



DIRECTRIZES SOBRE CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES DE ABUSO SEXUAL

SEGUNDA EDIÇÃO



Fotografia da Capa: UNICEF/Jill Connelly/República Democrática do Congo, 2010

Publicado pela Divisão de Programas da Secção de Protecção da Criança (GBViE) do UNICEF
3 United Nations Plaza Nova Iorque, NY 10017

E-mail: childprotection@unicef.org

Website: www.unicef.org

© Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) Dezembro de 2023

A reprodução de qualquer parte desta publicação carece de autorização. Para mais informações sobre os direitos de utilização, contacte: nyhqdoc.permit@unicef.org

Citação sugerida: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Comité Internacional de Resgate (IRC), "Directrizes sobre Cuidados para Crianças Sobreviventes de Abuso Sexual", Segunda Edição, UNICEF, Nova Iorque, 2023.

Esta publicação foi possível graças à parceria com a Agência Alemã de Cooperação Internacional (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit - GIZ) GmbH, com o generoso apoio do Ministério para Cooperação e Desenvolvimento da Alemanha (Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit - BMZ).

AGRADECIMENTOS

Em 2012, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Comité Internacional de Resgate (IRC) desenvolveram a primeira edição das Directrizes sobre Cuidados para Crianças Sobreviventes de Abuso Sexual (CCS) com o apoio de um painel de análise técnica interagências composto por especialistas em violência baseada no género e na protecção de crianças. As Directrizes visavam responder a uma lacuna global na orientação técnica sobre a disponibilização de um modelo de cuidados de qualidade para crianças e famílias afectadas por abuso sexual em contextos humanitários.

Após mais de dez anos de implementação e com base em pedidos de prestadores de serviços no terreno, o UNICEF e o IRC, com o apoio da Agência Alemã de Cooperação Internacional GmbH (GIZ) e com o generoso financiamento do Ministério Federal Alemão de Cooperação e Desenvolvimento Económicos (BMZ), iniciaram a revisão dos materiais e ferramentas das Directrizes sobre Cuidados para Crianças Sobreviventes. Foram feitas consultas exaustivas no terreno com mais de 250 peritos em todo o mundo, consultas estas que serviram de princípio orientador para o processo de revisão e desenvolvimento de novas directrizes e pacote de formação.

As novas directrizes incluem revisões e adições de conteúdo baseados no feedback de profissionais, nas evidências mais recentes e na aprendizagem. A segunda edição visa dar maior ênfase à desigualdade de género, à interseccionalidade, assim como às ligações entre os melhores interesses da criança e uma abordagem centrada no sobrevivente.

As Directrizes revistas foram elaboradas por Jennifer Lee (IRC), Gretchen Emick (IRC), Elisabeth Roesch (UNICEF) e Meghan O'Connor (UNICEF), sob a direcção de Alexia Nisen (UNICEF), Caroline Masbounji (UNICEF) e Catherine Poulton (UNICEF). Contaram, nesta tarefa, com o apoio das equipas do UNICEF e do IRC no Sudão do Sul (UNICEF/CIS), no Afeganistão (UNICEF), no Iémen (CIS) e na Nigéria (CIS), que participaram nos testes e na revisão dos conteúdos. Estes pilotos contribuíram substancialmente para manter a voz dos intervenientes da linha da frente no centro do processo de revisão.

O UNICEF e o IRC gostariam também de agradecer aos membros do Conselho Consultivo pelo seu tempo e empenho: Samar Abdelrahman, Tamara Akinyi Obonyo, Amel Amir Ali, Cristina Baron Porras, Lauren Bienkowski, Lourdes Carrasco, Leigh-Ashley Lipscomb, Stefanie Lorin, Kloelupho Mongkhonphob, Luz Angela Obando Montenegro, Tamalar Paw, Fabian Alberto Pacheco, Castañeda, Colleen Dockerty, Abigail Erikson, Yang Fu, Marcio Gagliato, Emily Krasnor, Joyce Mutiso, Kate Rougvie, Maria Semaan, Albert Wambua, Dra. Ajwang Warria, Mu Wee.

Vários peritos do UNICEF e do IRC, para além do Conselho Consultivo, partilharam os seus conhecimentos e experiência: Dorcas Ahinfowe Erskine, Caoimhe Bhaird, Emmanuelle Compingt, Ahmed Ghanem, Tasha Gill, Farah Hammoud, Afrooz Kaviani Johnson, Anna Koehorst, Sinéad Murray, Salimata Ndoeye, Sunita Palekar Joergensen, Aditi Shrikhande Chemba Raghavan e Lorenza Trulli do UNICEF e Jerry Abdala Kulelemba, Yvonne Agengo, Annalisa Brusati, Cat Byrne, Sarah Cornish-Spencer, Patricia Gray, Mehreen Jaswal, Meghana Kulkarni, Sophia Ngugi, Tizita Tekletsadik e Pauline Thivillier do IRC.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **7**

Os Recursos de CCS
Teoria da Mudança sobre CCS
Utilização das Directrizes
Visão Geral dos Capítulos
Glossário de Termos

CAPÍTULO 1: A ABORDAGEM DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES **20**

Fundamentos Teóricos da Abordagem de CCS
Princípios Orientadores da Abordagem de CCS

CAPÍTULO 2: PRINCIPAIS ÁREAS DE CONHECIMENTO **26**

Área de Conhecimento 1: Definição de Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 2: Âmbito do Problema
Área de Conhecimento 3: Perpetradores de Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 4: Crianças e Revelação de Abuso Sexual
Área de Conhecimento 5: Necessidades de Crianças Sobreviventes
Área de Conhecimento 6: Género e Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 7: Idade, Desenvolvimento e Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 8: Interseccionalidade e Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 9: Factores de Risco e de Protecção que Influenciam o Impacto do Abuso Sexual de Crianças
Área de Conhecimento 10: Impacto de Abuso Sexual nos Encarregados de Educação

CAPÍTULO 3: ATITUDES E PRECONCEITOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS **58**

Atitudes Essenciais para CCS
Análise dos Preconceitos dos Assistentes Sociais
O Papel dos Supervisores na Análise de Atitudes e Preconceitos

CAPÍTULO 4: HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO **71**

Melhores Práticas para a Comunicação com Crianças Sobreviventes
Resposta a Desafios Comuns de Comunicação

CAPÍTULO 5: QUESTÕES-CHAVE

92

Questão-chave 1: Envolvimento das Crianças Sobreviventes na Tomada de Decisão

Questão-chave 2: Obtenção de Consentimento e Assentimento Informados

Questão-chave 3: Respeito e Controlo dos Limites da Confidencialidade

Questão-chave 4: Orientação sobre Requisitos de Denúncia Obrigatória

CAPÍTULO 6: GESTÃO DE CASOS DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES **111**

Visão Geral das Fases de Gestão de Casos

1ª Fase: Apresentação e Participação

2ª Fase: Avaliação e 3ª Fase: Planificação de Acções relativas ao Caso

4ª Fase: Implementação

5ª Fase: Seguimento do Caso

6ª Fase: Encerramento e Avaliação do Caso

CAPÍTULO 7: COORDENAÇÃO DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES **167**

Coordenação de CCS entre Intervenientes na Violência baseada no Género e Protecção da Criança

Coordenação Multisectorial

Partilha de Informações

CAPÍTULO 8: SUPERVISÃO E CUIDADOS DO PESSOAL **181**

Integração da Supervisão de CCS e do Reforço de Capacidades

Estratégias Específicas para a Supervisão de CCS e de Reforço de Capacidades

Apoio ao Bem-estar do Pessoal

FERRAMENTAS DE CSS

PADRÕES MÍNIMOS DE GESTÃO DE CASOS DE CCS PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS	25
AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE CCS	51
AVALIAÇÃO DE ATITUDES RELATIVAS A CCS	68
AVALIAÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO SOBRE CCS	87
OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO INFORMADOS	107
DIRECTRIZES DE AVALIAÇÃO COM BASE NA IDADE E NA FASE DE DESENVOLVIMENTO	109
FERRAMENTAS DE PLANIFICAÇÃO DE SEGURANÇA	135
AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL E DE SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DE CCS	139
EDUCAÇÃO PARA A CURA	147
FORMAÇÃO DE RELAXAMENTO	155
CAPACIDADES DE SUPERAÇÃO	161
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	163
COMBATE ÀS FORMAS MÚLTIPLAS E RECORRENTES DE VIOLÊNCIA	177
COORDENAÇÃO COM INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS EM MATÉRIA DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS	179
AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE CASOS DE CCS	190
ANÁLISE DE CASOS DE CCS	194
ORIENTAÇÕES PARA A INTEGRAÇÃO DE AVALIAÇÕES DE CCS	199

INTRODUÇÃO

O abuso sexual cometido contra crianças é uma das maiores crises do nosso tempo.¹ O abuso sexual de crianças é um factor de risco significativo para as crianças, à semelhança de outras formas de maus-tratos contra crianças.² O abuso sexual pode ter consequências graves a curto e longo prazo para o bem-estar físico, mental, social, emocional e económico das crianças, das famílias e das comunidades.³ Em situações de emergência, a ameaça de todas as formas de abuso de crianças e da violência baseada no género (VBG), incluindo o abuso sexual de crianças, é grave e generalizada.

No centro de todos os casos de abuso sexual de crianças está uma criança num determinado momento de desenvolvimento e cronológico da sua vida, que possui várias identidades sociais definidas pelo contexto em que vive. Todos estes factores, combinados com as experiências individuais da criança, têm impacto nos riscos que corre e nas suas necessidades e capacidade para procurar e aceder a serviços após um incidente de abuso sexual. Este facto, juntamente com os vários sectores profissionais envolvidos na resposta ao abuso sexual de crianças em qualquer contexto, dificulta a resposta ao abuso sexual de crianças.⁴

A responsabilidade primária de proteger e cuidar das crianças sobreviventes de abuso sexual recai sobre o Estado, incluindo em contextos humanitários. Quando o Estado não consegue ou não quer assumir esta responsabilidade, a mesma recai, muitas vezes, sobre os intervenientes não-governamentais nos sectores de VBG e de protecção da criança (PC). Os prestadores de serviços de VBG e de PC devem trabalhar com as crianças sobreviventes de abuso sexual (e com o encarregado/família, se necessário) para compreender as suas necessidades e informá-las sobre todas as opções de serviços disponíveis, um processo designado por gestão de casos. Como principais pontos focais deste processo, os assistentes sociais planificam, procuram, advogam, coordenam e monitoram os serviços em que uma criança (e/ou o encarregado/família) opta por participar, prestando-lhe apoio emocional durante todo o processo.

O objectivo dos recursos sobre Cuidados para Crianças Sobreviventes (CCS) é garantir que as raparigas e os rapazes jovens e adolescentes sobreviventes de abuso sexual (doravante designados por “crianças sobreviventes”) e os seus encarregados não agressores recebam os melhores cuidados possíveis. Estabelece padrões para os prestadores de serviços e, mais especificamente, para os assistentes sociais, com vista à prestação de cuidados de elevada qualidade às crianças sobreviventes de abuso sexual e aos seus encarregados não agressores, para que possam recuperar e curar-se. As directrizes originais e os respectivos materiais de formação foram desenvolvidos em 2012. Após mais de dez anos de implementação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em parceria com o Comité Internacional de Resgate (IRC) e com o apoio da Agência Alemã de Cooperação Internacional GmbH (GIZ), apresenta esta segunda edição com revisões e novos conteúdos baseados na aprendizagem e no feedback dos profissionais.

¹ Together for Girls, The Equality Institute e Oak Foundation, What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review, 2019.

² Tischelman, A. C. & Geffner, R., 'Forensic, Cultural, and Systems Issues in Child Sexual Abuse Cases – Part 1: An Introduction'. Journal of Child Sexual Abuse, 19(5), 2010, p. 485-490.

³ OMS, Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO clinical guidelines, World Health Organization, 2017.

⁴ Ibid.

RECURSOS SOBRE CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES DE ABUSO SEXUAL

Os recursos sobre Cuidados para Crianças Sobreviventes de Abuso Sexual definem os conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para os assistentes sociais de PC, assistentes sociais de VBG e outros prestadores de serviços relevantes que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual (incluindo crianças e adolescentes não-binários).

O pacote de recursos inclui estas Directrizes sobre CCS (as Directrizes) e a Formação em CCS (a Formação). As Directrizes fornecem aos assistentes sociais e a outros prestadores de serviços relevantes orientações sobre a prestação de cuidados para crianças sobreviventes de abuso sexual em contextos humanitários. A Formação materializa o conteúdo das Directrizes e proporciona um espaço para aprofundar as principais áreas de conhecimento, as atitudes e habilidades básicas, através de discussões e exercícios práticos. Devem ser utilizados em conjunto – a Formação foi concebida para proporcionar aos assistentes sociais uma oportunidade de aplicação prática dos conceitos-chave abrangidos pelas Directrizes.

O principal público-alvo dos recursos sobre CCS é o pessoal que presta serviços de gestão de casos de PC e/ou VBG em contextos humanitários. Qualquer trabalhador humanitário especializado em crianças, género e saúde (em particular, na gestão clínica da violação) pode também beneficiar dos recursos sobre CCS. Outros prestadores de serviços relevantes envolvidos na prestação de cuidados para crianças sobreviventes de abuso sexual, incluindo profissionais de saúde, juristas e especialistas em saúde mental, também podem beneficiar.

O que mudou na segunda edição?

Esta segunda edição integra a aprendizagem e feedback, fortalecendo os recursos originais sobre CCS das seguintes formas:

- » tem foco na consciencialização sobre desigualdade de género;
- » tem foco no interesse superior da criança e numa abordagem centrada no sobrevivente;
- » promove uma abordagem interseccional;
- » disponibiliza ferramentas de CCS actualizadas para reflectir as alterações de orientação;
- » fornece links que dão acesso a novos recursos.

CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES TEORIA DA MUDANÇA E RESULTADOS DESEJADOS

As orientações técnicas descritas no presente documento baseiam-se na teoria da mudança sobre CCS (*ver a Figura 1 abaixo*). A teoria da mudança nos CCS defende que as crianças sobreviventes podem ser apoiadas na sua recuperação e cura de abuso sexual através de cuidados e tratamentos adequados e compassivos, centrados na criança. A teoria da mudança descreve os elementos essenciais dos cuidados e do tratamento, assim como os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para que os assistentes sociais e outros prestadores de serviços relevantes possam prestar esses cuidados.

