

Guia de Bolso sobre Violência Sexual para Profissionais



Ficha Técnica

Título: Guia de Bolso sobre Violência Sexual – para Profissionais

Coordenação do Projeto e do Guia de Bolso: AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência

Autoria:

Associação de Mulheres Contra a Violência: Margarida Medina Martins, Maria Shearman de Macedo e Rita Mira

Associação O Ninho: Sandra Sanchez

Câmara Municipal de Lisboa: Dulce Caldeira e Susana Pimenta

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens: Teresa Montano

Direção-Geral da Saúde: Bárbara Menezes

Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna: António Castanho

Apoio na Edição e Revisão: Alberta Silva, Petra Viegas e Sílvia Vermelho (AMCV)

ISBN: 978-989-98600-3-2

© AMCV, PPDM, DGS e INMLCF, 2015

**Guia de Bolso sobre
Violência Sexual
para Profissionais**

Agradecimentos:

A AMCV agradece a colaboração das/os autoras/es e ainda das entidades e peritas/os que contribuíram para a construção deste Guia de Bolso:

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;

Associação ComuniDária;

Associação ILGA Portugal;

Associação de Apoio à Vítima;

Câmara Municipal de Loures;

Direção-Geral da Política da Justiça;

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais;

Escola de Polícia Judiciária;

Gabinete de Informação e Atendimento à Vítima;

Grupo de Ajuda Mútua da AMCV;

Hipátia – Grupo de Mulheres Auto-representantes Sobreviventes de Violência de Género;

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP;

Instituto Universitário da Maia - CIEG;

Instituto da Segurança Social, IP;

Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres;

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa;

Ramo Nacional do Observatório da Violência de Género do LEM;

União de Mulheres Alternativa e Resposta;

Clara Sottomayor;

Regina Tavares da Silva;

Rui do Carmo.



Nota Prévia

Enquadramento – Projeto Novos Desafios no Combate à Violência Doméstica

A violência contra as Mulheres e Raparigas é internacionalmente reconhecida como uma violação grave dos seus direitos humanos, uma manifestação das relações, historicamente desiguais, entre homens e mulheres e é baseada no género.

A violência sexual é uma das formas de violência de género para a qual continua a existir lacunas significativas de dados, recursos e serviços especializados de resposta às necessidades das vítimas.

Portugal enquanto membro, de pleno direito, das Nações Unidas, Conselho da Europa e União Europeia assume e acorda compromissos em Direitos Humanos que tem de integrar na ordem jurídica interna do país.

A invisibilidade dos crimes de violência sexual, a falta de políticas nacionais e de legislação adequada e o trabalho com sobreviventes nos últimos 23 anos, foram o mote para que a AMCV se tenha candidatado em 2013 a um projeto no âmbito do Programa Cidadania Ativa gerido pela Fundação Calouste Gulbenkian através do co-financiamento do Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants) com o apoio da Noruega, Islândia e Liechtenstein, que se chamou “Novos Desafios no Combate à Violência Sexual”.

O objetivo principal é contribuir para a construção de referenciais de intervenção na área da violência sexual.

A iniciativa conta com três entidades parceiras: Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres, Direção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP.

Objetivos específicos do projeto são:

- Delinear procedimentos standards de qualidade nos diferentes domínios de acção (social, saúde e justiça) a fim de melhorar a intervenção junto de sobreviventes de violência sexual;
- Habilitar profissionais com (in)formação e ferramentas especializadas;
- Harmonizar procedimentos, utilizando referenciais de boas práticas nacionais e internacionais, que promovam o *Empowerment* e *Recovery* das mulheres e jovens sobreviventes e que garantam a defesa dos seus Direitos Humanos.



São componentes do projeto:

- Rede Articulada Especializada, tendo em vista a implementação de um modelo de intervenção integrado, coerente e abrangente, a fim de responder às necessidades das sobreviventes de violência sexual, otimizando e articulando recursos, assim como influenciando políticas públicas;
- Gabinete Técnico Especializado destinado a sobreviventes de violência sexual;
- Petição on-line para a mudança de políticas públicas na área da violência sexual;
- Grupo de Ajuda Mútua e Grupo de Auto-representação para sobreviventes;
- *Booklet* informativo na área da violência sexual;
- Seminário Final sobre boas práticas de intervenção nesta área;
- Avaliação Externa.



Introdução ao Guia de Bolso

Este Guia de bolso tem como objetivo ser um instrumento de trabalho para profissionais que intervêm na área da violência sexual. Disponibiliza de forma sintética informação sobre *standards* mínimos de procedimentos comuns, bem como informação sobre recursos e serviços, para uma intervenção multidisciplinar, coerente e articulada, para a Cidade de Lisboa.

As áreas-chave de intervenção para as quais este Guia está particularmente vocacionado são os serviços sociais, a saúde e a saúde mental, a medicina forense, o sistema criminal de justiça (forças de segurança e tribunais), as ONG de apoio a vítimas de violência, especificamente de violência de género e entidades de promoção e proteção dos Direitos das Crianças, como as CPDPCJ (antigas CPCJs).

Outras entidades que podem beneficiar deste instrumento são, por exemplo, professores/as, educadores/as e estudantes, Departamentos de Recursos Humanos, os media e outros/as profissionais que no decorrer da sua atividade profissional se poderão confrontar com situações de violência sexual e necessitam de orientações de como proceder num primeiro momento e como encaminhar para os serviços de 2ª linha (serviços sociais, saúde e saúde mental, medicina forense, sistema de justiça criminal, forças de segurança e tribunais, ONG de apoio a vítimas de violência, entre outros).

Para a sua elaboração contou com os contributos inestimáveis do Grupo de Mulheres Auto-Representantes Hipátia e do Grupo de Ajuda-Mútua, que dão voz à perspetiva única das sobreviventes de violência contra as mulheres e especificamente de violência sexual.

Colaboraram ainda neste Guia as Entidades Membro da Rede Articulada e Especializada do Projeto.

Como utilizar o Guia de Bolso

Para os conteúdos deste Guia foram consultados os documentos referenciados ao longo do documento e na ficha de Bibliografia e encontra-se estruturado da seguinte forma:

- É constituído por fichas temáticas para assegurar uma consulta rápida;
- Cada ficha de uma folha (2 pág.) contém informações-chave sobre o tema;
- Contém fichas de carácter transversal a todos/as os/as profissionais e fichas com informações específicas por áreas de intervenção;
- Em relação à terminologia utilizada neste guia, optou-se por utilizar o conceito de vítima para abranger as questões legais. Os termos, agressor e violador, estão no masculino para dar visibilidade à dimensão das questões de Género.

Índice do Guia de Bolso:

I - Nota Prévia:

- Enquadramento – Projeto Novos Desafios no Combate à Violência Doméstica
- Introdução ao Guia de Bolso

II – Fichas temáticas:

- Ficha 1 - Factos sobre Violência Sexual;
- Ficha 2 - Enquadramento Jurídico;
- Ficha 3 – Processos Legais;
- Ficha 4 – Impacto da Violência Sexual;
- Ficha 5 - Intervenção em Rede Articulada;
- Ficha 6 – Princípios Éticos de Intervenção;
- Ficha 7 – Apoio e Proteção às Vítimas;
- Ficha 8 - Enquadramento do Atendimento às Vítimas;
- Ficha 9 - Registo do Relato da Vítima;
- Ficha 10 – Violência Sexual contra as Crianças – Especificidades;
- Ficha 11 – Intervenção dos Serviços de Saúde;
- Ficha 12 – Intervenção Médico-Legal;
- Ficha 13 – Fluxograma de Intervenção;
- Ficha 14 – Recursos;
- Ficha 15 – Bibliografia Complementar.



