básicas de saúde, num esforço para mitigar os potenciais danos da agressão sexual. A OMS recomenda que os profissionais de saúde que prestam serviços médico-legais às crianças que sofreram violência e exploração sexual devem receber capacitação especializada que aborde os aspectos médico-legais de prestação de serviços (WHO, 2003). A OMS também detalha um programa educacional da International Association of Forensic Nurses (Associação Internacional de Enfermeiros Forenses) com um esboço do conteúdo aqui detalhado. Independentemente da disciplina, essa formação deve incluir minimamente:

- O contexto social de violência e exploração sexual
- Definições
- Prestação de serviços amigos da criança
- O exame de perícia médica das crianças
- Interpretação precisa dos resultados
- Regime de tratamento adequado para crianças pré-púberes e adolescentes
- Dinâmica de violência e exploração sexual contra crianças e os desafios associados com a sua
- Técnicas para o registo do histórico apropriadas ao desenvolvimento
- Desenvolvimento de protocolo clínico
- Requisitos locais para a registo
- Registo do exame e tratamento
- Questões sobre o consentimento informado
- Evitar a pressão de outras disciplinas
- Quadro jurídico local
- Controlo de qualidade e revisão por pares
- Exigências legais dos profissionais (denúncias, etc.)
- Encaminhamento para serviços relevantes às crianças, adolescentes e profissionais de saúde disponíveis na comunidade
- Educar outras disciplinas sobre o papel do profissional de saúde
- Prevenção, identificação e gestão de trauma secundário.

Além da formação inicial, também deve ser dada aos profissionais de saúde a oportunidade de continuarem a sua formação e capacitação e participar no controlo de qualidade e processos de revisão por pares. Capacitação adequada nas dinâmicas da violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes é essencial para os profissionais de saúde garantirem que potenciais danos às crianças e suas famílias sejam evitados por falta de um diagnóstico ou por excesso de diagnóstico.

Os profissionais de saúde devem ser capacitados, utilizando princípios de educação de adultos e métodos tais como a aprendizagem participativa, a reflexão crítica, discussão, trabalho em pequenos grupos, estudos de casos, demonstrações e dramatizações. Sempre que possível, a capacitação deve ser dada em ambiente clínico real, utilizando profissionais com experiência no atendimento de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual.

É essencial que os profissionais de saúde permaneçam objectivos e tão livres quanto possível de qualquer preconceito ou parcialidade ao cuidar de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual. É possível prestar um serviço objectivo sem sacrificar a sensibilidade ou compaixão.

Em muitos contextos, o sexo do funcionário de saúde pode ser uma questão crítica. Directores ou gestores de unidades sanitárias devem garantir que enfermeiros e médicos tanto do sexo masculino como feminino estejam disponíveis sempre que possível, e são incentivados a receber formação no atendimento de crianças que sofreram violência e exploração sexual.

FORMAÇÃO DE AGENTES DE SEGURANÇA PÚBLICA

Na maioria dos países, modelos de atenção em combinação com protocolos locais, regras ou leis regem a prestação de serviços médico-forenses para crianças que sofreram violência e exploração sexual. O não cumprimento com os regulamentos locais pode comprometer futuras investigações ou processos judiciais e comprometer a segurança da criança. Por esta razão, é imperativo que os profissionais de saúde tenham uma boa compreensão dos cuidados necessários bem como dos protocolos, regras e leis locais referentes a crianças que sofreram violência e exploração sexual.

Igualmente importante é uma resposta dos agentes de segurança pública para as crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual que torne uma prioridade da investigação e da repressão de violações e exploração sexual infantil. Normalmente, isso envolve que os agentes de segurança pública trabalhem em estreita colaboração com os serviços de bem-estar social, famílias e outros recursos da comunidade.

DENUNCIAR VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Toda a comunidade tem o seu próprio conjunto de leis e políticas que regulam como e para quem uma denúncia sobre suspeita de violência e exploração sexual infantil deve ser feita. A maioria das comunidades têm também obrigatoriamente uma estrutura de notificação para profissionais que trabalham com crianças e em muitas jurisdições a falta de notificação pode constituir um crime. Normalmente, as leis sobre denúncias atribuem o papel de verificar se houve violência em si para os investigadores, não à pessoa que relata o crime. É fundamental que os profissionais estejam cientes das leis locais que regulam a denúncia da violência e exploração sexual infantil. Se não houver leis ou políticas locais em vigor sobre a notificação e investigação de violência e exploração sexual infantil, o profissional de saúde, em colaboração com outros agentes de serviços, tais como serviços de assistência social e protecção à criança terão de determinar o curso de acção mais eficaz para tentar proteger a criança de mais violência e exploração sexual, ver Caixa 3.

Caixa 3: RECOMENDAÇÕES PRIORITÁRIAS

Os seguintes elementos são essenciais para a prestação de serviços de qualidade para as crianças que sofreram violência e exploração sexual e devem estar presentes em qualquer instalação que procure atender às necessidades e direitos destas crianças.

- Mecanismos de denúncia de violência e exploração sexual infantil à justiça criminal e às autoridades de protecção à criança
- Procedimentos/protocolos/documentação aceitável para a recolha, armazenamento e transporte de amostras de provas
- Prestação de contracepção de emergência, quando legal
- Teste rápido de HIV e provisão de PPEHIVePPE
- Formulários legais/documentos obrigatórios que sejam admissíveis em tribunal
- Profissionais de saúde legalmente habilitados (enfermeiros, médicos, técnicos de saúde) para realizar a exame médico/assinar os formulários da polícia/dar evidência médica em tribunal
- Requisitos estabelecidos da criança para receber um exame médico-legal
- Entendimento de que provas são admissíveis em tribunal para casos de violência e exploração sexual infantil, que podem ser recolhidos por pessoal médico (sangue, urina, roupa, cabelo, fibras). Conhecimento da disponibilidade de análise de provas forenses
- As pessoas que recolhem ou manipulam provas têm conhecimento de como fazer a manutenção apropriada da cadeia de custódia.
- Saber se um relatório da polícia é necessário antes do exame e, em caso afirmativo, saber como obter o formulário necessário para o registo do exame
- Ter os formulários de polícia necessários no local
- Identificar a pessoa responsável por recolher o formulário assinado e entregá-lo à polícia (ex. no Quênia, é a pessoa que sofreu violência e exploração sexual)
- Conhecimento de que as taxas (se houver) serão cobradas por serviços forenses, testes de laboratório ou formulários necessários.

COLABORAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

É importante que os profissionais de saúde que prestam cuidados a crianças que sofreram violência e exploração sexual colaborem com as autoridades policiais e judiciárias, serviços de assistência social, centros de atenção de emergência a violações, organizações não-governamentais, organizações representativas de pessoas com deficiência e outros órgãos capazes de ajudar no atendimento às complexas necessidades e direitos das crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual. Trabalhando em colaboração com este tipo de rede pode contribuir para a fiscalização da prestação de serviços, a segurança da criança, bem como a formação de outros setores. O papel principal do profissional é a prestação de serviços de saúde, mas também devem reconhecer o seu papel como parte integrante de uma equipa responsável pelo fornecimento de uma série coordenada de serviços para crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual. Outros membros da equipa interdisciplinar devem incluir:

- Pessoal de aconselhamento
- Activistas de apoio/de atenção de emergência a violações em nível da comunidade
- Profissionais de serviços de bem-estar social/protecção da criança
- Líderes religiosos
- Gestores hospitalares
- Pessoal de farmácia
- Laboratórios médicos e forenses

MANEJO MÉDICO FORENSE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

O acesso aos cuidados e tratamentos de saúde especializados é uma componente essencial de uma resposta holística de cuidados para as crianças que sofreram violência e exploração sexual. Os profissionais de serviços de saúde devem-se preparar para responder completamente e com compaixão às pessoas, incluindo crianças, que sofreram esta situação. Os profissionais de saúde devem ser formados no atendimento clínico destas crianças sofreramsofreram e ter os equipamentos e provisões necessários para providenciar o tratamento (IRC UNICEF 2011).

A avaliação para a violência e exploração sexual de crianças inclui:

- Obtenção de consentimento informado
- Obtenção de um histórico a partir de todas as fontes adequadas
- Realização de exames físicos
- Tratamento das lesões
- Recolha de provas forenses
- Oferta de tratamento preventivo para ITSs
- Realização de testes de HIV e aconselhamento
- Provisão de profilaxia preventivo para o HIV
- Prevenção de gravidez
- Prestação de apoio psicossocial e acompanhamento

Se possível, a avaliação da perícia médica deve ser realizada por um examinador com habilidades de comunicação adequadas ao desenvolvimento que seja formado e especializado no cuidado e tratamento de crianças que sofreram violência e exploração sexual. Consulta com um especialista em violência e exploração sexual infantil ou em um centro de avaliação (caso existam) pode ser útil quando se lida com casos difíceis ou casos que ocorrem no contexto de outros problemas familiares, como violência familiar ou abuso de substâncias (ECSA-HC 2011).

É importante para o profissional lembrar-se que o objectivo principal na avaliação de crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual é proporcionar com compaixão cuidados adequados ao seu momento de desenvolvimento e tratamentos adequados.

SINAIS E SINTOMAS DE VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

A violência e a exploração sexual podem ocorrer durante toda a infância e em diversos contextos, culturas e classes/castas. Os profissionais precisam de estar cientes dos sinais e sintomas que sugerem a possibilidade de que tenha ocorrido violência e exploração sexual. Os sinais e sintomas tipicamente enquadram-se em categorias físicas ou comportamentais, mas nenhum sinal ou sintoma deve ser utilizado isoladamente para sugerir que a violência e exploração sexual realmente ocorreu. Um número significativo de crianças que sofreram violência e exploração sexual não apresenta quaisquer sinais ou sintomas de violência e exploração sexual. O comportamento sexual de crianças pode variar de normal a abusivo, por isso é importante que os médicos entendam o que seria considerado adequado ao desenvolvimento (ver Tabela 5) e como outros tipos de stress ou trauma podem estar afectando a criança (ex. guerra, morte de familiares, etc.) (Friedrich et al. 2001; Silovsky e Niec 2002).

Tabela 5. Comportamentos Sexuais Comuns Entre Todas as Crianças (Hagan et al. 2008) (AAP 2005)

Fase de Desenvolvimento	Comportamento Sexual Comum
<p>Pré-escolar (até 4 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar e tocar nas partes íntimas em público ou privado • Esfregar as partes íntimas (com a mão ou contra objectos) • Mostrar as partes íntimas a outros • Tentar tocar nos seios da mãe ou de outras mulheres • Remover as roupas e querer ficar nú • A tentativa de ver outras pessoas quando estão nuas ou a despir-se (como quando estão a tomar banho) • Fazer perguntas sobre o seu próprio corpo e o dos outros e funções corporais • Conversar com as crianças da sua idade sobre as funções corporais, tais como "cocó" e "xixi"
<p>Crianças Pequenas (4–6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tocar propositadamente nas partes íntimas (masturbação), ocasionalmente na presença de outros • Tentar ver outras pessoas quando estas estão nuas ou a despir-se • Imitar comportamentos de namoro (tais como beijos ou mãos dadas) • Falar sobre as partes íntimas usando palavras "impertinentes", mesmo quando eles não entendem o significado • Explorar as partes íntimas com crianças da sua idade (tal como "brincar de médico", "Eu mostro-te o meu se me mostrares o teu", etc.)

Idade Escoar (7–12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Tocar propositadamente nas partes íntimas(masturbação), geralmente em privado • Jogar jogos com as crianças da sua idade que envolvem o comportamento sexual (como "verdade ou desafio", "jogando à família", ou "namorado/namorada") • Tentar ver outras pessoas nuas ou a despirem-se • Olhar fotos de pessoas nuas ou parcialmente nuas • Ver/ouvir conteúdo sexual nos meios de comunicação (televisão, filmes, jogos, internet, música, etc.) • Querer mais privacidade (ex. não se querer despir à frente de outras pessoas) e estar relutante em falar com adultos sobre questões sexuais • Início da atracção sexual/interesse em companheiros
-------------------------------------	--

A tabela de comportamentos sexuais em crianças pequenas pode ser encontrada no Anexo 14. A Caixa 4 contém uma lista de indicadores físicos que podem aumentar a preocupação com a violência e exploração sexual.

Caixa 4:

INDICADORES FÍSICOS SOBRE POSSÍVEL ABUSO SEXUAL

- Gravidez de uma criança incapaz de consentir legalmente a actividade sexual
- Uma IST numa criança fora do período de aquisição perinatal
- Dores, feridas, sangramentos, lesões e corrimento da genitália de uma criança pré-púbere
- Revelação de violência e exploração sexual por parte de uma criança ou adolescente

FORMAS DE CO-OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA

As crianças que sofreram violência e exploração sexual também podem estar expostas a outras formas de violência (emocional, física, negligência, etc.) na família ou no ambiente em que estão inseridas. É importante que os profissionais estejam cientes disto e procurem outras formas de violência durante o exame.

Coordenação e colaboração entre as disciplinas é uma componente necessária para a planificação da segurança de uma criança ou adolescente que sofreu violência e exploração sexual para garantir que elas não estão sendo continuamente expostas.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Em casos de violência e exploração sexual de crianças e adolescentes, é necessários compreender as diferenças entre a população pré-púbere e adolescentes. A lesão genital é rara em crianças pré-púberes e, nesta população de pacientes, um exame especular é injustificado na maioria das circunstâncias. Provas de DNA já não são encontradas no corpo da criança pré-púbere após 72 horas da agressão, mas são mais frequentemente encontradas na roupa (Christian et al. 2000). No entanto, na população de adolescentes ou pós-púberes, há um aumento do risco de infecção pélvica que raramente existe na pré-puberdade, justificando um exame ginecológico completo. Na vagina e

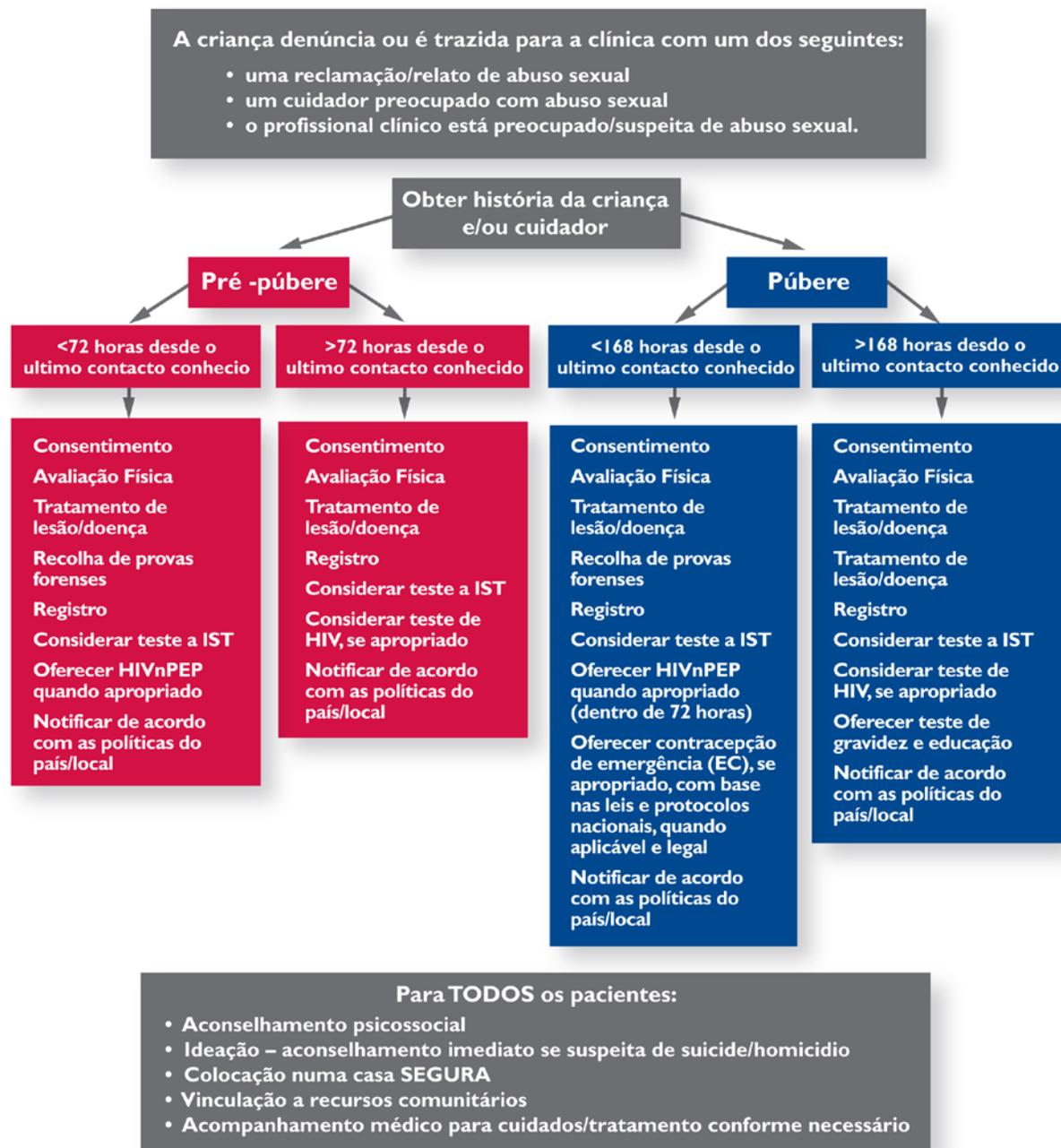
no colo do útero, podem encontrar-se provas até 7 dias ou 168 horas após a agressão (Faculty of Forensic and Legal Medicine, 2011).

A urgência da assistência médica é determinada pela apresentação da/o paciente, a presença de lesões e da natureza da agressão. É importante que todos os profissionais reconheçam que a necessidade de tratamento das lesões prevalece sempre à coleta de provas. Tipicamente, crianças e adolescentes que sofreram violência e exploração sexual classificam-se em duas categorias: agudos e não agudos. A chave para determinar a categoria correta encontra-se através da formação dos profissionais de serviços que interagem com a criança num primeiro momento. É importante lembrar que cada criança é única, com necessidades e interesses individuais. Os profissionais devem permanecer abertos a essas necessidades.

Esteja ciente de que algumas lesões graves ou de risco de vida podem não ser fisicamente visíveis ou até mesmo associadas à dor (ex. hemorragia interna no estômago ou no cérebro, lesão da estrutura do pescoço nos casos de estrangulamento, fístula, etc.) O histórico completo e o exame físico constituem sempre o padrão mínimo de atendimento. Todos os cuidados médicos devem ser efectuados utilizando equipamento de protecção individual para o profissional minimizar o risco de exposição a agentes patogénicos transmitidos pelo sangue. As luvas devem ser usadas durante o exame e mudadas com frequência ao longo de qualquer procedimento de recolha de provas para garantir que não ocorre nenhuma contaminação cruzada.

Um algoritmo que define o fluxo típico do manejo clínico da violência e exploração sexual infantil é visto nesta figura.

Figura 2. Algoritmo de Cuidados



EXAME DETALHADA PARA CASOS AGUDOS

Dependendo da natureza e das circunstâncias da violência e exploração sexual, bem como da preferência da criança, se um incidente ocorreu nas últimas 168 horas (isto é 7 dias) num/a adolescente ou 72 horas em pré-púbere, as provisões para atendimento médico e recolha de provas devem ser oferecidas.

As necessidades médicas/forense mais imediatas são as seguintes:

- Estabilização/tratamento médico da lesão ou dor aguda: Em algumas circunstâncias, a natureza da lesão (ex. ossos partidos, feridas ou lesões internas) irá necessitar de intervenção médica imediata.
- Prevenção do HIV: O risco de HIV pode ser reduzido se a criança for avaliada e lhe oferecerem profilaxia pós-exposição de HIV até 72 horas após a agressão.
- Prevenção da gravidez: O risco de uma gravidez indesejada pode ser reduzido se à criança (Tanner fase III e acima) for oferecida a contracepção de emergência até 120 horas (5 dias) após a agressão.
- **Recolha de provas:** Se um/a adolescente (início da menstruação nas meninas, Tanner fase III nos meninos[ver anexo 3]) foi agredido/a dentro de 168 horas antes do exame, a recolha de provas deve ser oferecida como componente dos cuidados. Se uma criança pré-púbere for agredida dentro de 72 horas antes do exame, a recolha de provas deve ser oferecida como uma componente dos cuidados a serem prestados..

EXAME DE CASOS NÃO-AGUDOS

Independentemente do tempo da apresentação, todas as crianças e adolescente que denunciaram violência e exploração sexual necessitam de cuidados médicos devido às consequências de saúde associadas. Não se justifica uma recolha típica de prova de ADN passadas 168 horas.

GESTÃO DE UMA CRIANÇA QUE VIVENCIOU VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

COMUNICAÇÃO COM AS CRIANÇAS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

O cerne da prestação de serviços solidários e eficazes depende de o profissional ter o conhecimento adequado, a atitude e as habilidades para inspirarem confiança, conforto e cuidados à criança. É através do processo dinâmico de comunicação amigável (verbal e não-verbal) que se desenvolvem relacionamentos positivos de ajuda e que permitem dessa forma que a cura ocorra.

A capacidade de comunicar de forma eficaz com as crianças é fundamental para o compartilhamento de informações, bem como para incentivar futuras comunicações. Informações precisas e confiáveis podem fortalecer as crianças e facilitar o seu envolvimento na tomada de decisões posteriormente.

Os profissionais que respondem a casos de violência e exploração sexual infantil devem se esforçar para se comunicarem de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança. Embora as técnicas de registo do histórico terão que ser adaptadas de acordo com a idade da criança e a sua fase de desenvolvimento, alguns princípios básicos de comunicação descritos aqui podem ajudar a orientar a comunicação, independentemente da idade da crianças, sexo ou contexto cultural (IRC UNICEF 2012).

Princípios Básicos de Comunicação

- Tratar a criança com respeito e dignidade durante todo o exame, independentemente da sua classe social, etnia, religião, cultura, orientação sexual, estilo de vida, sexo ou ocupação
- Cumprimente o/a paciente pelo seu nome preferido

- Apresente-se à criança e diga-lhe qual é o seu papel utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento
- Tenha uma atitude calma
- Evite a aparência de estar apressado
- Mantenha contacto visual, tanto quanto seja culturalmente apropriado
- Seja compreensivo e imparcial, não emitindo juízo de opinião
- Evite fazer suposições sobre o comportamento não-verbal de crianças em todos os estágios de desenvolvimento
- Evite fazer suposições sobre o que a criança sente em relação ao autor ou aos actos de violência e exploração sexual (ou seja, que os actos foram dolorosos, que a criança odeia o autor)
- Falar ao nível dos olhos ou abaixo
- Estabelecer uma relação de harmonia com a criança, discutindo outros temas além daquele que motivou a consulta (ex. escola, animais de estimação, irmãos, etc.).

Técnicas de Comunicação

- Crianças com idade inferior a quatro anos geralmente não são capazes de relatar uma história detalhada. A história é geralmente obtida pelo cuidador que se apresenta com a criança, mas nenhuma informação é especificamente solicitada da criança. No entanto, a criança pode espontaneamente divulgar informações ao profissional durante o exame. Estas declarações espontâneas devem ser registadas entre aspas pelo profissional tal qual foram ditas..
- Quando apropriado ao estágio de desenvolvimento da criança, o registro do histórico deve ocorrer somente entre a criança e o profissional.
- Sempre que possível, devem ser utilizadas questões abertas. Exemplos de perguntas abertas são: “Você sabe porque está aqui hoje?”, “Pode-me dizer mais sobre...?”, “O que quer dizer com.....?”
- Questões tendenciosas são perguntas em que o profissional sugere a resposta, e elas devem ser evitadas. “Eles meteu as mãos nos seus seios?” é um exemplo de uma questão tendenciosa. Para torná-la uma questão não-tendenciosa, pode-se dizer, “Onde é que tocaram no seu corpo?”
- Dar à criança a capacidade de fazer escolhas durante toda a conversa (ex. “Gostarias mais deste ou daquele cobertor?”). Isto permite que a criança recupere o controlo e se sintam fortes.
- Evite usar palavras “porquê” ou “como é que” pois isso tende a atribuir a culpa à criança.
- Faça uma pergunta de cada vez.
- Evite o uso de preposições. As crianças podem não entender o significado dos conceitos como dentro, fora, em cima, de baixo, etc.
- As crianças pequenas não têm noção exacta de tempo e não devem ser questionadas em relação a quando algo pode ter acontecido com elas.

Outras considerações para a recolha do histórico de crianças podem ser consultadas na Tabela 7.

CONSENTIMENTO

É importante reconhecer que os profissionais reconhecem o consentimento como um processo que continua durante toda a exame e tratamento. Embora quase sempre envolva um documento formal assinado, o consentimento pode ser obtido a qualquer momento. Deve-se considerar a capacidade e idade ao determinar quem pode consentir em relação ao exame de uma criança (Medical Protection Society 2011).

Se a criança não tiver idade legal para o consentimento para o tratamento médico no país em que os cuidados estão sendo prestados, um dos pais, responsável ou procurador deverá confirmar o consentimento. É fundamental que os profissionais conheçam as leis nacionais no que respeita ao consentimento prévio antes de iniciar o tratamento para garantir o cumprimento dos direitos da criança. Deve haver um protocolo ou política interna que descreva como obter consentimento por procuração quando o filho ou pai/tutor não possa ou não queira dar o seu consentimento. Isso pode incluir a obtenção de procuração legal para prosseguir. O Anexo 5 contém mais informações sobre a questão do consentimento e concordância durante o exame.