TEORIA DA MUDANÇA NOS CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

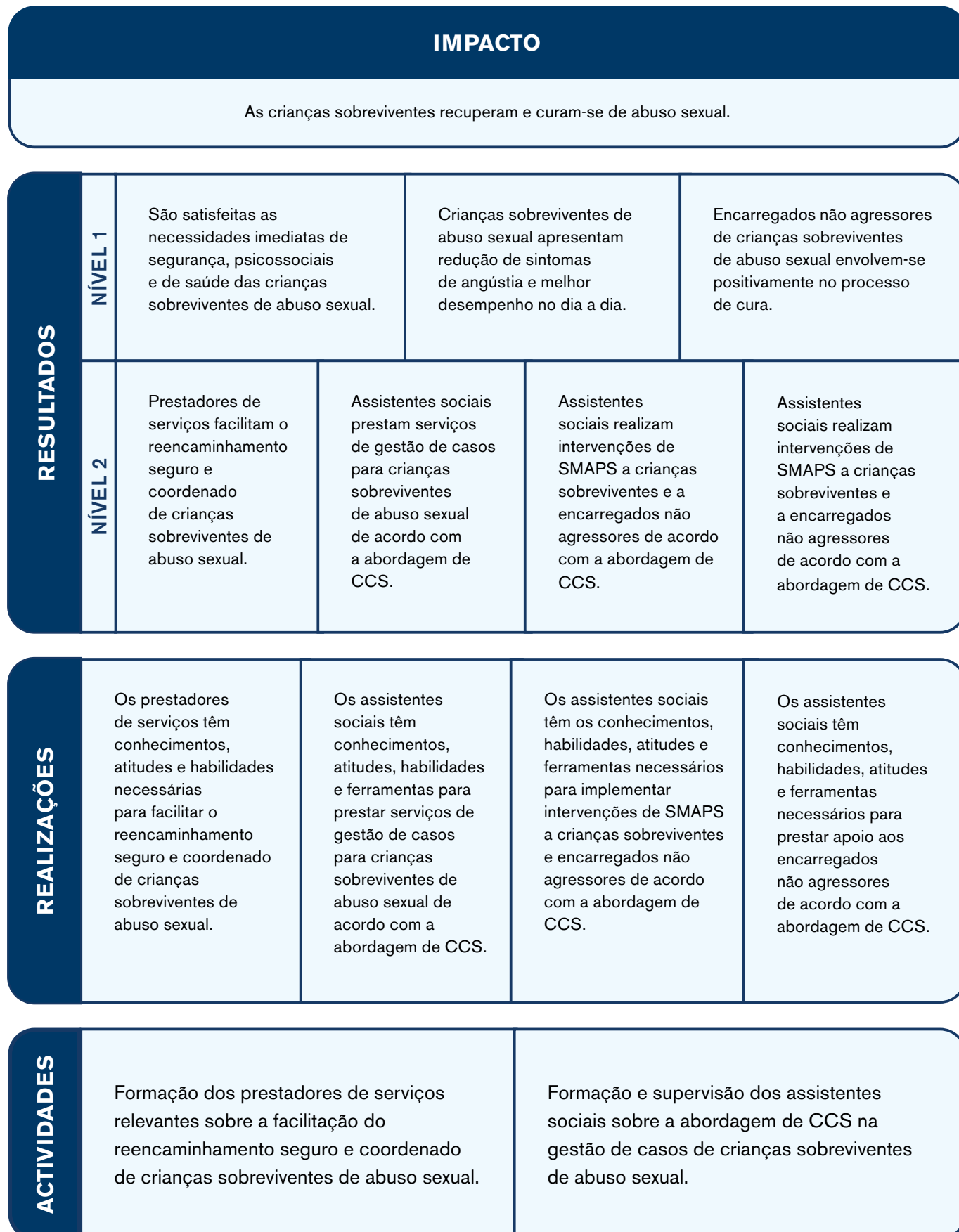


Figura 1: Teoria da Mudança

UTILIZAÇÃO DAS DIRECTRIZES

Embora se baseiem numa abordagem de gestão de casos, as Directrizes não se destinam a substituir ou a anular as abordagens existentes de gestão de casos de PC ou VBG ou serviços sociais governamentais existentes. Apresentam, pelo contrário, considerações específicas das crianças sobreviventes de abuso sexual que devem ser integradas em eventuais serviços de gestão de casos existentes.

As Directrizes são:

- » concebidas exclusivamente para prestar cuidados e serviços de resposta a crianças sobreviventes de abuso sexual e para apoiar as suas famílias;
- » uma ferramenta para a gestão de casos e apoio psicossocial e de saúde mental (SMAPS) para crianças sobreviventes de abuso sexual e suas famílias;
- » relevantes para os serviços destinados a crianças com menos de 18 anos, mas terão de ser adaptados à idade, à fase de desenvolvimento, ao género e a outras características da criança;
- » concebidas para serem utilizadas em contextos humanitários em que existam serviços relevantes e as instituições (sistemas nacionais ou humanitários) cumpram os requisitos mínimos para a prestação de serviços de gestão de casos.

Limitações das Directrizes

As Directrizes não:

- » abordam o tratamento dos perpetradores ou a prevenção de abusos sexuais, apesar das provas de que a intervenção directa ao nível comunitário contribui para comunidades mais seguras;
- » abordam outras formas da VBG que afectam as raparigas – como união prematura e forçada, mutilação genital feminina, crimes de honra – ou outras formas de violência que afectam as crianças em geral, como o trabalho ou o recrutamento forçados;
- » funcionam como um manual de formação. Um Pacote de Formação em CCS separado acompanha estas Directrizes, também disponível na internet;
- » abordam intervenções baseadas na comunidade (como a integração de crianças sobreviventes de abuso sexual em espaços centrados na criança ou intervenções baseadas na comunidade para combater o estigma e a discriminação sociais). No entanto, oferecem sugestões para reencaminhar adequadamente os casos para instituições que possam apoiar essas intervenções.

Considerações específicas para a integração das Directrizes nos programas de VBG e PC

Antes de prestarem serviços a crianças sobreviventes de abuso sexual, as equipas de PC e VBG devem ter em vigor aspectos e procedimentos de programação, assim como equipas de gestão de casos experientes. Para permitir a revelação segura de abuso sexual e respostas confidenciais adequadas, as instituições no terreno que implementam estas Directrizes devem ter:

- » uma compreensão dos sistemas nacionais de protecção da criança e de como todas as crianças, independentemente da sua origem e estatuto jurídico, podem ter acesso às mesmas;
- » uma compreensão das opções em termos de cuidados alternativos para as crianças no contexto em causa e de eventuais limitações a essas opções, tendo em conta o género, a idade e a fase de desenvolvimento;
- » uma compreensão das leis e das políticas relativas a crianças e a VBG, incluindo as leis e/ou políticas de denúncia obrigatória no contexto em causa;
- » um protocolo específico da instituição para garantir o interesse superior da criança e a segurança e protecção do assistente social e de outro pessoal envolvido no caso;
- » serviços de gestão de casos de PC e/ou VBG estabelecidos (quer através de sistemas nacionais existentes, quer por trabalhadores humanitários) que cumpram os padrões descritos neste documento;
- » acesso a serviços abrangentes estabelecidos sobre violência sexual (saúde, segurança/protecção, aspectos legais, etc.) e/ou trabalho com parceiros locais que prestam serviços seguros e acessíveis a sobreviventes de VBG e/ou a crianças que enfrentam problemas de protecção mais gerais;
- » acesso a espaços seguros com actividades e programas específicos para crianças de diferentes idades (através de instituições ou de sistemas nacionais de PC) ou actividades e programas específicos para raparigas adolescentes (através de instituições ou sistemas nacionais de VBG);
- » uma compreensão da programação existente para as raparigas adolescentes no contexto em causa, a fim de abordar adequadamente os riscos e tipos de violência múltipla e agravada, incluindo o abuso sexual de crianças, que as raparigas adolescentes possam sofrer.

Para além disso, é fundamental que os prestadores de serviços compreendam a questão do abuso sexual de crianças no contexto local. Os prestadores de serviços devem compreender:

- » as atitudes, crenças, normas, práticas e capacidades locais em relação ao abuso sexual de crianças, assim como às crianças e ao género em geral;
- » as leis e políticas que podem ter impacto numa criança sobrevivente de abuso sexual (por exemplo, denúncia obrigatória, maioridade matrimonial das raparigas, idade de consentimento, etc.) e os riscos e benefícios associados a estas;
- » os factores e os intervenientes que protegem ou colocam em risco as raparigas e rapazes sobreviventes de violência sexual, incluindo aqueles cuja orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais são diversas (SOGIESC) e/ou os portadores de deficiência;
- » as capacidades de protecção das pessoas ou grupos da comunidade que podem desempenhar um papel importante na cura da criança.

As organizações também podem utilizar os *Padrões Mínimos de Gestão de Casos de Cuidados para Crianças Sobreviventes para Prestadores de Serviços* para avaliar o seu grau de preparação operacional para prestar serviços de gestão de casos a crianças sobreviventes de abuso sexual.

Formação e competências necessárias

O pessoal das instituições já deve ter recebido formação e ser capaz de demonstrar competências em:

- » gestão de casos de VBG ou PC, incluindo [Habilidades básicas de SMAPS do ACNUR](#) para crianças requerentes de asilo e refugiadas;
- » habilidades básicas de apoio a SMAPS.

Quando as instituições planificam a realização da Formação e ampliação dos serviços de CCS, os supervisores dos programas devem também considerar as qualidades e atitudes do pessoal que irá prestar esses serviços (ver o *Capítulo 2* e *Capítulo 3*).

VISÃO GERAL DOS CAPÍTULOS

Embora se baseiem numa abordagem de gestão de casos, as Directrizes não se destinam a substituir ou a anular as abordagens existentes de gestão de casos de PC ou VBG ou serviços sociais governamentais existentes. Apresentam, pelo contrário, considerações específicas das crianças sobreviventes de abuso sexual que devem ser integradas em eventuais serviços de gestão de casos existentes.

Capítulo 1

Descreve a abordagem de Cuidados para Crianças Sobreviventes que inclui os **princípios orientadores, teorias e abordagens fundamentais** para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual. Aborda especificamente como aplicar a este trabalho uma abordagem centrada no sobrevivente e na criança.

Capítulo 2

Descreve as principais áreas de **conhecimento** que os assistentes sociais devem possuir antes de trabalharem com as crianças sobreviventes de abuso sexual e suas famílias.

Capítulo 3

Apoia os assistentes sociais no desenvolvimento de **atitudes** necessárias para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual. Também ajuda os assistentes sociais a identificar, reflectir e abordar **preconceitos** que possam ser nocivos para crianças sobreviventes em toda a sua diversidade.

Capítulo 4

Apresenta as melhores práticas de **comunicação** com crianças sobreviventes de abuso sexual e suas famílias, incluindo orientações sobre a forma de comunicar com as crianças e encarregados de confiança sobre a experiência de abuso sexual. Este capítulo também explica técnicas verbais e não verbais que podem ser utilizadas para ajudar as crianças sobreviventes a sentirem-se mais seguras e confortáveis para se expressar.

Capítulo 5

Apresenta **considerações para gerir questões-chave** na relação de gestão de casos com uma criança sobrevivente de abuso sexual. Este capítulo explora a forma como o princípio do interesse superior pode ser utilizado para lidar com estas questões.

Capítulo 6

Apresenta orientações detalhadas sobre as **principais tarefas que fazem parte de cada fase do processo de gestão de casos**. É dada especial atenção às áreas de avaliação e intervenção que fazem parte do processo de gestão de casos de abuso sexual de crianças.

Capítulo 7

Apresenta uma visão geral das **melhores práticas relacionadas com a coordenação** de casos de crianças sobreviventes entre vários prestadores de serviços, incluindo a coordenação/colaboração entre os intervenientes na gestão de casos de PC e VBG.

Capítulo 8

Fornece orientação sobre como integrar a **supervisão dos assistentes sociais** que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual nos sistemas e práticas de supervisão da gestão de casos de PC e VBG existentes.

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Os termos e definições utilizados no presente Glossário não são definições jurídicas e nem devem ser considerados como tal.⁵ Não foram incluídos termos definidos noutros recursos e/ou mais comuns.

Adolescência

O período entre os 10 e 19 anos de idade. É um ciclo de desenvolvimento nos domínios físico, cognitivo, comportamental e psicossocial de uma pessoa. Pode ser subdividida em pré-adolescência (9 a 10 anos), adolescência inicial (10 a 14 anos), adolescência média (15 a 17 anos) e adolescência tardia⁶ (18 a 19 anos).

Adolescente

Qualquer pessoa entre os 10 e 19 anos de idade. O termo “adolescente” não visa substituir a utilização de “crianças” nas Directrizes, mas constitui um termo adicional para descrever idades específicas, maturidade e fases da vida das pessoas com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos.

Encarregado de educação

A pessoa responsável pelos cuidados diários de uma criança ou crianças. É um dos progenitores, um familiar, um amigo da família ou outro responsável pela criança. O termo pode aplicar-se a pais adoptivos, incluindo os que “adoptam” uma criança informalmente, assim como os que o fazem formalmente. Não implica necessariamente responsabilidade jurídica. Nas Directrizes, o termo “encarregado de educação” é utilizado para designar também um pai biológico.

Gestão de casos

Um processo sistemático pelo qual um assistente social qualificado e supervisionado avalia as necessidades de um utente e, quando apropriado, da família do mesmo. O assistente social organiza e, por vezes, fornece, coordena, monitora, avalia e defende um pacote de serviços múltiplos para satisfazer as necessidades complexas de um determinado utente.⁷

Assistente social

Uma pessoa ao serviço de uma instituição de prestação de serviços de gestão de casos aos utentes. Os assistentes sociais são formados em gestão de casos centrada no utente e são supervisionados por pessoal sénior do programa. Seguem um conjunto específico de sistemas e princípios orientadores concebidos para promover a segurança, bem-estar, esperança e cura dos seus utentes. Os assistentes sociais são também designados por profissionais da área social, titulares de processos, trabalhadores da área de protecção de crianças e de violência baseada no género.

⁵ Num esforço para assegurar a coerência, na medida do possível, algumas definições foram retiradas directamente das Directrizes do Comité Permanente Interagências (IASC) sobre Intervenções de Violência Baseada no Género em Contextos Humanitários. As outras fontes estão devidamente referenciadas.

⁶ Apesar de a adolescência tardia ser a fase da maioridade na maioria dos contextos, é aqui incluída porque as idades de 18 a 19 anos ainda se caracterizam por um conjunto de habilidades em desenvolvimento, sobretudo no pensamento crítico, compreensão e tomada de decisão.

⁷ National Association of Case Workers, [NASW Standards for Social Work Case Management](#), NASW, Washington DC, 2013.

Criança	Qualquer pessoa com menos de 18 anos. ⁸
Desenvolvimento infantil	As mudanças psicológicas, sociais, emocionais, cognitivas e físicas por que o ser humano passa desde o nascimento até à idade adulta. Muitos estudiosos identificaram diferentes fases do desenvolvimento de crianças e jovens que se referem aos períodos de tempo ou às faixas etárias durante os quais se espera que ocorram mudanças. As idades associadas a estas mudanças variam de pessoa para pessoa e, como tal, as fases de desenvolvimento são mais bem compreendidas numa sequência contínua do que numa linha temporal fixa. ⁹
Salvaguarda da criança	Medidas preventivas dentro de uma instituição para proteger as crianças de actos deliberados ou não intencionais que aumentem o risco de danos e garantir que a instituição e seus programas são seguras para as crianças.
Abuso sexual de crianças	Não existe uma única definição de abuso sexual de crianças. Por conseguinte, estas directrizes utilizam: <i>Qualquer forma de actividade sexual, física ou não, com uma criança, praticada por um adulto ou por outra criança que tem poder sobre a mesma. O abuso sexual de crianças envolve frequentemente, mas nem sempre, contacto físico.</i>
Criança sobrevivente	Uma pessoa com menos de 18 anos que tenha sofrido um acto de abuso sexual.
Cisgénero	Pessoas cuja identidade e expressão de género correspondem ao sexo que lhes foi atribuído à nascença.
Expressão de género	Acções, maneirismos (formas de falar, andar, gestos com as mãos, etc.), actividades preferidas e formas de vestir associadas ao género da pessoa. A expressão de género nem sempre reflecte a identidade de género de uma pessoa. Não é necessário ter uma orientação sexual, uma identidade de género ou características sexuais diferentes para ter uma expressão de género diferente. <i>Ver também SOG/ESC.</i>
Identidade de género	A experiência interior e individual de género profundamente sentida de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo que lhe foi atribuído à nascença ou ao género que lhe é atribuído pela sociedade. A identidade de género inclui pessoas que se identificam como não-binárias ou outros géneros para além do masculino/feminino ou homem/rapaz e mulher/rapariga. <i>Ver também SOG/ESC.</i>

⁸ [Convenção sobre os Direitos da Criança \(1989\)](#) Tratado n.º. 27531. Série de Tratados das Nações Unidas, 1577, pp. 3-178.

⁹ Comité Internacional de Resgate, Child and Youth Protection and Development Sector Framework. A guide to Sound Project Design and Consistent Messaging, IRC, Janeiro de 2012.

Violência baseada no género

Um termo abrangente que designa qualquer acto nocivo praticado contra a vontade de uma pessoa, com base nas diferenças (de género) socialmente estabelecidas entre homens e mulheres. Abrange uma série de violações de direitos humanos, incluindo o abuso sexual de crianças, violação, violência doméstica, agressão e assédio sexual, tráfico de mulheres e raparigas e várias práticas tradicionais nocivas, incluindo união forçada e prematura.¹⁰

Aliciamento

Quaisquer acções levadas a cabo por um perpetrador para estabelecer ligações emocionais com uma criança e seus encarregados que lhe permitem praticar abusos.