Ficha I - Factos sobre Violência Sexual

Os/as profissionais das várias áreas - Saúde, Medicina Forense, Investigação Criminal e Justiça, bem com das áreas de apoio social e ONG de defesa dos Direitos Humanos e de apoio a vítimas de Violência Sexual que intervêm com vítimas - devem ter formação especializada e um conhecimento aprofundado sobre Violência Sexual.

Questões-chave



Violência Sexual é “qualquer ato de natureza sexual que é perpetrado contra a vontade de outrem” (OMS 2015)¹

É uma das formas de violência de género, maioritariamente, perpetrada por homens contra mulheres e raparigas;

- A definição legal pode variar consoante os países, Portugal criminaliza a violência sexual (ver ficha de enquadramento legal);
- “A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade - incluindo durante a infância - e pode ser perpetrada por progenitores/as, outros familiares, cuidadores/as, pessoas conhecidos/as e desconhecidos/as, bem como por parceiros¹ e ex-parceiros íntimos;
- A violência sexual pode ocorrer em todas as sociedades e estratos sociais e podem ser vítimas pessoas de todas as idades, sexo, orientações sexuais, profissões, religiões, raças e etnias;
- A violação de mulheres sob custódia de agentes do Estado, incluindo soldados, polícias e guardas prisionais tem sido reconhecida como atos de tortura²;
- “A maioria dos atos de violência sexual é perpetrada por pessoas conhecidas das vítimas, incluindo os parceiros íntimos, mesmo em contextos de guerra”¹;
- “A maioria das vítimas de violação relata que teve medo de ser gravemente magoada ou até morta e, por isso, quase não ofereceu resistência à agressão. Isto não significa que tenha consentido”¹;
- “Porque a maioria das violações não envolve força física significativa, na maioria dos casos de violência sexual, não existem necessariamente lesões físicas. Em contextos de paz (*non conflict setting*), apenas aproximadamente um terço das vítimas de violação apresenta lesões físicas visíveis”¹;
- “Se as vítimas estiveram ou estavam envolvidas em situações de prostituição, não significa que não possam ter sido violadas”¹;
- Mesmo em contextos de paz e com muitos recursos, a maioria das violações não é reportada à polícia, devido à vergonha, estigma, medo de repercussões negativas ou por se considerar que a resposta será limitada¹.

Alguns dados estatísticos:

- 35,6% das mulheres em todo o mundo foi vítima de algum tipo de violência sexual³;
- Na região Europa, a prevalência de violência física e sexual nas relações de intimidade é de 25,4%, e a de violência sexual perpetrada por outros que não os parceiros, incluindo conhecidos e desconhecidos, é de 5,2%³;
- 3,7 milhões de mulheres na EU foram vítimas de violência sexual nos últimos 12 meses antes do inquérito (FRA, 2014)³.

Em Portugal:

- 1% das inquiridas foi vítima de violência sexual por parceiros e não parceiros nos 12 meses precedentes ao inquérito (FRA, 2014)⁴, correspondendo, por extrapolação, a 41.542 mulheres e raparigas (Census, 2011);
- No crime de violação a maioria das vítimas é do sexo feminino (92,2%), e a maioria dos agressores do sexo masculino (98%) (RASI, 2014);
- O crime de violação foi perpetrado maioritariamente por familiares e conhecidos, correspondendo a 45,2% e 22,2% respetivamente (RASI, 2014).;
- Em 2014 foram feitas 374 queixas do crime de violação - média de 1 por dia (DGPJ);

1. Strengthening the Medical- Legal response to sexual violence – Toolkit; OMS, 2015

https://www.unodc.org/documents/publications/WHO_RHR_15.24_eng.pdf

2. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, OMS, 2013;

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

3. Survey on Gender Violence against Women; FRA, 2014

<http://fra.europa.eu/en/project/2012/fra-survey-gender-based-violence-against-women>

4. Ending Violence against Women, from words to actions – A study of the Secretary-General; ONU, 2006

<http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/publications/English%20Study.pdf>



Ficha 2 - Enquadramento Jurídico

Os/as profissionais que intervêm na área da Violência Sexual devem ter conhecimentos básicos sobre os dispositivos legais existentes, para poderem informar as vítimas sobre os seus direitos e saber como encaminhar para as entidades competentes.

Código Penal Português (CP)

Criminaliza a violência sexual e enquadra-a nos crimes contra as pessoas:

- “crimes contra a liberdade sexual” e
- “crimes contra a autodeterminação sexual”

Tanto adultos/as como crianças podem ser vítimas dos crimes contra a liberdade sexual; os crimes contra a autodeterminação sexual são apenas considerados no caso de as vítimas serem menores de idade.

Crimes contra a liberdade sexual:

- Coação sexual (art.º 163.º)
- Violação (art.º 164.º)
- Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência (art.º 165.º)
- Abuso sexual de pessoa internada (art.º 166.º)
- Fraude sexual (art.º 167.º)
- Procriação artificial não consentida (art.º 168.º)
- Lenocínio (art.º 169.º)
- Importunação sexual (art.º 170.º)



A natureza destes crimes é semipública, os procedimentos criminais dependem de queixa quando as vítimas são maiores de 16 anos, exceto se deles resultar suicídio ou morte da vítima.

O Ministério Público pode dar início ao procedimento criminal, no prazo legal até 6 meses de ter tido conhecimento dos factos, sempre que o interesse da vítima o aconselhe, nos crimes previstos nos art.ºs 163 e 164 (última alteração ao CP art.º 178 n.º 2 da Lei n.º 83/2015 de 5 de Agosto).

Crimes contra a autodeterminação sexual:

- Abuso sexual de crianças (art.º 171.º)
- Abuso sexual de menores dependentes (art.º 172.º)
- Atos sexuais com adolescentes (art.º 173.º)
- Recurso à prostituição de menores (art.º 174.º)
- Lenocínio de menores (art.º 175.º)

- Pornografia de menores (art.º 176.º)

São de natureza pública, ou seja, os procedimentos criminais não dependem de queixa, com exceção do crime “atos sexuais com adolescentes” (artigo 173.º), de natureza semipública.

Extinção do direito de queixa - CP art.º 115:

Em qualquer crime a apresentação de queixa tem um prazo máximo de 6 meses, a contar da data em que os factos ocorreram ou tenha tido conhecimento deles.

- Exceções:
Nos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores e no crime de mutilação genital feminina, sendo a vítima menor, o procedimento criminal não se extingue, por efeito da prescrição, antes de o/a ofendido/a perfazer 23 anos (CP art.º 118 - 5 da Lei nº 83/2015 de 5 de Agosto).

Nos crimes de violência sexual a competência de investigação é da Polícia Judiciária (PJ). As vítimas podem apresentar queixa na PJ ou em qualquer esquadra da PSP ou GNR, diretamente no Ministério Público (MP) dos Tribunais Criminais ou no IML.

Alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Nas situações em que um dos progenitores ou alguém que coabite e/ou seja muito próximo da criança tenha sido indiciado/a de qualquer dos crimes contra a liberdade e contra a autodeterminação sexual deve remeter-se ao Ministério Público (art.º 11, Lei nº 142/2015 de 8 de Setembro, altera a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, Lei 147/99 de 1 de Setembro).

Outros crimes não tipificados no CP como crimes sexuais, mas que consideramos serem importantes mencionar, devido ao facto do seu bem jurídico fundamental, na nossa perspetiva, estar relacionado com a liberdade e autodeterminação sexual são:

- Mutilação Genital Feminina (art.º 144 A)
- Trafico de Pessoas, incluindo a exploração sexual (art.º 160)
- Casamento forçado (art.º 154 B e C)

Referências Legais:

1. Código Penal Português http://www.pgdisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so_miolo=
2. Lei 83/2015 de 5 de Agosto <https://dre.pt/application/file/69951045>
3. Lei 142/2015 de 8 de Setembro http://www.cite.gov.pt/asstscite/downloads/legislacao/Lei_142_2015.pdf



Ficha 3 – Processos Legais

Os/as profissionais devem ter consciência que nos casos em que as provas são insuficientes ou suscitam dúvidas, o sistema judicial aplica o conceito *in dubio pro reo*, ou seja sentenciam-se a favor do arguido segundo o princípio da presunção de inocência.