O consentimento para o exame deve incluir informações sobre a recolha e disposição de quaisquer amostras forenses recolhidas no decorrer do exame. O formulário de consentimento deve indicar a quem (ex. a polícia, agências de segurança e de outras autoridades investigativas) devem ser entregues as informações e amostras obtidas durante o exame. Exemplo de formulários de consentimento são apresentados no Anexo 5.

O PAPEL DA CRIANÇA

Informar às crianças o que está acontecendo e oferecendo-lhes a oportunidade de expressar os seus pensamentos, eleva-se a sensação de segurança que as crianças tem durante os cuidados e tratamentos. Os direitos das crianças na tomada de decisões são baseadas em leis locais e políticas de profissionais (IRC UNICEF 2012). O papel da criança no processo de consentimento depende não só da lei e política local, como também da idade e da fase de desenvolvimento da criança ou adolescente que está a receber tratamento.

- As crianças pré-púberes muitas vezes requerem concordância para o exame em vez de consentimento formal, que é obtido a partir do pai ou mãe não ofensor ou responsável.
- Os adolescentes necessitam tanto de concordância como do consentimento para o seu exame e tratamento.

No entanto, qualquer exame não deve prosseguir sem a concordância da criança ou adolescente. Isto significa que uma criança nunca deve ser pressionada e forçada a se submeter a avaliação de perícia média, o que pode causar mais danos e traumas.

RECOLHA DE HISTÓRICO MÉDICO FORENSE

O objectivo do historial médico forense é obter todas as informações médicas e psicossociais relevantes sobre a saúde da criança, bem como as circunstâncias específicas da agressão. Antes de obter o historial médico e do incidente, entretanto, é essencial que o profissional estabeleça uma relação harmônica com a criança. Como a capacidade de comunicação de uma criança muda drasticamente de fase de desenvolvimento para fase de desenvolvimento, o conhecimento e o conforto do profissional com as diferentes fases podem desempenhar um papel importante no tratamento. Veja a Tabela 6 para algumas considerações gerais sobre históricos de crianças. Um

exemplar de histórico pode ser encontrado no Anexo 10 e um documento de apoio ao trabalho de manejo médico poderá ser consultado no Anexo 8.

Tabela 6. Considerações sobre Recolha de Histórico

Fase de Desenvolvimento	Considerações sobre Registro do Histórico
Bebês/ pré-escolar (nascimento até 4 anos de idade)	<p>As crianças nesta faixa etária têm habilidades verbais nulas ou limitadas, e não devem ser solicitadas a fornecer qualquer histórico (ver acima técnicas de comunicação).</p> <p>Cuidadores não-ofensivos ou adultos que se apresentem com a criança para atendimento são as principais fontes de informação sobre a criança e sobre os suspeitos da violência e exploração sexual.</p>
Crianças na idade escolar (5–9 anos de idade)	<p>As crianças nesta faixa etária devem fornecer um histórico sempre que possível.</p> <p>Cuidadores, pais e responsáveis podem fornecer informações suplementares, mas não devem ser envolvidos na recolha do histórico a menos que a criança se recuse a ser separada deles.</p> <p>Os profissionais devem utilizar uma linguagem não-tendenciosa (ver acima técnicas de comunicação).</p>
Adolescentes iniciais e mais velhos (10–18 anos de idade)	<p>As crianças nesta faixa etária devem prestar o seu próprio histórico.</p> <p>Cuidadores, pais e responsáveis não devem ser envolvidos na recolha do histórico, permitindo que a criança expresse o seu ponto de vista sobre o que aconteceu consigo.</p> <p>Os pais ou responsáveis podem inibir adolescentes nessa faixa etária na compartilhar todas as informações.</p>

Circunstâncias Especiais	Considerações sobre Recolha de História
A criança que não fala	<p>Se uma criança não pode falar ou não fala com o profissional, este deve continuar a conversar com a criança, explicando todo o processo do exame, não tendo nenhuma expectativa de que a criança vai dar uma história.</p> <p>Não é incomum para uma criança que inicialmente não fala começar a fazê-lo com o avançar do exame, quando ela começa a sentir-se mais confortável com o examinador.</p> <p>É possível que a criança diga que não vivenciou violência e exploração sexual.</p> <p>Algumas crianças podem não estar dispostas a falar sobre a violência e exploração sexual; forçá-las a falar sobre isso é traumatizante e não deve ser feito.</p>
Crianças com deficiências	<p>Deve-se comunicar com as crianças com deficiência da maneira pela qual elas estejam mais confortáveis(ex. linguagem de sinais, braille, linguagem normal/imagens, ou auxiliares de áudio).</p> <p>Nunca deve-se supor que a criança não é capaz de se comunicar porque tem algum tipo de deficiência.</p> <p>Algumas deficiências afectam a maneira de comunicar das crianças e adolescentes. Pode ser difícil de compreendê-las, e difícil para elas de entender os outros, o que também pode levar a mal-entendidos que impeçam ainda mais a compreensão.</p> <p>É importante lembrar que as crianças com deficiência estão em maior risco de violência e exploração sexual.</p> <p>É importante respeitar que algumas crianças com deficiência talvez não queiram se submeter ao exame físico por não querer compartilhar ou expor o seu corpo a um estranho.</p> <p>É importante considerar o interesse superior da criança e não usar a força quando uma criança com deficiência pode não for capaz de comunicar por si mesma.</p>
Mutilação/corte genital feminino (FGM/C)	<p>Crianças com FGM/C devem ser examinadas assim como aqueles que não o tenham(ver Glossário de Termos - Definições Médicas OMS/WHO para FGM/C).</p>

O histórico médico forense pode orientar o processo de recolha de provas. Isso permite o desenvolvimento preciso de um plano de cuidados preciso. Em crianças, muitas destas informações podem precisar de ser obtidas a partir de um pai, cuidador ou responsável; no entanto, quando a criança estiver num estágio de desenvolvimento em que for possível, o histórico da violência e exploração sexual deve ser obtido directamente da criança ou adolescente. Sugestões sobre maneiras de como começar a recolher o histórico da criança podem ser observadas na Caixa 5.

O processo para a recolha de histórico deve proceder de um modo semelhante a qualquer outra recolha de histórico:

- Principal queixa
- Histórico actual da doença
- Revisão dos sistemas
- Histórico clínico, incluindo qualquer histórico de FGM/C ou exames de violência e exploração sexual
- Histórico familiar e social

As limitações na capacidade de atenção devido à idade e fase de desenvolvimento limitarão a quantidade de tempo para a recolha adequada do histórico. Percebendo essa limitação e reconhecendo que existem variações individuais nas crianças, não há um "padrão" de limites de tempo ou recomendações sobre os limites de tempo para a recolha do histórico das crianças. Como regra geral, a recolha do histórico de crianças não demorará mais do que uma hora.

Caixa 5:

MANEIRAS DE COMO COMEÇAR UMA SESSÃO DE RECOLHA DO HISTORIAL

- “O meu nome é Joana, eu sou uma médica. O meu trabalho é ter a certeza que estás bem.”
- “Podes-me dizer como te chamas?”
- “Quantos anos tens?”
- Rever o Conhecimento da Criança das Partes do Corpo. “Como chamas a isto?” Apontar para a orelha da criança. Continue dessa forma até a criança ter dito o nome da maioria das partes do corpo, incluindo os órgãos genitais. Use a linguagem da criança quando estiver a falar com ela sobre as suas partes do corpo.
- “Sabes porque é que hoje estás aqui?”
- “Estás sentir alguma coisa em alguma parte do corpo?”

Quando o histórico estiver concluído, o profissional pode ajudar a criança a preparar-se para o exame, discutindo os procedimentos, praticando as posições que a criança pode ser convidada a assumir, e assegurar a criança de que o exame serve para garantir de que ela "está bem".

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica da criança deve incluir a fase de desenvolvimento da criança e quaisquer sinais de angústia que a criança possa estar sofrendo como resultado da violência e exploração sexual

que vivenciou. Muitas vezes elas vivenciam pressão psicológica, ameaças de violência física e coerção para participar na violência e exploração sexual. As crianças que sofreram violência e exploração sexual precisam de se sentir num ambiente seguro e o profissional deve garantir que a criança não está sendo pressionada a apressar-se durante o exame. Crianças que sofreram violência e exploração sexual devem ser avaliadas em busca de (WHO 2003):

- Sinais de depressão
- Ansiedade
- Sintomas associados com transtorno de stress pós-traumático, atitude evasiva, letargia, hipervigilância
- Comportamento sexual impróprio
- Perda de competência social
- Comprometimento cognitivo
- Abuso de substâncias
- Alterações na imagem corporal
- Ideias suicidas

EXAME FÍSICO E ANOGENITAL

Embora haja um desejo de separar nitidamente os componentes médicos do exame dos componentes forenses, isso não poderá acontecer. As componentes forenses ou de provas do exame, se forem necessárias, devem ser incorporadas em todos os aspectos da própria assistência médica, a fim de prestar assistência contínua. Por esta razão, os profissionais devem estar preparados para incorporar toda a recolha de provas no exame físico conforme ele é realizado.

É de igual importância transmitir o facto de que o profissional está interessado na totalidade da criança, não apenas na sua genitália. Por este motivo, os cuidados devem ser tomados pelo profissional para primeiro focar na avaliação minuciosa da cabeça aos pés e na revisão dos sistemas, antes de passar ao exame genital (ver Anexo 6).

Ao realizar o exame da cabeça aos pés das crianças, é importante incluir o seguinte:

- Registre o peso e a altura da criança, bem como a circunferência da cabeça em crianças menores de 3 anos.
- Gravar a fase de desenvolvimento sexual Tanner da criança em ambos os sexos(ver Anexo 3).
- Avaliar se há alguma lesão ou processo de doença em todas as superfícies da pele, incluindo a base dos pés, atrás das orelhas, das axilas, os olhos e cavidade oral/boca.
- Documentar o tamanho, localização, cor e tipo(abrasão, laceração, etc.), de quaisquer lesões ou doenças; foto-documentação, se possível.
- Documentar quaisquer lesões ou processo de doença observados.
- Uma vez terminada a revisão completa dos sistemas, o profissional pode-se focar na exame ano-genital da criança com base na fase de desenvolvimento. Está incluído neste documento uma lista útil de termos médicos.

EXAME DE MENINA PRÉ-PÚBERE

Muitos profissionais não estão familiarizados com a avaliação de crianças que sofreram violência e exploração sexual e acreditam que a exame vai ser traumática para a criança. Por esta razão, sugestões como medicação, sedação ou mesmo prender os movimentos das crianças podem ser discutidas. Na verdade, muito raramente as crianças necessitarão de sedação para uma exame. Na maioria dos casos, as crianças entendem facilmente as técnicas do exame e concordam com os pedidos do profissional que os conduz, após o profissional ter estabelecido um relacionamento harmônico com a/o paciente.

Para as crianças pré-púberes, o exame deve-se concentrar na genitália externa. **De um modo geral, não se deve usar espéculo ou exame digital¹⁰ em raparigas pré-púberes.** Indicações para o exame interna são apresentadas na Caixa 6. De um modo geral, se o exame interno for necessário, a sedação ou anestesia.

Caixa 6:

INDICAÇÕES PARA EXAMINO INTERNO DE MENINAS PRÉ-PÚBERES USANDO ESPÉCULO

- Sangramento do orifício vaginal
- Sugestão de que um corpo estranho pode estar presente na vagina
- Lesão genital externa exigindo reparação cirúrgica

Posições específicas de exame devem ser utilizadas para facilitar a análise dos órgãos

Devem ser utilizadas posições específicas do exame para facilitar a análise dos órgãos genitais. Ver Tabela 7 e ilustrações das técnicas do exame.

Tabela 7. Posições e Técnicas de Exame

Posição/Técnica de Exame	Descrição
Posição dorsal de perna de rã	Criança deitada na mesa de exame ou no colo de um cuidador, com os pés juntos e os joelhos levemente separados. Permite boa visualização dos lábios, e facilidade de separação labial e técnicas de tracção
Supina joelho no peito	Criança deitada na mesa de exame ou no colo de um cuidador, com os pés juntos segurando os joelhos ao peito (pode precisar de ajuda). Permite uma boa visualização do ânus e os tecidos circundantes.
Posição ventral joelho no peito	Criança na mesa de exame em decúbito ventral. Cabeça e tronco estão alinhados com a mesa, com os joelhos separados e virados para baixo na mesa de exame com as nádegas levantadas. Permite uma excelente visualização do ânus, tecidos circundantes, e cavidade rectal durante a dilatação. Com o uso da separação labial e de tracção, permite a avaliação e confirmação visual da discrepância hímenal enquanto a criança estava na posição dorsal de rã-perna.

¹⁰ O exame digital também não é indicado em raparigas pós-púberes.

Posição/Técnica do Exame	Descrição
Separação labial	Com a criança numa posição dorsal de perna-de-rã, o profissional separa suavemente os lábios da criança com as mãos enluvadas permitindo a visualização das estruturas genitais.
Tracção labial	<p>Com a criança numa posição dorsal perna-de-rã, o profissional mantém suavemente os grandes lábios da criança bilateralmente entre o polegar e o dedo indicador, com as mãos enluvadas, puxando em direcção do examinador, e para baixo em direcção ao ânus da criança. O examinador deve prestar muita atenção à área da fúrcula posterior antes, durante e após o exame, pois podem ocorrer lesões induzidas pelo examinador.</p> <p>Com a criança em posição ventral de joelho no peito, o profissional mantém suavemente os grandes lábios da criança bilateralmente entre o polegar e o dedo indicador, com as mãos enluvadas, puxando em direcção ao examinador e para cima em direcção ao ânus da criança. O examinador deve prestar muita atenção à área da fúrcula posterior antes, durante e após o exame, pois podem ocorrer lesões induzidas pelo examinador.</p>

Ilustração de posições e técnicas de exame¹¹

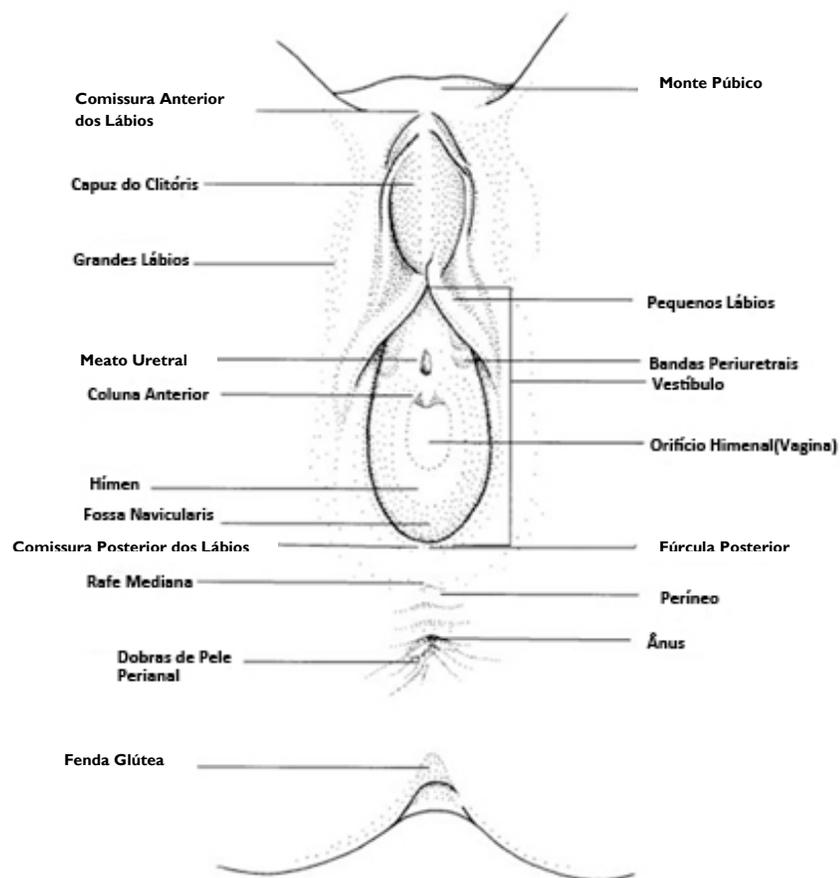


¹¹Protocolo médico da Califórnia para a Exame de Agressão Sexual
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpublicsafetyandvictimservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usq=AFOjCNHJN-bOUneeSUK3pnB_cVVIkoAJjg

Nas meninas, avalie as seguintes estruturas genitais externas para o processo de lesão ou doença:

- Monte púbico
- Grandes e pequenos lábios
- Capuz do clitóris e clitóris
- Uretra e tecidos periuretrais
- Fúrcula posterior
- Fossa navicular
- Hímen
- Vestíbulo vaginal
- Períneo

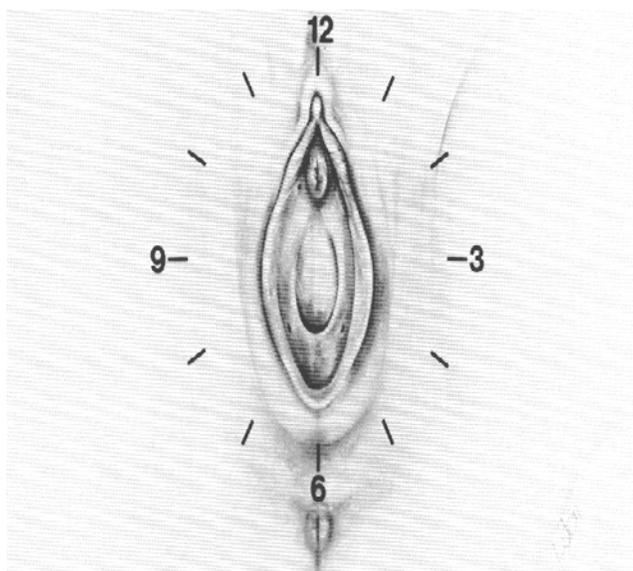
Ilustração da Anatomia Genital Feminina¹²



¹²Protocolo médico da Califórnia para a Exame de Agressão Sexual

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.calema.ca.gov%2Fpublicsafetyandvictimsservices%2Fdocuments%2Fforms%25202011%2Fnumeric%2520forms%2520listing%2Fprotocol%25202-923-2-950.pdf&ei=kiTCUMGsH86brQHn0IGgAg&usq=AFOjCNHJN-bOUneeSUK3pnB_cVVIkoAjjg

Ilustração do Registro segundo a Face do Relógio



O registro da avaliação e das conclusões sobre a estrutura genital deve ser feito utilizando a analogia da face do relógio (ver ilustração). Alguns examinadores atribuem a posição de doze horas à uretra, fazendo com que a posição do relógio mude quando a posição da criança muda. Outros mantêm sempre as mesmas posições do relógio e registram sempre a posição da criança quando descrevem um achado. Cada examinador deve escolher o método que melhor se adapte às suas práticas, e aderir a esse método em cada exame.

O profissional sobrepõe a face do relógio e usa o momento adequado para documentar o que é observado. É fundamental que o profissional observe o tipo de lesões, tamanho se possível, e estrutura da lesão que é observada, bem como a cor da mesma.

EXAME DA MENINA PÓS-PÚBERE

A rapariga adolescente que atingiu a puberdade deve ser feito um exame pélvico completo para além do resto do historial e físico. As mesmas técnicas de exame (ver Quadro 7) podem ser utilizadas como com a pré-púbere, no entanto, a posição de litotomia (deitado de costas, joelhos dobrados, os pés em estribos e coxas afastadas) também será utilizada já que uma exame especular é prática comum.

O examinador deve fazer uma descrição da exame à criança antes de começar. Deve ficar claro para a criança que ela tem o direito de recusar qualquer parte do exame ao longo da execução do mesmo.

Caixa 7: TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO HIMENAL DE RAPARIGAS PÓS-PÚBERES

- Use um cotonete humedecido para passar em torno da borda himenal para procurar cortes/lacerações ocultas.
- Use um cateter pequeno de balão Foley (8Fr) estéril. O cateter é introduzido através da abertura himenal na vagina e o balão é insuflado até um grau que seja tolerável (2-3mL de água no balão). O cateter é retirado lenta e suavemente até que o balão descansa contra o lado interno do hymen. O cateter é lentamente girado em torno da face do relógio para permitir a visão completa da borda hymenal.

Isto vai novamente dar à criança uma sensação de controlo sobre o exame, e o seu próprio corpo. Deve-lhe ser permitido ter alguém - enfermeira, amiga, ou mãe - presente durante o exame, se ela o desejar.

MUTILAÇÃO/CORTE GENITAL FEMININO (FGM/C)

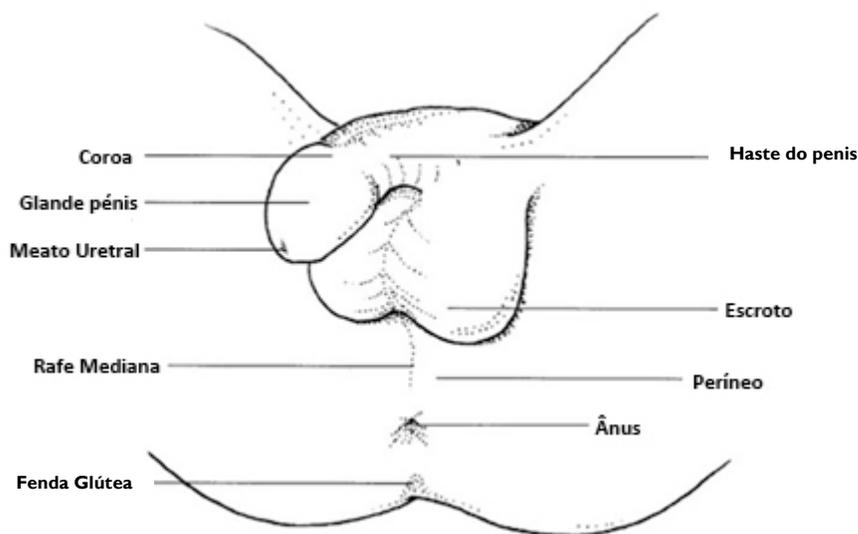
Observação e documentação de qualquer FGM/C existente que foi realizada na criança devem ser feitas usando a classificação da OMS. FGM/C pode impactar a saúde de mulheres jovens e meninas no longo prazo, incluindo dor, infecção, sangramentos prolongados, hemorragias, infecções urinárias e complicações na gravidez (Kiragu 1995). A legislação local varia em relação à denúncia obrigatória da FGM/C como forma de violência ou exploração sexual.

EXAME A UM RAPAZ

Nos rapazes, o exame genital deve incluir as seguintes estruturas e tecidos, a verificação de sinais de lesão ou processo de doença:

- Prepúcio da glande
- Frénulo e glande do pénis
- Meato uretral
- Haste do pénis
- Escroto
- Testículos
- Região inguinal
- Períneo

Ilustração da Anatomia Genital Masculina



EXAME ANAL A UM RAPAZ E UMA RAPARIGA

O exame anal em crianças é melhor abordada utilizando tanto a posição dorsal ou ventral de joelho no peito. Em qualquer posição, aplique tracção suave para separar as bochechas das nádegas. Durante o decorrer de um exame anal, os seguintes tecidos e estruturas devem ser inspeccionados, uma vez mais, olhando especificamente para sinais de lesão ou processo de doença:

- Região perianal, com especial atenção para as dobras perianais
- Beira/margem anal
- Canal anorectal
- Ânus
- Fenda glútea

Um exame digital deve ser apenas utilizado em casos em que é observada flacidez do esfíncter durante o exame. A anoscopia não é rotineiramente utilizada, a menos que haja sangramento, trauma óbvio, ou suspeita de corpo estranho alojado.

O EXAME COLPOSCÓPICO

Um colposcópico é um microscópio de campo binocular não invasivo com iluminação de luz ajustável que cria uma imagem ampliada. Também pode prestar-se a tirar imagem fotográfica ou vídeo. Quando disponível, as colposcopias são utilizadas para ampliação da área anogenital de crianças que sofreram violência e exploração sexual para auxiliar a identificação de lesões ou processo de doença. Ela permite um registo permanente dos resultados do exame genital e obtenção de uma segunda opinião. Também facilita a revisão por pares, ensino e formação.

Devido ao custo significativo de um colposcópico, muitas instalações não os terão disponíveis. Os profissionais podem utilizar qualquer dispositivo de ampliação manual para auxiliar na avaliação da genitália.

RECOLHA DE PROVAS DE UMA AGRESSÃO SEXUAL RECENTE

Quando uma criança se apresenta para receber cuidados após violência e exploração sexual recente, a recolha de provas deve ser oferecida como parte do pacote de prestação de cuidados médicos. Os princípios gerais forenses estão descritos na Tabela 8. Provas obtidas durante o exame podem ser úteis em qualquer processo de justiça criminal que resultar do relatório de violência e exploração sexual. A recolha de provas geralmente é feita utilizando um kit de provas padronizado. A obtenção de amostras comum é indicada na Tabela 10. Apesar da presença de um kit de provas padronizado, a recolha de amostras de prova deve proceder com base nos dados obtidos pelo examinador no historial do paciente. No caso das crianças sem o desenvolvimento necessário para dar um historial claro, a recolha de provas deve ser com base em espécimes recolhidos sob o protocolo padrão.

A recolha básica de provas baseia-se no entendimento fundamental de que, onde existe contacto entre dois objectos, existe também a possibilidade de transferência de material: Princípio de troca de Locard (DeForest, Gaensslen, e Lee 1983). Qualquer contacto entre um agressor e da criança, bem como a cena do crime em si, pode ter potenciais provas deixadas para trás. Esta prova pode ser na forma de resquícios de materiais e/ou fluidos corporais do agressor. À medida que o corpo da criança é examinado, as amostras forenses devem ser recolhidas a partir das áreas onde possa existir uma possível prova.