Inclusão

O processo através do qual são envidados esforços para garantir a igualdade de oportunidades – para que todos, independentemente da sua origem, possam atingir o seu pleno potencial na vida. Esses esforços incluem políticas e acções que promovam a igualdade de acesso aos serviços, assim como a participação nos processos de tomada de decisão que afectam as suas vidas. Fonte: UNDESA.

Interseccionalidade

Um quadro feminista que ilustra como os sistemas de opressão interligados têm impacto nas experiências de violência e discriminação das pessoas e dos grupos. Estas formas interligadas de opressão estão enraizadas em identidades como raça, classe, idade, deficiência, orientação sexual, identidade de género e expressão de género, etnia e religião. Com efeito, as múltiplas identidades de uma pessoa resultarão em experiências únicas de opressão e privilégio.

LGBTQI

Pessoas lésbicas, gays, bissexuais, queer, transgénero e intersexo. Este termo tem as suas raízes na compreensão ocidental da sexualidade. Poderá haver outros termos que se apliquem melhor e sejam mais apropriados em diferentes contextos. *Ver também SOGIESC.*

Denúncia obrigatória

Leis e políticas públicas que obrigam determinadas instituições e/ou pessoas, incluindo professores, assistentes sociais e profissionais de saúde, a denunciar casos reais ou suspeitos de abuso de crianças (por exemplo, abuso físico, sexual, negligência, abuso emocional e psicológico, relações sexuais ilícitas).

¹⁰ Comité Permanente Inter-Agências, [Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies](#), Grupo de Trabalho do IASC sobre Género e Assistência Humanitária, 2005.

Não-binário	Um termo abrangente para identidades e/ou expressões de género que não são nem masculinas nem femininas; refere-se a identidades fora do binário de género. <i>Ver também SOGIESC.</i>
Encarregado de educação não agressor	Um pai ou encarregado de educação que não tenha abusado sexualmente ou participado directamente no abuso sexual de uma criança. ¹¹
Pedofilia	Desordem específica em que existe uma preferência pela actividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes. Para mais informações sobre os critérios de diagnóstico, consulte a nota de rodapé. ¹²
Perpetrador	Uma pessoa que inflige ou apoia directamente a violência ou outros abusos infligidos a outra pessoa contra a sua vontade.
Prestador de serviços	Instituições encarregadas de prestar serviços directos a crianças e/ou sobreviventes de violência baseada no género. Estes profissionais incluem assistentes sociais, profissionais de saúde, especialistas de protecção de crianças, juristas e profissionais de saúde mental.
Exploração e abuso sexuais	Qualquer abuso real ou tentativa de abuso de uma posição de vulnerabilidade, poder diferencial ou confiança para fins sexuais. Isso inclui o lucro pecuniário, social ou político com a exploração sexual de outra pessoa. ¹³
Orientação sexual	A capacidade de uma pessoa de sentir atracção emocional, afectiva e sexual por pessoas de um género diferente ou do mesmo género ou por pessoas de vários géneros e de se envolver em relações íntimas com as mesmas. <i>Ver também SOGIESC.</i>
SOGIESC	Orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais. Muitas vezes utilizado como um termo abrangente para representar grupos de pessoas com identidades diversas, as Directrizes aplicam o termo “pessoas com SOGIESC diversas” para se referir a grupos de pessoas, ao mesmo tempo que se referem a pessoas com um termo de identificação específico: lésbicas, gays, transgénero, queer, intersexo ou não-binário.

¹¹ Vaughan-Eden, V., LeBlank, S.S. & Dzumaga, Y., 'Succeeding with non-offending caregivers of sexually abused children' em [Handbook of Interpersonal Violence and Abuse Across the Lifespan \(Manual de violência e abuso interpessoais ao longo da vida\): Um projecto da Parceria Nacional para Acabar com a Violência Interpessoal no Ciclo da Vida](#). Eds. R. Geffner, J.W. Branco, L.K. Hamberger, A. Rosenbaum, V. Vaughan-Eden & V.I. Vieth, p. 1-20, Springer Cham, 2020

¹² Organização Mundial de Saúde, [The ICD-11 – Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research](#), OMS, Genebra, 2022.

¹³ Boletim do Secretário-Geral, [Medidas especiais de protecção contra exploração e abuso sexuais](#), Secretariado das Nações Unidas, ST/SGB/2003/13, 9 de Outubro de 2003.

**Sobrevivente/
vítima**

Uma pessoa que sofreu violência baseada no género. Os termos “vítima” e “sobrevivente” podem ser utilizados indistintamente, embora o termo “vítima” seja geralmente preferido nos sectores jurídico e médico e o termo “sobrevivente” nos sectores de apoio psicológico e social. O termo “criança sobrevivente” é utilizado em todas estas Directrizes.

Transgénero

Um termo abrangente para pessoas cuja identidade de género e/ou expressão de género difere do sexo que lhes foi atribuído à nascença. *Ver também SOGIESC.*

Capítulo 1

A ABORDAGEM DE CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo apresenta uma abordagem específica à gestão de casos de crianças e adolescentes sobreviventes de abuso sexual em contextos humanitários, baseada nas melhores práticas de gestão de casos de violência baseada no género (VBG) e de protecção de crianças (PC). Designada por **abordagem de Cuidados para Crianças Sobreviventes (CCS)**, inclui:

- » fundamentos teóricos sobre os quais é elaborada uma abordagem específica para a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual;
- » princípios orientadores para a implementação da gestão de casos com crianças sobreviventes de abuso sexual.

Ferramenta associada

Padrões Mínimos de Gestão de Casos de CCS para Prestadores de Serviços

INTRODUÇÃO

As definições exactas de gestão de casos variam ligeiramente no domínio humanitário, dependendo da disciplina de que provêm.¹⁴ O principal modelo adaptado pelos sectores de PC e VBG em contextos de ajuda humanitária é a gestão de casos de assistência social, que é definida como:

“Um método de prestação de serviços através do qual um assistente social [profissional] avalia as necessidades do utente e sua família, se necessário, e organiza, coordena, monitora, avalia e advoga por um pacote de serviços múltiplos para satisfazer as necessidades complexas de um determinado utente”.¹⁵

O abuso sexual de crianças é uma questão complexa que exige uma resposta multifacetada e multidisciplinar para melhor satisfazer as necessidades de uma criança sobrevivente e apoiar a sua cura. **A abordagem de CCS é específica para a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual que se baseia nas melhores práticas de gestão de casos de VBG e de PC.** Define fundamentos teóricos importantes e princípios orientadores para proporcionar uma

¹⁴ Os Padrões Mínimos de Protecção da Criança na Resposta Humanitária definem a gestão de casos como “o processo de assistência a crianças e famílias individuais através da coordenação da prestação de serviços e da gestão da informação por parte dos assistentes sociais relevantes”.

¹⁵ National Association of Case Workers, [NASW Standards for Social Work Case Management](#), NASW, Washington DC, 2013.

perspectiva (ou conjunto de perspectivas) e um processo através do qual os assistentes sociais fazem a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual. Por último, a abordagem de CCS também define um conjunto específico de conhecimentos, atitudes e habilidades essenciais exigidos aos assistentes sociais, de modo a implementar eficazmente a gestão de casos com crianças sobreviventes de abuso sexual.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ABORDAGEM DE CCS

A abordagem de CCS na gestão de casos baseia-se em fundamentos teóricos das práticas de VBG e de PC. Estes fundamentos reconhecem a natureza do abuso sexual de crianças como uma experiência de angústia debilitante que resulta em vergonha e estigma, entre outras consequências, e que, por isso, exige uma resposta que seja simultaneamente empoderadora e compassiva.

Centrada no cliente

A gestão de casos centrada no cliente significa que os assistentes sociais envolvem o utente (e, se necessário, outros membros da família) em todos os aspectos da gestão de casos. Personalizam os serviços de acordo com as necessidades, preferências e objectivos do utente. Estar centrado no utente na gestão de casos de CCS exige que os assistentes sociais combinem abordagens centradas na criança e no sobrevivente.

Uma abordagem centrada na criança envolve a organização e prestação de serviços, assim como a tomada de decisão de forma a colocar as necessidades e os interesses superiores dos jovens e adolescentes no centro do processo. Uma abordagem centrada na criança é, por natureza, amiga da criança e procura facilitar a participação da mesma nos seus cuidados e tratamento. Implica envolver as crianças e os adolescentes nos serviços de formas que lhes sejam acessíveis e adequadas, com base na sua idade, desenvolvimento e outros factores que afectam a sua capacidade de tomada de decisão. Uma abordagem centrada na criança procura explorar e consolidar os factores de protecção da criança e abordar os factores de risco, incluindo os pontos fortes da criança e dos encarregados não agressores. A abordagem centrada na criança baseia-se nos princípios orientadores das [Padrões Mínimos de Protecção da Criança na Acção Humanitária e nos Directrizes de Gestão de Casos e Protecção da Criança Interagências](#).

A abordagem centrada no sobrevivente deriva directamente dos serviços de VBG e está enraizada no empoderamento das mulheres e raparigas. Uma abordagem centrada no sobrevivente defende quatro princípios orientadores – segurança, confidencialidade, respeito e autodeterminação, e não-discriminação – para criar um ambiente favorável que coloca o sobrevivente no centro do processo de cura e confia no sobrevivente como a pessoa que melhor conhece a sua própria vida. Esta abordagem procura não causar danos e facilitar a recuperação do sobrevivente. Uma abordagem centrada no sobrevivente pode e deve ser utilizada com crianças sobreviventes de abuso sexual, na medida do possível, com base na sua idade e desenvolvimento e de acordo com as decisões e serviços que vão ao encontro do interesse superior da criança. A abordagem centrada no sobrevivente é descrita de forma mais detalhada nas [Directrizes sobre Gestão de Casos de VBG Interagências e nos Padrões Mínimos de VBG](#).

Pessoa no ambiente

Um quadro da pessoa no ambiente (também conhecido como quadro socio-ecológico) reconhece que o utente não pode ser separado do seu ambiente. Reconhece que as necessidades dos utentes são influenciadas pelo contexto em que vivem no dia-a-dia. A forma como os utentes acedem, recebem e experimentam os serviços também é influenciada pelo seu ambiente. Reconhece que a injustiça e a opressão sistémicas estão na base de muitos desafios que os utentes enfrentam. Quando se trata de abuso sexual de crianças, os assistentes sociais devem compreender e reconhecer as formas como os incidentes de abuso sexual de crianças interagem com outras formas de violência interpessoal e experiências angustiantes, assim como formas sistémicas e sociais de violência e opressão.

Análise do poder

Existem quatro tipos de poder a que a sociedade restringe ou permite acesso, com base nas identidades individuais.¹⁶ Uma análise do poder reconhece que o abuso sexual de crianças é, por definição, um abuso de poder (poder sobre). Está intrinsecamente ligada aos desequilíbrios de poder associados ao facto de se ser criança, assim como à dinâmica da violência sexual, enraizados na diferença de poder entre o sobrevivente e o perpetrador. A partir daí, uma análise de poder significa que os assistentes sociais examinam consistentemente como uma criança sobrevivente de abuso sexual está a ser influenciada por dinâmicas de poder, a geri-las e a aceder-lhes, incluindo na relação de ajuda.

Os quatro tipos de poder

Poder interior: sentido interior de confiança, auto-estima e dignidade inerente ao ser.

Poder sobre: autoridade, controlo ou coerção – o abuso é sempre uma forma de “poder sobre.”

Poder com: a força da acção colectiva – o poder que advém do trabalho conjunto de um grupo com vista à mudança.

Poder para: o poder que advém da aprendizagem de novas habilidades, de maior capacidade e do processo de ensino e aprendizagem.

Perspectiva baseada nos pontos fortes

Em vez de se centrar no diagnóstico ou nos problemas do utente, o assistente social suscita, apoia e alavanca a resiliência e potencial de crescimento e desenvolvimento inerentes à criança sobrevivente de abuso sexual. Identificar e desenvolver os pontos fortes de uma criança sobrevivente é uma forma de devolver o poder e controlo à criança sobrevivente de abuso sexual e, por conseguinte, uma componente crítica do papel do assistente social na ajuda à criança para a sua recuperação e cura.

Quando utilizados em conjunto, estes quadros incentivam os assistentes sociais a utilizarem uma perspectiva sensível ao género, centrada na criança e interseccional, que responda de forma abrangente a uma criança sobrevivente de abuso sexual.

¹⁶ As definições foram adaptadas de: <https://raisingvoices.org/women/sasa-approach/>

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA ABORDAGEM DE CCS

A abordagem de CCS também é composta por princípios orientadores específicos que representam as melhores práticas dos sectores de PC e VBG, as quais devem orientar a forma como os assistentes sociais trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual:

Priorizar a segurança física e emocional (a curto e a longo prazo) da criança sobrevivente de abuso sexual e apoiar os encarregados de educação e familiares não agressores na procura de serviços.

Promover os interesses superiores da criança sobrevivente de abuso sexual. O bem-estar da criança é primordial durante todo o período em que recebe cuidados e tratamento. Tal significa avaliar os riscos para a criança e seus encarregados de educação não agressores e identificar os seus pontos fortes e factores de protecção, assim como discutir com os mesmos as possíveis consequências positivas e negativas para fundamentar a tomada de decisão e seguir a linha de acção menos nociva possível. Todas as acções devem garantir que os direitos da criança à segurança e ao desenvolvimento contínuo nunca sejam comprometidos.

Obter consentimento informado/assentimento informado antes de prestar serviços. Este deve corresponder à capacidade evolutiva da criança, que pode ser afectada tanto por factores ambientais (deficiência, acesso à educação, etc.) como pela sua experiência de abuso sexual. As experiências adversas, principalmente os acontecimentos recentes, podem afectar temporariamente a capacidade da criança para dar consentimento. Se um assistente social considerar que é disso que se trata, recomenda-se que confirme o consentimento ou assentimento mais tarde no processo de gestão do caso.

Assegurar a confidencialidade dos serviços e aceitar como e com quem a criança (e o encarregado não agressor, se necessário) deseja partilhar a sua história. Para tal, é necessário garantir a:

- » recolha confidencial de informações durante as entrevistas;
- » partilha de informações com as pessoas envolvidas nos cuidados da criança sobrevivente, de acordo com os padrões internacionais e só depois de obter a autorização da criança sobrevivente e/ou do encarregado não agressor;
- » conservação segura das informações sobre o caso.

Facilitar a participação significativa de crianças sobreviventes na prestação de serviços, nomeadamente através do seu envolvimento na tomada de decisão. O artigo 12.º da [Convenção sobre os Direitos da Criança](#) preconiza que as crianças capazes de formar as suas próprias opiniões têm o direito de se expressar livremente sobre todas as questões que lhes digam respeito e que as suas opiniões devem ser devidamente ponderadas, de acordo com a sua idade e maturidade. As crianças sobreviventes e os seus encarregados não agressores são as pessoas que melhor conhecem a sua própria vida e têm o direito de participar nas decisões que as afectam. Se um assistente social não puder satisfazer os desejos da criança, deve sempre explicar respeitosamente

o motivo, falar sobre eventuais preocupações que a criança possa ter e continuar a apoiá-la à medida que a decisão é aplicada. Uma participação significativa será diferente consoante a idade, nível de maturidade e género:

- » as crianças mais pequenas têm uma capacidade cognitiva limitada para compreender as suas opções e avaliar os riscos e benefícios das decisões. Esta limitação pode também aplicar-se a algumas crianças com deficiências que afectam a cognição;
- » à medida que a sua capacidade evolui, as crianças deveriam também ser capazes de contribuir mais e sentir mais confiança para saberem do que precisam na sua própria vida e para a sua recuperação. As crianças na adolescência e no fim da adolescência podem contribuir substancialmente para a tomada de decisão e tomar muitas das suas próprias decisões com segurança;
- » as raparigas estão em desvantagem em termos de poder e influência social, controlo dos recursos, controlo do seu corpo e participação na vida familiar pública e privada.