Na defesa das vítimas é fundamental que existam relatórios técnicos feitos por entidades e profissionais especializados/as nas diversas áreas - saúde e saúde mental, medicina legal, investigação criminal, jurídico e ONG de defesa dos direitos humanos, entre outras, os/as quais devem ser reconhecidos/as como peritos/as pelo sistema judicial.

O processo penal é constituído por quatro fases:

- **Fase de Inquérito:** fase de investigação, em que se pretende recolher a prova (ouvir a vítima, testemunhas, agressor; recolher documentos e outras provas) de que determinada pessoa praticou um crime. É dirigida pelo Ministério Público, com o apoio dos órgãos de polícia criminal.

Findo o inquérito, o Ministério Público toma uma decisão, que pode ser: arquivamento do processo, acusação (quando há fortes indícios da prática do crime), ou em certos casos, de suspensão provisória do processo.

- **Fase de Instrução** (facultativa): Se o arguido ou a vítima (constituída como assistente) não concordarem com a decisão final do inquérito. É dirigida por um/a Juiz/a de Instrução. Finda a instrução, o/a Juiz/a pode decidir arquivar o processo ou acusar o arguido, seguindo para julgamento.
- **Fase de Julgamento:** Audiência que tem lugar num Tribunal onde se irá verificar se há provas suficientes que permitam condenar o agressor/arguido pelo crime de que é acusado. Nesta fase poderão ser ouvidas as testemunhas, a vítima, o agressor, peritos/as (ex. médicos/as forenses) e outros/as profissionais. Esta fase termina com uma sentença, que é a decisão do processo (condenação ou absolvição).
- **Fase de Recurso:** Caso não se concorde com a sentença, é possível apresentar recurso para um Tribunal Superior (Tribunal da Relação).





Os principais direitos da vítima perante a lei:

- Ser ouvida e prestar declarações na polícia ou no MP em local que garanta a sua privacidade;
- Ter uma cópia da queixa apresentada;
- Prestar declarações complementares sempre que se lembrar de novos dados relevantes;
- Receber o “Estatuto de vítima especialmente vulnerável”, para proteção e promoção dos seus direitos, como por exemplo ter direito à isenção de taxas moderadoras (saúde);
- Ser informada dos seus direitos: apoio judiciário; indemnização pelos danos sofridos; adiantamento de indemnização por parte Estado;
- Ser acompanhada por alguém da sua confiança e por um/a advogado/a;
- Ter um intérprete, caso o português não seja a sua língua materna;
- Manter-se informada sobre o processo, nomeadamente sobre as decisões judiciais;
- Consultar e obter cópias de peças do processo em iguais condições em que é permitido ao agressor/arguido;
- Constituir-se Assistente (não é obrigatório), colaborando com o Ministério Público, podendo intervir em todas as fases do processo, sugerindo diligências, oferecendo provas e tendo um papel ativo no mesmo. É necessário constituir um/a advogado/a e pagar taxa de justiça;
- Caso não tenha condições económicas, pode solicitar um defensor/a oficioso/a e a isenção de pagamento de taxa de justiça à Segurança Social;
- Solicitar medidas de proteção como:
 - a teleassistência;
 - o acompanhamento policial em todos os atos processuais;
 - a videoconferência ou a teleconferência;
 - o acompanhamento por técnico/a especialmente habilitado/a designado pelo MP ou Tribunal;
 - o direito à prestação de declarações para memória futura;
 - o direito a ser inquirida por pessoa do seu sexo, salvo se a inquirição for feita por magistrado/a do Ministério Público ou Juiz/a;
 - o direito a poder esperar pelas diligências judiciais em salas diferenciadas do agressor/arguido e a medidas de proteção à entrada e à saída das mesmas; o direito a julgamento à porta fechada (sem público);
 - medidas de coação aplicadas ao agressor (Ex.: prisão preventiva, proibição de contactos e medidas de afastamento da vítima).



Ficha 4 - Impacto da Violência Sexual

Os/as profissionais que têm intervenção nesta área, qualquer que sejam as suas competências, devem estar conscientes e reconhecer o impacto que as agressões sexuais têm ou tiveram nas vítimas. A violência sexual afeta gravemente a confiança nas outras pessoas e o sentido de segurança das vítimas. Muitas vítimas vão demorar muito tempo a revelar o que lhes aconteceu e algumas nunca o farão.



A violência sexual não é um crime motivado por desejo sexual, mas sim pela vontade de controlar e exercer poder sobre a vítima, de a humilhar e magoar. O que é violado é a integridade emocional, psicológica, física, moral e ética.

A violência sexual tem um impacto único e significativo na vida da vítima, em diversas áreas:

- saúde - física, sexual, reprodutiva e mental;
- relacional – relações íntimas, familiares, sociais e profissionais (OMS, 2013).

Cada vítima reage e lida com o trauma (*coping*) provocado pela violência sexual de acordo com a sua própria especificidade, dependendo de um grande número de variáveis tais como: cultura, religião; meio onde vive; existência ou não de uma rede de apoio; capacidade de resiliência; entre outras.

A própria reação no momento da agressão sexual pode ter impacto significativo no processo de lidar com o trauma (*coping*) e de sarar/superar o trauma (*healing*).

Lutar (legítima defesa) ou fugir (*fight/flight response*), na iminência de perigo para a sobrevivência, são reações culturalmente reconhecidas como legítimas face a situações de ameaça. As sobreviventes que agem de forma reativa têm maior probabilidade de reconhecer que foram vítimas de um crime, de exteriorizar a sua raiva e sofrimento, de querer que o seu violador seja levado à justiça e de procurar ajuda profissional.

Menos valorizada e no entanto muito frequente é uma outra reação, gerada pela perceção do risco: o “congelamento” ou paralisção (*freezing*). As sobreviventes que reagem desta forma têm mais probabilidade de se autoculpabilizar e remeterem-se ao silêncio.

É importante perceber que as respostas a estes tipos de estímulos são desencadeadas pelo Sistema Nervoso Autónomo (SNA) e portanto instintivas, não dependendo e não sendo planeadas através da cognição, ou seja, da vontade da vítima.

Toda a violência sexual tem dano psicológico, que pode ser de curto ou de longo prazo.

As memórias do acontecimento traumático e dos sentimentos de ameaça à vida e à segurança podem permanecer muito tempo após o perigo real ter passado e condicionar a vida quotidiana das sobreviventes:

- Qualquer estímulo seja visual, auditivo ou até odorífero, pode desencadear um ataque de pânico, um revivenciar da experiência traumática passada.

Alguns sinais e sintomas mais frequentes são:

Nível emocional	Nível psicológico	Nível Físico
Culpa, vergonha, autorresponsabilização	Distúrbios do sono/pesadelos/insónias	Lesões físicas
Humilhação	Hipervigilância/Alerta contínua	Gravidez indesejada
Medo, desconfiança	Flashbacks/Memórias intrusivas	Abortos induzidos
Tristeza	Depressão	Infeções sexualmente transmissíveis (IST)
Vulnerabilidade	Dificuldades de concentração	...
Isolamento	Perturbação de Stress Pós-Traumático	...
Falta de controlo	Ansiedade	...
Raiva	Distúrbios alimentares	...
Dormência/letargia	Uso ou abuso de substâncias	...
Confusão	Fobias	...
Choque, Descrença	Baixa autoestima	...
Negação	Comportamentos autolesivos/automutilação	...
Alterações repentinas de humor



A violência sexual também pode ter consequências letais, tais como homicídio, suicídio ou morte por doença contraída como o VIH/SIDA.