Tabela 8. Considerações Gerais Forenses

Consideração	Justificativa
Calçe luvas durante o processo de recolha de provas, e trocá-las frequentemente ao examinar diferentes áreas do corpo	Evita a possível contaminação das amostras e exposição a sangue/fluidos corporais.
Recolha as provas o mais rapidamente possível	A probabilidade de obtenção de amostras viáveis diminui ao longo do tempo.
Ao recolher amostras para exames médicos e amostras forenses, recolha primeiro as amostras forenses	Há um aumento da probabilidade de obtenção de materiais biológicos com as primeiras amostras recolhidas
Manusear as amostras de forma adequada	Assegurar que as amostras são embaladas, secas e transportadas correctamente. Dever-se-á embalar individualmente as amostras de roupas em sacos de papel.
Etiquetar com precisão as amostras	Etiquetar com precisão todas as amostras com o nome do paciente, a data de nascimento, a fonte da amostra, a data e hora da recolha, e o nome ou iniciais(de acordo com a política) do profissional de saúde.
Garanta a segurança das amostras	As amostras devem ser embaladas e lacradas para garantir que as mesmas não sejam violadas.
Minimize o número de pessoas que manuseiam as amostras/provas	Isso ajudará a garantir que a cadeia de custódia seja mantida.

Deve ser utilizado o kit de provas padronizado, se disponível.. Os protocolos nacionais devem ser seguidos. As amostras forenses devem ser adequadamente secas para evitar uma possível degradação do ADN. Nos casos em que isso não for possível, as provas devem ser embaladas em materiais que não retêm humidade (isto é, papel e não plástico). A etiquetagem e a embalagem devem ser feitos de uma forma que garanta que a integridade das amostras seja mantida. A tabela 9 fornece o material, o equipamento e as instruções para a recolha de provas.

A cadeia de custódia deve ser documentada e mantida a partir do momento da sua obtenção, da criação, até ao envio dos materiais para às agências de segurança pública. Isto irá assegurar que a integridade das provas será mantida. O Anexo 9 contém um apoio ao profissional clínico sobre o seu papel na recolha de provas.

Tabela 9. Recolha de Provas

Tipo/Natureza da agressão	Amostra da Prova	Material Possível	Equipamento	Instruções de Amostras
Penetração do pênis/oral com ou sem ejaculação	Cotonetes orais	Fluido seminal se penetração oral, dentro de 2 dias	Cotonetes estéreis	Use dois cotonetes para roçar/esfregar sobre a cavidade oral(ex. sob a língua, ao redor dos dentes, bochechas e gengivas)
Em todos os casos de recolha de provas	Cotonetes bucais	Amostra da referência de ADN do paciente	Cotonetes estéreis	Use dois cotonetes para roçar/esfregar sobre o aspeto interior de cada bochecha, pelo menos, 20 minutos após o/a paciente ter comido ou bebido. Isto deve ser realizado com Cotonetes Oraís
Se houver suspeita de agressão sexual facilitada por droga Se o laboratório de crime não aceitar o cotonete bucal para referência de amostra de ADN	Sangue	Se houver suspeita de violência e exploração sexual facilitada por droga dentro de 24 horas do exame	Tubo de sangue contendo oxalato de potássio, OU, pelo menos 1,5% de fluoreto de sódio + oxalato de potássio OU EDTA(ácido etilenodiaminote tracético)	Recolher 10 mL de sangue venoso
Se houver suspeita de agressão sexual facilitada por droga	Urina	Se houver suspeita de violência e exploração sexual facilitada por droga no prazo de 120 horas do exame ¹³	Recipiente estéril apropriado com pelo menos 1,5% de fluoreto de sódio conservante	Recolher um mínimo de 90 mL de urina

¹³ Folha de Factos de Assalto Sexual Facilitado com Drogas da Sociedade Forense de Toxicologistas: <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Se o/a paciente partiu uma unha durante a agressão ou arranhou o corpo do agressor	Cotonetes de unhas	Pele, sangue, fibras, etc.(do agressor), e para a comparação com as unhas partidas encontradas na cena	Cotonetes estéreis × 2 Água estéril	Humedeça primeiro o cotonete com água estéril e limpe sob as unhas; repetir com o cotonete seco(dois cotonetes para cada mão). Apenas recolher recortes de unhas se elas tiverem sido partidas durante a agressão
Se o agressor colocou a boca em qualquer parte do corpo do paciente, recolher uma amostra Se materiais estranho ou detritos forem observados durante o exame, recolher amostras	Outras amostras da superfície corporal	Fluidos corporais/ADN; outros possíveis materiais estranhos(pele, dentro de 48 horas) Material estranho(ex. a vegetação, o cabelo emaranhado, ou cabelos estranhos)	Cotonete × 2 por local Água estéril Saco/envelope farmacêutico	Humedeça primeiro o cotonete com água e roce/esfregue sobre os sítios onde possa estar presente sémen, fluidos corporais, ou ADN; repetir com o cotonete seco Coloque o material estranho numa saco e insira -o num envelope de amostras e lacre o mesmo
Penetração vaginal/pénis ou outro contacto genital com genital	Genitália: Pré-púberes Genitais Externos	Fluidos corporais/ADN; outros possíveis materiais estranhos	Cotonetes Água estéril	Humedeça primeiro o cotonete com água estéril e roce/esfregue completamente sobre a genitália externa; repetir com o cotonete seco
Penetração vaginal/pénis ou outro contacto genital com genital	Genitália: Puberal Genitais Externos Baixa Vaginal Alta	Fluidos corporais/ADN; outros possíveis materiais estranhos	Cotonetes Água estéril Espéculo e lubrificante à	Humedeça primeiro o cotonete com água estéril e roce/esfregue sobre a genitália externa; repetir com o cotonete seco Insira um cotonete seco no terço inferior da vagina(cerca de 2-4cm para além do orifício vaginal) e use um movimento de rotação suave para a obtenção de uma amostra; repita com um segundo cotonete Passe um espéculo estéril e lubrificado na vagina; inserir

	Vaginal		base de água (ex. K-Y, Pedicat, Gelcat)	um cotonete seco e roce/esfregue sobre a mucosa dos dois terços superiores e fôrnices da vagina; repetir com um segundo cotonete seco; Se não for possível passar um espécuro, tentar obter dois cotonetes vaginais Com o espécuro no lugar, usar dois cotonetes secos, um de cada vez, para limpar a face do colo do útero
	Cervical			
Penetração anal/peniana; penetração rectal/peniana; penetração ou contacto por via oral/anal	Anorectal: Perianal Canal Anal	Fluidos corporais/ADN; outro material	Cotonetes Água estéril	Humedeça primeiro o cotonete com água e roce/esfregue sobre a área/dobras perianal; repetir com o o segundo cotonete seco Usando mais dois cotonetes, repita o mesmo procedimento para o canal anal
Contacto oral, contacto anal ou rectal; suspeita de material estranho(ou seja, lubrificante)	Cotonetes Penianos: Haste e prepúcio do pénis (pele) Glande	Fluidos corporais/ADN; outro material	Cotonetes Água estéril	Humedeça primeiro o cotonete com água e roce/esfregue sobre a haste do pénis e prepúcio/pele(quando presente); repetir com o segundo cotonete seco Repetir o mesmo procedimento para glande, evitando a uretra(a uretra irá resultar na recolha do ADN do próprio paciente)

Se o paciente está usando as mesmas roupas que no momento da agressão; recolha apenas as cuecas se o paciente mudou de roupa desde a agressão	Roupa	Materiais estranhos aderentes(ex. sémen, sangue, cabelo, fibras)	Sacos de papel	As roupas usadas no momento da agressão devem ser colocadas num saco de papel; artigos molhados devem ser secos, se possível; todos os artigos devem ser separadamente ensacados
Se o paciente usava um tampão/ penso/fralda no momento da agressão ou imediatamente a seguir; se for encontrado um preservativo no ou sobre o corpo do paciente a partir da agressão	Pensos higiênicos, tampões, forros, fraldas, preservativos	Fluidos corporais/ADN; outros materiais estranhos(ex. sémen, sangue, cabelo)	Recipiente estéril apropriado Pinça pequena	Recolher se utilizado durante ou após penetração vaginal ou anal Para preservativos: usar uma pinça pequena para fechar a extremidade aberta e colocar num recipiente estéril

INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS

Uma vasta gama de achados clínicos normais podem ser esperados durante a exame de crianças. As variações anatómicas e processos de doença existem em todas as populações, e podem ser confundidos com a violência e exploração sexual. Por esse motivo, os profissionais devem ser educados no mínimo sobre as variantes e condições normais geralmente confundidas com violência e exploração sexual. As pesquisas mostram que menos de 10 por cento das crianças que sofreram violência e exploração sexual têm resultados de exame anormais (Adams 1994). A Tabela 10 apresenta algumas conclusões comuns que podem ser confundidas com a violência e exploração sexual.

Tabela 10. Diagnóstico Diferencial dos Achados Genitais (não tem todos incluído)

Variações Anatômicas & Processos Patológicos	Achados Comuns Confundidos com Violência e Exploração Sexual
FGM/C	Consulte o Glossário de Termos - Médico
Aglutinação Labial ou adesão	O resultado da adesão(fusão), das superfícies mucosas adjacentes e ultraperiféricas da porção posterior das paredes vestibulares. Isto pode ocorrer em qualquer ponto ao longo do comprimento do vestíbulo, embora mais frequentemente ocorra posteriormente(inferiormente). Um achado comum em bebês e pequenas crianças. Incomum aparecer pela primeira vez depois dos 6 a 7 anos de idade. Pode estar relacionada à irritação crônica.
Líquen Escleroso	Uma condição crônica incomum, atrófica, que cria pele desigual, branca, que é mais fina que o normal. O líquen escleroso, pode afectar a pele em qualquer parte do corpo, mas mais frequentemente envolve a pele da vulva, do prepúcio do pênis, ou a pele em volta do ânus. É frequente haver coceiras associadas a este, o que pode resultar em áreas de sangramento e irritação
Prolapso uretral	Uma condição em que a uretra se projecta através do meato externo. Ele pode ter um inchaço, aparência avermelhada.
<i>Infecção estreptocócica</i>	Estreptococos do Grupo A são as bactérias gram-positivas que produzem hemólise e se apresentam normalmente numa cadeia de duas ou mais bactérias e tem na sua superfície moléculas conhecidas como grupo de antígenos Lancefield A.
<i>Infecção por Staphylococcus</i>	As infecções estafilocócicas são causadas pela bactérias Staphylococcus, uma bactéria geralmente encontrada na pele ou nariz inclusive de indivíduos saudáveis
Lesão pernalta	Lesão que pode ocorrer na área urogenital após uma queda, quando a criança "atravessa" um objecto

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM CRIANÇAS

Para crianças que estão sendo avaliadas para a violência e exploração sexual pode-se exigir testes de diagnósticos com base na sua apresentação e avaliação física. Devido à variação da prevalência do HIV e outras ITSs em crianças pré-púberes que sofreram violência e exploração sexual, a testagem para essas infecções é uma abordagem adequada (Kaplan et al. 2011). No entanto, em regiões geográficas com alta prevalência de HIV e recursos limitados, o aconselhamento e testagem do HIV

devem ser oferecidos sempre que possível. Os profissionais devem considerar como e em que circunstâncias ocorrerá o teste.

Em crianças pré-púberes a "urina suja" (ou amostra aleatória de urina) ou teste de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT) é o preferido para cotonetes genitais (Black 2009). O NAAT é também adequado à população adolescente. Na ausência de NAAT, o teste usando cotonetes genitais em crianças pré-púberes deve ser feito a partir da vulva e do lado do orifício vaginal. Amostras cervicais apenas são necessárias em adolescentes (ou seja, aqueles na Fase Tanner II de puberdade ou posterior, ver Anexo 3), já que adolescentes podem ter infecções assintomáticas. O tratamento presuntivo da infecção deve ser oferecido às crianças que sofreram violência e exploração sexual de acordo com as políticas locais. Crianças e adolescentes que obtiveram resultados positivos nos testes de ITSs devem ser tratados de acordo com os protocolos nacionais. As amostras podem ser necessárias para testar as ITSs e gravidez (no caso da mulher pós-puberdade). Caso o profissional faça a testagem para ITSs, deve também oferecer o teste de HIV.

O diagnóstico de uma ITS em criança pré-púbere ou adolescente que ainda não se tornou sexualmente activa pode ser uma evidência de que a criança vivenciou violência e exploração sexual. Deve ser determinado caso a caso qual o teste de diagnóstico necessário a fazer. Os testes que foram realizados e os resultados de todos os testes devem ser documentados no registo médico. Pode ser necessário efectuar os seguintes testes de diagnóstico em crianças:

- Teste NAAT à urina para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoea*. Esta amostra pode ser obtida na forma de "suja" (amostra aleatória de urina) (Black 2009).
- Teste a Trichomoniasis de uma parte da amostra "suja" de urina.
- Teste ao vírus do papiloma humano (HPV) usando cotonetes na vulva, períneo, e tecidos genitais circundantes. Isto pode ser efectuado com ou sem a presença de verrugas (veja as considerações gerais forenses na Tabela 8) (Unger 2011).
- Culturas do vírus de Herpes Simples podem ser obtidas ao remover o topo de uma vesícula e enviar o fluido para a cultura. Auto-inoculação pode ocorrer e pode não ser diagnóstico para abuso sexual. Uma cultura viral pode distinguir entre tipo 1 e tipo 2.
- Teste serológico de base do HIV deve ser oferecido no momento do exame e efectuado se for dado o consentimento.
- Pode ocorrer transmissão vertical (adquirida intra-uterinamente) de HIV e outras ITSs. A transmissão pode também ocorrer a partir do processo de nascimento através de secreções cervicais da mãe (gonorréia, chlamydia, HPV, HSV) (CDC 2010).
- Implicações geralmente encontradas de ITSs para o diagnóstico e notificação de violência e exploração sexual entre os bebés e crianças pré-púberes (CDC 2010).

VÍRUS DA HEPATITE B (HBV)

Não há informações sobre a incidência de HBV após a violência e exploração sexual. No entanto, o HBV está presente no sêmen e fluido vaginal, sendo sexualmente transmissível. Se possível, a vacinação contra a hepatite B deve ser administrada a crianças não vacinadas que sofreram

Ao utilizar testes de diagnóstico para ITSs em crianças, é importante saber o momento da violência e exploração sexual pois as culturas de ITS tendem a ser negativas, a menos que a criança tenha uma infecção pré-existente. Podem ser necessários testes de seguimento na violência e exploração sexual recente para repetir o teste feito no exame inicial.

violência e exploração sexual dentro de 6 semanas após o último incidente (Rogstad et al. 2010). Crianças que sofreram de violência e exploração sexual têm maior risco de contrair HBV se elas não tiverem sido imunizadas antes. Se houver uma vacina disponível e a criança não tiver sido imunizada, ela deve ser tratada com o tipo e dosagem mais apropriados da vacina. A primeira dose deve ser administrada no momento do exame, como uma componente do tratamento. Uma vez que a vacina é iniciada, em seguida, a criança (ou cuidador, conforme o caso) deve ser instruída a completar a série de três doses e incentivada a receber uma dose de reforço após um ano.

Tratamento

Avaliação e tratamento para exposição a infecções sexualmente transmissíveis, gravidez e lesões devem ser realizadas no momento do exame. Exemplos de tratamentos que se devem antecipar são:

- HIVePPE
- Profilaxia e tratamento de ITS
- Prevenção de gravidez
- Tratamento de lesões

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO NÃO-OCUPACIONAL DO HIV (HIVEPPE)

As crianças podem ter um maior risco de serem infectadas pelo HIV do que os adultos, porque a violência e a exploração sexual de crianças é frequentemente associada a múltiplos episódios de violência e pode resultar em trauma da mucosa. Circunstâncias específicas de violência e exploração sexual (ex. sangramento, que muitas vezes acompanha o trauma) podem aumentar o risco de transmissão do HIV em casos que envolvam penetração vaginal, anal ou oral. O local de exposição à ejaculação, a carga viral na ejaculação, a presença de uma ITS ou lesões genitais no agressor ou criança que vivenciou violência e exploração sexual podem aumentar o risco de infecção pelo HIV (CDC 2005).

Vários fatores têm impacto na recomendação médica para HIVePPE e afetam a aceitação dessa recomendação pela criança, incluindo:

- A probabilidade do agressor ter HIV
- Qualquer característica de exposição que possa aumentar o risco de transmissão do HIV
- O tempo decorrido após o evento
- Os potenciais benefícios e risco associados ao HIVePPE

A determinação do diagnóstico de HIV do agressor no momento do exame normalmente não é possível. Portanto, o profissional de saúde deve avaliar todas as informações disponíveis sobre a epidemiologia local do HIV e as características da exposição da violência e exploração sexual.

Quando o diagnóstico de HIV de um agressor é desconhecido, fatores que devem ser considerados para determinar se existe um grande risco de ser infectada pelo HIV incluem:

- Se ocorreu penetração vaginal, anal ou oral
- Se a ejaculação ocorreu nas membranas mucosas
- Se estavam envolvidos vários agressores
- Se existiam lesões mucosas no agressor ou na criança que vivenciou violência e exploração sexual

- Todas as outras características da violência, da criança ou agressor que possam aumentar o risco de transmissão do HIV

Os factores de risco para aquisição do HIV num acto de violência e exploração sexual vão determinar se HIVePPE deve ou não ser oferecido à criança. A profilaxia pós-exposição do HIV é uma área onde a prática e modalidades de tratamento mudam com frequência. Por essas razões, os profissionais de saúde são fortemente encorajados a:

- Manter o conhecimento das recomendações actuais neste campo
- Familiarizar-se com a política e/ou directrizes nacionais
- Certificar-se de que eles estão cientes dos riscos, benefícios e custos dos diversos regimes de modo que sejam capazes de informar plenamente as crianças que sofreram violência e exploração sexual e respectivas famílias(ECSA-HC 2011) sobre essas questões

A criança, cuidador e profissional de saúde devem avaliar os riscos e benefícios de iniciar ou abster-se de aplicar o tratamento PPE e decidir juntos a melhor opção para a criança. Se o PPE é oferecido, as seguintes informações devem ser discutidas com a criança e o cuidador:

- Os benefícios não comprovados dos anti-retrovirais
- As toxicidades conhecidas dos anti-retrovirais
- A importância de um acompanhamento rigoroso
- O benefício da adesão à dosagem recomendada
- A necessidade de início precoce da PPE para otimizar os potenciais benefícios (isto é, logo que possível e até 72 horas depois da agressão)

Os profissionais devem enfatizar que a PPE parece ser bem tolerada em crianças e que os efeitos adversos graves são raros (CDC 2010).

Quanto mais cedo for iniciada a PPE após a exposição, maior a probabilidade de que ela impeça a transmissão do HIV se a exposição ao mesmo tiver ocorrido. No entanto, a angústia após uma agressão também pode impedir que a criança avalie com precisão os riscos e benefícios da PPE e tome uma decisão informada sobre o início da terapia. Se prescrita, a PPE deve ser iniciada dentro de 72 horas após a violência e exploração sexual e ser administrada durante 28 dias. Os níveis de enzimas hepáticas e a função renal dos pacientes devem ser medidos e uma contagem completa do sangue deve ser realizada antes do início da PPE (para estabelecer valores iniciais) e, de seguida, monitorizadas em intervalos regulares até que o tratamento seja concluído. **Se os resultados dos testes iniciais forem negativos para o HIV, a criança deve repetir o teste em 6, 12 e 24 semanas após a agressão.** Se o teste inicial não for aceito na época do exame, deve-se dizer à criança que ela poderá retornar para testagem. Se estiver disponível, um profissional especializado em infecção pelo HIV em crianças deve ser consultado antes de se prescrever a PPE.

REGIME HIVEPPE RECOMENDADO PARA CRIANÇAS

Os profissionais necessitam estar familiarizados com os protocolos locais e medicamentos disponíveis, dada a natureza mutável das terapias anti-retrovirais. Segundo a OMS, a PPE deve estar amplamente disponível para as crianças, devendo ser abordados os desafios de garantir o acesso e o acompanhamento posterior às crianças (para mais detalhes consultar a Caixa 8). Como são registados baixos níveis de seguimento e testagem, as estratégias para lidar com as necessidades das crianças para PPE exigem mais atenção. Deve ser feita uma consulta com um especialista em doenças infecciosas, se disponível, o mais cedo possível se a PPE estiver a ser considerada. Além disso, informações sobre fórmula e dosagem adequada às crianças devem ser colocadas à disposição dos médicos. No entanto, a disponibilidade de um consultor de doenças infecciosas não deve atrasar ou impedir a provisão de HIVePPE. O aconselhamento adequado e o devido consentimento devem ser obtidos no momento em que o teste é oferecido, e se a PPE estiver a ser dada.

Os efeitos colaterais comuns incluem náuseas, vômitos, diarreia, dores de cabeça, fadiga e mal estar geral do corpo. Apesar da natureza benigna dos efeitos colaterais, muitos podem ser fortes, levando os pacientes a parar de tomar a medicação. Além disso, as pessoas que tomam PPE arriscam-se a ter toxicidades no fígado e rins, o que torna os testes iniciais e os de seguimento uma consideração importante a tomar no atendimento.

Aconselhamento e testagem do HIV (HCT) devem ser sempre oferecidos como parte do pacote de serviços PPE baseados no consentimento informado com o aconselhamento padrão dos pré-testes e pós-testes de acordo com os protocolos nacionais ou locais (WHO/ILO 2008). Se o HCT não estiver disponível no local de serviço e a criança enquadrar-se nas regras de PPE, a medicação deve ser iniciada o mais rapidamente possível. Não é recomendado que as crianças sejam encaminhadas a programas de prevenção de transmissão de mãe para filho, pois os regimes dos medicamentos prescritos em tais circunstâncias não são apropriados para a PPE (WHO/ILO, 2008).

Sempre que possível, a HCT confidencial deve ser feita no local. Na ausência dessa opção, a criança deve ser encaminhada para um centro de HCT. Independentemente de onde a criança é testada, os serviços de aconselhamento apropriados devem estar disponíveis antes e depois do teste ao HIV.

Regimes medicamentosos recomendados para PPE em crianças vão depender de protocolos locais ou nacionais. Estes medicamentos e informações sobre dosagem para as crianças devem estar prontamente disponíveis e facilmente acessíveis.

Caixa 8: AS OPÇÕES PARA ADMINISTRAR PPE NA CONSULTA INICIAL SÃO AS SEGUINTE:

- Uma provisão inicial do remédio para durar 1-7 dias (pacotes de iniciante)
- Remédio fornecido a cada uma ou duas semanas para incentivar o acompanhamento e minimizar ao máximo o desperdício de medicamentos (dosagem crescente)
- A dosagem completa de 28 dias de remédio fornecida na consulta inicial (maximizando a probabilidade de conclusão se o retorno para acompanhamento for uma preocupação) (WHO/ILO 2008)

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

É imperativo que o profissional de saúde conheça as leis que existem no país em que o atendimento está a ser prestado. Isso inclui estatutos nacionais, civis, religiosos e políticas de saúde em vigor. O papel do profissional de saúde é fornecer as informações e opções disponíveis para prevenção da gravidez necessárias para a criança do sexo feminino que tenha vivenciado violência e exploração sexual ou que possa voltar uma situação que requeira tal prevenção. Essas informações e opções devem ser baseadas nos protocolos e leis nacionais, especialmente no que toca a menores de idade.¹⁴

A gravidez como consequência da violência sexual deve ser uma preocupação para qualquer criança do sexo feminino (Fase III Tanner ou acima, ver Anexo 3), independentemente da menarca. Mesmo uma única exposição pode resultar em gravidez. Dependendo da legalidade, bem como dos protocolos nacionais que orientam a provisão de CE a menores, a esta deve ser oferecida até cinco dias (120 horas) após a violência e exploração sexual. A dosagem recomendada é de 1.5 mg de contraceptivo de progestágeno isolado numa dose única. A eficácia é melhor se for utilizada dentro de 72 horas; no entanto, pode ser administrado até 120 horas. Se a agressão ocorreu antes das 120 horas exigidas para a CE, pode ser feito o teste para a gravidez. Um regime alternativo de CE que é eficaz até 120 horas pós-exposição é o acetato de ulipristal, 30 mg por via oral, em dose única. Verificou-se ser mais eficaz do que o levonorgestrel, especialmente até aos limites de 120 horas (Glasier et al. 2010).

Há efeitos colaterais limitados à CE: podem ocorrer náuseas e vômitos, mas é mais provável de aparecer nos medicamentos à base de estrogénio, que já não são recomendados. Outros efeitos colaterais podem incluir sensibilidade mamária, manchas ou sangramentos e irregularidades menstruais. Podem ser administrados medicamentos antieméticos se a paciente se encontra com náuseas antes de tomar a CE.

Às crianças que estão grávidas no momento do exame, devem ser dadas informações sobre todas as opções que estiverem disponíveis.