Tratar todas as crianças sobreviventes de forma justa e equitativa. Ofereça a mesma qualidade de cuidados e tratamento a todas as crianças, de acordo com as suas necessidades específicas. Cada criança sobrevivente terá necessidades diferentes com base nas suas identidades sociais, suas experiências de vida, forma como os abusos foram perpetrados, relação do perpetrador com a criança, tempo que o abuso durou, etc.

Tratar as crianças com respeito, bondade e empatia. As crianças que revelam ter sofrido abusos sexuais necessitam de conforto, encorajamento e apoio adequado por parte dos assistentes sociais. Os assistentes sociais devem acreditar nas crianças que revelam ter sofrido sexual e nunca as culpar, de forma alguma, pelo abuso sexual que sofreram. Uma responsabilidade fundamental dos assistentes sociais é fazer com que as crianças se sintam seguras e acarinhadas enquanto recebem os serviços, e respeitá-las enquanto utentes.

Reconhecer a singularidade de cada criança e de cada família. Cada criança e cada família têm diferentes pontos fortes, recursos e formas de responder às situações. Os assistentes sociais devem trabalhar com as mesmas para reforçar os mecanismos de resposta que são do interesse superior da criança. Os assistentes sociais devem identificar e desenvolver os pontos fortes naturais da criança e da família como parte do processo de recuperação e cura. Devem identificar os factores que promovem a resiliência das crianças e basear-se neles durante a prestação dos serviços. As crianças que têm relações carinhosas e oportunidades de participação significativa na vida familiar e comunitária e que se consideram fortes terão mais probabilidades de recuperar e se curar de abuso.

Compreender as identidades sociais e experiências individuais de cada criança. Os assistentes sociais devem também compreender as suas próprias atitudes, crenças e preconceitos em relação às crianças e adolescentes, ao género e igualdade de género, e ao abuso sexual, uma vez que estes podem ter um impacto positivo ou nocivo na capacidade da criança para se recuperar e se curar de abuso sexual.¹⁷

Capítulos 2 a 4 descrevem áreas específicas de conhecimento, atitudes e conjuntos de habilidades (respectivamente) que se baseiam nos fundamentos teóricos e princípios orientadores da abordagem de CCS. Capítulos 5 a 8 fornecem orientação sobre a aplicação da abordagem de CCS na implementação directa de casos.

¹⁷ Perry, B., *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*, Basic Books, 2007.

PADRÕES MÍNIMOS DE GESTÃO DE CASOS DE CCS PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS

Tem de ser implementado	Comentários
1. O pessoal de gestão de casos formado em CCS e que cumpre os requisitos de conhecimentos, atitudes e competências está presente nas instituições de prestação de serviços.	
2. Sistema de supervisão para os assistentes sociais que prestam cuidados a crianças sobreviventes.	
3. Espaço de arquivo seguro e fechado à chave para manter os registos das crianças confidenciais.	
4. O sistema de reencaminhamento de crianças está documentado e a funcionar.	
5. Está disponível uma sala privada para reuniões com crianças e encarregados.	
6. Os formulários e procedimentos de consentimento informado e de confidencialidade são adaptados às crianças sobreviventes.	

Deveria ser implementado	Comentários
1. Os formulários de gestão de casos são adaptados e utilizados para as crianças sobreviventes.	
2. Os materiais centrados na criança (como brinquedos, materiais artísticos, bonecas) estão disponíveis nas salas de aconselhamento para serem utilizados pelo pessoal de gestão de casos com as crianças sobreviventes.	
3. Os materiais educativos sobre abuso sexual são adaptados e estão disponíveis para as crianças sobreviventes.	
4. Os artigos para crianças (por exemplo, roupas) estão disponíveis no local do serviço de gestão de casos.	
5. Intervenções psicossociais definidas oferecidas como parte da gestão de casos.	

Capítulo 2

PRINCIPAIS ÁREAS DE CONHECIMENTO

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo descreve os conhecimentos básicos necessários para que os assistentes sociais de abuso sexual de crianças apliquem e complementem outros conhecimentos e habilidades profissionais. O conteúdo baseia-se em informações globais sobre o âmbito, dinâmica e impacto do abuso sexual de crianças nas raparigas e rapazes jovens e adolescentes sobreviventes.¹⁸ Os utilizadores devem adaptar o conteúdo aos contextos e populações locais, conforme necessário.

Ferramenta associada

Ferramenta de Avaliação de Conhecimentos sobre CCS

INTRODUÇÃO

Conhecimentos adequados e completos sobre abuso sexual de crianças são fundamentais para prestar cuidados e tratamento eficazes às crianças sobreviventes de abuso sexual e suas famílias. Sem conhecimentos adequados, os prestadores de serviços podem perpetuar crenças nocivas que podem causar mais sofrimento emocional e impedir a cura. Os assistentes sociais devem ter uma compreensão abrangente do abuso sexual de crianças e de como partilhar informações correctas com as crianças e encarregados de educação para que possam:

- » ajudar as crianças a compreenderem e a gerirem o impacto do abuso sexual, através de uma educação centrada na criança e da partilha de informações;
- » ajudar as famílias a sarar, educando-as sobre o abuso sexual de crianças e apoiando a criança afectada e os seus cuidadores não agressores;
- » educar os prestadores de serviços que partilham informações erradas sobre o abuso sexual com as crianças, as famílias e/ou membros da comunidade.

¹⁸ As informações explicadas nesta secção combinam dados de vários recursos. Constituem três principais recursos os seguintes: National Child Traumatic Stress Network (www.nctsn.org); Stop it Now: Together We Can Prevent Child Sexual Abuse (www.stopitnow.com); e Levine, P., Trauma through a child's eye. North Atlantic Books, 2007.

ÁREA DE CONHECIMENTO 1: DEFINIÇÃO DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

O abuso sexual é um abuso de poder sobre uma criança e uma violação do direito da criança à vida e desenvolvimento saudável, através, entre outros, de relações de confiança. Não existe uma definição universal de abuso sexual de crianças.¹⁹ Estas Directrizes consolidam várias definições de violação, abuso sexual e abuso sexual de crianças e definem o abuso sexual de crianças como:

“Qualquer forma de actividade sexual, física ou não, com uma criança, perpetrada por um adulto ou por outra criança que tem poder sobre a mesma.”

O abuso sexual de crianças **envolve frequentemente, mas nem sempre, contacto corporal**. O abuso sexual de crianças que envolve contacto físico pode incluir beijos sexuais, toque e sexo oral, anal ou vaginal. Exemplos de actos de abuso sexual que envolvem contacto físico ou toque incluem:

- » violação, seja através de:
 - penetração vaginal, anal ou oral com pénis ou outra parte do corpo (como dedos ou língua);
 - penetração vaginal ou anal com um objecto;
- » toque nos órgãos genitais ou nas partes íntimas de uma criança para fins sexuais;
- » obrigação de uma criança a tocar nos órgãos genitais de outra pessoa ou a participar em jogos sexuais.

O abuso sexual não exige necessariamente penetração, força, dor ou mesmo contacto. Se um adulto se envolver em qualquer comportamento sexual (por exemplo, linguagem sexual imprópria dirigida a uma criança, olhar para as partes íntimas de uma criança e/ou mostrar as partes íntimas a uma criança), esse comportamento é considerado abuso sexual. Os actos específicos de abuso sexual que não envolvem contacto ou toque incluem

- » mostrar imagens de homens e/ou mulheres nus a uma criança para o prazer ou interesse sexual do adulto;
- » expor deliberadamente os órgãos genitais de um adulto a uma criança para o prazer ou interesse sexual do adulto
- » fotografar uma criança em poses sexuais;
- » encorajar uma criança a ver ou a ouvir actos sexuais;
- » ver uma criança a despir-se ou a ir à casa de banho para o prazer ou interesse sexual do adulto;
- » forçar uma criança a testemunhar uma violação e/ou outros actos de violência sexual.

O contacto não físico pode ser perpetrado pessoalmente ou através da tecnologia. A tecnologia, sobretudo o acesso à internet, fóruns de conversação e plataformas de redes sociais aumentaram as vias de abuso sexual, assim como os tipos de abuso sexual. Coagir ou forçar uma criança a produzir ou partilhar imagens ou vídeos sexuais de si própria na internet, fotografar crianças ou gravá-las em vídeo e partilhar subsequentemente essas imagens na internet ou mesmo documentar e publicar ou transmitir em directo actos físicos de abuso sexual são acontecimentos que se têm multiplicado nos últimos anos, sobretudo no contexto da COVID-19 e aumento do acesso não guiado à internet e redes sociais.²⁰

¹⁹ World Health Organization, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, pp. 13-17, Geneva, 29-31 March 1999..

²⁰ Whole of Syria GBV AoR, [Voices from Syria](#), 2022.

O abuso sexual de crianças é uma forma de maus-tratos a crianças e de violência baseada no gênero. Os desequilíbrios de poder e as desigualdades baseadas no gênero e na idade motivam a perpetração de abusos sexuais de crianças.²¹

Em particular, as normas sociais patriarcais enfatizam o direito sexual masculino, normalizam a violência sexual e permitem que as crianças, sobretudo as raparigas, sejam tratadas como propriedade (o que certas práticas como dote evidenciam).²² Estas normas também restringem o controlo das mulheres e das raparigas sobre a sua sexualidade, enfatizando a "pureza" (a necessidade de permanecerem virgens), dependência e submissão. Tanto o incesto como a pedofilia são formas de abuso sexual de crianças moldadas e perpetuadas por sistemas patriarcais e ideologias masculinas nocivas.²³

ÁREA DE CONHECIMENTO 2: ÂMBITO DO PROBLEMA

A violência sexual perpetrada contra crianças é uma das crises mais significativas do nosso tempo, afectando crianças de todas as idades e géneros em todos os contextos nacionais.²⁴ É imperativo que as pessoas que respondem ao abuso sexual de crianças nas suas comunidades estejam conscientes da ocorrência e características do abuso sexual de crianças, tanto a nível mundial como local. As estatísticas variam consoante países e relatórios, mas os dados disponíveis sugerem que:

- » o abuso sexual de crianças (incluindo perpetração através da tecnologia) ocorre com mais frequência do que é divulgado;
- » as raparigas têm até três vezes mais probabilidades de sofrer violência sexual do que os rapazes;²⁵
- » a maioria dos perpetradores de violência sexual são homens;²⁶
- » uma meta-análise sobre o abuso sexual na internet contra adolescentes concluiu que 12% destes sofreram aliciamento na online e 20% de exploração sexual não desejada;²⁷
- » as crianças são frequentemente abusadas sexualmente nas suas próprias casas. Uma análise de estudos realizados em 21 países constatou que 7% a 36% das mulheres e 3% a 29% dos homens indicaram ter sofrido violência sexual durante a infância. A maior parte dos abusos ocorreu no seio do círculo familiar;²⁸
- » os perpetradores de abusos sexuais de crianças são, muito provavelmente, conhecidos da criança, geralmente um membro da família, outro parente, amigo ou outro adulto com uma relação de confiança;²⁹

²¹ Haristi, R. & Adriany, V., 'Toxic masculinity in sexual violence against children in Indonesia: From a feminist point of view', *Early Childhood Education in the 21st Century* (1.ª ed.), Routledge, 2019.

²² Ibid.

²³ Kelly, R.J. & Lusk, R., 'Theories of pedophilia' em W. O'Donahue & J. Geer (eds.), *The Sexual Abuse of Children: Theory and Research Volume 1*, Routledge, 1992.

²⁴ Together for Girls, The Equality Institute, & Oak Foundation, *What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review*, 2019.

²⁵ Fundo das Nações Unidas para a Infância, [Action to End Child Sexual Abuse and Exploitation: A review of the Evidence](#), UNICEF, 2020.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T., 'The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis', *International Journal of Public Health*, 58(3), 2013. DOI 10.1007/s00038-012-0426-1;

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A. & Hamby, S.L., 'The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence', *J Adolescent Health*, 55(3), 2014. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026. Epub 2014 Feb 25. PMID: 24582321

²⁶ Radford, L., Allnock, D. & Hynes, P., [Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence Review](#), UNICEF, 2015.

²⁷ Madigan, S., Villani, V., Azzopardi, C., Laut, D., et al. 'The prevalence of unwanted online sexual exposure and solicitation among youth: A meta-analysis', *Journal of Adolescent Health*, 63(2), 2018.

²⁸ Howe, D., *Child Abuse & Neglect: Attachment, Development, and intervention*, Red Globe Press, Londres, 2005.

²⁹ Radford, L., Allnock, D. & Hynes, P., idem, UNICEF, 2015.

- » em todo o mundo, as raparigas envolvidas em uniões prematuras, antes dos 15 anos, têm 50% mais probabilidades de sofrer violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo, sendo que as raparigas em uniões prematuras têm mais probabilidades de descrever a sua primeira experiência sexual como forçada.³⁰ (Quer a experiência sexual seja descrita como forçada ou não pelas raparigas em uniões prematuras, continua a ser considerada abuso sexual, uma vez que as raparigas não podem consentir no contexto destas relações desiguais e, sobretudo, se tiverem menos de 15 anos);
- » à medida que as raparigas e os rapazes entram na adolescência (15 a 17 anos), as taxas de violência sexual aumentam para as raparigas e diminuem para os rapazes, salientando os papéis interseccionais de género, idade e fase de desenvolvimento na vitimização sexual das crianças. Estes factores também influenciam o impacto da violência sexual nas crianças.³¹

ÁREA DE CONHECIMENTO 3: PERPETRADORES DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

Quem são os perpetradores de abuso sexual de crianças?

As características dos perpetradores variam consoante a cultura e contexto locais. No entanto, a grande maioria dos perpetradores são homens.³² Embora as mulheres também possam cometer abusos sexuais, estes são muito menos comuns (e incluem frequentemente actos não físicos de abuso sexual, como a coacção de raparigas para o trabalho sexual).³³ Os perpetradores de abusos sexuais podem ser membros da família (pais, avós, irmãos, tios, tias, primos, etc.). Podem também ser vizinhos, líderes religiosos, professores, profissionais de saúde ou qualquer outra pessoa que tenha contacto próximo com crianças. Por este motivo, as crianças podem ser abusadas sexualmente mais do que uma vez e durante longos períodos de tempo. Embora as estatísticas indiquem que é menos comum, as crianças também podem ser abusadas sexualmente por alguém que não conhecem. Em contextos humanitários, tal pode incluir trabalhadores humanitários que cometem abuso e exploração sexuais contra crianças nas populações que servem.

De que forma os perpetradores abusam de poder?

Há uma característica sempre presente no abuso sexual de crianças: o abuso de poder sobre uma criança para fins sexuais. As crianças encontram-se numa posição natural e legal de dependência em relação aos seus encarregados de educação e outros adultos. Os adultos que cometem abuso sexual de crianças têm mais poder do que as próprias crianças em termos de autoridade, força física, tamanho e influência.³⁴ Os perpetradores geralmente têm também mais conhecimentos e compreensão do que as crianças sobre a legalidade e adequação do comportamento sexual com base em factores como idade, fase de desenvolvimento, inteligência, incapacidade e estatuto social.

³⁰ <https://www.girlsnotbrides.org/them-es/violence-against-girls/>

³¹ Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H.A. & Hamby, S.L., 'The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence', *J Adolescent Health*, 55(3), 2014. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026. Epub 2014 Feb 25. PMID: 24582321

³² Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J.A., Runyon, M.K. & Heflin, A.H., *Child Sexual Abuse: A Primer for Treating Children, Adolescents, and their Nonoffending Parents (2.ª ed.)*. Oxford University Press, 2015.

³³ Gerke, J., Rassenhofer, M., Witt, A., Sachser, C. & Fegert, J. M., 'Female-perpetrated child sexual abuse: Prevalence rates in Germany', *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(3), 263-277, 2020.

³⁴ Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J.A., Runyon, M.K. & Heflin, A.H., *idem*, Oxford University Press, 2015.