A violência sexual tem impacto nas economias nacionais com custos significativos de perda de produtividade, na saúde e no sistema judicial.²

1. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, OMS, 2013; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

2. Report Estimating the costs of gender-based violence in the European Union, EIGE <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414745ENC.pdf>



Ficha 5- Intervenção em Rede Articulada

A resposta às necessidades das vítimas não depende de um só tipo de serviço ou entidade. As comunidades devem-se organizar para dar uma resposta articulada e concertada em rede que garanta:

- Intervenções mais eficazes, de maior qualidade e em tempo útil para as sobreviventes;
- Maior eficácia na responsabilização criminal dos agressores.

Pontos essenciais:

- Intervir em rede é mais do que a “soma das partes” é um sistema dinâmico coordenado e coerente de entidades e de profissionais das várias áreas de especialidade, que potencia competências, amplifica opções e providencia oportunidades de respostas para as necessidades e a proteção das sobreviventes;
- Devem ser adotadas, de forma clara, transparente e acessível, políticas, práticas e procedimentos/protocolos de ação escritos;
- Devem tornar claro: qual o papel de cada uma das entidades no acompanhamento das situações, quais são as suas competências e limites, como e que informações devem partilhar, de que forma lidam com as situações de emergência e como fazem os encaminhamentos;
- Devem estar dotadas de profissionais especializados/as e garantir supervisão externa aos/ às mesmos/as.



“As/os profissionais devem ter um papel preponderante na defesa e no garante dos direitos das vítimas nas diversas áreas identificadas no acompanhamento da situação, estabelecendo para tal contatos preferenciais e protocolos de cooperação formais (quando necessário) com outras entidades-chave intervenientes”¹

Entidades - chave intervenientes:

- Serviços da Saúde (médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as; psicoterapeutas/ peritos/as em psicotraumatologia)
- Serviços Médico-Legais/Forenses (médicos/as, enfermeiros/as e técnicos/as de laboratório)
- Serviços de Apoio Psicossocial (assistentes sociais, profissionais de apoio à vítima e psicólogos/as)
- Entidades de Promoção e Proteção de Crianças
- Sistema Judiciário (OPC; Ministério Público e Juízes; Advogados/as)
- ONG de Defesa dos Direitos Humanos nas áreas de:
 - Mulheres
 - Crianças



Não é sexo, é violência sexual, é crime

- Vítimas de crime
- LGBT
- Minorias étnicas e migrantes
- Pessoas com deficiência
- Pessoas com doença mental
- Grupos de Ajuda Mútua (GAM) e Grupos de Auto-representantes

O Conselho da Europa (2008) considera que deve haver 1 Centro de Crise por cada 200.000 mulheres. Em Portugal à data (2015) continuam a não existir.



Rape Crisis Centres – Centro de Crise para a área da Violência Sexual - são serviços especializados prestados por **ONG**, numa perspetiva de defesa de **Direitos Humanos** e de **Género**, que disponibilizam uma variedade de serviços, centrados nas necessidades e na tomada de decisão das sobreviventes, como linhas **SOS (24/7)**, aconselhamento, defesa de direitos (*advocacy*), **Grupos de Ajuda Mútua (GAM)**.

I. Manual Avaliação e Gestão de Risco em Rede – E-MAR; AMCV 2013, http://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/1436798180_gestao_risco_emar.pdf



Ficha 6 – Princípios éticos de intervenção

As entidades e os/as profissionais das várias áreas de intervenção, defesa de direitos, prestação de serviços de saúde, apoio psicossocial, investigação criminal e processo judicial, devem estar conscientes da importância e do impacto das suas intervenções junto das vítimas de violência sexual.

Os princípios éticos que os/as orientam podem fazer toda a diferença no processo de lidar, recuperar e superar o trauma por parte das vítimas.

As entidades e as/os profissionais que intervêm com vítimas de violência sexual devem acordar e adotar na sua prática profissional princípios éticos fundamentais, dos quais destacamos os seguintes:

Princípio de Defesa de Direitos

- As entidades que intervêm na área da violência sexual devem adotar, de forma transversal em todos os serviços e procedimentos, uma abordagem enquadrada no respeito e na defesa Direitos Humanos (DH) das vítimas;
- As/os profissionais devem conhecer os documentos internacionais de DH a que o Estado Português está vinculado;
- Sempre que pertinente deve utilizar os documentos acima mencionados para fortalecer o “argumentário” em defesa das vítimas nos vários contextos.

Princípio de Segurança

- A segurança física e o bem-estar emocional das vítimas deve ser a prioridade primordial da intervenção;
- As entidades devem estabelecer procedimentos de segurança e de avaliação e gestão do risco que garantam que a intervenção com as vítimas, não as coloca em risco de serem revitimizadas e/ou em risco de vida;
- Os procedimentos de avaliação e gestão do risco devem ter em conta que cada situação é única e devem ir ao encontro das necessidades de cada vítima e das diferentes circunstâncias.

Princípio de Respeito

- A intervenção profissional deve ser centrada na perspectiva das vítimas com respeito pelas histórias de vida, contexto cultural e diversidade;
- As vítimas têm direito a ser tratadas com dignidade, sem juízos de valores e estereótipos, especialmente em relação a qualquer tipo de atitudes, comportamentos e/ou reações que possam ter tido antes, durante e após a agressão sexual;
- As vítimas devem ser informadas sobre as opções que têm e os/as profissionais devem respeitar a sua autonomia e capacidade de tomar as decisões que considerem ser as melhores para a sua vida.



Princípio de Confidencialidade

- A confidencialidade e a privacidade das vítimas devem ser garantidas durante todo o processo de apoio;
- Os/as profissionais devem obter o consentimento informado das vítimas para poderem partilhar as informações que sejam relevantes por motivos legais ou de articulação com outros serviços;
- As/Os profissionais devem acautelar que os serviços que recebem as informações respeitem o princípio de confidencialidade.

Princípio de Empowerment

- Os/as profissionais devem promover o *recovery* e *empowerment* das vítimas/sobreviventes, apoiando-as a retomarem o controlo sobre as suas vidas, o que implica o desenvolvimento da uma consciência crítica, a promoção da participação nos processos de tomada de decisão e o acesso a recursos, incluindo a informação;
- Devem validar os conhecimentos e as competências das vítimas, reconhecendo-as como peritas de experiência, adquirida através das suas vivências de situações de violência de género e, especificamente violência sexual;



Devem reconhecer a terminologia ‘sobrevivente’ que contesta a ideia de que as vítimas são inativas ou passivas face à situação de violência, valorizando todas as suas estratégias de sobrevivência e reações à situação de perigo e trauma, incluindo o congelamento ou paralisação (*freezing*), de prevenção e de intervenção face à violência.

Princípio de Cooperação

- As entidades-chave intervenientes na área da violência sexual devem disponibilizar às vítimas uma resposta especializada articulada e coerente em rede num contexto de cooperação interinstitucional;
- As organizações/entidades devem trabalhar em colaboração, assegurando que os recursos disponíveis são utilizados de forma eficaz e otimizada para responder às necessidades das vítimas;
- As redes comunitárias especializadas devem investir na prevenção da violência de género e violência sexual, através da educação para a igualdade de género e para a não-violência e no desenvolvimento de uma cultura de intolerância face à violência sexual.



Ficha 7 – Apoio e Proteção às Vítimas

As entidades e profissionais de todas as áreas de intervenção e de resposta à Violência Sexual devem assegurar apoio e proteção às vítimas.



“Uma abordagem centrada na vítima que prioriza os seus direitos, escolhas e necessidades, é uma componente essencial de garante da proteção e promoção de *recovery* e é fortalecida por uma intervenção em rede bem coordenada” (OMS, 2015)

Tendo em conta a prevalência deste tipo de crime, é muito provável que profissionais de variados serviços e de diferentes áreas se deparem no decorrer da sua prática profissional com a revelação de uma situação de violência sexual, que pode ter sido recente ou ter acontecido há algum tempo.