TRATAMENTO DE LESÕES

Apesar de raro, pode haver danos físicos e/ou genitais resultantes da violência e exploração sexual. Todas as lesões devem ser tratadas no momento do exame. Qualquer sutura, imobilização (fraturas), controlo de dor ou cuidados das feridas devem ser iniciados com o tratamento médico adequado. Se houver qualquer interrupção na integridade das membranas mucosas ou pele, deve ser administrada a terapia apropriada de toxóide do tétano (DT). Nma criança previamente vacinada, pode ser necessária a administração de soro antitetânico e iniciar um curso de vacina do tétano toxóide (WHO 2008). Para crianças menores de 7 anos de idade, Difteria, Tétano e coqueluche (DPT) ou Difteria e Tétano(DT) são preferíveis ao toxóide tetânico sozinho. Para crianças de 7 anos ou mais, o DT é o preferido ao toxóide tetânico sozinho (WHO 2008).

Há ocasiões em que as lesões são significativas o suficiente para requerer intervenção cirúrgica. Quando a mesma é necessária, os profissionais devem fazer todos os esforços para recolher provas antes do procedimento cirúrgico, enquanto o paciente é anestesiado.

TRATAMENTO DE SEGUIMENTO

Ver Capítulo 4.

¹⁴ Em consonância com a política do Governo dos EUA e PEPFARs FY 2013 Plano Operacional de Orientação de uma País (PEPFAR 2012). A PEPFAR defende o direito aos indivíduos de decidir voluntariamente o número, tempo e espaçamento das suas crianças e de ter a informação e os meios fazê-lo, e se o direito de tornar essas decisões voluntariamente, dentro de um contexto livre de discriminação, estigma, coação, intimidação, ou engano. Fundos da PEPFAR não podem ser usados para obter diferentes meios de contracepção a não ser preservativos masculinos e femininos, que também protegem contra o HIV.

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

Muitos países não têm um sistema de notificação confiável para as crianças que sofreram violência e exploração sexual, sendo que as definições de violência e exploração infantil diferem entre países (WHO, 2003). Os requisitos obrigatórios na notificação do crime e os grupos etários em relação aos quais estes requisitos se aplicam variam. É essencial que o profissional de saúde esteja ciente das leis existentes a respeito da notificação obrigatória da violência e exploração sexual infantil. As normas do PEPFAR são de que cada agência tem uma política em curso a nível clínico para orientar os profissionais através do processo de notificação.

Se a notificação obrigatória é exigida, então, a criança e o cuidador devem ser informados sobre as responsabilidades de notificação do profissional, o que pode ser feito em conjunto com o processo inicial de obtenção de consentimento informado. As seguintes informações devem ser compartilhadas com a criança (se apropriado para a idade de desenvolvimento) e com o cuidador:

- A agência/pessoa para a qual/quais o profissional irá notificar
- A informação específica que será objeto da notificação
- Como a informação deve ser relatada para notificação (escrita, oral, etc.)
- O resultado provável do relatório
- Os direitos da criança e da família no processo

Neste caso, deve-se tomar uma ação imediata para garantir a segurança da criança (por meio de encaminhamento à polícia local ou agências de proteção à criança), antes de fazer o relatório obrigatório designado. Assim que a criança esteja segura, os procedimentos de notificação obrigatória podem ser implementados (IRC/UNICEF2012).

As melhores práticas, como recomendado pela UNICEF e pelo International Rescue Committee, para a notificação de casos de violência e exploração sexual infantil em locais onde operam sistemas de notificação obrigatória são (IRC/UNICEF 2012):

- Incluir protocolos para manter a discrição e confidencialidade em relação às crianças que sofreram violência e exploração sexual
- Conhecer os critérios de casos que justifiquem uma notificação obrigatória
- Fazer os relatórios verbais e/ou escritos (como indicado pela lei) dentro de um período de tempo especificado (geralmente 24 a 48 horas)
- Relatar apenas as informações mínimas necessárias para completar o relatório
- Explicar à criança e ao cuidador o que está acontecendo e o porquê
- Documentar o relatório no arquivo da criança e acompanhar os desdobramentos com a família e as autoridades competentes.

Quanto mais crescida a criança, mais precisa de estar activamente envolvida(o) nas considerações em volta do relatório. Isso não significa que a criança possa determinar se uma notificação será feita, mas que se reconheça a sua capacidade de discernimento para opinar sobre o melhor momento e o modo como a notificação será realizada-nas suas circunstâncias.

Notificação obrigatória não é o mesmo que encaminhar a criança para protecção imediata se ela estiver em perigo iminente.

REGISTO

A criança ou adolescente que se apresenta na clínica para ser tratada, os cuidados devem ter um registo escrito do encontro. Este registo deve incluir um relatório médico forense, diagramas ou mapas corporais de quaisquer conclusões e, se disponível, fotografias. Todos os aspectos do cuidado devem ser documentados, incluindo os formulários de consentimento, o historial médico forense, achados do exame físico, provas recolhidas, qualquer teste ou tratamento prestado, imagens fotográficas obtidas durante o exame, e todos os cuidados de seguimento e encaminhamentos dados. Se o médico é chamado para depor em qualquer processo de justiça criminal, podem usar esse relatório para recordar o encontro com o/a paciente.

O registo escrito deve reflectir com precisão o comportamento da criança, as declarações por ela feitas por ela durante o curso do tratamento, e quaisquer histórias de eventos da parte do cuidador. Todas as informações documentadas devem ser legíveis e precisas. Quaisquer declarações feitas pela criança devem ser colocadas entre aspas, na íntegra, ao invés de fazer uma interpretação do que é dito. Em geral, é preferível usar um formulário padrão para documentar o exame, por conveniência e confiabilidade (WHO, 2003). Um formulário de exemplo está incluído no Anexo 10.

Todos os ferimentos devem ser registados de forma clara, usando linguagem e terminologia descritiva padrão. No mínimo, todas as descrições da lesão ou ferida devem incluir o tipo da lesão (hematoma, laceração, etc.), o tamanho da lesão, a cor e o local. Informações descrevendo características de lesões físicas podem ser encontradas no Anexo 7. Todos os resultados devem também ser anotados em mapas corporais ou pictogramas (podem ser encontrados exemplos no Anexo 10), e também foto-documentação quando o equipamento está disponível. Descrever a lesão sem fazer especulações sobre a causa da mesma; no entanto, se a criança disser de onde vem a sua lesão, é apropriado registrar as suas palavras, entre aspas. Tome nota de todas as amostras recolhidas das lesões. As feridas devem ser fotografadas antes das intervenções, tais como a limpeza e a sutura.

Quando os cuidados são prestados a uma criança que vivenciou violência e exploração sexual, existe a possibilidade do profissional de saúde possa precisar de produzir documentação e testemunho sobre esses cuidados. O gráfico a seguir apresenta uma lista de coisas a "Fazer e Não Fazer" no que diz respeito à documentação que podem ser úteis aos profissionais na prática.

Fazer e Não Fazer na Documentação

FAZER	NÃO FAZER
Escrever ou digitar de forma legível	Deixe secções em branco
Conclua todos os aspectos do gráfico	Apagar informações já documentadas
Registe a data e hora do exame	Usar abreviaturas não autorizadas
Registe a história e sua origem	Tirar conclusões sem fundamento
Certifique-se de que todas as cópias duplicadas são legíveis	Tirar conclusões legais
Se não examinou alguma coisa, escreva <i>Não Examinado</i>	Preencher o formulário caso não tenha sido você a fazer ao exame
Coloque as declarações do/a paciente entre aspas	
Assine todas as páginas	
Complete toda a papelada exigida por lei	

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS, CUIDADOS DE ACOMPANHAMENTO E SEGUIMENTO

As consequências para a saúde associadas à violência e exploração sexual contra a criança ou adolescente, a longo prazo, especialmente as consequências para a saúde mental e o risco de contrair HIV, enfatizam o quão é importante que os profissionais compreendam o seu papel na garantia de intervenções psicossociais apropriadas, encaminhamentos e acompanhamento das crianças que sofreram violência e exploração sexual. As responsabilidades do profissional incluem:

- Intervenções de saúde imediatas e emergenciais
- Prevenção ou tratamento de doenças
- Segurança da criança dentro da unidade sanitária e após a alta
- Encaminhamento para os recursos e serviços apropriados e contínuos.

Como a violência e a exploração sexual podem afectar uma criança em diversas fases de todo o seu crescimento e desenvolvimento, aconselhamento e intervenção contínua de serviços chave devem ser uma forte componente de todas as intervenções iniciais e de acompanhamento. O profissional está bem posicionado para garantir uma efectiva integração entre os serviços.

Os profissionais são encorajados a reunir os seguintes serviços em comunidades individuais, tomando a iniciativa de estabelecer uma lista dos recursos existentes e como esses serviços podem trabalhar juntos para melhorar tanto as respostas iniciais como as de longo prazo à violência e exploração sexual:

- Emergência médica
- Clínica
- Cirurgia
- Maternidade
- Advocacia
- Aconselhamento
- Serviços de bem-estar social, incluindo os serviços de protecção à criança
- HIV
- Saúde da comunidade
- Farmácia
- Laboratório (testes e provas)

Além disso, os profissionais deverão possibilitar que as suas unidades aprimorem a resposta global através de reuniões de rotina com entidades envolvidas na resposta à violência e exploração sexual contra as crianças. São fundamentais o desenvolvimento e a implementação de políticas abordando a resposta apropriada para as crianças, incluindo a formação dos profissionais de educação envolvidos para que a resposta às crianças seja tanto clinicamente apropriada como sensível às questões que envolvam a violência e exploração sexual.

O objectivo da colaboração envolvendo os recursos da comunidade é identificar e tratar melhor as necessidades e direitos das crianças que sofreram violência e exploração sexual.

A possibilidade de envolvimento do sistema de justiça criminal também ressalta a responsabilidade do profissional em relação à comunicação com as agências de segurança pública e à recolha e apresentação apropriadas de provas. Se a notificação de casos de violência e exploração sexual infantil for obrigatória no contexto do profissional, ele deve obter uma cópia do protocolo nacional sobre violência e exploração sexual infantil e informações sobre os procedimentos usuais da polícia e do Judiciário. Avaliar cada caso individualmente. Em alguns contextos, notificar a suspeita de violência e exploração sexual infantil pode ser prejudicial para a criança se algumas medidas de protecção não forem possíveis (WHO/UNHRC 2004).

PAPEL DO PROFISSIONAL CLINICO NOS CUIDADOS DE SEGUIMENTO

Profissionais de serviços médicos examinarão crianças que foram gravemente agredidas, bem como aqueles que foram vítimas de violência e exploração sexual de uma forma crónica, portanto eles devem estar preparados para envolver serviços de saúde e comunitários. O quadro seguinte descreve serviços de acompanhamento típicos após a violência e exploração sexual recente ou crónica.

Aguda	Não aguda
<ul style="list-style-type: none"> • Defesa de direitos • Bem-estar social, incluindo serviços de protecção à criança • Aconselhamento • Laboratório (laboratório de crime) • Laboratório (testes) • HIV • Farmácia • Cirurgia • Saúde comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Defesa de direitos • Bem-estar social, incluindo serviços de protecção à criança • Aconselhamento • Laboratório (testes) • HIV • Farmácia • Maternidade • Saúde comunitária

Provedores de cuidados de saúde, como profissionais com uma infra-estrutura e formação científica estabelecidas, devem assumir a liderança na formação de parceiros da comunidade e recursos de referência sobre o estigma, a discriminação, os mitos e o silêncio em relação à violência e exploração sexual contra crianças tal como as consequências na saúde que colocam em risco a vida.

O exame e o tratamento médico forense imediato podem efectivamente prevenir a gravidez, as ITs e o HIV. No entanto, grande parte da recuperação psicológica da criança irá ocorrer nos meses seguintes e, às vezes, nos anos seguintes após a violência e exploração sexual. Isso se dará por meio

do seu trabalho permanente junto a serviços de defesa de direitos, bem-estar social, e aconselhamento.

A lista seguinte descreve as intervenções sugeridas a serem implementadas pelos profissionais de saúde a fim de estabelecer ou fortalecer os vínculos de referência para os serviços de apoio psicológico e social existentes de base comunitária.

- Incentivar e proporcionar visitas de rotina de intercâmbio com os profissionais especialistas em violência e exploração sexual infantil.
- Realizar um mapeamento comunitário participativo para identificar profissionais de serviços na comunidade, para quem e por quem as crianças que sofreram violência e exploração sexual podem ser encaminhadas.
- Desenvolver um directório formal com a comunidade para os serviços sobre violência sexual e exploração de crianças, distribuindo cópias a todos os profissionais de saúde que trabalham com crianças.
- Construir e formalizar relações com instituições de referência, incluindo o estabelecimento de sistemas formais de referência e contra-referência.
- Desenvolver protocolos formais e informais em relação às normas de confidencialidade, prestação de serviços, recolha de dados e/ou colaborar estreitamente em projectos e actividades.
- Criar sistemas formais de referência que contenham mecanismos de monitorização.
- Desenvolver algoritmos de cuidados que incluam consultas de seguimento e encaminhamentos para profissionais de serviços externos.
- Desenvolver sistemas de referência para facilitar e monitorizar o uso de serviços de referência.
- Realizar actividades de sensibilização da comunidade para garantir que os seus membros estejam cientes dos serviços disponíveis para as crianças que sofreram violência e exploração sexual, e como acedê-los.
- Desenvolver materiais de comunicação para sensibilização da comunidade e clínicas.
- Criar um sistema de formação para as comunidades e profissionais de serviços com o objetivo de aumentar a sensibilidade e compreensão da resposta apropriada.

Os profissionais de saúde servem como guardiões para crianças que sofreram violência e exploração sexual. Essas crianças necessitam de intervenção de uma equipa coordenada e qualificada de profissionais de saúde, assistentes sociais e organizações não-governamentais, inclusive organizações que representem pessoas com deficiência, funcionários e voluntários para apoio psicológico e social.

PAPEL DA COMUNIDADE NOS CUIDADOS DE ACOMPANHAMENTO

Embora o papel principal dos profissionais de saúde seja o de prover o tratamento médico para a criança, eles também têm a importante responsabilidade de assegurar que as crianças estejam seguras e as famílias cientes, apropriadamente encaminhadas e sejam capazes de aceder aos serviços de suporte adicionais localizados fora da unidade sanitária.

Os serviços comunitários de apoio são muitas vezes fornecidos por uma variedade de fontes, incluindo organizações não-governamentais, organizações representativas de pessoas com deficiência e as organizações baseadas na fé. Eles podem ser indivíduos que prestem serviços directos às crianças que sofreram violência e exploração sexual e às suas famílias, incluindo policiais, promotores, serviços sociais, abrigos comunitários e abrigos seguros, centros de aconselhamento jurídico, clínicas locais, organizações de mulheres e organizações que prestam atenção psicossocial . Garantir fortes ligações de referência de e para esses profissionais é um elemento crítico mas muitas vezes um pouco desenvolvido em serviços de assistência clínica pós-violação.

A comunicação e referência entre cuidados de saúde e os recursos da comunidade é representada na ilustração seguinte.

Figura 3. Comunicações e Encaminhamentos Entre os Recursos de Saúde e Comunitários



Oportunidades para prestar cuidados de acompanhamento a crianças que sofreram violência e exploração sexual podem ser difíceis. Portanto, é essencial que o tratamento fornecido no momento do exame seja o mais completo possível.

Novos testes de ITSs podem ser necessários se a consulta inicial foi imediatamente a seguir à violência e exploração sexual. O tempo para qualquer exame ou tratamento de retorno deve ser individualizado para cada criança. Pode ser necessária a repetição dos testes de gravidez, HIV, HBV e sífilis dependendo do tratamento inicial. O profissional de saúde deve garantir que a criança ou o cuidador compreenda a necessidade das consultas de retorno e o momento certo em que elas devem ocorrer.

As consultas de controlo também permitem a observação e a documentação de qualquer processo de cura ou trauma curado que tenha sido observado durante o exame inicial. Como a cura em crianças ocorre muito rapidamente, é esperado que as lesões genitais e físicas devam-se curar ou resolver até as consultas de controlo. O exame de controlo pode também ser utilizado para garantir que houve um apoio psicossocial adequado para a criança e família quando necessário.

REFERÊNCIAS

- Adams, JA, K Harper, S Knudson, et al. 1994. "Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal." *Pediatrics* 94(3):310-17.
- American Academy of Pediatrics (AAP). 2005. *Sexual Behaviors in Children*. Elk Grove, Ill: AAP.
- Black, CM, EM Driebe, LA Howard, et al. 2009. "Multicenter Study of Nucleic Acid Amplification Tests for Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Children being Evaluated for Sexual Abuse." *The Pediatric Infectious Disease Journal* 28:608-13.
- Campbell, R, D Bibee, K Kelley, et al. 2012. "The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program Services on Law Enforcement Investigation Practices. A Mediation Analysis." *Criminal Justice and Behavior* 39(2):169-84.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2005. "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States: Recommendations from the US Department of Health and Human Services." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 54(No. RR-2).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010. "CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines." *Morbidity and Mortality Weekly Report* 59(No. RR-12).
- Christian, CW, JM Lavelle, AR De Jong, et al. 2000. "Forensic Evidence Findings in Prepubertal Victims of Sexual Assault." *Pediatrics* 106:100-104.
- Classen CC, OG Palesh, and R Aggarwal. 2005. "Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature." *Trauma, Violence, & Abuse* 6(2):103-29.
- Cleland, K, H Zhu, N Goldstuck, et al. 2012. "The Efficacy of Intrauterine Devices for Emergency Contraception: A Systematic Review of 35 Years of Experience." *Human Reproduction* 27(7):1994-2000.
- Crandall, CS, and D Helitzer. 2003. *An Impact Evaluation of a Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Program*. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Danielson, CK, A Macdonald, AB Amstadter, et al. 2010. "Risky Behaviors and Depression in Conjunction with—or in the Absence of—Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescents." *Child Maltreatment* 15(1):101-107.
- DeForest, P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York: McGraw-Hill.
- Dube, S, R Anda, D Whitfield, et al. 2005. "Long-term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim." *American Journal of Preventative Medicine* 28(5):430-8.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). July 2011. *Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse*. Arlington, Va: USAID.
- East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC). 2010. "Addressing Child Sexual Abuse in sub-Saharan Africa: Report of an Experts Meeting." Dar es Salaam, August 3-7, 2010. Arusha, Tanzania: ECSA-HC.
- Faculty of Forensic and Legal Medicine. July 2011. "Recommendations for the collection of forensic specimens from complainants and suspects." Available at <http://fflm.ac.uk/upload/documents/1309786594.pdf> (accessed November 2012)

- Friedrich, WN, JL Fisher, CA Dittner, et al. 2001. "Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons." *Child Maltreatment* 6:37-49.
- Glasier, AF, ST Cameron, PM Fine, et al. 2010. "Ulipristal Acetate versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Randomised Non-inferiority Trial and Meta-analysis." *The Lancet* 375(9714):555-62.
- Graham, R. 2006. "Male rape and Careful Construction of the Male Victim." *Social Legal Studies* 15(2):187-208.
- Hagan, JF, JS Shaw, and P Duncan, eds. 2008. "Theme 8: Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality." In *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, 3rd ed., 169-176. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). June 2012. *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse. Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings*. New York: IRC Agency Headquarters.
- Innocenti Research Centre (IRC) and United Nations Children's Fund (UNICEF). May 2011. *Advancing the Field Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Settings: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse*. New York: IRC Agency Headquarters.
- International Center for Research on Women (ICRW). 2012. "Child marriage facts and figures." Available at <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures> (accessed October 2012)
- Jewkes, R, P Sen, and C Garcia-Moreno. 2002. "Sexual Violence 2002." In *World Report on Violence and Health*, ed. E Krug, LL Dahlberg, JA Mercy, et al. Geneva: World Health Organization.
- Kaplan, R, J Adama, S Starling, et al. 2011. "Medical Response to Child Sexual Abuse: A Resource for Professionals Working with Children and Families." *STM Learning* 168-9.
- Kilonzo, N, et al. 2008. *Strengthening Reproductive Health and HIV and AIDS services Utilizing Sexual Violence as a Nexus in sub-Saharan Africa*. Briefing Paper. Nairobi, Kenya: LVCT, Care and Treatment.
- Kiragu, K. 1995. "Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern." *Population Reports. Series J: Family planning programs* 23(33, SUPPL):1-4.
- Lechner, M, and K Nash. 2012. (healthcare worker, Swaziland). Discussion at meeting. November 2012.
- Long, Sian. 2011. "Affected by HIV Against Abuse, Exploitation, Violence and Neglect. Technical Report." Arlington, Va: USAID's support and technical assistance resources, AIDSTAR-One, Task order 1.
- Medical Protection Society. 2011. *Professional Support and Expert Advice. Consent to Medical Treatment in South Africa: An MPS Guide*. London: Medical Protection Society.
- Moreno, C. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva: World Health Organization.
- Perry, B. 2007. *The Boy Who Was Raised as a dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook: What Traumatized Children Can Teach us about Loss, Love, and Healing*. New York: Basic Books.
- Pinheiro, P. 2006. *World Report on Violence against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.
- Population Council. 2008. *Sexual and Gender-based Violence in Africa: Literature Review*. Nairobi, Kenya: Population Council.
- Reza, A, MJ Breiding, J Gulaid, et al. 2009. "Sexual Violence and Its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study." *The Lancet* 373:1966-72.

- Rogstad, K, A Thomas, O Williams. et al. 2010. "UK National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2009)." *International Journal of STD & AIDS* 21(4):229-41.
- Russell, W. 2007. "Sexual Violence Against Men and Boys." *Forced Migration Review* Issue 27 (January). Save the Children UK. 2007. *Protecting Children: Community Attitudes to Child Sexual Abuse in Rural Mozambique*. Maputo: Mozambique: Save the Children UK.
- Silovsky, JF, and L Niec. 2002. "Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study." *Child Maltreatment* 7:187-97.
- Sivakumaran, S. 2010. "Lost in Translation: UN Responses to Sexual Violence Against Men and Boys in Situations of Armed Conflict." *International Review of the Red Cross* 877(31-03-2010).
- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2012. *FY 2013 Country Operational Plan (COP) Guidance*. Washington, DC: PEPFAR.
- Unger, ER, NN Fajman, EM Maloney, et al. 2011. "Anogenital Human Papillomavirus in Sexually Abused and Nonabused Children: Results of a Multicenter Study." *Pediatrics* 128(3):e658-65.
- United Nations (UN). 1989. *United Nations Convention on the Rights of a Child*. Article 1. Available at <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf> (access January 2013)
- United Nations Children's Fund (UNICEF). 2007. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 1995. *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*. Geneva: UNHCR.
- Watchlist. 2010. *Setting the Right Priorities: Protecting Children Affected by Armed Conflict in Afghanistan*. New York: Watchlist.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Guidelines for Medico-legal Care for Victims of Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2008. *Manual for the Health Care of Children in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization/International Labour Organization (WHO/ILO). 2008. *WHO/ILO Joint Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis (PEP) to Prevent HIV Infection*. Section 2.5.3 HIV testing and counseling. Geneva: WHO.
- World Health Organization/United Nations High Commission for Refugees (WHO/UNHCR). 2004. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons*, revised edition. Geneva: WHO.

RECURSOS

INTRODUÇÃO

World Health Organization (WHO) Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>

East, Central and Southern African Health Community (ECSA-HC) Guidelines for the Clinical Management of Child Sexual Abuse, 2011; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/ECSA%20CSA_Guidelines_09_2011.pdf

International Rescue Committee (IRC) and UNICEF Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings, 2012; available at http://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf

WHO Manual for the health care of children in humanitarian emergencies, 2008; available at http://www.jhsph.edu/news/stories/2008/Moss_disaster_guide.html

USAID Protecting Children affected by HIV against abuse, exploitation, violence, and neglect technical report, 2011; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_Report_OVC_Child%20Protection.pdf

WHO and United Nations High Commissioner for Refugees: Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons, Rev Edition, 2004; available at <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>

Save the Children/UK. Protecting Children: Community attitudes to child sexual abuse in rural Mozambique, 2007; available at http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/protecting_children_mozambique_1.pdf

PEPFAR Expert Meeting on Clinical Post-Rape Care for Children in Primary Health Care Centers that Provide HIV Care, 2012; available at http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_PEPFAR%20PRC%20Meeting%20Report_DC_April%202012.pdf

Population Council: Sexual and Gender Based Violence in Africa Literature Review, 2008; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf

UNICEF: The State of the World's Children, 2007; available at <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf>

WHO: Female Genital Mutilation Fact Sheet, 2012; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

UNICEF: The State of the World's Children, 2011; available at http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf

International Center for Research on Women; available at <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures>

Population Council February, 2008. Sexual and Gender Based Violence in Africa: Literature Review; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_LitReview.pdf

ESTABELECE E FORTALECE A RESPOSTA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

Sexual Violence Research Initiative: South African Regional Training Programme For the Care and Support of Sexual Assault Survivors training; available at <http://www.svri.org/africantraining.pdf>

Responding to Sexual Violence: Community Approaches; available at http://www.law.berkeley.edu/HRCweb/SVA_CommunityApproaches.pdf

UNFPA. Addressing Sexual Violence in Humanitarian Settings; available at <http://www.unfpa.org/emergencies/violence.htm>

Developing an Integrated Model for Post-rape Care and HIV Post-Exposure Prophylaxis in Rural South Africa: Rural AIDS and Development Action Research Programme; available at http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADK615.pdf

CARE International's Overall Approach to Prevention of Sexual Exploitation and Abuse; available at <http://gender.care2share.wikispaces.net/Sexual+Abuse+and+Exploitation>

What Are We Learning About Protecting Children in the Community? An Interagency review of evidence on community based child protection mechanisms; available at http://www.unicef.org/wcaro/What_Are_We_Learning_About_Protecting_Children_in_the_Community_Summary.pdf

Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence from WHO and the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf

Sexual Violence in Africa: Key Issues for Programming from the Population Council; available at http://www.popcouncil.org/pdfs/AfricaSGBV_KeyIssues.pdf

Caring for Child Survivors of Sexual Abuse in Humanitarian Setting: A Review of Promising Practices to Improve Case Management, Psychosocial & Mental Health Interventions, and Clinical Care for Child Survivors of Sexual Abuse from UNICEF and IRC; available at <http://onerresponse.info/GlobalClusters/Protection/GBV/Documents/Caring%20for%20Child%20Survivors%20in%20Humanitarian%20Settings%20-%20LIT%20REVIEW%20Aug%202011.pdf>

Post Rape Care Program Profile from LVCT, Care and Treatment; available at http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/programme_profile_and_highlights.pdf

MANEJO MÉDICO FORENSE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL

- International Association of Forensic Nurses SANE Education Guidelines; available at http://www.iafn.org/associations/8556/files/SANE%20Educational%20Guidelines%20Approved_Member%20use%20in%20Member%20Center.pdf
- Africa Regional Issues Brief: HIV, Children and the Law; available at <http://www.hivlawcommission.org/index.php/ard-dialogue-documentation?task=document.viewdoc&id=70>
- DeForest P, RE Gaensslen, and H Lee. 1983. *Forensic Science: An Introduction to Criminalistics*. New York: McGraw-Hill
- Faculty of the Forensic and Legal Medicine. "Guidelines for the collection of specimens." Available at www.rcplondon.ac.uk/Faculty/ForensicAndLegalMedicine (accessed July 2010)
- The Evaluation of Sexual Abuse in Children, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, by Nancy Kellogg, 2005; available at <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/116/2/506.full>
- Seeking Patients' Informed Consent: The Ethical Considerations from the Health Care Professions Council of South Africa; available at http://www.hpcsa.co.za/downloads/conduct_ethics/rules/seeking_patients_informed_consent_ethical_consideration.pdf
- Sexually Transmitted Diseases and Child Sexual Abuse from the US Department of Justice; available at http://www.missingkids.com/en_US/documents/sexually_trans_disease_child_sex_abuse.pdf
- A National Protocol for Sexual Assault Forensic Examinations of Adults and Adolescents from the US Department of Justice, 2004; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/National%20Protocol.pdf>
- National Training Standards for Sexual Assault Medical Forensic Examiners from the US Department of Justice, 2006; available at <http://safeta.org/associations/8563/files/training%20standards.pdf>
- Post-Rape Care Checklists for Women, Men and Children from PATH; available at <http://www.iawg.net/resources/jobaids/Post-Rape%20Care%20for%20Adults%20and%20Children%20Pocket%20Guide.pdf>
- WHO Emergency Contraception Fact Sheet N 244; available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> (accessed November 2012).