Os perpetradores podem também estar numa posição privilegiada em relação à criança e sua família, criando um maior desequilíbrio de poder entre a criança e o perpetrador. Os perpetradores podem procurar e procuram posições de confiança, maior poder acesso às crianças para viabilizar uma estratégia de abuso sexual designada aliciamento (ver mais adiante).

De que forma os perpetradores vitimizam as crianças?

Os perpetradores recorrem habitualmente a três estilos de envolvimento para vitimizar as crianças:

- » recurso a ameaças, força e violência por parte do perpetrador contra a criança;
- » aproveitamento de uma oportunidade para abusar (normalmente um incidente isolado);
- » aliciamento.

Importa referir que pode ser menos fácil definir e mais difícil reconhecer como abuso outras formas de perpetrar o abuso sexual de crianças. Isso pode ser particularmente verdade à medida que as raparigas adolescentes crescem e as crenças sobre o que é apropriado para elas mudarem (por exemplo, a união prematura pode ser culturalmente aceitável, mas continua a representar uma forma de abuso sexual de crianças.)

O aliciamento é uma estratégia frequentemente utilizada pelos perpetradores, física e/ou virtualmente, para abusar sexualmente de crianças. O aliciamento envolve um processo complexo através do qual um perpetrador procura estabelecer uma relação de confiança com uma criança que lhe permita envolver a criança em actividades sexuais.³⁵ O processo implica geralmente que o perpetrador identifique uma criança, se coloque numa situação que lhe permita ter seu acesso, desenvolva uma relação exclusiva ou “especial” com a mesma e depois sexualize lentamente a tal relação. Durante o processo de aliciamento, os perpetradores cultivam frequentemente uma relação emocional com a criança, para que esta se torne mais complacente com os desejos dos mesmos e confusa quanto à natureza abusiva da relação.³⁶ O aliciamento minimiza a probabilidade de revelação, porque as crianças têm sentimentos complexos e confusos em relação aos seus agressores e sentem que contribuíram para o abuso sexual que sofreram ou que são responsáveis pelo mesmo. Os perpetradores podem também aliciar outras pessoas importantes na vida da criança, incluindo os pais, encarregados de educação e outros membros da família, com o mesmo objectivo de manter o abuso e diminuir a probabilidade de denúncia ou de procura de ajuda.

³⁵ Ibid.

³⁶ Cashmore, J. & Shackel, R., 'Gender differences in the context and consequences of child sexual abuse', *Current Issues in Criminal Justice*, vol. 26:1, 2014.

ÁREA DE CONHECIMENTO 4: AS CRIANÇAS E A REVELAÇÃO DE ABUSOS SEXUAIS

“Revelação”³⁷ refere-se ao acto de dar a conhecer o abuso sexual da criança. A capacidade de uma criança revelar que sofreu abuso sexual depende de vários factores, incluindo a sua idade, fase de desenvolvimento, sensação de segurança, recursos disponíveis e outros factores relevantes num determinado contexto, tais como as questões de género e as normas sociais e culturais. A decisão de uma criança de revelar um abuso sexual nunca é tomada de forma isolada – é sempre tomada num contexto social.

Muitas vezes, a revelação do abuso sexual é um processo – raramente é linear e sequencial. As crianças podem começar por “sondar o terreno” para ver como os adultos ou pares reagem às sugestões de que foram sexualmente abusadas.³⁸ Com base na reacção dos adultos ou pares, a criança sobrevivente de abuso sexual decide se quer ou não revelar tudo. Os adultos que reagem com fúria, censura, descrença, choque ou outras reacções nocivas podem levar a criança a deixar de falar e/ou a negar que o abuso sexual aconteceu.

As crianças sobreviventes de abuso sexual também adiam frequentemente a revelação do abuso sexual durante semanas ou anos após o incidente ter ocorrido. Este é particularmente o caso de crianças sobreviventes que se sentem responsáveis pelo abuso ou que foram abusadas sexualmente por um membro da família. Muitas crianças não revelam as suas experiências de abuso sexual até se tornarem adultas.³⁹ As crianças podem passar por um sofrimento psicológico considerável em consequência de manterem em segredo o abuso sexual que sofreram e podem sentir-se divididas entre querer e não querer contar a alguém em quem confiam.⁴⁰ Os prestadores de serviços são responsáveis por responder à revelação de abuso sexual de crianças com compaixão, calma e afecto.

Apresentam-se mais informações sobre como responder às revelações de abuso sexual no Capítulo 4.

³⁷ As informações contidas nesta secção baseiam-se em três recursos fundamentais: [National Child Traumatic Stress Network](#), [Stop it Now!](#), e Levine, P., Trauma through a child's eye. North Atlantic Books, 2007.

³⁸ Tracy, N., [Warning Signs of Child Sexual Abuse](#), HealthyPlace, consultado a 2 de Junho de 2023.

³⁹ Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J.A., Runyon, M.K. & Heflin, A.H., [Child Sexual Abuse: A Primer for Treating Children, Adolescents, and their Nonoffending Parents \(2.ª ed.\)](#), Oxford University Press, 2015.

⁴⁰ Ibid.

Identificação de crianças sobreviventes

Muitos trabalhadores do sector de protecção de crianças têm formação para identificar ou procurar crianças que sofrem ou correm o risco de sofrer abusos. A razão deve-se ao facto de as crianças mais novas ou mais pequenas, muitas vezes, não serem capazes de se proteger e de procurar serviços por si próprias. No entanto, em casos de abuso sexual, essa identificação não é recomendada, porque pode:

- » colocar a criança sobrevivente em maior risco de dano, em função, nomeadamente, de acções de violência retaliatória por parte do perpetrador e/ou da sua família e de membros da comunidade;
- » reproduzir a vitimização e os padrões de poder e controlo que a criança sofreu nas mãos dos seus perpetradores;
- » comprometer o direito da criança sobrevivente ao consentimento/assentimento e à confidencialidade.

Embora não se recomende que casos de abuso sexual de crianças sejam directamente procurados, os assistentes sociais e outros prestadores de serviços relevantes devem ser capazes de reconhecer sinais e sintomas de uma criança em risco de sofrer ou que já tenha sofrido abuso sexual. Se se acreditar que uma determinada criança está em risco ou está a sofrer violência sexual, os assistentes sociais e outros prestadores de serviços relevantes devem encontrar uma forma segura de interagir com a criança (e/ou com o encarregado de educação, dependendo da idade/fase de desenvolvimento da criança) para que esta se sinta suficientemente segura para revelar o sucedido.

Tipos de revelação

O abuso sexual de crianças pode ser revelado directa ou indirectamente.

- » **Revelação directa:** ocorre quando a criança sobrevivente de abuso sexual ou seus familiares/ amigos informam directa e deliberadamente outra pessoa (por exemplo, prestador de serviços, membro da comunidade, colega) sobre o abuso sexual. Estudos recentes indicam que as crianças confidenciam mais às mães do que a qualquer outro adulto ou colega.⁴¹
- » **Revelação indirecta:** às vezes designada “revelação accidental.” Ocorre quando alguém testemunha abuso sexual de uma criança ou quando alguém (por exemplo, médico, enfermeiro, encarregado não agressor) toma conhecimento do abuso sexual depois de reconhecer na criança uma consequência do abuso (por exemplo, infecção sexualmente transmissível, gravidez).

As revelações directas e indirectas podem ocorrer com ou sem o consentimento/assentimento da criança. Por exemplo, as crianças podem dizer aos seus encarregados de educação que sofreram abuso sexual e estes podem então revelar o abuso aos prestadores de serviços sem o acordo da criança. Esta é considerada uma revelação directa e involuntária. No entanto, as crianças também podem partilhar voluntariamente informações sobre o abuso sexual com adultos ou prestadores de serviços de confiança. Esta é considerada uma revelação directa e voluntária.

⁴¹ Ibid.

A revelação voluntária e involuntária torna-se uma consideração necessária quando os prestadores de serviços iniciam os cuidados e tratamento de uma determinada criança. A forma como o abuso sexual foi descoberto e revelado, o número de pessoas a quem o abuso sexual foi revelado, a forma como a criança reagiu à revelação do abuso sexual e o número de pessoas que falaram com a criança após a revelação podem afectar a vontade da criança de partilhar o que lhe aconteceu. Algumas crianças podem estar prontas para falar sobre o abuso sexual e receber ajuda, enquanto outras podem ter medo de o fazer. A experiência de cada criança é diferente e deve ser normalizada.

Razões comuns pelas quais as crianças jovens e adolescentes não revelam o abuso sexual

- » **Medo das consequências:** muitas crianças têm medo de revelar o abuso a um adulto porque se sentem fisicamente ameaçadas ou porque acreditam que serão afastadas das suas famílias. Podem ter medo de ser acusadas de envergonhar a família ou envolver autoridades externas. O medo das consequências pode ser maior do que o medo do abuso em si.
- » **Medo de serem ignoradas:** muitas vezes, as crianças têm medo que os adultos não acreditem nelas. Têm medo que os pais, líderes comunitários, membros da comunidade, líderes religiosos e outras pessoas rejeitem as suas alegações e se recusem a ajudar. O perpetrador pode agravar este medo convencendo a criança de que ninguém acreditará nela ou de que terá problemas se falar, etc.
- » **Manipulação:** o perpetrador pode enganar ou subornar a criança (por exemplo, dar-lhe um presente para ela não revelar o abuso). Muitas vezes, o perpetrador leva a criança a sentir-se embaraçada ou culpada pelo abuso. Às vezes, o perpetrador culpa a criança, dizendo que foi ela que provocou o abuso.
- » **Autocensura:** as crianças podem acreditar que são culpadas do abuso sexual ou podem pensar que o abuso é merecido (por exemplo, a criança pode pensar que é culpada por ter convidado o perpetrador para sua casa ou por estar no lugar errado, no momento errado). A criança pode sentir que permitiu o abuso e que devia tê-lo evitado. Uma criança nunca é responsável, em circunstância alguma, pelo abuso sexual que sofre.
- » **Protecção:** a criança pode querer proteger o perpetrador e/ou a família de alguma forma, principalmente se o perpetrador for próximo da criança e da sua família.
- » **Idade:** as crianças muito pequenas podem não saber que sofreram abuso sexual. Podem pensar que o abuso é normal, sobretudo se o perpetrador for alguém que a criança conhece e em quem confia. As crianças mais pequenas podem também ter limitações linguísticas ou de desenvolvimento que impeçam a revelação.
- » **Incapacidade:** as crianças podem não ser capazes de revelar o abuso se não forem capazes de falar ou contactar um prestador de serviços.

Todas as revelações de abuso sexual devem ser ouvidas com respeito e levadas a sério. É dever dos encarregados de educação, prestadores de serviços e adultos responsabilizar o perpetrador pelo abuso, não a criança.

ÁREA DE CONHECIMENTO 5: NECESSIDADES DE CRIANÇAS SOBREVIVENTES

A recuperação de uma criança que sofreu abuso sexual requer uma resposta imediata às necessidades críticas, assim como respostas e apoio a longo prazo. Algumas dessas necessidades são:

- » **Necessidades de segurança física e emocional:** estas exigem que os prestadores de serviços mobilizem apoio à intervenção em situações de crise através de serviços de gestão de casos. O acesso de crianças a cuidados de saúde em tempo útil é assegurado através de serviços de resposta imediata. Estas primeiras respostas críticas preparam o terreno para responder às necessidades a longo prazo e facilitar uma recuperação completa e um caminho para a cura.
- » **Necessidades psicológicas:** as crianças precisarão de apoio para se sentirem seguras e confiarem novamente nos adultos, para compreenderem os seus sentimentos em relação ao abuso e para lidarem com reacções adversas (recordações do abuso, pensamentos obsessivos sobre o abuso e outras dificuldades emocionais). Uma abordagem baseada em pontos fortes para envolver as crianças pode identificar com quem se sentiam seguras antes do abuso, quais adultos sabem do abuso e que responderam de forma solidária e trabalhar com esses adultos para compreender os impactos que a criança pode estar a sofrer.
- » **Necessidades sociais:** as experiências de abuso sexual são susceptíveis de isolar e alienar muitas crianças. As crianças (e famílias) precisarão de ajuda para recuperar e se curar dos impactos do abuso sexual na família e nas relações familiares. As crianças desenvolvem-se com base na rotina e consistência – assegurar que voltam à escola, participam em eventos comunitários, etc. ajudará a reforçar um sentido de normalidade. Se forem identificados adultos e pares de confiança que as possam apoiar, trabalhar com a criança para se envolver nessas relações pode responder às necessidades sociais.
- » **Modalidades de prestação de cuidados:** as crianças precisam de um local seguro para se recuperar se tiverem sofrido abuso em casa e não puderem regressar. Identificar com a criança, na medida do possível, as modalidades de prestação de cuidados, a fim de minimizar a perda de controlo e de lhe dar a possibilidade de expressar a sua opinião sobre a pessoa com quem se sente mais segura, pode reduzir as probabilidades de tensão, revitimização e risco de fugir desses cuidados.
- » **Necessidades jurídicas/de justiça:** as crianças têm direito à justiça e podem precisar de apoio durante a investigação jurídica e acção penal. Os sistemas de justiça são frequentemente disfuncionais; mesmo nos sistemas de justiça que funcionam melhor, uma criança pode ser sujeita a atitudes de culpabilização do sobrevivente por parte da polícia, advogados, juizes e outras pessoas envolvidas no sistema. É fundamental identificar questões estruturais críticas que possam existir e que uma criança e sua família possam enfrentar no âmbito do sistema judicial. A abertura e honestidade em relação a eventuais experiências no âmbito do sistema judicial, assim como em relação a quaisquer requisitos de denúncia obrigatória, podem ajudar a criança a sentir-se mais capacitada e mais segura na interacção com este sistema.

- » **Outras intervenções de protecção:** as crianças separadas, desacompanhadas ou que enfrentam outros riscos de protecção requerem intervenções de protecção específicas. Estas crianças podem ter estado a sobreviver sozinhas, sem apoio, durante meses ou mesmo anos, antes de entrar nos serviços. Uma forma de um assistente social integrar uma abordagem baseada em pontos fortes é reconhecer este facto e as decisões que as crianças tomaram e que as ajudaram a sobreviver com tão pouco apoio. Trabalhar com elas para identificar e recorrer a outras intervenções de protecção reconhece a forma como tomaram decisões e respeita o que foram capazes de fazer sem apoio.

ÁREA DE CONHECIMENTO 6: GÉNERO E ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

O abuso sexual de crianças é condicionado pelo género e, por conseguinte, facilitado por desigualdades de género pré-existent. Geralmente, as taxas de denúncia de abuso sexual de raparigas são três vezes mais altas que de rapazes, com algumas excepções em determinados contextos.⁴² Embora muitos dos impactos e barreiras que as raparigas e os rapazes enfrentam sejam semelhantes, podem vicenciá-los de forma diferente, sendo que as implicações sociais e reacções ao abuso sofrido podem variar. As raparigas e os rapazes podem ter factores de risco, experiências de abuso sexual e acesso a serviços diferentes, e, muitas vezes, sofrem diferentes impactos a curto e longo prazo.⁴³ As crenças culturais e os estereótipos próprios de cada contexto também desempenham um papel importante.

Dimensões de género com impacto nas raparigas

O abuso sexual de raparigas está enraizado na desigualdade de género.⁴⁴ As normas sociais patriarcais enfatizam o direito sexual masculino, normalizam a violência sexual e permitem que as raparigas sejam tratadas como propriedade. Os sistemas patriarcais que sustentam a desigualdade de género também resultam em formas e experiências agravadas de violência baseada no género para muitas raparigas à medida que crescem.

A experiência de abuso sexual de raparigas pode ser afectada por:

- » normas de género discriminatórias, que contribuem significativamente para a violência a nível individual e social; esta violência é também utilizada para reforçar a desigualdade entre os géneros⁴⁵;
- » manifestações de desigualdade de género (tais como a falta de acesso a recursos, imposição de crenças rígidas sobre o que constitui um comportamento aceitável e restrição da influência das raparigas nas relações);

⁴² Fundo das Nações Unidas para a Infância. [Action to end child sexual abuse and exploitation: A review of the evidence](#). UNICEF, Nova Iorque, 2020.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. & Tonia, T., 'The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis', *International Journal of Public Health*, 58, 2013.