Aspetos-chave a ter em conta:

- A revelação a um/a profissional, da violência sexual sofrida, é um dos momentos-chave para o progresso ou retrocesso do processo de *recovery* e de *healing* das vítimas.
- Este é um momento único cujo resultado depende da recetividade e da atitude do/a profissional.
- A segurança e o bem-estar da vítima devem ser as prioridades primordiais. Sempre que necessário e com o acordo da vítima, deve-se garantir que:
 - tem acesso imediato a tratamento de lesões (se não for um serviço de prestação de cuidados de saúde deve contactar pessoalmente com uma entidade/profissional para providenciar o atendimento clínico);
 - as instalações de atendimento, salas de espera, WC, os percursos a outros serviços ou de regresso a casa etc. são seguros e/ou tem pessoa de confiança para a acompanhar;
- A sua vontade deve ser respeitada e devem ser-lhe prestadas todas as informações necessárias para que possa fazer uma escolha informada sobre o seu caso, incluindo se quer prosseguir com uma queixa ou não:
 - Explicar que a perícia forense deve ser feita no máximo até 72 horas depois da agressão e que não pode lavar-se antes. (Ver mais informações na Ficha Perícia Médico-legal);
 - Explicar que os procedimentos da perícia, ainda que feitos com todo os cuidados por profissionais qualificados, podem ser sentidos como intrusivos e que tem o direito a não querer prosseguir;
 - Explicar que tem direito em todas as intervenções do processo a ser acompanhada/o por alguém da sua confiança e a escolher o sexo do profissional que a vai atender/acompanhar;



- Devem ser disponibilizadas informações precisas e atualizadas sobre recursos que necessita para dar resposta às suas necessidades imediatas e a mais longo prazo, por exemplo: serviços de saúde, psicoterapia, apoio social, jurídico, económico, de proteção, entre outros;
- Estes recursos devem estar bem identificados com dados atualizados (morada e/ou contato telefónico e horário) e organizados em rede/na comunidade;
- Sempre que necessário o/a profissional deve contactar diretamente esses serviços, de acordo e na presença da vítima, para facilitar o seu acesso aos mesmos;
- As vítimas têm o direito a ser tratadas com respeito pela sua diversidade, e não podem ser discriminadas em função do sexo, idade, nível socioeconómico, profissão, nacionalidade, cultura, etnia, orientação sexual ou qualquer outro fator:
 - Sempre que necessário, no caso de o português não ser uma língua que a vítima domine, deve ser disponibilizado/a um/a intérprete, desde que a vítima queira e/ou se sinta confortável;
 - Vítimas com deficiência auditiva devem ter direito a intérprete de língua gestual;
 - Devem ser disponibilizado cuidados específicos para vítimas com necessidades especiais, incluindo crianças, idosos/as e pessoas com deficiência física e/ou mental;
 - Recursos como estes e outros, como por exemplo mediadores culturais ou outros/as profissionais da confiança das vítimas, devem fazer parte da Rede de Intervenção coordenada, e podem ser facultados por ONG/IPSS de apoio a migrantes ou a pessoas com deficiência, entidades oficiais, entre outras.
- Deve assegurar-se que as vítimas tenham acesso a todos os recursos necessários, incluindo o processo médico-legal e judiciário e garantir apoio para ultrapassar as dificuldades ou impedimentos, como por exemplo: transporte, apoio a crianças/idosos a cargo da vítima; apoio domiciliário, entre outros.



Ficha 8 – Enquadramento do atendimento às vítimas

As reações à violência sexual variam em função de muitos fatores. Assim, há vítimas que imediatamente pedem ajuda, principalmente se necessitam de cuidados de saúde urgentes, outras demorarão meses ou até anos a revelar a agressão e ainda outras nunca o farão.

Falar de acontecimentos traumáticos, como agressões sexuais, pode ser muito doloroso, embaraçoso e difícil para as vítimas.

Mas pode ser também um desafio e uma dificuldade para o/a profissional ouvir a história de violência. Os atendimentos devem ser feitos por profissionais com formação especializada.

Aspetos-chave a ter em conta:

- Garantir um espaço seguro e com privacidade;
- Certificar-se que as necessidades básicas de saúde e segurança estão asseguradas;
- Assegurar que a vítima tem conhecimento dos seus direitos;
- Permitir, se for essa a sua vontade, que esteja presente uma pessoa de confiança da sobrevivente no atendimento. No caso de crianças assegure-se que o/a adulto/a que a acompanha é protetor/a e não a põe em maior risco;
- Assegurar que a vítima se encontra em condições para falar livremente e não sob coação;
- **Obter o consentimento informado e por escrito** da vítima para registar o relato dela (pode ser necessário tirar fotografias) e explicar, em que situações, com quem e para que efeito poderá ter de partilhar as informações;
- Ser empático/a e reconhecer a dificuldade da mesma em falar sobre a agressão sexual, que pode incluir crises de choro, vergonha, medo, zanga, silêncios, desamparo, confusão e, em alguns casos, uma dissociação entre os conteúdos violentos do relato e a forma distanciada, sem emoção (como se estivesse a contar um filme a que assistiu);



Esclarecer que qualquer que tenha sido o comportamento da vítima, antes, durante e após a agressão, a responsabilidade é só e apenas do agressor que cometeu um crime punível por lei!

Para sobreviver, fez o que era possível, dadas as circunstâncias,

- Reconhecer que as sobreviventes têm necessidades diferentes, de acordo com: a idade, sexo, nível socioeconómico, profissão, nacionalidade, cultura, etnia, orientação sexual ou qualquer outro fator e intervir tendo isso em conta;



- Utilizar uma linguagem precisa e acessível, sem jargões técnicos e, muito importante, sem transmitir descrença e julgamentos de valor;
- Permitir que a sobrevivente fale sobre a agressão quando e como quiser. Respeite a sua escolha de parar a qualquer momento. Deixe sempre uma “porta aberta” e marque ou disponibilize outro momento de atendimento.



Ficha 9 - Registo do Relato da vítima

O registo do relato e a documentação sobre as informações dadas e evidências recolhidas é um procedimento muito importante para o processo de acompanhamento técnico e, eventual processo judicial.

Não se substitui aos registos clínicos, médico-legais ou de investigação criminal, que têm sede própria, e são feitos pelas entidades competentes, mas podem ser úteis para fortalecer a rede de suporte à vítima, evitar que tenha que repetir a sua história a profissionais de outra entidade intervenientes e, sobretudo permitir que o/a profissional a quem relatou possa fazer a sua defesa (*advocacy*) nas várias instâncias, inclusive em Tribunal.

Aspetos-chave a ter em conta:

- Tenha uma escuta ativa e empática e permita uma narrativa livre;
- O registo deve ser feito no momento do relato ou pouco tempo depois e deve ser assinado pelo/a profissional e pela vítima;
- Registe o discurso tão fidedigno quanto possível utilizando as expressões da vítima;
- Pode fazer perguntas e reformulações para clarificar alguns pontos e/ou para facilitar o relato da sobrevivente.
- **Faça uma avaliação de risco e acorde com a sobrevivente medidas de segurança a tomar;**



- Informações necessárias a registar, se possível:
 - Identificação e contatos que possa utilizar (combinar como, quando e de que forma vai contactar);
 - Se é a vítima ou testemunha, se existem outras vítimas ou testemunhas que conheça e/ou que estavam na altura da agressão;
 - Se o/os agressores é/são desconhecido/s da vítima (pode descrevê-lo/s?); Se é/são conhecido/s (continua/m a ter acesso à vítima? Houve ameaças à vítima ou contra familiares e/ou outros? Como pode ser protegida, tem alternativa ou necessita de outros recursos de segurança?)
 - O contexto da agressão sexual: onde, quando, quantas vezes, foi fotografado ou filmado?
 - Descrição da/s agressão/ões é importante, a linguagem utilizada pode minimizar ou revelar a violência exercida (ex.: “ele deu-me um beijo” ou “ele meteu e forçou a língua dele na minha boca”)!.