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS, CUIDADOS DE SEGUIMENTO E ENCAMINHAMENTOS

Sample Manual of Interagency Procedures and Practices; available at http://www.rhrc.org/resources/VBG/VBG_vann4.pdf

Disability is Natural; available at <http://www.disabilityisnatural.com/explore/pfi>

Guidelines for Counseling on Child Sexual Abuse from the Southern African Aids Trust; available at http://www.satregional.org/sites/default/files/publications/SAT_child_sexual_abuse_english.pdf

Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services from WHO; available at <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/08-052340/en/index.html>

ANEXO I

GLOSSÁRIO DE TERMOS (GERAL)

Termos e definições comuns usados neste documento são descritos abaixo.

ADOLESCÊNCIA: O período entre 10 e 19 anos de idade. É um desenvolvimento contínuo nas esferas físicas, cognitivas, comportamentais e psicossociais de uma pessoa.

ADOLESCENTE: Qualquer pessoa com idade entre 10 e 19 anos.

ADULTO: Qualquer pessoa com 18 anos ou mais.

CUIDADOR: A pessoa que está exercendo cuidados do dia-a-dia a uma criança ou crianças. Ele ou ela pode ser um cuidador, mãe ou pai, parente, irmão, amigo de família ou outro guardião; não implica necessariamente a responsabilidade legal. Isto pode-se aplicar a pais substitutos, inclusive aqueles que "adoptam" uma criança de forma espontânea, bem como aqueles que o fazem formalmente.

CADEIA DE CUSTÓDIA: A documentação cronológica formal da guarda e da posse de provas. É usada para verificar a integridade da recolha de provas num tribunal de direito.

CRIANÇA: Qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos. As crianças têm as suas capacidades ainda em desenvolvimento dependendo da sua idade e da fase de desenvolvimento. No trabalho com as crianças, é fundamental perceber estas fases uma vez que isso permitirá escolher o método de comunicação com os indivíduos. Irá também permitir que o profissional identifique o nível de entendimento individual de uma criança e a sua capacidade de tomar decisões quanto aos seus cuidados. Como resultado, o profissional será capaz de tomar uma decisão informada sobre qual é a intervenção mais apropriada para cada criança.

Para orientar as intervenções e tratamentos, as definições seguintes esclarecem o termo "criança" com base na idade e nas fases de desenvolvimento:

- Criança= 0–18, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança
- Criança pequena = 0–9
- Início da adolescência = 10–14
- Final da adolescência = 15–18

CRIANÇA QUE VIVENCIOU VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL: Uma pessoa com idade inferior a 18 anos que vivenciou um ato de abuso sexual. A exploração infantil é a utilização de crianças por outras pessoas para benefício económico ou sexual, gratificação ou lucro, muitas vezes resultando em tratamento injusto, cruel e prejudicial à criança (Save the Children UK 2007). Esta é a expressão predominante encontrada ao longo deste documento.

ABUSO SEXUAL INFANTIL: A Organização Mundial de Saúde define o abuso sexual infantil como "o envolvimento de uma criança em actividade sexual que ele ou ela não compreende totalmente, é incapaz de dar consentimento, ou para o qual a criança não está mentalmente preparada e não pode dar o seu consentimento ou que viole as leis ou tabus sociais da sociedade. O abuso sexual infantil é evidenciado por esta actividade entre uma criança e um adulto ou outra

criança que pela idade ou desenvolvimento está numa relação de responsabilidade, confiança ou poder, a actividade destina-se a gratificar ou satisfazer as necessidades da outra pessoa. Isto pode incluir, mas não é limitado a:

- o incentivo ou coação para que uma criança se dedique-se a qualquer actividade sexual ilegal
- a exploração da criança na prostituição ou outras práticas sexuais ilegais
- a exploração da criança em espectáculos e materiais pornográficos.” (WHO 1999)

CONFIDENCIALIDADE: A confidencialidade é um princípio ético que está associado a profissões de serviços médicos e sociais. Manter a confidencialidade exige que os profissionais de serviços protejam as informações sobre o caso de um cliente e apenas as compartilhem com a sua permissão explícita. Toda a informação escrita deve ser mantida num lugar confidencial em arquivos lacrados. Pode haver limites à confidencialidade quando se trabalha com crianças (ex. pode haver exigência de notificação obrigatória por agressão e/ou abuso de crianças).

DIVULGAÇÃO/REVELAÇÃO: O processo de revelar informação. Em referência a este documento, a divulgação no contexto de abuso sexual refere-se especificamente à forma como uma pessoa é informada que uma criança foi vítima de abuso sexual. A divulgação sobre o abuso sexual pode ser comunicada directa ou indirectamente, voluntária ou involuntariamente.

VIOLÊNCIA DE GÉNERO (VBG): Em termos mais amplos, a "violência de género" é a violência que é dirigida a um indivíduo com base no seu sexo biológico, identidade de género ou na sua adesão percebida a normas socialmente definidas de masculinidade e feminilidade. Inclui o abuso físico, sexual e psicológico; ameaças; coerção; privação arbitrária de liberdade; e privação económica, seja na vida pública ou privada.

- A VBG assume muitas formas e pode ocorrer ao longo do ciclo de vida, desde a fase pré-natal durante a infância e adolescência, os anos reprodutivos e a idade avançada (Moreno 2005). Tipos de VBG incluem o infanticídio feminino; as práticas prejudiciais tradicionais, tais como o casamento precoce e forçado, crimes de "honra" e a mutilação genital feminina; abuso sexual e escravidão infantil; tráfico de pessoas; coerção e abuso sexual; negligência; violência doméstica; e abuso de idosos.
- Mulheres e meninas estão sob maior risco e são as mais afectadas pela VBG. Consequentemente, os termos "violência contra as mulheres" e "violência de género" são frequentemente usados como sinónimos. No entanto, os meninos e homens também podem ser vítimas de VBG, como as minorias sexuais e de género, como homens que fazem sexo com outros homens e pessoas transgénero. Independentemente do alvo, a VBG está enraizada nas desigualdades estruturais entre homens e mulheres e caracteriza-se pelo uso e abuso de poder e controle físico, emocional ou financeiro

PRINCÍPIO DE TROCAS DO LOCARD: Um princípio da ciência forense, desenvolvido por Edmund Locard em que ele descobriu que todos os contactos, não importa quão pequenos, entre dois itens resultará numa troca entre os dois. Qualquer contacto entre um criminoso e uma criança, bem como com a cena do crime em si, tem o potencial de deixar provas. Esta prova pode ser na forma de materiais de vestígio e/ou fluidos corporais do agressor.

Como o corpo da criança é avaliado, devem ser recolhidas amostras forenses de áreas onde poderão existir possíveis provas.

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA: Trata-se de leis e políticas nacionais ou jurisdicionais que obrigam certas agências e/ou pessoas em profissões de ajuda (professores, assistentes sociais, agentes de saúde, etc.) a notificar às autoridades de protecção da criança e/ou de justiça criminal os casos verificados ou suspeitos de abuso de crianças (ex. abuso físico, sexual, de negligência ou emocional assim como relações sexuais ilícitas).

AGRESSOR: A pessoa que inflige directamente ou apóia a violência ou outro abuso noutra pessoa contra a sua vontade.

Os agressores que perpetram violência contra a criança podem ser adultos ou crianças, incluindo:

- Pais, mães, tutores/guardiães ou outros cuidadores
- Outros membros da família que vivem na casa (adultos e crianças)
- Outros parentes não residentes (tios/tias, avós, primos)
- Namorado/namorada, parceiro romântico, noivo, ou marido/esposa (no caso de crianças casadas)
- Amigos, conhecidos, vizinhos (tanto os amigos da família como também pares)
- Adultos/estranhos desconhecidos
- Figuras de autoridade pública (professores, soldados, policias, religiosos, profissionais de saúde, líderes de grupos de jovens e adultos de organizações que trabalham com crianças)

VIOLAÇÃO: Penetração forçada fisicamente ou de outra forma, mesmo que ligeira, da vulva ou do ânus, utilizando o pénis, outras partes do corpo ou um objecto (Jewkes, Sen, e Garcia-Moreno 2002). A penetração da vulva, ânus ou boca com outra parte do corpo ou objecto sem consentimento.

PROFISSIONAL DE SERVIÇOS: Profissionais de serviços de saúde ou psicossociais que têm como função prestar os serviços directamente às crianças que sofreram violência baseada no género. Esses profissionais incluem aqueles que trabalharam no caso, assistentes sociais, profissionais de saúde e assistentes de protecção à criança. Nota: este termo não se refere à polícia ou às forças de segurança pública, embora grande parte das orientações nas secções da comunicação possam ser aplicadas à polícia e também a profissionais responsáveis pela aplicação da lei/segurança pública.

EXPLORAÇÃO SEXUAL: Qualquer abuso real ou tentativa de abuso que se aproveite de uma posição de vulnerabilidade, poder diferenciado ou relação de confiança para fins sexuais. Isso inclui o lucro monetário, social ou político com a exploração sexual de outro (ver também o abuso sexual infantil).¹⁵

SOBREVIVENTE/VÍTIMA: O termo "sobrevivente" no presente documento refere-se a mulheres, meninas, homens e meninos, salvo indicação em contrário. A maioria das pessoas que se apresenta para as intervenções de violência sexual e baseada no género são mulheres e meninas. É também reconhecido que homens e meninos podem ser vítimas. As directrizes referem-se à pessoa abusada como um sobrevivente, vítima, cliente ou paciente. As palavras sobrevivente, vítima, cliente e paciente devem ser usadas de forma intercambiável.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: Todas as formas de violência física ou mental, dano ou abuso, negligência ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive abuso sexual (UN 1989).

¹⁵ <http://europeandcis.undp.org/files/hrforms/STSG200313%20-%20Measures%20for%20Protection%20from%20Sexual%20Exploitation%20and%20Sexual%20Abuse.pdf>

- **Violência Física contra Crianças:** Compreende a violência física fatal e não fatal. Ela pode ser definida como o uso intencional da força física contra uma criança que resulta ou tem uma alta probabilidade de resultar em danos à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança. A violência física contra crianças inclui todos os castigos corporais e todas as formas de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, assédio físico (bullying) e abusos por adultos e por outras crianças. O castigo "corporal" ou "físico" é qualquer punição em que a força física é usada com a intenção de causar algum grau de dor ou desconforto, por mais fraco que seja. Isso inclui o bater (com a mão ou com um objecto), chutar, sacudir ou atirar, coçar, beliscar, morder, puxar os cabelos ou dar pancadas na cabeça, vergastar, açoitar, forçar as crianças a ficar em posições desconfortáveis, queimar ou forçá-la a ingerir algo (Pinheiro 2006).
- **Violência Emocional contra Crianças:** Um padrão de falhas ao longo do tempo ou um incidente isolado proporcionam um ambiente inadequado ao desenvolvimento e sem apoio que tem uma alta probabilidade de prejudicar a saúde física ou mental da criança ou o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social. Ela pode incluir:
 - Todas as formas de interacção prejudiciais persistentes com a criança, por exemplo, transmitindo às crianças a ideia de que elas são inúteis, não amadas, indesejadas, que estão em perigo ou apenas que têm valor para satisfazer as necessidades de outros
 - Assustar, aterrorizar e ameaçar; explorar e corromper; desprezar e rejeitar; isolar, ignorar e favoritismos
 - Negar resposta emocional; negligenciando as necessidades de saúde mental, médica e educacional
 - Insultar, praguejar, humilhar, menosprezar, ridicularizar
 - Expô-las à violência doméstica
 - Colocação em confinamento solitário, isolamento ou condições humilhantes ou degradantes de detenção
 - Assédio psicológico e abusos por adultos ou outras crianças, inclusive por meio de tecnologias de informação e comunicação (incluindo 'assédio virtual').⁶
- **Violência Sexual contra Crianças:** Todas as formas de abuso, e violência e exploração sexual de crianças (ver o abuso sexual infantil).

ANEXO 2

COMPORTAMENTO SEXUAL EM CRIANÇAS PEQUENAS¹⁶

Exemplos de Comportamento Sexual em Crianças de 2 a 6 Anos de Idade

Comportamentos Comuns, Normais	Comportamentos Normais Menos Comuns	Comportamento Incomuns em Crianças Normais	Raramente Normal
Tocar/mastubar os genitais em público/privado	Esfregar o corpo contra outras crianças?	Pedir a outras crianças ou adulto que se envolva em acto sexual específico	Quaisquer comportamentos sexuais que envolvam crianças que tenham 4 ou mais anos de diferença
Ver/tocar os genitais de parceiro ou irmãos novos	Tentar inserir a língua na boca ao beijar	Inserir objectos nos órgãos genitais	Uma variedade de comportamentos sexuais exibidos diariamente
Mostrar os genitais ao parceiro	Tocar genitais de outra criança ou adulto	Imitar explicitamente relações sexuais	Comportamento sexual que resulte em sofrimento emocional ou dor física
Manter-se de pé ou sentar-se muito perto	Imitação grosseira de movimentos associados a actos sexuais	Tocar nos órgãos genitais de animais	Comportamentos sexuais associados com outros comportamentos fisicamente agressivos
Tentar ver a nudez de outra criança ou adulto	Comportamentos sexuais que são ocasionais mas persistentes e perturbadores para os outros	Comportamentos sexuais que são frequentemente perturbadores para os outros	Comportamentos sexuais que envolvem coerção
Comportamentos são transitórios, poucos e distraídos	Comportamentos são transitórios e moderadamente sensíveis à distração	Comportamentos que são persistentes e resistentes à distração dos pais	Comportamentos são persistentes e a criança fica zangada se distraída

¹⁶ Academia Americana de Pediatria. <http://www2.aap.org/pubserv/PSV/preview/pages/behaviorchart.html>

ANEXO 3

FASES TANNER DE MATURAÇÃO SEXUAL¹⁷

Devido ao aparecimento e progressão da puberdade serem tão variáveis, Tanner propôs uma escala agora uniformemente aceita, para descrever o aparecimento e progressão das mudanças da puberdade (Fig. 9-24). Meninos e meninas são classificados em uma escala de 5 pontos. Meninos são classificados para o desenvolvimento genital e crescimento de pêlos pubianos, e as meninas estão classificadas para o desenvolvimento das mamas e crescimento de pêlos pubianos.

Em mulheres jovens, as fases Tanner de desenvolvimento mamário, são as seguintes (Fig 9 – 24, C)

- Fase I (Pré-adolescente) – Apenas a papila mamária (mamilo) é elevada acima do nível da parede torácica.
- Fase II (Broto mamário) – Elevação dos seios e papilas podem ocorrer como um pequeno montículo, juntamente com algum aumento do diâmetro da aréola.
- Fase III – Os seios e aréolas continuam a aumentar, embora eles não mostrem separação de contorno.
- Fase IV – A aréola e papila elevam-se acima do nível das mamas e formam um montículo secundário com o maior desenvolvimento do tecido global da mama.
- Fase V – Desenvolvimento dos seios femininos de aspecto adulto. As papilas podem prolongar ligeiramente acima do contorno dos seios, como resultado da recessão da aréola.

As fases de desenvolvimento dos genitais masculinos são os seguintes: (Fig. 9 – 24, A):

- Fase I (Pré-adolescente) – Os testículos, bolsa escrotal e pênis têm um tamanho e uma proporção aos da primeira infância.
- Fase II – Verifica-se o aumento do tamanho do escroto e dos testículos e uma mudança na textura da pele do escroto. A pele do escroto também pode ficar avermelhada, algo que não é óbvio quando visto numa fotografia a preto e branco.
- Fase III – Verifica-se um maior crescimento do pênis, inicialmente em comprimento, apesar de algum aumento em circunferência. Verifica-se também um aumento de crescimento dos testículos e escroto.
- Fase IV – O pênis aumenta significativamente em comprimento e circunferência, e tem um maior desenvolvimento da glande. Os testículos e escroto continuam a aumentar e há um visível escurecimento da pele do escroto. Isto é difícil de avaliar numa fotografia a preto e branco.
- Fase V – A genitália é adulta no que diz respeito ao tamanho e forma.



Fig. 9-24, C



Fig. 9-24, A

¹⁷ Departamento de Saúde de Vermont. <http://healthvermont.gov/family/toolkit/tools%5CJ-1%20CARD%20Tanner%20Stages.pdf>

O crescimento dos pêlos púbicos no sexo feminino são os seguintes (Fig 9 – 24, B):

- Fase I (Pré-adolescente) – Uma penugem desenvolve-se na região púbica de uma forma não maior do que sobre a parede anterior. Não há pêlos sexuais.
- Fase II – Pêlos espaçados, longos, pigmentados e macios, que são lisos ou ligeiramente ondulados. Estes pêlos são vistos principalmente ao longo dos lábios. Esta fase é difícil de quantificar em fotografias a preto e branco, especialmente quando as imagens são de pêlos ou sujeitos com pêlos.
- Fase III – Aparecem pêlos consideravelmente mais escuros, espessos e crespos. O cabelo já se espalhou esparsamente sobre a junção do púbis.
- Fase IV – A distribuição dos pêlos é do tipo de adulto, mas diminui em quantidade total. Não há propagação para a superfície medial das coxas.
- Fase V – O cabelo é adulto em quantidade e tipo, e parece ter um triângulo invertido do tipo classicamente feminino. É espalhada à superfície medial das coxas, mas não acima da base do triângulo invertido.



As fases do desenvolvimento dos pêlos pubianos masculinos são as seguintes (Fig. 9-24, D):

- Fase I (Pré-adolescente) – Penugem aparece sobre a região púbica com um grau de desenvolvimento semelhante ao longo da parede abdominal. Não há pêlos pubianos sensíveis aos andrógenos.
- Fase II – Verifica-se o desenvolvimento escasso de pêlos longos, pigmentados e macios, ligeiramente ondulados ou lisos. O cabelo é visto principalmente na base do pênis. Esta fase pode ser difícil de avaliar numa fotografia, especialmente se o sujeito tiver pêlos claros.
- Fase III – Os pêlos pubianos são consideravelmente mais escuros, mais grossos e encaracolados. A distribuição é já espalhada ao longo da junção do púbis, e neste ponto o pêlo pode ser facilmente reconhecido em fotografias a preto e branco.
- Fase IV – A distribuição de pêlos é agora de adulto no tipo, mas ainda é consideravelmente menor que a observada em adultos. Não há propagação para a superfície medial das coxas.
- Fase V – A distribuição de pêlos é de adulto em quantidade e tipo, sendo delimitada como um triângulo invertido. Pode-se expandir para a superfície medial das coxas.



ANEXO 4

MANUAL DE AJUDA DE PREPARAÇÃO DA INSTALAÇÃO CLÍNICA E SUA MONTAGEM

Este manual de trabalho pode ser usado como uma lista de verificação para ajudar o estabelecimento clínico (administradores e profissionais do estabelecimento) a verificar o seu preparo para uma resposta eficaz de tratamento médico de crianças que sofreram violência e exploração sexual. Uma consideração prioritária específica deve ser dada à formação do corpo clínico local.

Exames médico forenses devem ocorrer numa instalação médica onde haja excelente acesso à gama completa de serviços que possam ser necessitados pela criança. Idealmente, isso seria um hospital ou clínica. As crianças devem ser capazes de aceder a serviços 24 horas por dia. Se isso não for possível, elas devem aceder à clínica durante os horários de funcionamento. Os cuidados devem ser éticos, compassivos, objectivos e centrados na criança. Restrições de recursos podem excluir a possibilidade de prestação de serviços numa instalação ideal, mas é possível melhorar a qualidade das instalações existentes, garantindo que elas sejam acessíveis, seguras, limpas e privadas (WHO 2003).

Preparação Geral da Instalação

- Desenvolver e implementar políticas, procedimentos e protocolos escritos no idioma dos profissionais de cuidados.
- Garantir formação do profissional na violência e exploração sexual infantil.
- Desenvolver formulários de documentação clínica e avaliação física.
- Desenvolver e implementar um sistema de armazenamento seguro de registos médicos.
- Desenvolver um sistema de monitoramento de dados.

Montagem do Local de Exame

- Determinar o local apropriado para um exame com privacidade.
- Use os recursos disponíveis para criar um ambiente esteticamente amigável para a criança.
- Garantir o acesso imediato a iluminação, sabão e água, e unidades sanitárias adequadas.
- Desenvolver um plano de recursos humanos que incentive a disponibilidade de profissionais de saúde capacitados, 24 horas por dia.
- Plano para a disponibilidade de guardião/acompanhante para estar presente na sala da exame durante a porção ano-genital da avaliação médica.

Equipamento Necessário

- Luvas sem pó não-estéreis para exame
- Mesa de exame que permite o posicionamento de litotomia
- Espéculo (APENAS para crianças pós-púberes)
- Materiais de culturas
- Lubrificante
- Kits de recolha de provas
- Materiais forenses (ver Capítulo 2)
- Recipiente de eliminação de objectos cortantes
- Agulhas, seringas
- Água estéril, soro fisiológico estéril
- Batas de paciente, roupas de cama/lençóis
- Material médico básico para o tratamento de lesões(suturas, curativos, talas, tesoura)
- Materiais de conforto do paciente, tais como material de higiene feminina, alimentos, bebidas, produtos de higiene pessoal, roupa extra/interior
- Equipamento de ressuscitação
- Câmara digital e materias relacionados, tais como cartões de memórias, baterias, flash e referência fotográfica governante/padrão
- Lupa Manual
- Acesso a autoclave para esterilizar equipamento se necessário
- Acesso a instalações laboratoriais ou de testes
- Escalas, gráfico de altura e fita de medição

ANEXO 5

COMPREENSÃO DO CONSENTIMENTO E CONCORDÂNCIA INFORMADOS E DIREITOS DOS PACIENTES

É importante para o profissional de cuidados de saúde que tenha um entendimento básico da informação necessária para transmitir ao paciente quanto às opções disponíveis durante o exame e obter o seu consentimento ou concordância para os cuidados. Como a idade mínima para consentimento médico e consentimento para testes de HIV varia conforme o país, é imperativo que os profissionais estejam cientes das leis nacionais em matéria do consentimento e compreendam essas leis.

Uma criança que tem a idade de **consentimento**(que varia por país) deve assinar a permissão para todos os tratamentos, inclusive o exame médico forense. Uma criança que está abaixo da idade de consentimento para o tratamento ainda deve concordar com cuidado e a ela deve ser pedido seu **parecer favorável** para prosseguir. Se a criança não estiver na idade de consentimento, o médico deve obter o consentimento de pais/tutores ou responsáveis, além do parecer favorável da parte da criança. A criança nunca deve ser forçada a submeter-se ao exame médico forense (ex. verificação de virgindade).

Os profissionais de saúde precisam saber as seguintes informações no que diz respeito aos direitos legais das crianças na tomada de decisão:

- A(s) pessoa(s) responsável(is) pelo fornecimento de permissão (consentimento informado) para o atendimento e tratamento de uma criança no contexto local
- A idade em que uma criança é capaz de consentir de forma independente aos cuidados e tratamentos no contexto local
- Os mecanismos para que terceiros forneçam o consentimento se os responsáveis ou tutores não estiverem disponíveis ou se um cuidador ou pai/mãe é o suspeito agressor.