Finkelhor D., Shattuck A., Turner HA., Hamby SL. [The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence](#), *J Adolesc Health*, 2014 Sep; 55(3): 329-33.

⁴³ Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. & Radford, L., [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#). Together for Girls, 2019.

⁴⁴ Haristi, R. & Adriany, V., 'Toxic masculinity in sexual violence against children in Indonesia: From a feminist point of view', *Early Childhood Education in the 21st Century* (1.ª ed.). Routledge, 2019.

⁴⁵ Fundo das Nações Unidas para a Infância, [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents](#). Documento de estratégia, Divisão de Programas de Protecção da Criança do UNICEF, 2020.

- » violência utilizada para perpetuar a desigualdade de género (tais como união prematura, mutilação genital feminina e violência por parte de um parceiro íntimo, etc.);
- » risco crescente de violência sexual combinada com outras formas de violência baseada no género, incluindo união prematura, violência por parte de um parceiro íntimo, mutilação genital feminina e outras formas culturalmente específicas de práticas nocivas à medida que as raparigas crescem;⁴⁶
- » serem culpabilizadas pelo abuso sexual pelos pais e pela comunidade, o que pode levar a “soluções” nocivas, incluindo união prematura e forçada com o perpetrador do abuso;⁴⁷
- » um risco particular de abuso sexual em contextos escolares, incluindo abuso sexual por parte de professores⁴⁸ e potencial abandono precoce do ensino devido a ameaças reais ou percebidas de abuso sexual (tais como assédio, presença de intervenientes armados, distância da escola);⁴⁹
- » consequências reprodutivas do abuso sexual, incluindo a gravidez; a pressão para entrarem em união prematura torna-se mais forte sobretudo se uma rapariga engravidar devido à violência sexual.⁵⁰ Em algumas culturas, as raparigas que sofrem violência sexual também correm o risco de se tornarem vítimas de “crimes de honra” nas mãos dos familiares.⁵¹

As raparigas podem não revelar as suas experiências de violência sexual nem procurar serviços devido a várias razões, incluindo:

- » estigma e culpa;
- » o risco de continuarem a sofrer violência;
- » mobilidade reduzida (por exemplo, necessidade de autorização ou acompanhamento para aceder aos serviços);
- » membros da família que desejam evitar que outras pessoas descubram o abuso devido ao estigma, vergonha e, muitas vezes, como forma de proteger o valor e reputação percebida da rapariga.

É capaz que, quando as raparigas adolescentes procuram serviços devido a experiências de violência sexual, tenham acesso apenas a serviços de saúde reprodutiva destinados a mulheres adultas e sofram julgamentos e atitudes, crenças e comportamentos nocivos por parte dos prestadores de serviços. Isso resulta em várias barreiras à prestação de cuidados, em baixas taxas de procura de cuidados por parte das raparigas e dos seus encarregados não agressores e na possibilidade de existirem necessidades não atendidas e lacunas nos serviços, mesmo quando as raparigas procuram cuidados.⁵²

⁴⁶ Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. & Radfort, L., [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#). Together for Girls, 2019.

⁴⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância, [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents](#). Documento de estratégia, Divisão de Programas de Protecção da Criança do UNICEF, 2020.

⁴⁸ RedeInteragências para a Educação em Situações de Emergência (INEE), [Mind the Gap: The State of Girls' Education in Crisis and Conflict](#), 2021.

⁴⁹ Grupo de Trabalho Global para Acabar com a Violência de Género no Âmbito Escolar, [Briefing paper: Addressing school-related Gender-based Violence is critical for safe learning environments in refugee contexts](#), 2016

⁵⁰ Fundo das Nações Unidas para a Infância, [Gender Dimensions of Violence Against Children and Adolescents](#). Documento de estratégia, Divisão de Programas de Protecção da Criança do UNICEF, 2020.

⁵¹ Ibid.

⁵² Organização Mundial de Saúde, [Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused](#), Orientações Clínicas da OMS, Organização Mundial de Saúde, 2017.

Os prestadores de serviços devem saber como as dimensões de género do abuso sexual podem afectar a disponibilidade e capacidade de uma rapariga para revelar o abuso e procurar serviços. Os assistentes sociais devem:

- » reconhecer que o risco de as raparigas sofrerem abuso sexual aumenta com a idade;
- » reconhecer que o abuso sexual de raparigas está frequentemente associado a outras formas de violência baseada no género; é particularmente o caso das raparigas adolescentes que sofrem de abuso sexual no contexto da união prematura e das relações íntimas;
- » reconhecer que as raparigas preferem falar com prestadores de serviços do sexo feminino, o que devia ser a regra no caso das raparigas;
- » reconhecer que podem existir barreiras internas (individuais) e externas (sociais) à aceitação de cuidados. O estigma social, incluindo o medo de serem culpabilizadas, assim como restrições aos movimentos e à autonomia das raparigas podem dificultar a procura de apoio;
- » reconhecer que as barreiras externas à prestação de cuidados incluem o risco de violência contínua. Em todos os contextos, as raparigas correm o risco de sofrer mais actos de violência, incluindo união forçada com o perpetrador, castigo físico e mesmo morte ("crimes de honra") se o abuso se tornar conhecido.

Dimensões de género com impacto nos rapazes

As experiências de abuso sexual dos rapazes podem ser influenciadas por:⁵³

- » considerarem-se inferiores aos homens (emasculação);
 - » preocupações com o facto de se sentirem impotentes e, por conseguinte, imperfeitos;
 - » medo de serem rotulados como sexualmente interessados em homens (homossexualidade);
 - » convicções de que, aconteça o que acontecer, toda a actividade sexual é própria dos homens.⁵⁴
- Em particular, se sofrerem abuso por parte de uma mulher, tanto os próprios rapazes como os prestadores de serviços podem considerar este abuso como "menos nocivo" ou mesmo como uma experiência neutra ou positiva;⁵⁵
- » normas de género que valorizam a auto-suficiência e a "força" dos homens e dos rapazes, levando-os a evitar procurar ajuda externa para resolver problemas, incluindo abuso sexual de crianças.⁵⁶

Por estas razões, pode ser menos provável que os rapazes, principalmente os adolescentes, revelem e/ou falem sobre as suas experiências de abuso. Os prestadores de serviços devem saber como as crenças nocivas podem afectar a disposição de um rapaz para revelar o abuso. Devem, por conseguinte:

- » reconhecer que os rapazes podem ser abusados sexualmente;
- » reconhecer que o abuso sexual de rapazes pode assumir muitas formas;⁵⁷ em contextos de conflito pode incluir violência genital, como castração e amputação do pénis e violação forçada de outros;

⁵³ Bergstrom, S., Butler, T., L. & Karp, C.L., Treatment Strategies for Abused Adolescents: From Victim to Survivor, Interpersonal Violence: The Practice Series), Volume 19, SAGE Publications, 1997.

Ligiero, D., Hart, C., Fulu, E., Thomas, A. & Radfort, L., [What Works to Prevent Sexual Violence Against Children: Evidence Review](#), Together for Girls, 2019.

⁵⁴ Bergstrom, S., Butler, T.L. & Karp, C.L., Treatment Strategies for Abused Adolescents: From Victim to Survivor, Interpersonal Violence: The Practice Series), Volume 19, SAGE Publications, 1997.

⁵⁵ Ibid e Cashmore, J. & Shackel, R., 'Gender differences in the context and consequences of child sexual abuse' Current Issues in Criminal Justice, vol. 26:1, 2014.

⁵⁶ Murray, L., Nguyen, A. & Cohen, J., 'Child sexual abuse', Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2).

⁵⁷ Touquet, H., Chynoweth, S., Martin, S., Reis, C. et al. 'From "It rarely happens" to "It's worse for men"', Journal of Humanitarian Affairs, 2(3), 2020.

- » compreender que o abuso sexual não causa a homossexualidade, que gera mais estigma ainda; crenças erradas sobre os efeitos do abuso sexual podem tornar mais difícil que os rapazes revelem o abuso que sofreram por parte de um adulto do sexo masculino;
- » reconhecer que, idealmente, deve ser dada aos rapazes a opção de escolher entre um prestador de serviços do sexo masculino ou feminino;
- » reconhecer que pode haver barreiras internas (individuais) e externas (sociais) para receber cuidados, incluindo medo de serem rotulados como homossexuais, assim como questões relacionadas com a vitimização e masculinidade;
- » reconhecer que a criminalização da homossexualidade aumenta o receio de procurar serviços e possibilidades de enfrentar consequências legais se o abuso se tornar conhecido ou for denunciado às autoridades legais;
- » aceitar que as crianças sobreviventes de abuso sexual do sexo masculino têm as mesmas necessidades de cuidados, apoio e tratamento que as crianças sobreviventes de abuso sexual do sexo feminino – para se sentirem seguras, cuidadas, consideradas, encorajadas e asseguradas de que procurar ajuda e/ou reconhecer o abuso sexual é a coisa certa a fazer.

ÁREA DE CONHECIMENTO 7: IDADE, DESENVOLVIMENTO E ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

A idade e o desenvolvimento de uma criança, juntamente com o seu género e outras partes da sua identidade, terão impacto tanto no risco de sofrer abusos sexuais como na sua capacidade de acesso aos serviços. Os prestadores de serviços devem compreender como as raparigas e os rapazes podem reagir de forma diferente ao abuso sexual com base em vários factores, incluindo idade, fase de desenvolvimento e contexto cultural. À medida que as raparigas e os rapazes crescem e sofrem impactos maiores e mais prolongados das normas e crenças de género, estas normas tornam-se mais enraizadas. Os adolescentes estão geralmente muito mais conscientes das normas de género e dos comportamentos, atitudes e crenças esperados. Por conseguinte, à medida que os rapazes e as raparigas atingem a adolescência, os impactos, sinais e sintomas, sobretudo emocionais e comportamentais, podem diferir mais significativamente entre os géneros. Em todas as idades, as alterações físicas, emocionais ou comportamentais súbitas podem ser sinais de abuso. Embora também varie consoante a idade e desenvolvimento, a capacidade e vontade de revelar o abuso sexual e suas consequências são abordadas de forma mais exaustiva na Área de Conhecimento 4.

É importante acreditar nas denúncias de abuso sexual, independentemente do que for observado sobre a criança. Alguns sinais de abuso sexual, sobretudo os emocionais ou comportamentais, podem surgir meses ou anos após o(s) incidente(s). Por exemplo, os sinais podem surgir mais tarde durante períodos de stress, tais como a perda de um familiar ou outro acontecimento adverso, ou ao entrar em relações íntimas.

Factores de risco de abuso em função da idade

Idades dos 0 aos 5 anos

- » É provável que os perpetradores sejam quase sempre adultos conhecidos da criança;⁵⁸
- » as crianças nesta faixa etária podem não saber que o que está a acontecer constitui um abuso e podem não ser capazes de o revelar (crianças pré-verbais);
- » as crianças pequenas são particularmente susceptíveis a aliciamento;
- » os bebés e as crianças pequenas têm uma força física limitada para lutar ou fugir.

Idades dos 6 aos 9 anos

- » Quando as crianças passam para esta faixa etária, é muito provável que continuem a ser susceptíveis de sofrer abusos por parte de alguém conhecido numa posição de confiança;
- » as crianças nesta faixa etária continuam a ser muito susceptíveis a táticas de aliciamento por parte dos perpetradores.

Idades dos 10 aos 14 anos

- » Nesta faixa etária, as crianças podem começar a experimentar o sexo ou a ser alvo de sexo, à medida que começam a tomar consciência da sua sexualidade;
- » um conjunto mais alargado de círculos sociais expõe-nas a abusos por parte de conhecidos e de perpetradores “estranhos”, para além de perpetradores conhecidos mais próximos (pais, outros familiares, amigos);
- » o fácil acesso à internet e às tecnologias móveis aumenta o risco de abuso devido à possibilidade ainda maior que os adultos e os pares têm para aliciar e/ou assediar os adolescentes;⁵⁹
- » em alguns contextos, o risco de união prematura aumenta à medida que a criança atinge a puberdade, expondo as raparigas adolescentes ao risco de abuso sexual dentro da união, para além de a própria união prematura constituir um risco.

Idades dos 15 aos 17 anos

- » Maior risco de abuso sexual, no caso das raparigas, por parte de pares, tanto dentro como fora de relações consensuais;
- » risco acrescido de abuso sexual, no caso dos rapazes, por parte de pares que lhes são próximos em termos de idade, incluindo primos, irmãos, outros familiares ou, se viverem numa instituição, pares que residem nessa instituição;
- » maior risco de violência recorrente à medida que uma rapariga cresce, o que, muitas vezes, inclui abuso sexual;
- » o facto de crescer fora de casa devido a união prematura ou de trabalhar fora de casa como cuidadora residente aumenta o risco de abuso e exploração sexuais.

⁵⁸ Radford, L., Hynes, P. & Allnock, D. [Preventing and Responding to Child Sexual Abuse and Exploitation: Evidence review](#). UNICEF, 2015.

⁵⁹ Ibid.

Sinais de abuso em função da idade

Os sinais de abuso, quer seja emocional, psicológico, social ou físico, também variam em função da idade. As tabelas que se seguem resumem o impacto do abuso sexual e os sinais emocionais, psicológicos e físicos de acordo com as faixas etárias.

Tabela 2.1: Bebés e crianças pequenas (0 a 5 anos)

Sinais emocionais, psicológicos e sociais	Sinais físicos
0 a 3 anos: » chorar, choramingar, gritar mais; » agarrar-se ou apegar-se de forma invulgar aos encarregados; » comportamentos regressivos; » alteração dos hábitos alimentares ou de sono que não esteja relacionada com o desenvolvimento típico; » difícil em acalmar-se; » comunica dor emocional como dor física.	0 a 3 anos: » dificuldade em dormir; » marcas ou hematomas novos ou inexplicáveis, principalmente na zona genital; » dor, descoloração, feridas, cortes, sangramento/secreção nos órgãos genitais, ânus, boca; » infecções sexualmente transmissíveis.
3 a 5 anos: Todas as anteriores e: » recusa em sair de locais “seguros” ou medo de ir a locais específicos; » demonstrar conhecimento ou interesse por actos sexuais inadequados à sua idade ou por comportamentos sexualizados.	3 a 5 anos: Todas as anteriores e: » acidentes em que se suja, urinar na cama (depois de ter dominado estas competências).
Outros	
» pode insinuar problemas com comentários como “não gosto dele” em vez de revelações directas;⁶⁰ » pode imitar os comportamentos sexuais aos quais foi exposta durante o abuso.⁶¹	

⁶⁰ Fontes, L.A. & Plummer, C. 'Cultural Issues in Disclosures of Child Sexual Abuse', Journal of Child Sexual Abuse, 19(5), 2010.

⁶¹ National Center on The Sexual Behavior of Youth, [Childhood Sexual Development](#). Consultado a 2 de Junho de 2022.

Tabela 2.2: Crianças mais pequenas (6 a 9 anos)

Sinais emocionais, psicológicos e sociais	Sinais físicos
» reacções semelhantes em crianças de 3 a 5 anos; » medo de determinadas pessoas, locais ou actividades ou de ser atacada; » comportamentos regressivos; » recusa súbita a ir à escola; » tocar nas suas partes íntimas – mais do que uma exploração típica anterior e/ou em ambientes inadequados; » evitar a família e os amigos ou, de um modo geral, manter-se isolada; » recusa em comer ou vontade de comer a toda a hora; » medo, tristeza ou podem ser mais propensas a exibir comportamentos agressivos e raiva.	» marcas ou hematomas novos ou inexplicáveis, principalmente na zona genital; » ganho/perda de peso; » dor, descoloração, feridas, cortes, sangramento/secreção nos órgãos genitais, ânus, boca; » acidentes em que se suja, urinar na cama; » infecções sexualmente transmissíveis; » gravidez nas raparigas que iniciaram a ovulação.
Outros	
» actos sexuais sexualmente explícitos, planificados ou agressivos ou fantasias sexuais declaradas; » colocar objectos na vagina ou no ânus, colocar a boca em partes sexuais do corpo de outras pessoas e fingir que os brinquedos estão a ter relações sexuais (pode ocorrer raramente em crianças que não sofreram abuso sexual);⁶² » pode não conseguir concentrar-se, o que resulta numa diminuição do rendimento escolar.	