Não é sexo, é violência sexual, é crime



Ficha 10 – Violência sexual contra Crianças - Especificidades

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em função do seu estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender e/ou para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento esclarecido.

Pode revestir-se de diferentes formas que podem ir desde:

- Importunar a criança ou jovem com questões de cariz sexual, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, atos sexuais, filmes pornográficos, ou outras;
- Utilizar a criança em sessões fotográficas e filmagens com fins sexuais;
- Ter relações sexuais com penetração ou obrigar à manipulação dos órgãos sexuais, entre outras.



São cada vez mais frequentes os abusos através das novas tecnologias, especificamente através das redes sociais!

- Pode ser ocasional ou repetido e ocorre no contexto extra ou intrafamiliar, frequentemente perpetrado por um adulto conhecido da criança/jovem através de:
 - Imposição do segredo e do silêncio;
 - Ameaças contra a criança ou outras pessoas do seu meio familiar/social;
 - Sentimento inculcado à criança que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apreço”;
 - Ideia que os abusos sexuais devem ser interpretados como atos de afeto/amor.
- Dificuldades de deteção e diagnóstico:
 - Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios físicos e biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores;
 - Na maior parte dos casos não há penetração anal ou vaginal, em particular com crianças pequenas;
 - A criança não tem maturidade para compreender o que lhe está acontecer, nem vocabulário para descrever o abuso;
 - Os sinais e sintomas associados ao abuso sexual podem ser muito variados, estar associados a outras causas e surgirem desfasados, em relação ao/s abusos
 - O tabu social implícito dificulta o pedido de ajuda.

Entrevista com a Criança

A entrevista com a criança deve ser feita por profissionais habilitados/as com experiência e conhecimentos aprofundados sobre abuso sexual de crianças, sua dinâmica e impacto.



A prioridade é a segurança e o bem-estar físico e psicológico da criança. Se tiver lesões físicas e/ou psicológicas deve-lhe ser providenciado tratamento médico e psicoterapêutico imediato.

Para a entrevista deve ter-se em atenção que:

- Decorra em ambiente calmo, empático e seguro;
- Seja em espaço apropriado com material lúdico-pedagógico que a ajude a expressar-se;
- Se utilize linguagem adequada à idade e ao desenvolvimento da criança;
- A linguagem gestual e corporal da criança é essencial no processo de comunicação e saber lidar com o medo e o embaraço (não reprimir e não fazer interpretações imediatas);
- Designação dá a criança às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista;
- As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil definir temporalmente as situações. (Recomenda-se que se utilize marcos que permitam à criança localizar-se mais facilmente, por exemplo, “foi antes ou depois do Natal?”).

Outros aspetos-chave a ter em conta:

- A violência sexual contra menores é de natureza pública e as/os profissionais têm o dever de reportar às autoridades competentes (ver ficha Enquadramento Jurídico) e garantir a segurança, se não houver alternativas junto da família, deve-se aplicar o art.º 91 da Lei de proteção de crianças e jovens em perigo²;
- O testemunho da criança deve ser gravado para memória futura de acordo com o disposto legal (art.º 271 do Código de Processo Penal) para prevenir a revitimização e evitar que seja ouvida inúmeras vezes.



A gravação deve ser sempre em formato de vídeo (imagem e som) já que a linguagem não verbal, especialmente nas crianças, comporta informação relevante que se perde num registo apenas áudio.

Referências Legais:

1. Código Processo Penal http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=199&tabela=leis&so_miolo=
2. Lei n.º 147/99, de 01 de Setembro (alterada pela Lei Lei n.º 142/2015, de 08/09) http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=545&tabela=leis&so_miolo=



Ficha II – Intervenção dos Serviços de Saúde

A intervenção da Saúde na área da Violência Sexual deve ser prestada por profissionais de saúde com formação específica, com procedimentos e protocolos bem definidos e em articulação em rede com entidades e profissionais de outras áreas intervenientes.

O Sistema Nacional de Saúde tem equipas de profissionais de saúde nos Centros de Saúde e nos Hospitais a nível nacional, criadas no âmbito de:

- Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR) por Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro;
- e mais recentemente, no âmbito da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), por Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio;

Para ambas as áreas foram criados Manuais^{1,2} que orientam os procedimentos de deteção e diagnóstico, tratamento e articulação com as diversas especialidades clínicas, bem como com o sistema judicial e outros recursos na comunidade, disponíveis no site da Direção-Geral de Saúde³.

Sempre que existem suspeitas ou indícios de crimes sexuais contra menores os/as profissionais articulam com o Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses para serem efetuadas as perícias médico-legais. No caso de vítimas maiores de idade é necessário que queiram apresentar queixa.

Aspetos-chave a ter em conta:

- **A salvaguarda da vida e da saúde da vítima é prioritária em relação ao processo médico-legal e à investigação criminal.**
- Os serviços de saúde locais devem ter serviços e profissionais especializados nesta área disponíveis 24h/7;
- As decisões das vítimas devem ser sempre respeitadas e o seu consentimento obtido por escrito;
- As vítimas devem poder optar por um profissional de saúde do sexo feminino ou masculino;
- As vítimas podem ser acompanhadas por uma pessoa da sua confiança durante todo o processo e ser examinadas em gabinetes com privacidade e com fácil acesso a WC;
- Deve ser disponibilizado às vítimas uma muda de roupa, incluindo sapatos (que não a identifique como vítima de agressão sexual ou com o serviço de saúde onde recebeu tratamento);
- No caso de gravidez as vítimas de violação devem receber informações sobre como, quando e onde podem recorrer para eventual Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG);
- No caso de quererem prosseguir com a gravidez, deve ser disponibilizada informação sobre recursos na comunidade, de apoio (caso o desejem ou necessitem);



- Se necessário, encaminhar e referenciar as vítimas para outras especialidades clínicas, sempre que for diagnosticado outros problemas de saúde, direta ou indiretamente, consequentes da violência sexual;
- As/os profissionais devem registrar, de forma precisa e clara, todas as evidências e procedimentos terapêuticos administrados, bem como encaminhamentos/referenciações que tenham efetuado e manter as informações confidenciais de forma segura;
- As/os profissionais devem estar preparadas/os e disponíveis para serem ouvidas/os em sede de processo criminal (investigação e/ou julgamento);
- Os serviços de saúde devem disponibilizar brochuras informativas em várias línguas sobre violência sexual, procedimentos clínicos necessários e recursos na comunidade.

Análises e Medicação

Devem ser disponibilizadas às vítimas e sobreviventes análises e medicação profilática e terapêutica para:

- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), incluindo antirretrovirais para a exposição ao vírus VIH;
- Contraceção de emergência;
- Profilaxia do Tétano;
- Antibióticos para eventuais infecções;
- Analgésicos;
- Entre outras terapêuticas identificadas caso a caso.

1. Maus tratos em crianças e jovens, Intervenção da Saúde – DGS, 2007

2. Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção; DGS, 2011

3. Violência interpessoal abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde; DGS, 2014 <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>



Ficha 12 – Intervenção Médico-Legal

Em Portugal, a entidade com competência para efetuar as perícias médico-legais é o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, IP).

As/os médicas/os forenses podem deslocar-se, em casos de urgência, aos hospitais onde as vítimas estão a receber cuidados de saúde, ou proceder ao exame médico-legal nas instalações do IML, delegações e gabinetes médico-legais, por solicitação dos profissionais de saúde, dos órgãos de polícia criminal (OPC), por determinação do Ministério Público.¹

Apenas os/as peritos/as forenses devem realizar os exames médico-legais.