Porção da Exame	Consentimento Necessário
Exame médico forense	consentimento escrito
Recolha de amostras forenses	consentimento escrito
Divulgação de informações e documentação para a polícia/outras agências(como o trabalho social)	consentimento escrito
Foto-documentação da exame	consentimento escrito
Testagem ao HIV	consentimento escrito
Contracepção de emergência	consentimento escrito

O consentimento pode ser por escrito, num único documento, e pode haver uma lista de verificação de itens para que o consentimento seja dado a cada um dos itens individualmente. O paciente pode consentir em cada procedimento e o consentimento pode ser obtido a qualquer momento do processo (uma amostra de formulário de consentimento está incluído).

A criança e o tutor devem compreender a necessidade de proteger a criança contra maiores danos, inclusive a realização de todos os relatórios obrigatórios que podem ser necessários no caso de violência e exploração sexual infantil, idéias suicidas ou homicidas, ou exploração. Uma criança capaz de dar a sua própria história deve fazê-lo sozinha com o profissional para assegurar a confidencialidade e a liberdade da criança de falar abertamente quando as perguntas lhe forem feitas (ex. qualquer actividade sexual consensual).

As crianças também devem entender que elas podem interromper o processo de exame a qualquer momento e pedir um intervalo a qualquer momento. Elas também podem ter alguém de confiança para ficar com elas durante o exame (reconhecer de que o cuidador/pai ou mãe pode não ser a pessoa que a criança prefere). O profissional de cuidados deve deixar claro que não há problemas de a criança fazer perguntas quando elas não tiverem clareza sobre o que lhes está a ser solicitado ou se não entenderem alguma coisa. Deve-se perguntar à criança durante o exame se tem alguma questão.

Directrizes de Consentimento/Parecer Informado (IRC/UNICEF 2012)

Faixa Etária	Criança	Cuidador	Se Não houver cuidador ou Não for no Melhor Interesse da Criança	Meios
0-5		Consentimento Informado	Consentimento informado de outros adultos confiáveis ou trabalhadores de caso	Consentimento por escrito
6-11	Concordância Informada	Consentimento Informado	Consentimento informado de outros adultos confiáveis ou trabalhadores de caso	Concordância verbal, Consentimento por escrito
12-14	Concordância Informada	Consentimento Informado	Concordância de outros adultos confiáveis ou trabalhadores de caso. Nível suficiente de maturidade (da criança) deve ser levado em consideração com o seu devido peso.	Concordância verbal, Consentimento por escrito
15-18	Consentimento Informado	Obter o consentimento informado com a permissão da criança	Consentimento informado da criança e nível suficiente de maturidade deve ser levado em consideração com o seu devido peso.	Consentimento por escrito

Os direitos dos pacientes variam de acordo com o país e às vezes até com a jurisdição. O profissional de saúde deve estar ciente das políticas de direitos de qualquer paciente local ou nacional existente, e utilizar estes no atendimento de crianças que sofreram violência e exploração sexual. Se não existirem diretrizes nacionais ou locais, então a clínica de prestação de cuidados pós-violação deve desenvolver políticas sobre os direitos dos pacientes. Embora nos devamos esforçar para garantir um resultado de justiça criminal adequado para a criança, deve-se reconhecer que as comunidades têm diferentes níveis de resposta e infra-estrutura para proporcionar este resultado. Reconhecer que o aspecto mais importante do profissional de cuidados de saúde é fornecer a saúde e o bem-estar da criança no consulta de cuidados e que a criança será tratada com dignidade e compaixão.

EXEMPLO DE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO¹⁸

NOME DA INSTALAÇÃO

Nota para o profissional de saúde: Leia todo o formulário à criança que vivenciou violência e exploração sexual e/ou responsável, explicando que ele/ela pode escolher qualquer (ou nenhum) dos itens listados. Obtenha uma assinatura ou uma impressão digital do polegar com a assinatura de uma testemunha.

Eu, _____ (escreva o nome do paciente ou pai/cuidador) autorizo a instalação de saúde acima mencionada a executar o seguinte (marque as caixas apropriadas) na minha/meu filha/a: _____
[inserir nome da criança]:

Paso	Sim	Não
Realizar um exame médica completa, que pode incluir um exame genital		
Recolher amostras para possíveis provas que podem incluir: recolha de roupas, pelos, pedaços de unhas, amostras de sangue e fotografias		
Fornecer provas e informações médicas à polícia e tribunais a respeito do meu caso/ da/o meu/minha filha/o; esta informação será limitada a este exame e todos os cuidados de acompanhamento pertinentes serão fornecidos		

Assinatura _____

Data _____

Testemunha _____

¹⁸Fonte: Diretrizes Nacionais de Gestão da Violência Sexual no Quênia, 2nd ed., 2009

ANEXO 6

O EXAME FÍSICO DA "CABEÇA AOS PÉS"

Abaixo está detalhado um exame físico sistemático da criança da cabeça aos pés, conduzido passo-a-passo. O exame deve ser conduzido proporcionando o máximo de dignidade e privacidade possível. Limitar a exposição do corpo à zona que está a ser examinada (ex. quando da observação dos seios, só expor essa área em particular, tapando o resto do corpo para dar privacidade à criança).

Passo	Observações	Outros
Passo 1	Observe a aparência em geral da criança, comportamento, e fase de desenvolvimento.	Verifique os sinais vitais, a altura, o peso e a circunferência da cabeça quando apropriado.
Passo 2	Inspeccione a cabeça e couro cabeludo. Observe as áreas de cabelo em falta e os indícios de hematomas/petéquias no couro cabeludo.	Apalpar o couro cabeludo para identificar áreas sensíveis. Apalpando-se suavemente o couro cabeludo, pode-se identificar sensibilidade e inchaço indicativos de hematomas. A perda de cabelo devido a puxões de cabelo durante a agressão pode resultar em cabelos soltos, que podem ser recolhidos pelas mãos com luvas do examinador, ou em petéquias na superfície do couro cabeludo; apalpando-se suavemente as margens do maxilar e margens orbitais, podem ser identificadas sensibilidade indicativa de contusão ainda não visível.
Passo 3	Inspeccione os olhos, observar as áreas de hematomas ao redor dos olhos (isso pode ser sutil), e olhar para a presença de petéquias ou hemorragia conjuntival. Inspeccione todas as superfícies do pescoço para identificar possíveis lesões.	Apalpe o pescoço para identificação de enfisema sub-cutâneo. Qualquer desses sinais pode indicar que ocorreu um evento de estrangulação.
Passo 4	Inspeccionar o exterior e interior das orelhas, sem esquecer a área atrás das orelhas, buscando indícios de hematomas sombreados ou sinais de luta, o que pode ser um sinal de que existe uma fratura no crânio. Sangramento ou vazamento de líquido	

Passo	Observações	Outros
	cefalorraquidiano(CSF) do ouvido pode também indicar fractura no crânio	
Passo 5	Inspeccionar o nariz e a boca; Procurar no nariz sinais de hemorragia ou vazamento de CSF, ou áreas de hematomas na parte externa do nariz. A boca deve ser inspeccionada cuidadosamente; inclua os lábios, gengivas e língua, verificando se há lesão dessas estruturas e da mucosa bucal. Petéquias no palato duro/mole podem indicar penetração oral ou estrangulamento. Verifique a área do frênulo para identificar cortes e dentes partidos.	Recolher cotonetes orais, como indicado.
Passo 6	Lesões observadas no pescoço podem indicar um possível evento de estrangulamento, o que pode levar o profissional a fazer perguntas adicionais. Inspeccione todas as superfícies do pescoço buscando identificar lesões.	Apalpar o pescoço para identificar enfisema subcutâneo e anotar todas as marcas de amarração. Qualquer um destes sinais podem indicar que ocorreu um evento de estrangulamento. Escoriações vistas no pescoço nos casos de estrangulamento podem ser causadas pela criança quando ela tenta se proteger de um estrangulamento. Petéquias ou hematomas vermelhos de mordidas e chupadelas devem ser anotados e esfregadas com cotonete para a recolha de saliva antes de serem tocados.
Passo 7	Avaliar as mãos da criança inspeccionando todos os lados para verificar se há lesões, e observar a aparência geral; observar os pulsos por sinais de marcas de amarras.	Recolher vestígios de unhas, conforme apropriado.
Passo 8	Inspeccione os antebraços em busca de ferimentos, a circulação adequada, sensação e movimento; devem ser observadas quaisquer lesões ou locais de punção por via intravenosa.	Apalpar para verificar se há sensibilidade
Passo 9	Inspeccione as superfícies internas dos braços e axilas em busca de sinais de lesões, circulação adequada, sensação e movimento.	Crianças que foram restringidas por mãos podem ter nódos negros com as "impressões digitais" das mãos dos agressores nos seus braços.

Passo 10	Os seios e tronco devem ser examinados. Lesões sutis e evidentes podem ser vistas numa variedade de lugares ao longo do tronco. Os seios são frequentemente alvo de agressão em pacientes do sexo feminino, incluindo sucção e marcas de mordidas.	Passe um cotonete nas áreas com saliva se indicado. Auscultar os pulmões.
Passo 11	Observe a parte de trás da criança. Isso pode ser feito neste momento virando-a para completar a avaliação. Também pode ser feito com a criança levantada após a conclusão do exame para fazer uma observação final das costas enquanto estão de pé.	Observe procurando lesões e contusões e apalpe as áreas para verificar a sensibilidade
Passo 12	Completar o exame abdominal, incluindo inspeção, ausculta, palpação para excluir qualquer trauma interno	Se houver suspeita de fluido corporal ou saliva, passar cotonete para recolha de provas
Passo 13	Examinar os aspectos anteriores e posteriores das pernas prestando especial atenção à parte interna das coxas na procura de lesões. Observar se há lesão, materiais estranhos e avalie a sensibilidade. Avaliar também os pés e tornozelos por lesões semelhantes, materiais estranhos e sensibilidade, incluindo as solas dos pés.	Recolher materiais estranhos se presentes, apalpar a procura de sensibilidade e limitação de movimentos.
Passo 14	A inspeção dos aspectos posteriores das pernas pode ser mais fácil de conseguir com a criança de pé ou sentada no colo do pai/mãe. Alternativamente, a criança pode ser examinada em decúbito dorsal, solicitando-lhe que levante uma perna de cada vez e, em seguida, vire um pouco para que se possa inspeccionar cada nádega.	Qualquer prova biológica deve ser recolhida com um cotonete úmido (buscando sémen, saliva, sangue) ou com as mãos enluvadas (buscando pelos, fibras, erva, terra).
Passo 15	Deformidades físicas óbvias devem ser observadas.	Notação de tatuagens é geralmente desnecessário a menos que a presença da tatuagem seja de alguma forma relacionada com o crime em si(ou seja, o agressor tatuou a vítima no momento do crime).

ANEXO 7

DESCRIÇÃO DE CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES FÍSICAS (WHO/UNHCR 2004)

Catacterísticas	Notas
Classificação/tipo	Usar a terminologia aceite sempre que possível, tais como abrasão, contusão, laceração, ferida de incisão
Local	Registrar o local da ferida/lesão
Tamanho	Medir a ferida (usando uma régua ou outro método normalizado tal como uma moeda)
Forma	Descrever a forma da ferida(s): linear, curvada, irregular
Arredores	Observar a condição dos tecidos vizinhos: com hematoma, inchado, sensível
Cor	Observar todas as variações de cor: vermelhão, hematomas, palidez
Conteúdo	Note a presença de material estranho na ferida: sujeira, detritos, vidro
Idade	Note quaisquer lesões em processo de cicatrização, tais como cortes com crostas de cicatrização; usar muita cautela nessa área, NÃO datar ou tentar datar contusões
Bordas	Caracterizar margens da ferida: áspero, liso
Profundidade	Dar uma estimativa da profundidade das feridas, se presentes

ANEXO 8

MANUAL DE AJUDA DA GESTÃO MÉDICA DE VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL

Os profissionais podem usar este manual de trabalho como um lembrete de lista de tarefas que devem ser concluídas ao avaliar uma criança que vivenciou violência e exploração sexual.

- Obter a história da criança sem o cuidador presente sempre que possível.
- Registrar a história obtida directamente da criança quando apropriado, utilizando citações literais sempre que possível (com crianças de 4 ou mais anos).
- Obter história do cuidador presente, sem a criança presente, sempre que possível, a menos que a criança não fale.
- Registrar a história obtida a partir do cuidador.
- Estabelecer prazos do último contacto com o agressor (exame agudo ou não agudo).
- Identificar e abordar problemas de segurança se o agressor identificado residir no mesmo local da criança
- Identificar e documentar qualquer tipo de tratamento prestado
- Garantir a recolha de provas se a agressão tiver sido a menos que (<)72 horas/3 dias atrás em crianças pré-púberes.
- Garantir a recolha de provas se a agressão tiver sido a menos que (<)168 horas/7 dias em crianças púberes.
- Identificar e documentar as lesões na superfície corporal.
- Identificar e documentar lesões ano-genitais.
- Oferecer prevenção de gravidez quando for apropriado devido ao risco (penetração do pénis/vagina relatado ou suspeito) e fase de desenvolvimento sexual.
- Cultura para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) quando apropriado
 - Testagem de urina NAAT em adolescentes ou crianças pré-púberes
 - Usar cotonetes para a cultura anal e oral, como necessário para a gonorreia ou clamídia
- Oferecer prevenção de ISTs a crianças púberes.
- Oferecer HIVePPE quando apropriado e disponível.
- Cumprir as obrigações de notificação obrigatória quando aplicável.
- Fornecer recursos baseados na comunidade sempre que possível.
- Planear e documentar os cuidados de acompanhamento.

ANEXO 9

MANUAL DE AJUDA DO PAPEL DO CLÍNICO NA RECOLHA DE PROVAS

Os profissionais podem usar este manual para determinar que tipo de provas devem ser recolhidas, como devem ser recolhidas, e em que período de tempo após um episódio de violência e exploração sexual.

- Se um médico vê um paciente logo após a violência e exploração sexual, a recolha de provas deve ser oferecida como parte do padrão de atendimento ao paciente.
- A recolha de provas deve ocorrer em crianças pré-púberes se a agressão ocorreu nas últimas 72 horas/3 dias.
- A recolha de provas deve ocorrer em crianças púberes se a agressão ocorreu nas últimas 168 horas/7 dias.

Tipo/Natureza da agressão	Amostra de Prova	Possível Material	Equipamento	Instruções de Amostragem
Penetração pênis/oral com ou sem ejaculação	Cotonetes Oraís	O fluido seminal se houve penetração oral no espaço de 2 dias	Cotonetes estéreis	Use dois cotonetes para raspar/esfregar a cavidade oral (por exemplo, sob a língua, ao redor dos dentes, bochechas e gengivas).
Em todos os casos de recolha de provas	Cotonetes Bucais	Referência da amostra de ADN do paciente	Cotonetes estéreis	Use dois cotonetes para raspar/esfregar o aspecto interior de cada bochecha pelo menos 20 minutos após o paciente ter comido ou bebido. Isto deve ser concluído após usar cotonetes orais .
Se houver suspeita de assalto sexual facilitado com droga Se o laboratório regista não aceitar o cotonete bucal como referência de amostra de ADN	Sangue	Se houver suspeita de violência e exploração sexual facilitada com drogas dentro de 24 horas do exame	Tubo de sangue com oxalato de potássio OU pelo menos 1,5% de fluoreto de sódio + oxalato de potássio OU um tubo de EDTA (ácido ethylenediaminetetra-acético)	Recolher 10 ml de sangue venoso

Tipo/Natureza da agressão	Amostra de Prova	Possível Material	Equipamento	Instruções de Amostragem
Se houver suspeita de agressão sexual facilitada com droga	Urina	Se houver suspeita de violência sexual facilitada com drogas no prazo de 120 horas do exame ¹⁹	Recipiente estéril apropriado com pelo menos 1,5% de fluoreto de sódio conservante	Recolher um mínimo de 90 ml de urina.
Se o paciente quebrou uma unha durante a agressão ou arranhou ou enfiou as unhas no corpo do assaltante	Cotonetes de Unhas	Pele, sangue, fibras, etc(do agressor); e para a comparação com qualquer unha quebrada encontrada na cena	Cotonetes estéreis x 2 Água estéril	Humedeça o primeiro cotonete com água estéril e limpe sob as unhas. Repita o procedimento com o segundo cotonete seco. (Utilize dois cotonetes para cada mão) Apenas recolher recortes de unha se se partiu alguma durante a agressão.
Se o atacante colocar a boca em qualquer parte do paciente, recolher uma amostra Se material estranho ou detritos forem vistos durante o exame, recolher amostra.	Outras amostras da superfície corporal	Fluidos corporais/ADN; outros materiais estranhos possíveis (pele dentro de 48 horas) Material estranho(ex. a vegetação, o cabelo emaranhado, ou pelos estranhos)	Cotonetes estéreis x 2 por local Água estéril Folho/envelope farmacêutico	Humedeça o primeiro cotonete com água e roce/esfregue sobre os sítios onde o sémen, fluidos corporais, ou ADN possam estar presentes. Repita o procedimento com o segundo cotonete seco. Coloque o material estranho num folho e coloque-o num envelope. Lacre o envelope de evidência.
Penetração do pênis/vaginal ou outro contacto entre genitais	Genitália: Pré-púbere Genitália externa	Fluidos corporais/ADN; outros possíveis materiais estranhos	Cotonetes estéreis Água estéril	Humedeça o primeiro cotonete com água estéril e roce/esfregue-o minuciosamente sobre a genitália externa. Repita o procedimento com o segundo cotonete seco.

¹⁹ Society of Forensic Toxicologists Drug-Facilitated Sexual Assaults Fact Sheet: <http://soft-tox.org/sites/default/files/DFSA-Fact-Sheet.pdf>

Tipo/Natureza da agressão	Amostra de Prova	Possível Material	Equipamento	Instruções de Amostragem
Penetração do pênis/vaginal ou outro contacto entre genitais	<p>Genitália: Púbere</p> <p>Genitália externa</p> <p>Baixa vaginal</p> <p>Alta vaginal</p> <p>Colo do Útero</p>	Fluidos corporais/ADN; outros materiais estranhos possíveis	<p>Cotonetes estéreis</p> <p>Água estéril</p> <p>Espéculo e lubrificante à base de água (ex. K-Y®, Pedicat®, Gelcat®)</p>	<p>Humedeça o primeiro cotonete com água estéril e roce/esfregue completamente sobre a genitália externa. Repita o procedimento com um segundo cotonete seco.</p> <p>Insira um cotonete seco na parte inferior da vagina (um terço ou cerca de 2-4 cm para além do orifício vaginal) e use um movimento suave de rotação para se obter uma amostra. Repita o procedimento com um segundo cotonete seco.</p> <p>Insira um espéculo estéril e lubrificado na vagina. Insira um cotonete seco e roce/esfregue sobre a mucosa do segundo terço superior e fôrnices da vagina. Repita o procedimento com um segundo cotonete seco. Se não for possível inserir um espéculo, tente obter dois cotonetes vaginais.</p> <p>Com o espéculo no lugar, usar dois cotonetes secos, um de cada vez, para roçar a superfície do colo do útero.</p>
Penetração do pênis/anal; penetração do pênis/rectal; penetração ou contacto oral/anal	<p>Ano-rectal:</p> <p>Área Peri-anal</p> <p>canal anal</p>	Fluidos corporais/ADN; outro material	<p>Cotonetes estéreis</p> <p>Água estéril</p>	<p>Humedeça o primeiro cotonete com água e roce/esfregue sobre a área/dobras peri-anal. Repita o procedimento com o segundo cotonete seco.</p> <p>Usando mais dois cotonetes, repita o mesmo procedimento com o canal anal.</p>

Tipo/Natureza da agressão	Amostra de Prova	Possível Material	Equipamento	Instruções de Amostragem
Contacto oral; contacto anal ou rectal; material estranho suspeito(ou seja, lubrificante)	<p>Cotonetes pénis:</p> <p>Haste do pénis e prepúcio (pele)</p> <p>Glande</p>	Fluidos corporais/ADN; outro material	Cotonetes estéreis Água estéril	<p>Humedeça o primeiro cotonete com água e roce/esfregue sobre o haste do pénis e prepúcio/pele (quando presente). Repita o procedimento com o segundo cotonete seco.</p> <p>Repitar o mesmo procedimento para a glande evitando a uretra. (Raspar a uretra irá resultar na obtenção do ADN do próprio paciente.)</p>
Se o paciente está a usar mas mesmas roupas que no momento da agressão, recolher as roupas de baixo apenas se o paciente mudou de roupa desde a agressão	Vestuário	Materiais estranhos aderentes(ex. sémen, sangue, pelos, fibras)	Sacos de papel	Vestuário usado no momento do ataque deve ser colocado num saco de papel. Itens molhados devem ser secados, se possível. Todos os itens devem ser ensacados separadamente.
Se o paciente estava a usar um tampão/penso/fralda no momento do ataque ou imediatamente a seguir; se for encontrado um preservativo no ou sobre o corpo do paciente a partir da agressão	Pensos higiénicos, tampões, pensos diários, fraldas, preservativos	Fluidos corporais/ADN; outros materiais estranhos (ex. sémen, sangue, pelos)	Recipiente estéril apropriado Pinça pequena	<p>Recolha se utilizado durante ou após a penetração vaginal ou anal</p> <p>Para preservativos: usar a pinça pequena para fechar a extremidade aberta e colocar num recipiente estéril.</p>

ANEXO 10

HISTÓRIAL DA AMOSTRA, FORMULÁRIO DE EXAME (WHO/UNHCR 2004) E MAPAS CORPORAIS²⁰

Histórial Médico e Formulário de Exame - Violência Sexual

I. INFORMAÇÃO GERAL

Primeiro Nome		Último Nome	
Morada			
Sexo	Data de Nascimento (dd/mm/aa)		Idade
Data/hora do exame /		Na presença de	

No caso de uma criança, incluir: nome da escola, nome dos pais ou responsável

2. O INCIDENTE

Data do Incidente:		Hora do Incidente:		
Descrição do Incidente (descrição do/a sobrevivente)				
Violência Física	Sim	Não	Descrever o tipo e localização no corpo	
Tipo (espancamento, mordedura, puxar cabelo, etc.)				
Uso de algo para restringir movimentos				
Uso de ama(s)				
Drogas / álcool envolvido				
Penetração	Sim	Não	Incerteza	Descreva (oral, vaginal, anal, tipo de objecto)
Pénis				
Dedo				
Outro (descreva)				

²⁰www.ou.edu/cwtraining/assets/pdf/.../Anatomical%20Drawings.doc

	Sim	Não	Incerteza	Localização (oral, vaginal, anal, outro)
Ejaculação				
Foi usado preservativo				

Se o sobrevivente é uma criança, perguntar também: Isto já aconteceu antes? Quando foi a primeira vez? Há quanto tempo está a acontecer? Quem fez isto? Essa pessoa ainda é uma ameaça? Perguntar também sobre sangramentos na vagina ou no recto, dores ao caminhar, disúria, dores na passagem das fezes, sinais de corrimento, qualquer outro sinal ou sintoma.