A adolescência⁶³ é, muitas vezes, descrita como um período de transição para a idade adulta, que pode ser um período muito difícil, porque já não são vistos como crianças, mas também não são verdadeiramente considerados adultos. No contexto do abuso sexual de crianças, as raparigas e os rapazes adolescentes enfrentam desafios específicos da sua fase de desenvolvimento:

- » de uma forma geral, os adolescentes tendem a dar mais importância aos grupos de pares e ao desejo de “integração”. Isso pode complicar os seus esforços de superação do abuso sexual, dado o elevado nível de estigma e vergonha que o abuso sexual carrega nas comunidades;
- » pode ser que tanto as raparigas como os rapazes adolescentes mostrem-se relutantes em falar dos seus sentimentos ou negar mesmo quaisquer reacções emocionais ao abuso sexual, em parte, devido ao seu desejo de integração e evitarem a vergonha e o estigma associados ao abuso sexual;

⁶² Ibid.⁶³ Embora a definição mundialmente reconhecida de adolescentes corresponda à faixa etária dos 10 aos 17 anos, estas Directrizes centram-se nas crianças com menos de 18 anos.

- » as raparigas adolescentes podem ter menos ligações com outras pessoas fora das suas famílias, o que limita ainda mais a sua capacidade para revelar o abuso a alguém com quem se sintam à vontade;⁶⁴
- » é pouco provável que os rapazes procurem os serviços. Pode ser que, as raparigas, por sua vez, estejam mais preocupadas com as reacções violentas à revelação do abuso e relutantes em confiar nos prestadores de serviços, dadas as consequências sociais e culturais para os sobreviventes.

As tabelas que se seguem subdividem ainda os sinais de abuso que afectam os adolescentes em sinais de abuso que afectam os adolescentes mais novos (10 a 14 anos) e os adolescentes mais velhos (15 a 17 anos).

Tabela 2.3: Adolescentes mais novos (10 a 14 anos)

Sinais emocionais, psicológicos e sociais	Sinais físicos
» depressão (por exemplo, sentir-se triste, ter falta de energia, não querer fazer coisas de que normalmente gosta, sintomas físicos inexplicáveis, sono de má qualidade); » ideação suicida ou automutilação; » flashbacks dos abusos; » comportamento defensivo, distanciamento; » raiva, comportamento conflituoso, desobedecendo ou desrespeitando as autoridades; » consumo de drogas e/ou álcool; » problemas na escola; » perturbações na alimentação.	» dificuldade em dormir; » ganho/perda de peso; » dor, descoloração, feridas, cortes, sangramento/secreção nos órgãos genitais, ânus, boca; » infecções sexualmente transmissíveis; » nas raparigas, problemas de saúde reprodutiva, incluindo fístula, gravidez indesejada e outros.
Outros	
» podem jogar jogos que incluam aspectos sexuais; » se falarem de abusos, é mais provável que falem de abusos se não tiver havido contacto, se tiver sofrido abuso por parte de um estranho e/ou se considerarem que os progenitores são compreensivos e que dão apoio; » se falarem de abuso, é mais provável que falem com colegas do que com adultos.	

⁶⁴ O'Connor, M. & Tanner, S., [A safe place to shine: Creating opportunities and raising voices of adolescent girls in humanitarian settings](#), Comité Internacional de Resgate, 2017.

Tabela 2.4: Adolescentes mais velhos (15 a 17 anos)

Sinais emocionais, psicológicos e sociais	Sinais físicos
» depressão (por exemplo, sentir-se triste, ter falta de energia, não querer fazer coisas de que normalmente gosta, sintomas físicos inexplicáveis, sono de má qualidade); » ideação suicida ou automutilação; » comportamentos autolesivos; » flashbacks dos abusos; » comportamento defensivo, distanciamento; » consumo de drogas e/ou álcool; » raiva, desobediência ou desrespeito pela autoridade; » problemas na escola ou evitar ir à escola; » perturbações na alimentação; » se falarem de abuso, é mais provável que falem com colegas do que com adultos; » se falarem de abusos, é mais provável que falem de abusos se não tiver havido contacto, se tiver sofrido abuso por parte de um estranho e/ou se considerarem que os progenitores são compreensivos.	» dificuldade em dormir; » ganho/perda de peso; » dor, descoloração, feridas, cortes, sangramento/secreção nos órgãos genitais, ânus, boca; » infecções sexualmente transmissíveis; » nas raparigas, problemas de saúde reprodutiva, incluindo fistula, gravidez indesejada e outros.
Outros	
» baixa auto-estima/sentimento negativo de si próprio, confusão de identidade, dificuldades de expressão emocional e de regulação das emoções; » sentir-se distante ou isolado das outras pessoas; » problemas em desenvolver ou manter um sentido de autonomia em relação aos outros;⁶⁵ » as visões culturais da sexualidade masculina podem afectar a capacidade de os rapazes de reconhecerem a experiência como abuso e de se preocuparem com o facto de serem vistos como homossexuais devido ao abuso;⁶⁶ » culpa, especialmente para as raparigas, assim como práticas alimentadas pela necessidade de “recuperar a honra” (por exemplo, casamento precoce forçado, castigos violentos, homicídios de honra).	

Importa destacar que as crianças reagem ao abuso sexual de várias formas. Pode-se que a criança não apresente nenhum desses comportamentos, o que não significa que não esteja a sofrer abuso. Por outro lado, só porque uma criança mostra alguns desses sinais, não devemos presumir imediatamente que ocorreu um abuso. Se apropriado, os sinais devem desencadear um exame mais aprofundado com a criança e seus encarregados não agressores.

⁶⁵ Bukowski, W.M., 'Sexual abuse and maladjustment considered from the perspective of normal developmental processes' em W. O'Donahue & J. H. Greer (eds.), The Sexual Abuse of Children, Routledge, 1992.

⁶⁶ Ibid.

ÁREA DE CONHECIMENTO 8: INTERSECCIONALIDADE E ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

O termo interseccionalidade é definido como:

“Um quadro que permite compreender que as pessoas sofrem formas sobrepostas (ou seja, que se intersectam) de opressão, discriminação e marginalização com base nas suas identidades coexistentes (por exemplo, desigualdade com base no género e/ou na etnia).”⁶⁷

Para garantir uma abordagem interseccional, os assistentes sociais devem procurar compreender como as identidades sociais estratificadas de uma criança criam uma experiência de vida única para essa criança, têm impacto na vulnerabilidade ao abuso sexual e afectam o acesso da criança aos serviços.

Uma identidade social é o sentido que uma pessoa tem de quem é com base na(s) pertença(s) a um ou mais grupos (por exemplo, rapariga, rapaz, refugiado, criança, estudante, mãe). Todas as pessoas têm identidades sociais que se intersectam, pelo que nenhuma identidade pode ser analisada isoladamente. Por exemplo, uma criança não é simplesmente uma criança, mas pode também ser um estudante, um refugiado, uma rapariga, um irmão mais velho, um muçulmano, etc. Todas as pessoas têm identidades sociais que são enquadradas em categorias sociais (por exemplo, raça, etnia, sexualidade, género) sujeitas às influências de forças estruturais (por exemplo, racismo, heterossexismo, patriarcado) que moldam, criam e reforçam o estatuto e experiência de cada pessoa (por exemplo, poder, privilégio, opressão) numa dada comunidade. Para prestar serviços de qualidade que satisfaçam as necessidades específicas dos utentes, incluindo crianças sobreviventes de abuso sexual, é fundamental compreender a interação das suas identidades sociais de forma contextualizada.

São destacadas as identidades a seguir devido às dinâmicas específicas que afectam o risco, vulnerabilidade e experiências de abuso sexual de crianças em contextos humanitários. No entanto, os assistentes sociais podem considerar outras igualmente importantes, consoante o contexto. Os assistentes sociais podem apoiar melhor as crianças quando examinam os seus próprios preconceitos e crenças relacionados com as diferentes identidades, compreendem as barreiras que estas crianças enfrentam e asseguram que os serviços sejam respeitosos, solidários e acessíveis.

⁶⁷ Comité Permanente InterAgências (IASC), [Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming](#), FNUAP, 2019.

Crianças com deficiência

As crianças com deficiência correm um risco significativamente maior de sofrerem abuso sexual do que as crianças sem deficiência da mesma idade e género. As crianças com deficiência física têm uma probabilidade 2,9 vezes maior e as crianças com deficiência mental (intelectual ou neurológica) uma probabilidade 4,6 vezes maior de serem sobreviventes de violência sexual do que as crianças sem deficiência.⁶⁸ Dependendo do tipo de deficiência que uma criança tem, pode ser que esta seja menos capaz de se expressar e revelar aos outros os abusos que sofre, sendo mais susceptível a táticas de aliciamento (por exemplo, se a criança sofrer de certas deficiências mentais). As adolescentes com deficiência podem ser menos capazes de advogar pelas suas necessidades e desejos de saúde sexual e reprodutiva devido a preconceitos e estereótipos (por exemplo, não serem capazes de compreender, não sentirem desejos sexuais e não saberem o que é melhor para elas, etc.).

É também possível que as crianças com deficiência enfrentem respostas drasticamente diferentes aos abusos sofridos,⁶⁹ incluindo o facto de ser menos provável que se acredite nelas quando revelam experiências de abuso sexual devido a crenças sobre a sua capacidade intelectual, mesmo que a sua deficiência não afecte a inteligência. Além disso, as adaptações e as necessidades de acessibilidade variam consoante a deficiência da criança.

Acessibilidade e adaptações adequadas

As equipas de gestão de casos têm a responsabilidade de apoiar plenamente, na medida do possível, as crianças com deficiência.

Acessibilidade aos serviços, tanto do ponto de vista físico (rampas, localização segura, afastada de zonas que suscitam preocupação como bares, cinemas, cafés, esquadras ou centrais de segurança, etc.) como do ponto de vista da comunicação e atitudes (os assistentes sociais examinam as suas atitudes e crenças em relação às pessoas com deficiência, sabem como adaptar a comunicação, etc.)

Devem ser feitas adaptações adequadas para garantir a participação da criança. Isto pode incluir intérpretes de linguagem de sinais à disposição, formulários de fácil leitura, um assistente pessoal para a criança, permitindo mais tempo e espaço para explicar conceitos e opções, e para as perguntas e preocupações da criança nestas matérias.

⁶⁸ Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K., et al., 'Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies'. The Lancet, 380, 2012.

⁶⁹ Watters, L. & Orsander, M., Disability-Inclusive Child Safeguarding Guidelines. Able Child Africa, 2021.

Crianças e adolescentes com diferentes orientações sexuais e identidades de género

As crianças que se identificam como sendo pertencentes a SOGIESC⁷⁰ estão em risco de perseguição, discriminação e violência em resultado da sua orientação sexual, identidade de género ou expressão de género, real ou percebida. As experiências das pessoas transgénero e não binárias variam muito entre diferentes culturas. Em algumas culturas, as pessoas de terceiro género são aceites e desempenham papéis importantes. As pessoas intersexo podem ou não ter diversas orientações sexuais ou identidades de género. São aqui incluídas porque partilham preocupações comuns com pessoas pertencentes a SOGIESC sobre os danos resultantes das normas de género.

As crianças que se identificam como sendo pertencentes a SOGIESC, muitas vezes, começam a sofrer violência muito cedo, quando começam a expressar-se de formas consideradas não-normativas para o seu género ou sexo.⁷¹ Esta violência, muitas vezes, perpetrada pelos seus próprios familiares, pode começar com tentativas de controlar o seu comportamento. Outras formas de violência, incluindo a intimidação, podem ser infligidas pelos seus pares, colegas de turma, professores e outras pessoas na sua vida. As crianças que se identificam como sendo pertencentes a SOGIESC correm maior risco de ser rejeitadas pelas suas famílias e forçadas a sair de casa ou a exercer actividades de alto risco para ganhar a vida, como a exploração sexual para fins comerciais. Estas crianças podem também sofrer formas de abuso sexual de crianças (por exemplo, união forçada ou “violação correctiva”), que são consideradas uma formade “corrigir” a sua identidade para corresponder aos padrões considerados normativos.⁷²

As crianças que se identificam como sendo pertencentes a SOGIESC podem ter menos probabilidades de procurar serviços, sobretudo se os seus pais ou encarregados de educação forem os perpetradores dos abusos físicos e emocionais. Mesmo que os pais prestem apoio e não sejam eles próprios os agressores, ainda é possível que a criança seja relutante em procurar serviços devido à discriminação e preconceito da comunidade e prestadores de serviços. Podem também recear consequências legais se o quadro jurídico criminalizar pessoas pertencentes a SOGIESC e/ou actividades afins.⁷³

Registam-se taxas de tentativas de suicídio e suicídio mais elevadas entre as crianças pertencentes a SOGIESC do que entre crianças heterossexuais (cisgénero)⁷⁴, razão pela qual essas crianças precisam de adultos de confiança com quem possam falar sobre as suas experiências de discriminação e abuso sexual.

⁷⁰ Este recurso utiliza os termos lésbica, gay, bissexual, transgénero, queer e intersexo (LGBTQI) quando se refere a crianças sobreviventes específicas. Utiliza o termo SOGIESC (orientação sexual, identidade de género e expressão de género) quando se refere a esta população no geral. No entanto, podem ser mais apropriados em contextos locais outros termos culturalmente específicos.

⁷¹ Roth, D., Blackwell, A., Canavera, M. & Falb, K., [Cycles of Displacement: Understanding Violence, Discrimination, and Exclusion of LGBTQI People in Humanitarian Contexts](#), Comité Internacional de Resgate, 2021

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid e FNUAP, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexual Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes](#), FNUAP, Nova Iorque, 2020.

⁷⁴ Roth, D., Blackwell, A., Canavera, M. & Falb, K., Ibid.

Identidades raciais/étnicas/indígenas

Quando as crianças sofrem abuso sexual de crianças, a sua raça, etnia ou identidade indígena pode ter impacto na forma como são vistas como sobreviventes, nos serviços que recebem e na forma como recebem esses serviços. Especialmente no caso de crianças indígenas e refugiadas/requerentes de asilo que vivem em contextos em que são discriminadas com base na raça ou etnia, os obstáculos à prestação de cuidados podem ser ainda maiores. As crianças de uma raça ou etnia oprimida podem ser especificamente alvo de abuso sexual, uma vez que é possível que os perpetradores acreditem que são mais fáceis de aliciar devido às suas experiências de discriminação.

O racismo de que as crianças e suas famílias são vítimas nas suas comunidades e o medo da discriminação, sobretudo por parte dos prestadores de serviços, podem representar barreiras concretas à denúncia.⁷⁵ As raparigas de uma raça ou etnia oprimida podem ser privadas de tratamento como crianças e consideradas menos inocentes, menos necessitadas de protecção e mais adultas (ou seja, adultificação)⁷⁶ ou retratadas como responsáveis pelo seu próprio abuso sexual. As crianças de uma raça ou etnia oprimida, muitas vezes, sofrem também de discriminação e racismo por parte dos prestadores de serviços e sistemas de prestação de cuidados (por exemplo, é menos provável que sejam identificadas como necessitando de serviços,⁷⁷ sendo-lhes atribuída uma menor prioridade ou urgência na recepção dos mesmos). As crianças indígenas enfrentam barreiras específicas no acesso aos serviços, visto que os serviços de saúde e de resposta muito raramente procuram integrar cuidados e práticas de cura ou medicamentos tradicionais nos cuidados oferecidos.⁷⁸ Compreender as crenças culturais indígenas, práticas tradicionais e caminhos importantes para a cura pode ser um factor essencial para que as crianças indígenas e suas famílias procurem cuidados. Mais trabalhos sobre crenças e atitudes relacionadas com a raça, a etnia e os indígenas são abordadas no *Capítulo 3*.