Os objetivos da recolha de vestígios podem incluir:

- Provar um ato sexual violento e as suas circunstâncias;
- Estabelecer ligações entre o/s agressor/es e a/s vítima/s;
- Identificar o/s presumível/eis agressor/es;

Apenas as evidências médico-legais recolhidas, devidamente armazenadas, podem ser analisadas e utilizadas como meio de prova, sempre que exista o consentimento informado da vítima.

Aspetos-chave a ter em conta:

- A perícia pode demorar algum tempo, ser intrusiva, traumatizante e ser sentida como humilhante para as vítimas;
- Explicar cuidadosamente todo o processo e obter o consentimento informado da vítima para cada procedimento, bem como este ser executado por um/a técnico/a empático/a e sensível são os pilares de uma boa prática. Idealmente, o exame forense deve ser simultâneo à prestação dos cuidados médicos (OMS, 2015);
- O consentimento deve ser obtido para cada procedimento, particularmente no caso dos exames genitais. As vítimas podem dar o consentimento para uns procedimentos e não autorizar outros. A sua vontade deve ser respeitada e documentada;
- Penetração sexual da vagina, ânus e boca, raramente provocam sinais de lesões. O hímen pode não ser “rompido” ou lesionado mesmo que tenha havido penetração. A ausência de lesões não significa que não tenha havido penetração. Peritas/os forenses não podem concluir se a atividade sexual foi consensual ou não.



Recolha de Indícios Forenses

A recolha de indícios deve ter em conta o relato da agressão. Se houver dúvidas deve proceder-se à recolha.

A colheita de vestígios de material biológico (sangue, saliva, suor, sêmen, cabelos e pelos, por exemplo) depende do tempo (duração temporal entre a agressão e a perícia) das atividades da vítima (se se lavou ou bebeu água, por exemplo) e da contaminação de outras fontes (por exemplo, se foi necessário proceder a tratamentos clínicos urgentes para salvaguardar a saúde/vida da vítima).

O prazo máximo de tempo para uma recolha de vestígios é, no caso de:

- Pele (incluindo marcas de dentadas): 72h
- Boca: 12h
- Vagina: até 5 dias
- Ânus: 48h
- Material estranho em objetos (preservativos/peças de vestuário): sem limite
- Urina (toxicologia): até 5 dias
- Sangue (toxicologia): até 48h
 - Se da agressão sexual resultou uma gravidez deve-se considerar a recolha de material para identificação da paternidade;
 - Em casos de homicídio ou suicídio com suspeita de violência sexual deve-se igualmente proceder à recolha de indícios biológicos;
 - Todos os procedimentos médico-legais, incluindo fotografias de lesões, devem ser documentos e os vestígios devidamente preservados, analisados e protegidos.



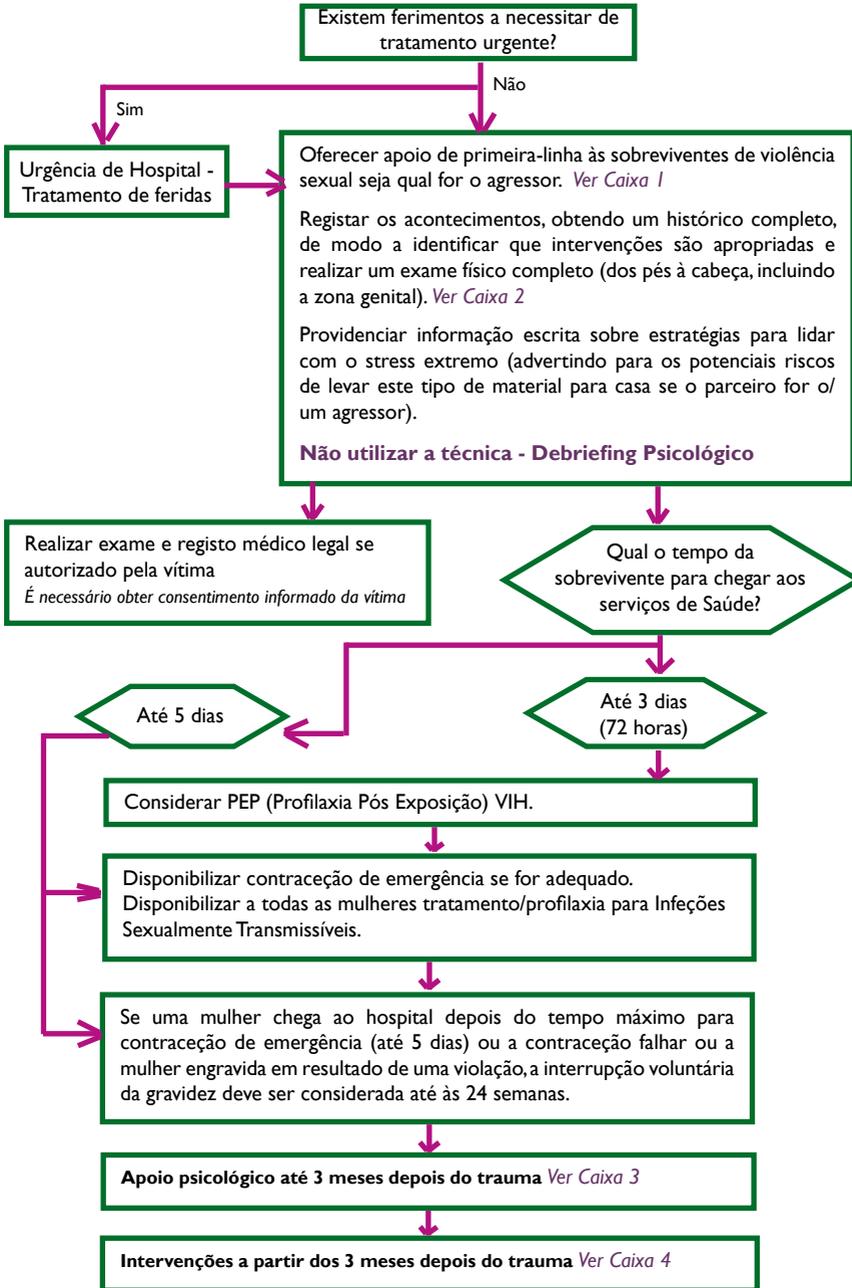
A roupa utilizada pela vítima na altura do crime deve ser guardada em saco de papel

Referências legais:

1. Lei 45/2004 de 19 de agosto - regime jurídico das perícias médico-legais e forenses http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=403&tabela=leis



Ficha 13 – Fluxograma de intervenção



Apoio técnico especializado por parte de organizações de defesa dos Direitos das Mulheres e Crianças.

CAIXA 1

Apoio de primeira-linha às mulheres sobreviventes de violência sexual

- o providenciar cuidados práticos e apoios que respondam às necessidades das mulheres mas que não limitem a sua autonomia;
- o ouvir as mulheres sem pressionar para obtenção de respostas ou revelação de informação;
- o oferecer informação e facilitação de contatos dos serviços e outro apoio social.

CAIXA 2

O histórico deve incluir:

- o o tempo desde o crime e o tipo de violência sexual;
- o risco de gravidez;
- o risco de infecção por VIH e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- o estado da saúde mental.

CAIXA 3

Apoio psicológico até 3 meses depois do trauma

- o Continuar a oferecer apoio de primeira linha.
- o A menos que a pessoa esteja deprimida, tenha problemas de abuso de drogas ou álcool, sintomas psicóticos, pensamento suicidas ou de auto-mutilação, ou tenha dificuldades em lidar com as tarefas do dia-a-dia, aplique "a espera vigilante" para os primeiros 1 a 3 meses depois do crime. Espera vigilante envolve explicar à sobrevivente que é provável que ela melhore ao longo do tempo e oferecer a opção de voltar para pedir mais apoio e marcar consultas de seguimento regular.
- o Se a pessoa está incapacitada pelos sintomas no pós-violação (por exemplo, não consegue ser funcional no seu dia-a-dia), providenciar terapia cognitivo-comportamental ou EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), por um/a profissional especializado/a em violência sexual.
- o Se a pessoa tem outros problemas de saúde mental (sintomas de depressão, abuso de álcool ou drogas, pensamentos suicidas ou auto-mutilação), providenciar cuidados de acordo com o guia de intervenção da OMS (OMS, 2010).