3. HISTÓRICO MÉDICO

Depois do incidente, o sobrevivente		Sim	Não		Sim	Não
Vomitou?				Enxaguou a boca?		
Urinou?				Mudou de roupa?		
Defecou?				Lavou-se ou tomou banho?		
Escovou os dentes?				Usou tampão ou penso?		
Uso de contracepção						
Pilúla		DIU		Esterilização		
Injectável		Preservativo		Outro		
Histórial menstrual/obstrético						
Último período menstrual (dd/mm/aa)			Menstruação na hora do incidente Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Evidência de gravidez		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Número de semana da gravidez _____ semanas		
Histórial obtrético						
Histórial de relações sexuais consentidas (apenas se foram recolhidas amostras para analisar ADN)						
Última relação sexual consentida dentro de uma semana antes da agressão		Data (dd/mm/aa)			Nome do indivíduo:	
Problemas de saúde existentes						
Histórial de mutilação genital feminina, tipo						
Alergias						
Medicação actual						

Estado da vacinação	Vacinado	Não Vacinado	Desconhecido	Comentários
Tétano				
Hepatite B				
Diagnóstico de HIV/SIDA	Conhecido		Desconhecido	

4. EXAME MÉDICA

Aparência (vestuário, cabelo, deficiência física ou mental evidente)		
Estado mental (calmo, a chorar, ansioso, cooperativo, depressivo, outro)		
Peso:	Altura:	Fase Puberal (pré-púbere, púbere, maduro):
Pulso:	Pressão sanguínea:	Respiração: Temperatura:
Achados físicos		
Descrever de forma sistemática e desenhar sobre os pictogramas do corpo anexados a localização exacta de todas as feridas, hematomas, petéquias, marcas, etc. Documentar tipo, tamanho, cor, forma e outros detalhes. Seja descritivo, não interprete resultados.		
Cabeça e rosto		Boca e nariz
Olhos e orelhas		Pescoço
Peito		Costas
Abdómen		Nádegas
Braços e mãos		Pernas e pés

5. EXAME GENITAL E ANAL

Vulva/escroto	Intróito e hímen	Anus
Vagina/pénis	Colo do útero	Exame vaginal bimanual/recto
Posição do paciente (supino, ventral, joelho ao peito, lateral, colo da mãe)		
Para exame genital:	Para exame anal:	

6. INVESTIGAÇÕES EFECTUADAS

Tipo e localização	Examinado/enviado ao laboratório	Resultado

7. PROVAS PRODUZIDAS

Tipo e localização	Enviado a .../armazenado	Recolhido por/data

8. TRATAMENTOS PRESCRITOS

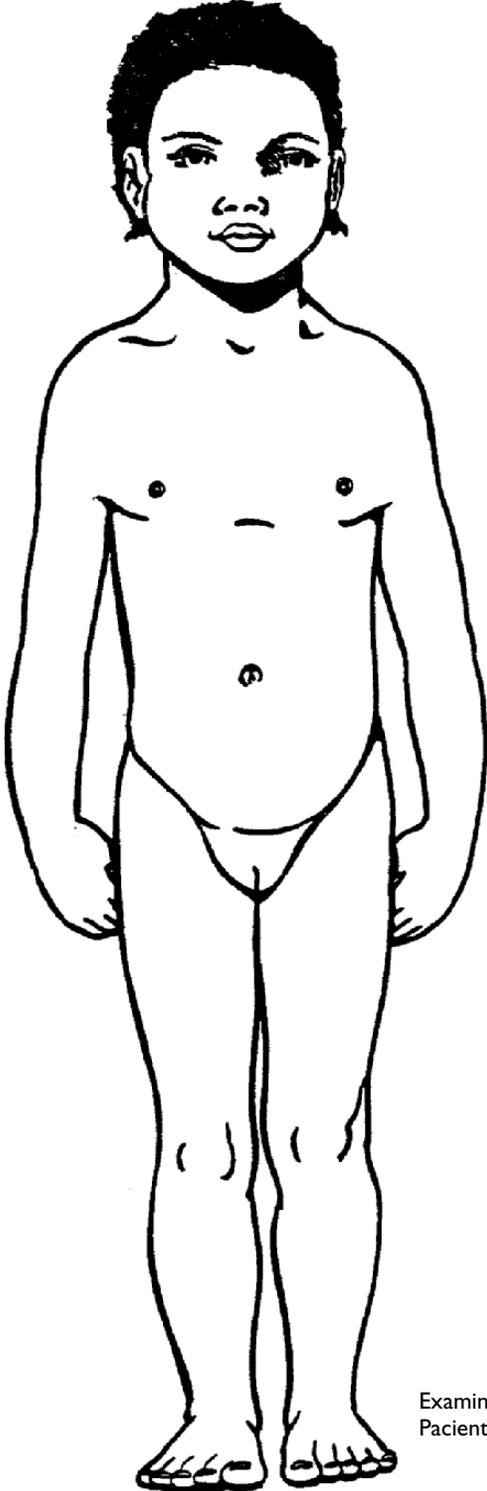
Tratamento	Sim	Não	Tipo e Comentários
Prevenção/tratamento de ITS			
Contraceção de emergência			
Tratamento de feridas			
Profilaxia de tétano			
Vacinação da Hepatite B			
Profilaxia pós-exposição para HIV			
Outro			

9. ACONSELHAMENTO, REFERÊNCIAS, ACOMPANHAMENTO

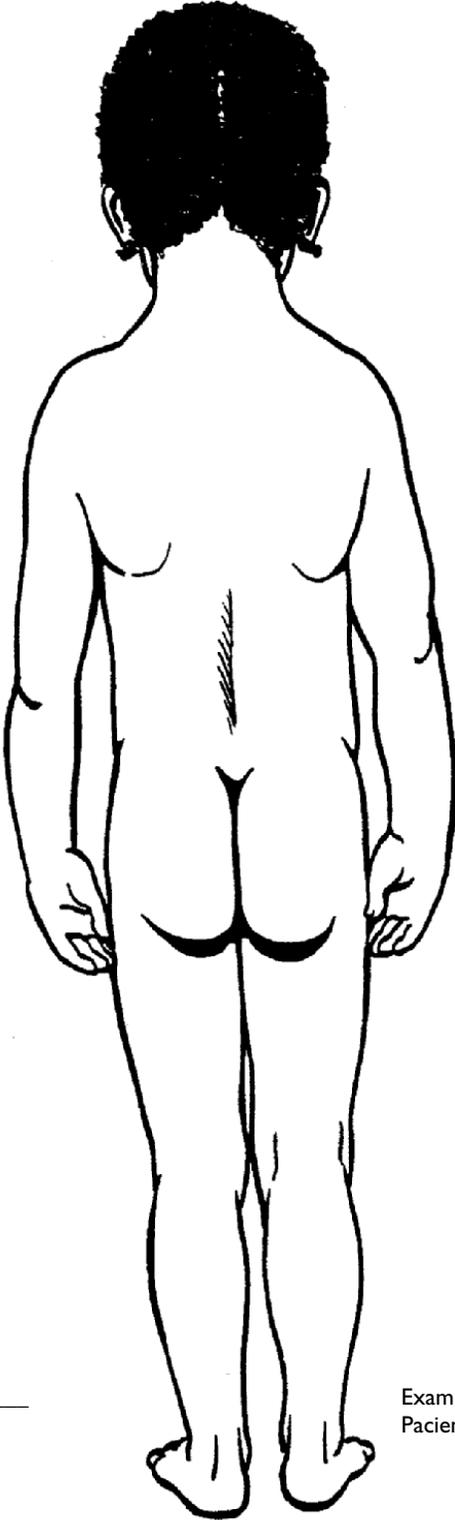
Estado psicológico geral	
Sobrevivente pretende denunciar à polícia OU já denunciou Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Sobrevivente tem um lugar para ir Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tem alguém para o/a acompanhá-la Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Aconselhamento oferecido:	
Referências	
Acompanhamentos necessários	
Data da próxima consulta	