CAIXA 4

Intervenções a partir dos 3 meses depois do trauma

- o Avaliar o estado da saúde mental da sobrevivente (sintomas de stress agudo, stress pós-traumático, depressão, abuso de álcool ou drogas, pensamentos suicidas e auto-mutilação) e tratar a depressão, o uso de substâncias e outras perturbações da saúde mental usando a intervenção mhGAP (OMS, 2010), que disponibiliza protocolos clínicos testados para problemas de saúde mental.
- o Se a pessoa foi avaliada com stress pós-traumático, providenciar tratamento e terapia cognitivo comportamental ou EMRD.



Ficha 14 – Recursos

Serviços de Apoio

Linhas de emergência: 112 e 144

AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência

Rua João Villaret, n° 9, 1000-182 Lisboa

Tel. 21 380 21 65

Email: ca@amcv.org.pt

APAV – Associação de Apoio à Vítima

Rua José Estevão, n° 135, 1150-201 Lisboa

Linha telefónica - 16006

Email: apav.lisboa@apav.pt

APF - Associação para o Planeamento da Família

Rua Eça de Queiros, 13, 1°1050-095 Lisboa - Portugal

Tel. 21 385 39 93

Linha OPÇÕES (gravidez não desejada) - 707 200 249 (dias úteis, das 10:00h às 16:00h)

Email: apfsede@apf.pt

Associação EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

www.emdrportugal.pt

Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero

Rua dos Fanqueiros, 38, 3° Esq - 1100-231 Lisboa

Tel. 218 873 918 / 96 936 70 05

Email: ilga-portugal@ilga.org

Associação “O Ninho”

Tel. 213426949 / 963172593 / 911886265

Email: geral@oninho.pt

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

Rua das Quintas, Quinta da Boa Esperança, 2825-021 Monte da Caparica

Tel.: 21 294 21 98

SAÚDE - Equipas de Violência Interpessoal entre Adultos e Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco:

CENTROS HOSPITALARES:

Lisboa norte – Laurinda.almeida@chln.min-saude.pt

Lisboa centro:

- Estefânea - nhacjr@chlc.min-saude.pt
- MAC - nhacjr@mac.min-saude.pt

Lisboa ocidental - nhacjr@chlo.min-saude.pt

ACES – AGRUPAMENTOS CENTROS DE SAÚDE

ACES Lisboa Norte:

- Alvalade - nacjr@csalvalade.min-saude.pt
- Benfica - nacjr.benfica@csbenfica.min-saude.pt
- Lumiar - nacjr@cslumiar.min-saude.pt
- Sete Rios - nacjr.seterios@csseterios.min-saude.pt

ACES Lisboa Central:

- Lapa - nacjrlxcentral@cslapa.min-saude.pt
- Graça - nacjrcolinas@csgraça.min-saude.pt
- Olivais - nacjr@csolivais.min-saude.pt

ACES Lisboa Ocidental e Oeiras:

- Ajuda - nacjr.ocidental@csajuda.min-saude.pt



Ficha 15 - Bibliografia Complementar

Clinical Management of Rape Survivors, 2004, WHO e ACNUR, disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43117/1/924159263X.pdf>

Combating violence against women: minimum standards for support services, 2008, disponível em [http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF\(2007\)Study%20rev.en.pdf](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EG-VAW-CONF(2007)Study%20rev.en.pdf)

Crisis Intervention Manual, 2009, Piedmont Rape Crisis Center, disponível em <http://www.piedmontrapecrisis.org/pdfs/PRCC-Crisis-Intervention.pdf>

Handbook on sensitive practice for health care practitioner: Lessons from adult survivors of childhood sexual abuse, 2008, Public Health Agency of Canada, disponível em <http://www.cdho.org/Reference/English/SensitivePractice.pdf>

Helping Sexual Assault Survivors with Multiple Victimitizations and Needs, 2007, Greater Hartford Legal Aid, Inc., disponível em http://www.nsvrc.org/sites/default/files/Helping-sexual-assault-survivors-with-multiple-victimizations-and-needs_0.pdf

If someone you love is sexually assaulted, Kitchener-Waterloo, Sexual Assault Support Centre, disponível em http://www.sascwr.org/files/www/resources_pdfs/sexual_assault/If_Someone_You_Love_is_Sexually_Assaulted.pdf

Improving Police Response to Sexual Assault, 2013, Human Rights Watch, disponível em https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/improvingSAInvest_0.pdf

Improving Services to Victims of Sexual Assault - An evaluation of six Minnesota Model Protocol Development Test Sites, 2001, Wilder Research Centre, disponível em <https://www.wilder.org/Wilder-Research/Publications/Studies/Model%20Protocol%20Project/Improving%20Services%20to%20Victims%20of%20Sexual%20Assault%20-%20An%20Evaluation%20of%20Six%20Minnesota%20Model%20Protocol%20Development%20Test%20Sites.pdf>

Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths, 2012, WHO, disponível em http://www.unicef.org/protection/files/Policy_brief_10_myths_English_19-7.pdf

O protocolo de entrevista forense do NICHD - contributo na obtenção do testemunho da criança no contexto Português, 2013, Revista do Ministério Público, disponível em https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Peixoto4/publication/279920583_O_Protocolo_de_Entrevista_Forense_do_NICHD_contributo_na_obtencao_do_testemunho_da_crianca_



nocontexto_portugues/links/559fa50508ae3dbcbe859b22.pdf

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines. 2013. WHO. disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Responding to the needs of survivors of sexual violence: do we know what works?, 2015, International Review of the Red Cross, disponível em <http://www.cerahgeneve.ch/files/3914/2589/4813/Schopper-Responding-to-needs-of-survivors-of-sexual-violence.pdf>

Safety Planning with Adult Sexual Assault Survivors: A Guide for Advocates and Attorneys, 2013, Victim Rights Law Centre, disponível em http://www.victimrights.org/sites/default/files/Safety%20Planning%20with%20Adult%20Sexual%20Assault%20Survivors_A%20Guide%20for%20Advocates%20and%20Attorneys.pdf

Sexual Assault - Victim Service Worker Handbook, 2007, British Columbia - Ministry of Public Safety and Solicitor General - Victim Services and Crime Prevention Division, disponível em <http://www.pssg.gov.bc.ca/victimservices/shreddocs/victim-service-worker-sexual-assault.pdf>

Strengthening the Medico-Legal response to Sexual Violence, 2015, WHO – Department of Reproductive Health and Research (RHR), disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/medico-legal-response/en/>

Survivors of Sexual Assault Handbook, 2011, Sexual Assault Prevention and Awareness Center at the University of Michigan, disponível em <https://sapac.umich.edu/files/sapac/handbook.pdf>

This is your Brain in Meltdown, 2012, Scientific American, disponível em <http://www.nature.com/scientificamerican/journal/v306/n4/full/scientificamerican0412-48.html>

Tools for change an introduction to the primary prevention of sexual assault, 2014, Texas Association Against Sexual Assault, disponível em http://taasa.org/wp-content/uploads/2014/10/ToolsforChange_PrimaryPreventionofSA.pdf

Victim-oriented multidisciplinary responses to statutory rape, 2000, Office for Victims of Crime, disponível em <http://www.ovc.gov/publications/infores/statutoryrape/trainguide/victimoriented.pdf>

Em Parceria com



PLATAFORMA PORTUGUESA
PARA OS DIREITOS
DAS MULHERES

Co-financiamento



Com o apoio da Noruega,
Islândia e Liechtenstein