Nome do profissional de saúde a realizar o exame/entrevista: _____

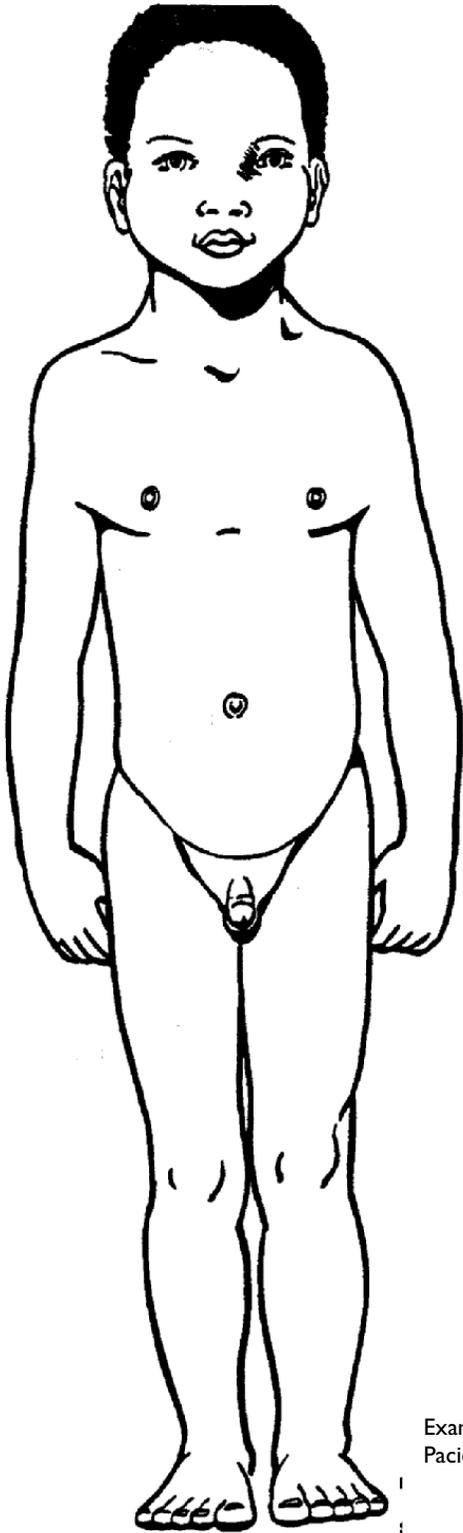
MAPAS CORPORAIS



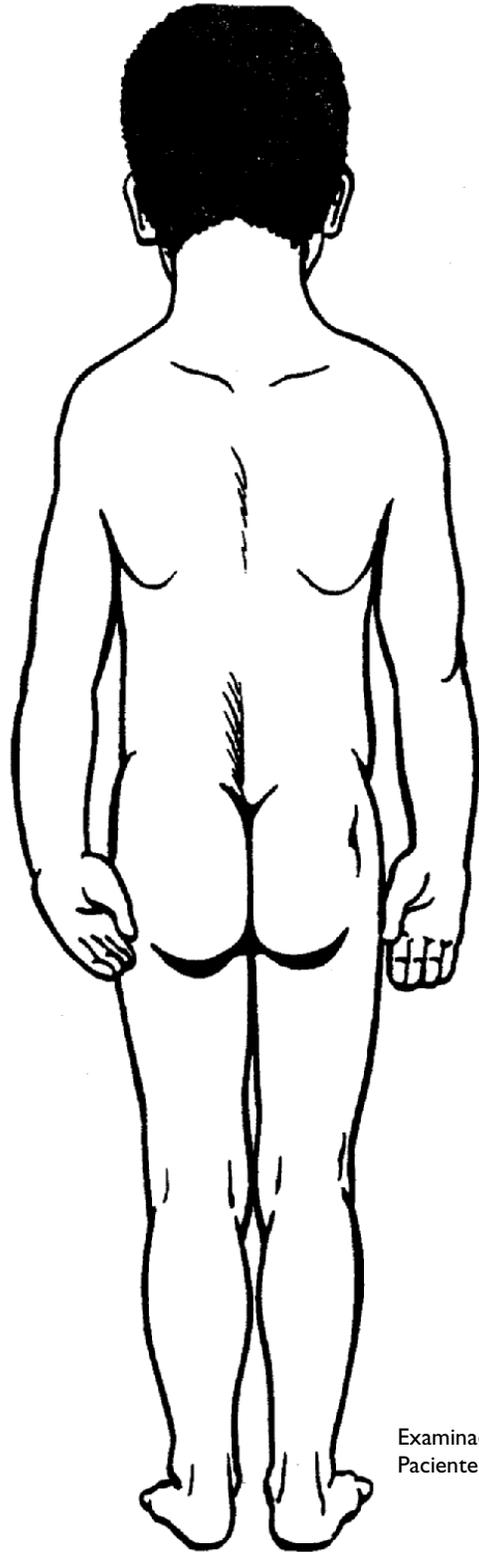
Examinador: _____
Paciente: _____



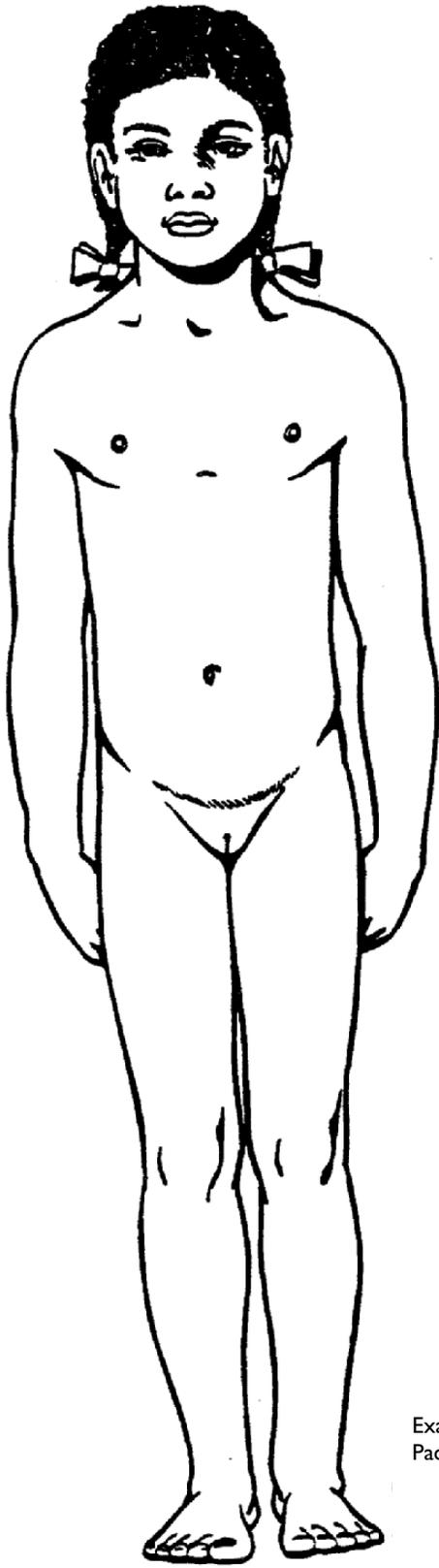
Examinador: _____
Paciente: _____



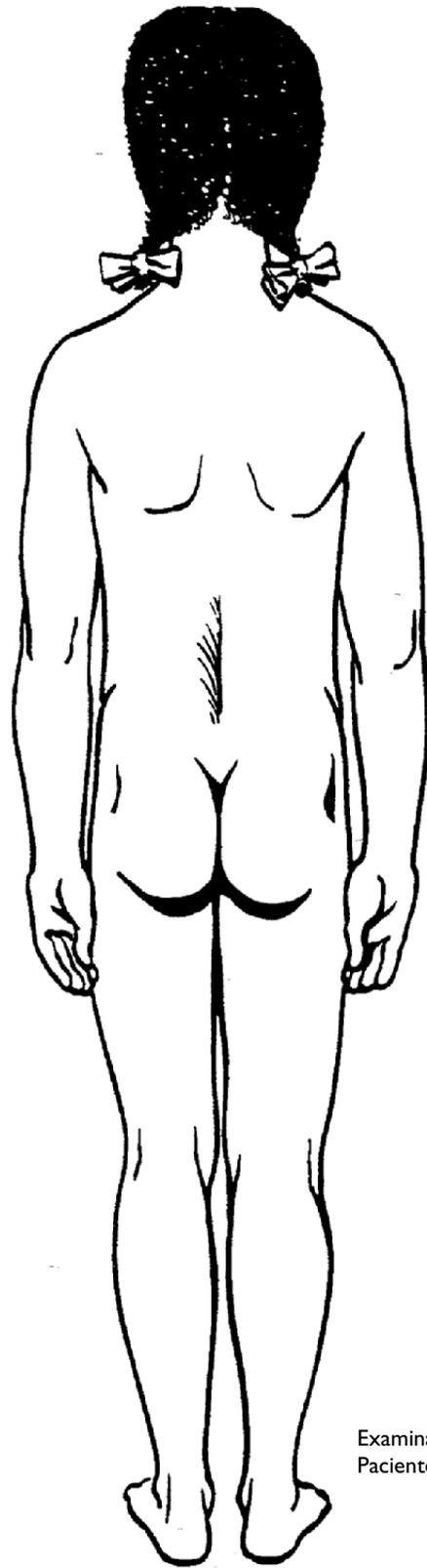
Examinador: _____
Paciente: _____



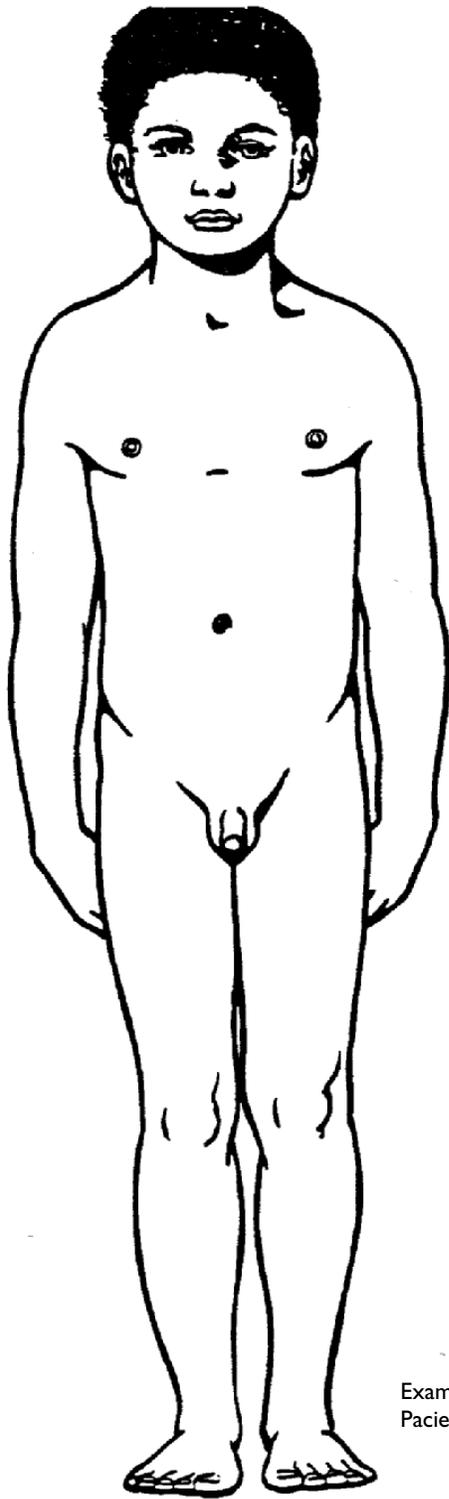
Examinador: _____
Paciente: _____



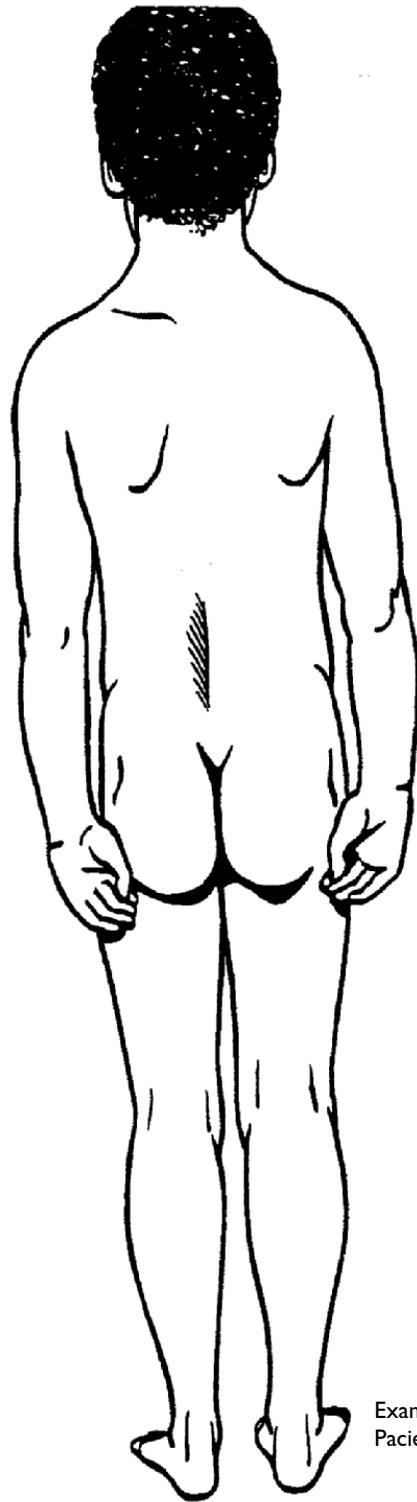
Examinador: _____
Paciente: _____



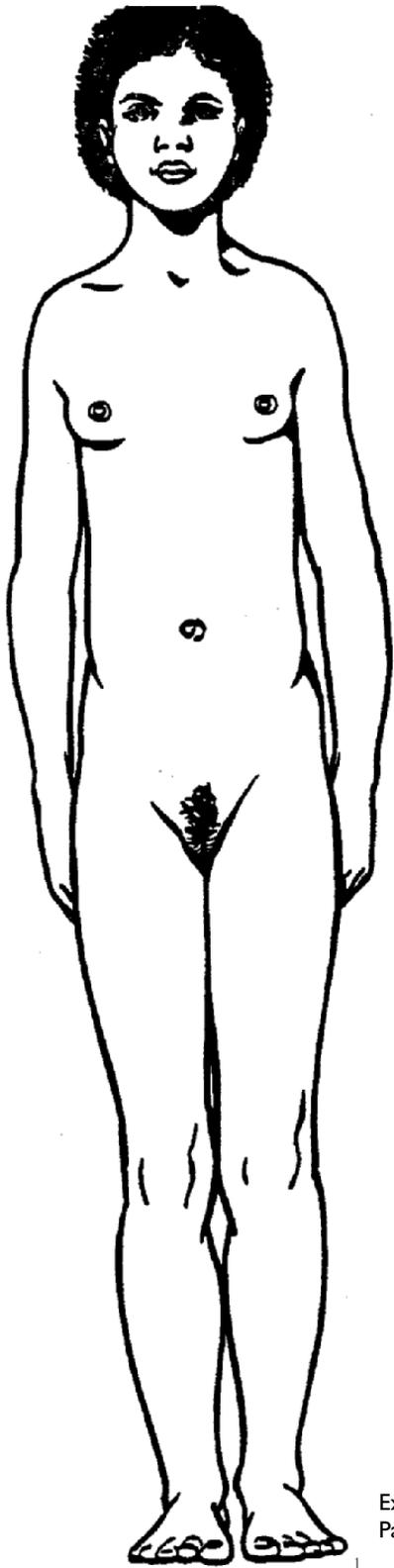
Examinador: _____
Paciente: _____



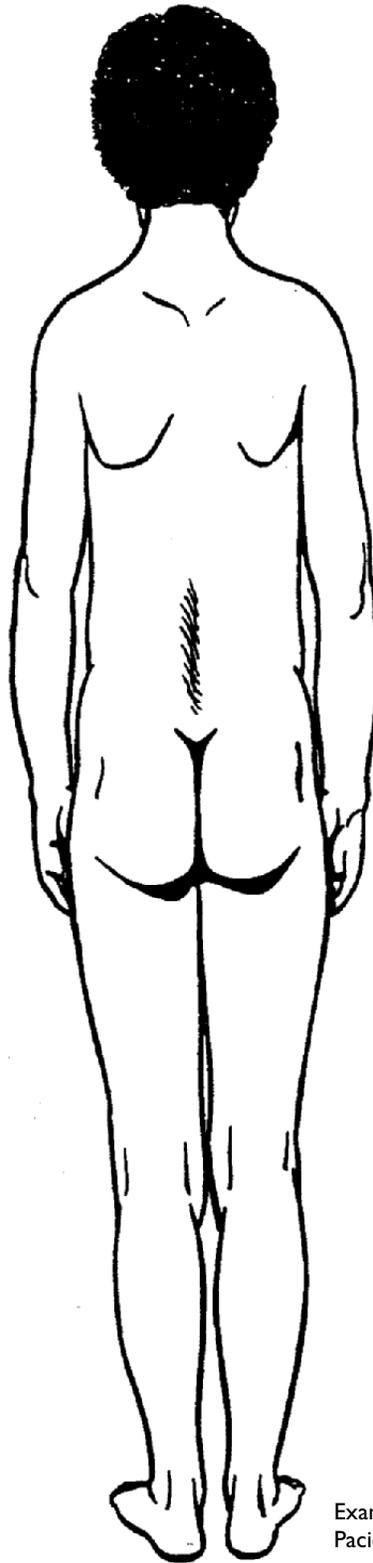
Examinador: _____
Paciente: _____



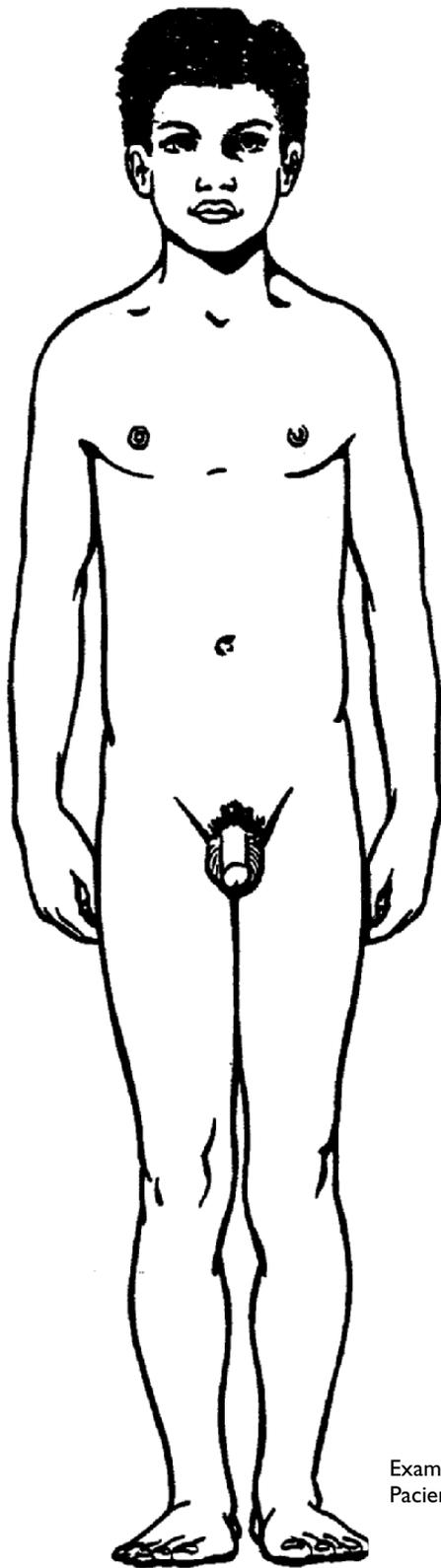
Examinador: _____
Paciente: _____



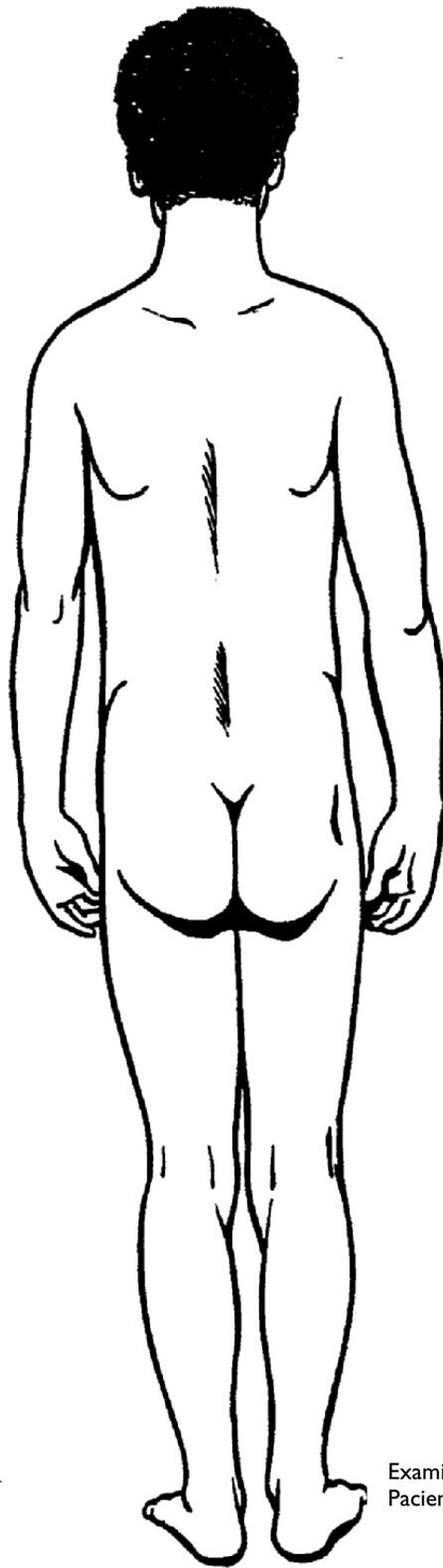
Examinador: _____
Paciente: _____



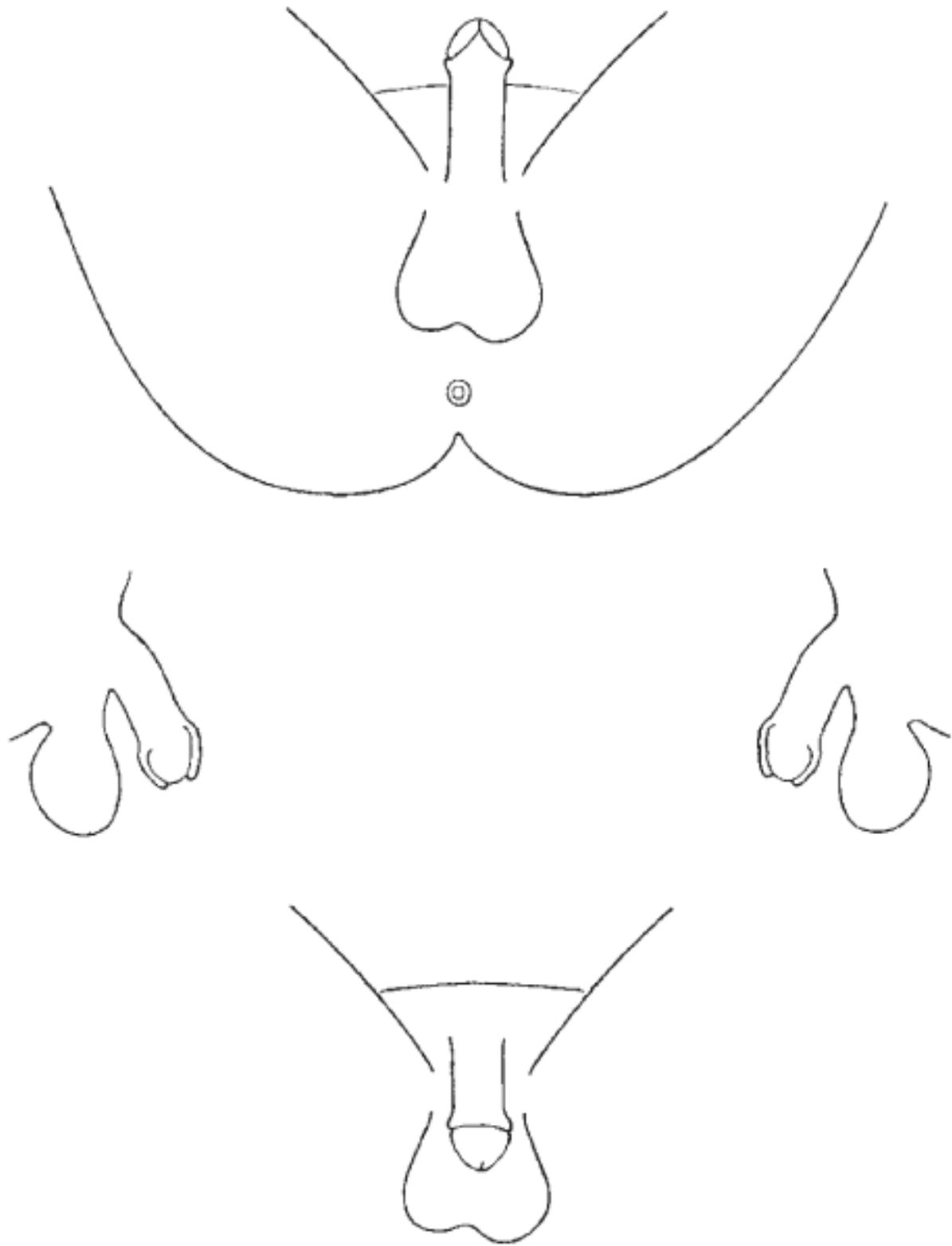
Examinador: _____
Paciente: _____

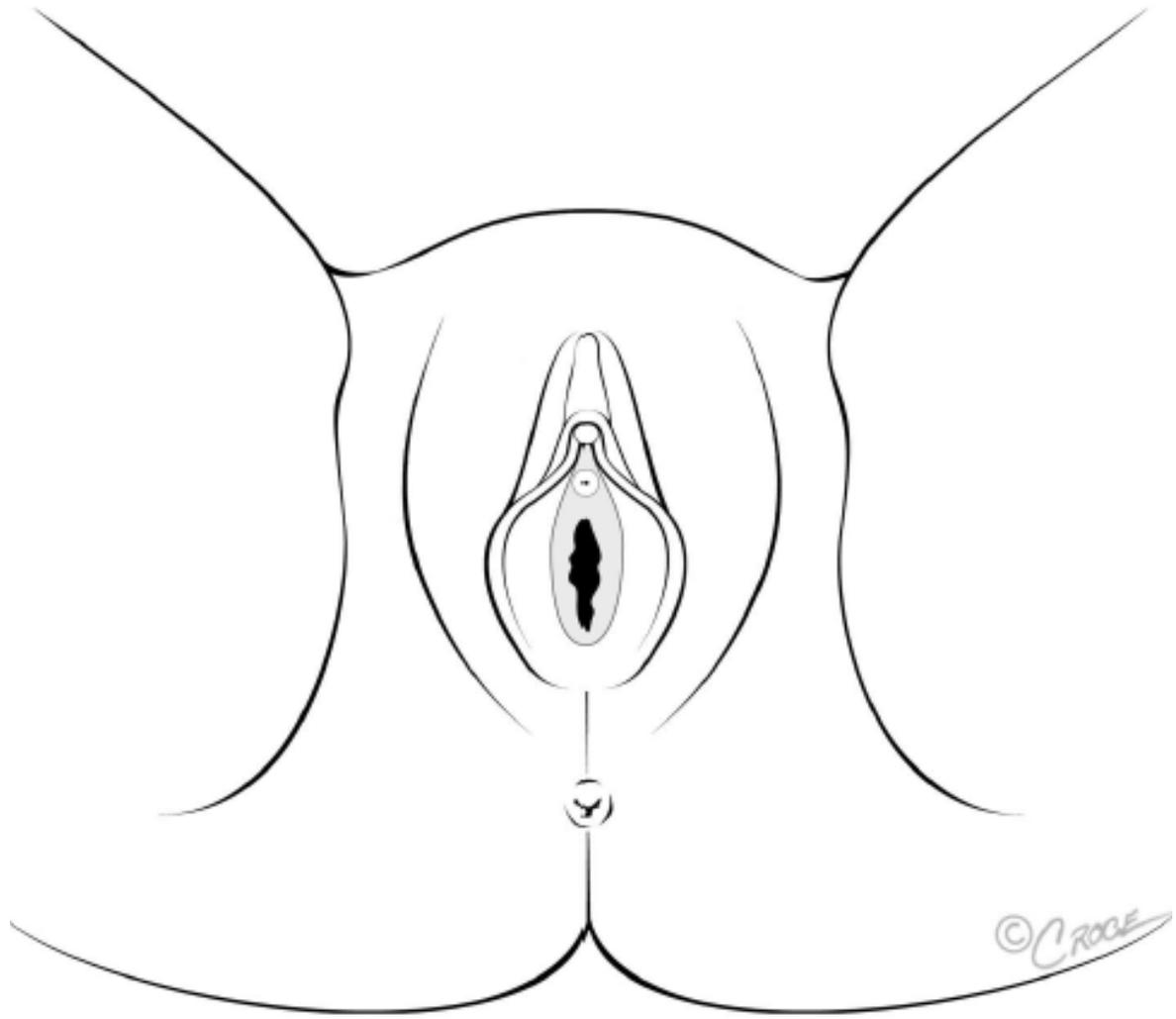


Examinador: _____
Paciente: _____



Examinador: _____
Paciente: _____





ANEXO II

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ENFERMEIRA TRIAGEM

FAZER O HISTÓRICO DE SAÚDE

- | Histórial forense
 - Avalie o nível de desenvolvimento
 - Não tente em crianças menores de 5 anos
 - Faça perguntas abertas (evitar perguntas “sim/não”)
 - s “Diz-me o que aconteceu?”
 - s NÃO pressione a criança a falar
 - Tente falar com o paciente e cuidador separadamente e em particular
 - Escreva a história do paciente(ou cuidador) com as palavras exactas, quando possível (usar aspas)
 - Obter outras informações importantes
 - s Quando ocorreu a violação
 - s Quantas vezes ocorreram violações
 - s Tipo de penetração
 - s Uso de preservativo (etc.)
 - Histórial médico
 - s Qualquer dor, sangramento ou lesões
 - s Última menstruação
 - s Última relação sexual
 - s Método de controlo de natalidade
 - s Outro histórial ou diagnóstico médico

CONSIDERAÇÕES DE ALTA MÉDICA

- | Rever resultados do exame
 - Lesão X nenhuma lesão (o que significa)
 - O que podemos e não podemos dizer a partir de um exame
 - s Pode-se dizer se há lesão ou infecção
 - s Não se pode dizer se houve penetração ou por qual mecanismo
 - s Não se pode verificar virgindade
 - Sinais e sintomas que indicam necessidade de retorno
 - Medicamentos
- | Planificação da Segurança
 - Para onde é que a criança vai?
 - Quem é que vai lá estar para proteger a criança?

***LEMBRE-SE DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA**

- | “Tu não és a/o culpada/o.”
- | “Acredito em ti.”
- | Explique o que vai acontecer durante o exame
- | Ofereça opções à/o paciente durante todo o exame
- | Ofereça à/o paciente apoio e encorajamento durante todo o exame!

(Lechner & Nash 2012)

ANEXO 12

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO MÉDICO

FAZER O HISTÓRIAL DE SAÚDE (JÁ PODE TER SIDO COMPLETADO PELA ENFERMEIRA)

- | História forense
 - Avalie o nível de desenvolvimento
 - Não tente em crianças menores de 5 anos
 - Faça perguntas abertas (evite perguntas “sim/não”)
 - s “Diz-me o que aconteceu”
 - s NÃO pressione a criança a falar
 - s Utilize a tabela para detalhes sobre a violação
 - Não faça perguntas que já tenham sido feitas e documentadas
 - Evitar perguntas que sugiram culpa
 - “O que estavas lá a fazer sozinha/o?”
 - Tente falar com a/o paciente e o cuidador separadamente e em privado
 - Escreva o histórico da/o paciente (ou cuidador) com palavras exactas quando possível (usar aspas)
 - Obter outras informações importantes
 - s Quando e onde ocorreu a violação
 - s Quantas vezes ocorreu a violação
 - s Tipo de penetração
 - s Uso de preservativo
 - s O agressor era uma pessoa conhecida ou um estranho?
 - s Sabe-se quando o diagnóstico de HIV do agressor?

HISTÓRIAL MÉDICO

- | Qualquer dor, sangramento, corrimento ou lesões
- | Última menstruação
- | Última relação sexual
- | Método de controlo de natalidade
- | Grávida
- | Outro histórico ou diagnóstico médico
- | Histórico familiar e social

EXAME MÉDICO FORENSE

- | Avaliação física completa
 - Avaliar a saúde no geral
 - Avaliar por lesões superficiais no corpo
 - Avaliar o nível de desenvolvimento (fases de Tanner)

- Este pode ser o único exame físico que a/o paciente terá realizado por um longo período de tempo
- | Avaliação genital
 - Posicionamento
 - s Posição “perna-sapo”
 - s Posição “joelho ao peito” (supina e ventral)
 - Separação e tracção de lábios
 - s Permite a visualização completa das bordas do hímen, fossa navicular e fúrcula posterior
 - s Avaliação do hímen
 - Estrogenizada
 - Aparece em recém-nascidos (estrogénio remanescente da mãe) até aproximadamente 4 anos (pode variar)
 - Parece mais espesso, redundante
 - Não-estrogenizado
 - Aparece na crianças pequenas (cerca de 4 anos) até ao início da puberdade
 - Parece fino, translúcido
 - Dolorosa ao toque
 - NUNCA insira qualquer dedo, cotonete ou instrumentos
 - Estrogenizado
 - Aparece om o início da puberdade
 - Parece mais espesso, redudante
 - Prepara o corpo para a reprodução e o parto
 - TODOS os hímens têm uma abertura
 - Se o hímen é completamente fechado, isto é uma condição médica que merece atenção
 - Exames com espéculo
 - Apenas feito em pacientes pós-menarca
 - Avaliar a vagina e o colo do útero (por lesões e infecções)
 - Avaliação anal
 - Avaliar todas/os as/os pacientes (por lesões e infecções)

CONSIDERAÇÕES MÉDICAS

- | Profilaxia de ITS
 - Considerar para toda/os a/os pacientes violada/os dentro de um prazo de 4 semanas
 - s Mesmo que seja considerado consensual
- | Profilaxia PPE
 - Considerar para TODA/OS a/os pacientes violada/os dentro de 72 horas (com resultados negativos)
 - Lesão não tem que estar presente
 - Prova de violação não precisa estar presente
- | Profilaxia de gravidez
 - Considerar para todas as pacientes púberes violadas nas últimas 120 horas
 - Teste de gravidez deve ser feito em todas as pacientes púberes
- | Imunizações

- Discutir diagnóstico com os pacientes e cuidadores
- Considere tétano com ferimento!

CONSIDERAÇÕES DE ALTA MÉDICA

- | Rever achados do exame
 - Lesão X nenhuma lesão (o que significa)
 - O que podemos ou não dizer a partir de um exame
 - s Pode-se dizer se há lesão ou infecção
 - s Não se pode dizer se houve penetração e por qual mecanismo
 - s Não se pode fornecer testes de virgindade
 - Sinais e sintomas que indicam necessidade de retorno
 - Medicamentos
- | Planificação de Segurança
 - Para onde é que a criança vai?
 - Quem é que vai lá estar para proteger a criança?

*** LEMBRE-SE DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA**

- | “ Tu não és a/o culpada/o.”
- | “ Acredito em ti.”
- | Explique o que vai acontecer durante o exame
- | Ofereça opções à/o paciente durante todo o exame
- | Ofereça à/o paciente apoio e encorajamento durante todo o exame!

(Lechner & Nash 2012)

ANEXO 13

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA É FUNDAMENTAL

- | Discutindo a violação
 - Avaliar o nível de desenvolvimento
 - Não faça perguntas sobre a violação a crianças menores de 5 anos
 - Permita que a/o paciente lidere a conversa (se ela/e desejar falar sobre isso)
 - s Perguntar à/o paciente se ela/e quer falar sobre isso. Se ela/e quiser:
 - Faça perguntas abertas (evitar perguntas “sim/não”)
 - “Diz-me o que aconteceu”
 - Deixe a/o paciente contar a sua história do jeito que desejar
 - NÃO pressione a criança a falar
 - Refira à tabela para detalhes da violação
 - Não faça perguntas que já tenham sido feitas e documentadas
 - s Evite perguntas que sugiram culpa
 - “O que estavas lá a fazer sozinha/o?”
 - Tente falar com a/o paciente e o cuidador separadamente e em privado
 - s Fale com a/o paciente e o cuidador ao mesmo tempo se é isso que é desejado
 - Incentivar e apoiar a/o paciente e o cuidador
 - s “Eu acredito em ti.”
 - s “Eu estou orgulhoso de ti por falares nisto.”
 - s “Tu não és culpada/o.”
 - s “Fizeste o que tinhas a fazer para sobreviver à violação.”
 - s “Não fizeste nada de errado.”
 - s “Ninguém merece ser violada/o.”

CONSIDERAÇÕES DE ALTA MÉDICA E PLANIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

- | Discutir possíveis sintomas relacionados com trauma
 - Sentimentos de culpa e vergonha
 - Emoções descontroladas como o medo, raiva, e ansiedade
 - Pesadelos
 - Tentativas ou pensamentos suicidas
 - Apatia
 - Abuso de substâncias
 - Disfunção sexual
 - Sintomas somáticos sem explicação médica
 - Falta de sociabilidade

- | Para onde está a/o paciente a ser transferida/o?
 - O agressor vive na casa?
 - O agressor pode sair de casa?
 - Existe outro lugar em que a criança possa viver?
 - Quem vai proteger a criança?
 - O que fazer se a criança se sentir ameaçada ou a violação voltar a acontecer

(Lechner & Nash 2012)

ANEXO 14

MANUAL DE AJUDA DO PAPEL DO PROFISSIONAL NA VINCULAÇÃO DE RECURSOS DA COMUNIDADE

Os profissionais de serviços médicos que examinam crianças que sofreram violência e exploração sexual devem estar preparados para se envolver apropriadamente em serviços comunitários e de saúde, num esforço para dar às crianças a melhor chance possível de recuperação e reintegração, bem como para dar apoio de acompanhamento para cuidadores/familiares. A ilustração abaixo identifica as ligações baseadas na comunidade em que o profissional deve conectar a criança ou adolescente e cuidador/família e explicar o raciocínio por trás de cada conexão.



A comunicação e a referência entre os cuidados de saúde e os recursos da comunidade são representados na ilustração aqui. *Isto também pode ser apropriado para os gestores/directores de estabelecimentos de saúde.

ANEXO 15

PRÁTICAS PROMISSORAS

MODELO 1: CENTROS ESPECIALIZADOS

A ideia do modelo de "centro especializado" é oferecer todos os serviços multidisciplinares essenciais de violência sexual num só lugar. Além de oferecer serviços clínicos, o centro especializado normalmente tem um polícia no local ou por chamada para boletos e/ou registrar depoimentos no centro; um assistente social, enfermeiro e/ou conselheiros para fornecer aconselhamento de atenção de emergência a violações e apoio psicossocial e, de preferência, alguém para fazer a conexão com o Ministério Público e monitorizar os casos que vão a julgamento. O centro especializado também pode fornecer ou indicar clientes para serviços adicionais, tais como aconselhamento psicológico, abrigo de emergência e as necessidades de cuidados de saúde. Este centro modelo tende a ser co-localizado dentro ou na base de hospitais ou centros de saúde existentes, embora haja alguns exemplos de clínicas autônomas ou baseadas na comunidade.

O Hospital Geral Livingstone na Zâmbia tem um modelo deste tipo de estabelecimento, que foi inaugurado em 2008, localizado no Centro de Excelência Pediátrica de Livingstone. A vantagem do modelo especializado é que ele pode potencialmente fornecer serviços mais eficientes e coordenados, e uma gama completa de serviços necessários para o atendimento integral.²¹

Trata-se de um potencial desafio fato de que este tipo de centro tende a exigir muito mais espaço e recursos para operar, incluindo pessoal exclusivo e um administrador da instalação ou coordenador de serviços. Além disso, as questões sobre custo-benefício e sustentabilidade continuam sem resposta, particularmente nas áreas rurais onde a demanda geralmente é pequena.

MODELO 2: MODELO DE CENTRO DE JUSTIÇA FAMILIAR

No modelo de Centro de Justiça Familiar, os provedores multidisciplinares também dividem o espaço comum fornecendo todos os serviços essenciais de violência sexual em um único local. Além de oferecer serviços de saúde, o centro pode ter um investigador criminal no local, um entrevistador forense, conselheiro e serviços de apoio social. Muitas vezes, o centro está ligado aos recursos comunitários disponíveis caso sejam necessários abrigo ou aconselhamento continuado. O centro pode ser co-localizado dentro de uma unidade de saúde ou ser instalado autonomamente na comunidade.²²

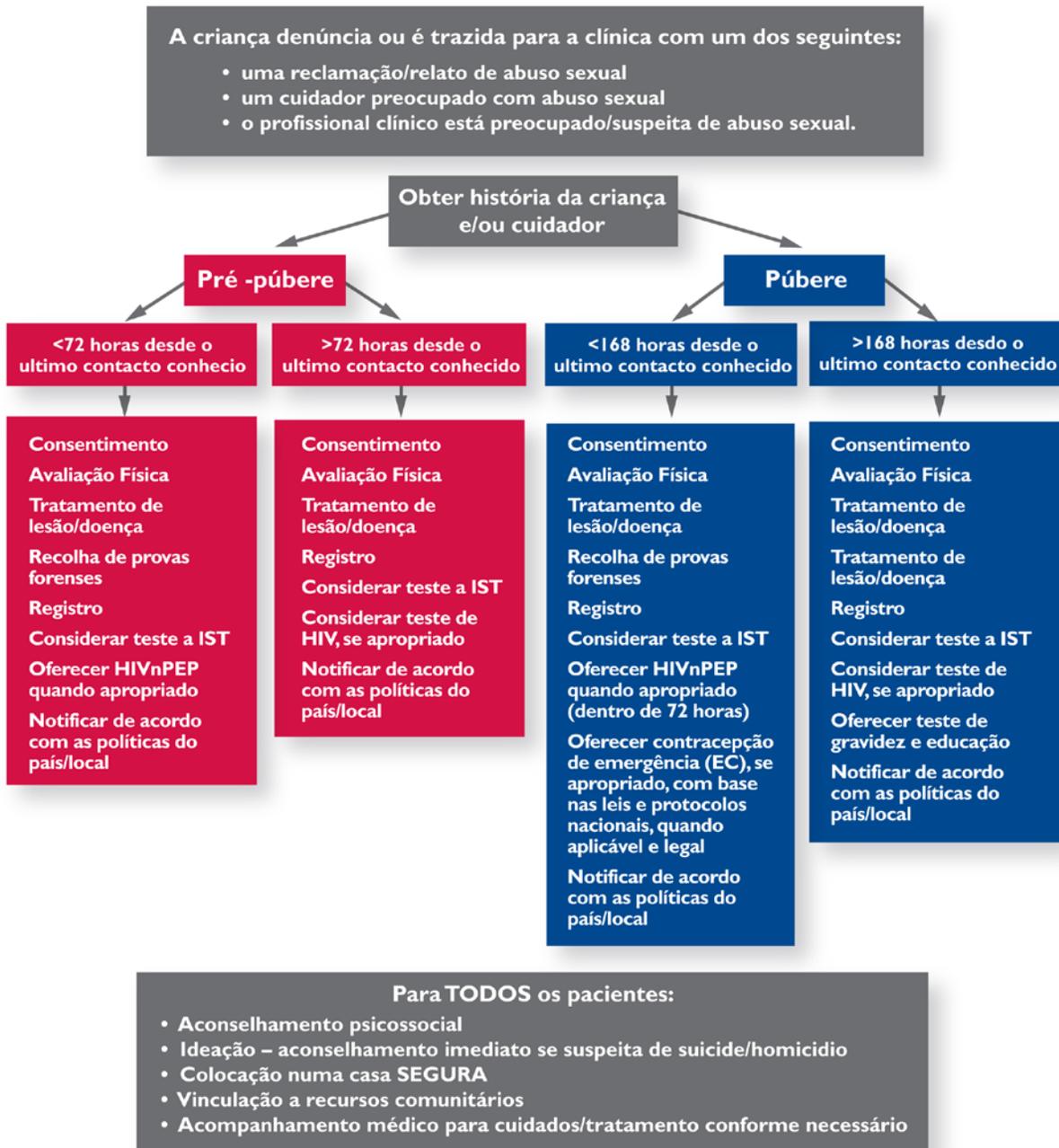
²¹ AIDSTAR One. <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/CPV%20Panel%20Presentation.pdf>

²² Centro Alliance de Justiça Familiar. <http://www.familyjusticecenter.org/>

ANEXO 16

ALGORITMO DE CUIDADOS

O algoritmo abaixo ilustra o processo típico e considerações de cuidados quando suspeita-se de violência e exploração sexual.



Por favor, visite www.AIDSTAR-One.com por mais AIDSTAR-One estudos de caso e outros recursos do HIV-SIDA relacionados.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Telephone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com