⁷⁵ Warrington, C., Beckett, H., Ackerley, E., Walker, M. & Allnock, D., Making Noise: Children's Voices for Positive Change After Sexual Abuse. Children's Experiences of Help- Seeking and Support After Sexual Abuse in the Family, Universidade de Bedfordshire e Office of the Children's Commissioner, 2016.

⁷⁶ Koch A. & Kozhumam A., 'Adultification of Black children negatively impacts their health: Recommendations for health care providers', Nursing Forum, 57(5), 2022.

⁷⁷ Ackerly, E. & Latchford, L., 'Applying an intersectional lens to sexual violence research and practice' em Helen Beckett e Jenny Pearce (eds), Understanding and Responding to Child Sexual Exploitation, 1.ª edição, Routledge, 2017.

⁷⁸ FNUAP, [International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexual Education: An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes](#), FNUAP, 2020.

ÁREA DE CONHECIMENTO 9: FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO QUE INFLUENCIAM O IMPACTO DO ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

Para além dos factores internos relacionados com a identidade da criança, existem factores externos de risco e de protecção que podem influenciar o impacto do abuso sexual nas crianças sobreviventes.

Factores de risco directamente relacionados com a perpetração do abuso

O perpetrador do abuso: os efeitos são geralmente mais graves quando o perpetrador é um pai, padrasto ou adulto de confiança e não um estranho. Esta situação afecta a capacidade da criança de confiar nos adultos, assim como o seu sentido de segurança e protecção na companhia de adultos.

Dimensão da violência física: o nível e grau de angústia que a criança passa serão afectados por vários factores, incluindo experiências de violência física. Se for violência física grave, as consequências emocionais e para a saúde da criança podem ser ainda mais graves. Esta situação pode ser mitigada por outros factores de protecção, incluindo presença de sistemas de apoio sólidos, acesso rápido a cuidados de saúde adequados e ausência de outros factores.

Duração do abuso: quanto maior for a duração do abuso, mais graves podem ser as consequências emocionais e para a saúde da criança.

Respostas à revelação de abuso sexual por parte de uma criança: a reacção que a criança recebeu quando fez a revelação é fundamental. As respostas que se traduzam em duvidar, ignorar, censurar e envergonhar podem ser extremamente prejudiciais – em alguns casos até mais do que o próprio abuso.

O que acontece depois do abuso: se receber os cuidados e o apoio adequados, o sofrimento de uma criança será menor. No entanto, se uma criança for culpabilizada e envergonhada pela comunidade ou pela família, ou se não receber ajuda, o impacto na sua capacidade de se curar, se sentir segura e continuar a ter um desenvolvimento saudável será negativo.

Resiliência como factor de protecção

A recuperação a longo prazo requer igualmente que os assistentes sociais trabalhem com as crianças e seus encarregados não agressores para reconhecer os factores de protecção e criar resiliência. A resiliência refere-se à capacidade das crianças e suas famílias de lidar e recuperar da adversidade e da crise. A resiliência de uma criança resulta tanto das suas características individuais e seus mecanismos de adaptação (inatos e adquiridos) como dos factores de protecção no seu ambiente. Estas características e mecanismos inatos e adquiridos incluem a saúde e traços biológicos, físicos e psicológicos, assim como habilidades e conhecimentos. As crianças utilizam estas características para se defenderem de violações dos seus direitos, assim como lidarem e se recuperarem da adversidade.

A recuperação a longo prazo requer igualmente que os assistentes sociais trabalhem com as crianças e seus encarregados não agressores para reconhecer os factores de protecção e criar resiliência. A resiliência refere-se à capacidade das crianças e suas famílias de lidar e recuperar da adversidade e da crise. A resiliência de uma criança resulta tanto das suas características individuais e seus mecanismos de adaptação (inatos e adquiridos) como dos factores de protecção no seu ambiente. Estas características e mecanismos inatos e adquiridos incluem a saúde e os traços biológicos, físicos e psicológicos, assim como habilidades e conhecimentos. As crianças utilizam estas características para se defenderem de violações dos seus direitos, assim como liarem e se recuperarem da adversidade.

Os factores externos ou ambientais também influenciam a resiliência de uma criança. As condições externas que permitem que as crianças resistam e se recuperem designam-se por factores de protecção. Ao nível da família, estes factores de protecção incluem atitudes positivas e envolvimento dos pais ou encarregados, coesão familiar, habitação condigna e rendimentos estáveis e adequados. Ao nível comunitário, os factores de protecção incluem participação na vida da comunidade, aceitação pelos pares, mentores que prestam apoio e acesso a escolas e cuidados de saúde de qualidade. É essencial que os prestadores de serviços se baseiem tanto nos mecanismos individuais de sobrevivência da criança como nos factores de protecção ambientais que apoiam a cura e a recuperação das crianças após o abuso sexual.

A resiliência não é estática. Pode ser influenciada e reforçada. O trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual exige que os prestadores de serviços sejam capazes de reconhecer e desenvolver a sua resiliência para ajudá-las a lidar com os impactos do abuso sexual. Os assistentes sociais podem trabalhar com a criança e seus encarregados não agressores para aumentar os factores de protecção e reduzir os factores de risco no ambiente da criança.

ÁREA DE CONHECIMENTO 10: IMPACTO DOS ABUSOS SEXUAIS NOS ENCARREGADOS

Quando os encarregados não agressores descobrem pela primeira vez que um filho sofreu abuso sexual, passam por um vasto leque de sentimentos que variam em função dos seus próprios sistemas de apoio e resiliência, suas experiências actuais, stress, acontecimentos adversos e qualquer abuso sexual de que eles próprios possam ter sofrido quando crianças. As reacções emocionais comuns a uma criança que revela um abuso sexual:

- » raiva, incredulidade, choque, preocupação, tristeza profunda e medo;
- » traição, confusão e incredulidade;
- » insónia, alteração do apetite ou outras queixas físicas;
- » confusão sobre o que fazer ou onde procurar ajuda;
- » vergonha e autocensura pela falta de atenção aos comportamentos dos filhos;
- » Sentimento de terem falhado como pais e de não terem protegido os filhos;
- » questionarem-se sobre a razão pela qual o filho preferiu revelar o abuso a outras pessoas e não a eles directamente;
- » emoções contraditórias, sobretudo se o perpetrador acusado for um amigo ou familiar próximo e de confiança;

- » quererem que o problema “desapareça” ou nem sequer se aperceberem de que o abuso sexual pode causar danos e que os filhos precisam de cuidados;
- » ficarem zangados com a criança, repreenderem-na ou baterem-na;
- » priorizarem ou sentirem-se pressionados a priorizar a honra e relações familiares em detrimento da criança sobrevivente do abuso sexual.

Os encarregados de educação precisam de apoio para lidar com a revelação de um abuso sexual de crianças, porque sofrem emocionalmente e porque a criança precisa do apoio e da atenção do encarregado para facilitar a sua própria cura. Também precisam de saber que acreditar nos filhos é crucial para a sua recuperação. Por conseguinte, a resposta a casos de abuso sexual de crianças exige que os prestadores de serviços tenham estratégias e habilidades para envolver positivamente os encarregados não agressores na cura e recuperação da criança.

São vários os factores que têm impacto nas reacções de um encarregado e na sua capacidade para responder e apoiar os filhos

Por exemplo, a violência por parte de um parceiro íntimo é um factor de risco no abuso de crianças e uma mãe que sofre violência por parte de um parceiro, que também é perpetrador de abuso sexual de crianças, pode não ser capaz de se sair da situação em segurança e retirar os filhos de casa. Se o encarregado materno também tiver historial de abuso de crianças, as emoções das suas experiências quando criança podem manifestar-se, afectando a sua capacidade de responder de uma forma afectiva e solidária. Por isso, os prestadores de serviços devem ter o cuidado de não culpar os encarregados não agressores, em especial as mulheres, pelo abuso sexual.

Desenvolvimento de outras áreas de conhecimento e adaptação ao contexto

Poderão existir outras áreas de conhecimento relacionadas com o abuso sexual de crianças no contexto em que os serviços são prestados que seja importante os funcionários conhecerem. Além disso, as informações sobre abuso sexual podem variar de um ambiente para outro, com base na população que recebe os serviços. Por isso, os gestores e supervisores são incentivados a desenvolver e/ou a adaptar as áreas de conhecimento descritas neste capítulo.

CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Data:

Nome do funcionário:

Supervisor:

FINALIDADE

Esta ferramenta permite que os supervisores determinem se um assistente social de violência baseada no género ou um assistente social de protecção de crianças tem conhecimentos técnicos suficientes para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual.

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Utilize esta ferramenta de Avaliação de Conhecimentos de CCS numa discussão com o pessoal, num local calmo e privado.
2. Informe ao assistente social que esta ferramenta está a ser utilizada para avaliar as áreas em que é necessário capacitação. Não se trata de uma ferramenta de avaliação do desempenho. Explique que o assistente social receberá uma pontuação para aferir se cumpre os requisitos gerais de conhecimentos.
3. Peça ao funcionário para partilhar os seus conhecimentos sobre as 20 áreas temáticas da ferramenta. Compare as suas respostas com a coluna "Critérios" e classifique cada uma delas da seguinte forma:
 - **Cumriu (2 pontos):** Se a pessoa responder à pergunta de forma correcta e completa.
 - **Cumriu parcialmente (1 ponto):** Se a pessoa responder a pelo menos 50% da pergunta. Por exemplo, se a pergunta for "Indique quatro sinais e sintomas de abuso" e o assistente social só conseguir indicar dois.
 - **Não cumriu (0 pontos):** Se a pessoa não for capaz de responder à pergunta.
4. Quando a avaliação estiver concluída, totalize as pontuações e fale com o assistente social sobre o resultado, incluindo se houver necessidade de capacitação.

PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO

Área de competência de conhecimentos	Comentários	Cumpriu (2 pontos)	Cumpriu parcial- mente (1 ponto)	Não cumpriu (0 pontos)
1. Explique a definição geral de abuso sexual de crianças.	Para obter a pontuação total, deve apresentar estes pontos principais: 1. Deve ser capaz de descrever quem é considerado uma criança (rapaz ou rapariga com menos de 18 anos). 2. Deve falar sobre o uso do poder sobre uma criança para fins sexuais. 3. <i>É provável que comece a descrever actos específicos de abuso sexual, que também podem contar como pontos para a pergunta seguinte.</i>			
2. Quais são os exemplos de abuso sexual que envolvem o toque (contacto)?	Deve ser capaz de citar pelo menos dois exemplos para obter a pontuação total: 1. Sexo anal, vaginal ou oral forçado. 2. Tocar no peito, nas nádegas ou no ânus de uma criança de forma sexual. 3. Forçar uma criança a tocar nas partes íntimas de outra pessoa para fins sexuais.			
3. Quais são os exemplos de abuso sexual que NÃO envolvem o toque (sem contacto)?	Deve ser capaz de citar pelo menos cinco exemplos para obter a pontuação total: 1. Obrigar uma criança a ver filmes de cariz sexual, a ler histórias ou a ver imagens de cariz sexual. 2. Uma pessoa que mostra as suas partes sexuais a uma criança para fins sexuais (por exemplo, masturbar-se em frente de uma criança). 3. Tirar fotografias de uma criança em posições sexuais. 4. Obrigar uma criança a assistir a actos sexuais de propósito. 5. Falar com uma criança de forma sexual. 6. Observar indevidamente uma criança a despir-se ou a ir à casa de banho (porque a pessoa se sente sexualmente gratificada ao fazê-lo).			
4. Quais são os tipos de abuso sexual mais comuns no seu contexto de trabalho?	Este guião de respostas deve ser desenvolvido no seu contexto.			
5. Quem são os possíveis autores de abusos sexuais?	Para obter a pontuação total, deve apresentar estes pontos principais: 1. As crianças são mais frequentemente abusadas por pessoas que a criança conhece e em quem confia. 2. Referir também que as crianças podem cometer abusos sexuais contra outras crianças. 3. Os estranhos também podem cometer abusos sexuais. 4. Outro facto específico do contexto.			

6. Por que é que uma criança pode não contar a ninguém sobre o abuso sexual?	Deve ser capaz de identificar pelo menos seis razões para obter a pontuação total: 1. Medo de ser magoada. 2. Ameaçada pelo agressor. 3. Medo de ser culpabilizada. 4. Não saber que o que aconteceu foi um abuso. 5. Protecção da família/progenitores. 6. Vergonha e culpa. 7. Manipulação (dar algo em troca de não contar). 8. Razão adicional específica para a população/contexto cultural.			
7. Por que é importante saber como é que o abuso sexual foi descoberto pela primeira vez (ou seja, revelado)?	Deve ser capaz de identificar estes três pontos para obter a pontuação total: 1. Para saber se a criança estava ou não “disposta” a que o abuso sexual fosse revelado. 2. Para saber se a criança já contou a alguém, para identificar essa pessoa como uma possível pessoa de confiança. 3. Para saber se o encarregado de educação principal tem ou não conhecimento, pois isso afectará a forma como os cuidados e tratamento são coordenados com a família.			
8. Indique os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças dos 0 a 5 anos.	Deve ser capaz de identificar pelo menos cinco sinais e sintomas para obter a pontuação total: 1. Chorar, choramingar, gritar que não é um comportamento habitual. 2. Tremer, com medo. 3. Não se quer separar dos encarregados, pode estar mais apegada do que o normal. 4. Pode não querer sair dos locais onde se sente segura. 5. Problemas de sono. 6. Problemas de desenvolvimento, como a perda da capacidade de falar.			
9. Mencione os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças dos 6 a 9 anos.	Para obter a pontuação total, deve apresentar estes pontos principais: 1. Medo de determinadas pessoas, locais ou actividades. 2. Comportar-se como um bebé (por exemplo, fazer as necessidades na cama ou querer que os progenitores a vistam). 3. Pode recusar-se a ir à escola. 4. Tocar muito nas suas partes íntimas. 5. Sentimentos de tristeza. 6. Pesadelos (sonhos muito maus) ou problemas em dormir. 7. Ficar sozinha e afastada da família ou dos amigos. 8. Problemas alimentares, como não querer comer ou querer comer a toda a hora. 9. Reacções adicionais que são comuns à população/contexto cultural.			

10. Indique os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças com idades dos 10 a 17 anos.	Deve ser capaz de enumerar pelo menos seis sinais e sintomas para obter a pontuação total: 1. Depressão, tristeza, choro. 2. Pesadelos. 3. Problemas na escola (dificuldade de concentração). 4. Afastamento dos amigos e das actividades da comunidade. 5. Raiva e brigas. 6. Pensam no abuso a toda a hora, mesmo quando não o querem fazer. 7. Pensamentos de querer morrer; tentativa de suicídio. 8. Reacções adicionais que são comuns à população/contexto cultural.			
11. Quais são as consequências sociais comuns do abuso sexual de uma criança?	Deve ser capaz de identificar pelo menos quatro consequências para obter a pontuação total: 1. Rejeição pela família e/ou pela comunidade. 2. Culpabilização pela família/comunidade. 3. Estigmatização e marginalização. 4. Ser visto/a como uma “menina malandra” ou um “rapaz homossexual”. 5. Outro motivo culturalmente relevante.			
12. Quais são as consequências comuns para a saúde de uma criança que sofreu abuso sexual?	Deve ser capaz de identificar pelo menos oito consequências para a saúde para obter a pontuação total: 1. Lesões (hematomas, ossos partidos, lesões vaginais). 2. Doença/infecção. 3. Infecções crónicas. 4. Dor crónica. 5. Problemas gastrointestinais. 6. Perturbações do sono. 7. Gravidez indesejada. 8. Aborto inseguro. 9. ITS, incluindo HIV. 10. Perturbações menstruais. 11. Complicações na gravidez. 12. Doenças ginecológicas.			
13. Quais são as considerações específicas para as raparigas sobreviventes?	Deve indicar três e duas outras considerações para obter a pontuação total: 1. O risco de as raparigas sofrerem abuso sexual aumenta com a idade. 2. As raparigas sobreviventes de abuso sexual frequentemente sofrem outras formas de violência baseada no género. 3. A revelação pode, muitas vezes, conduzir a outras formas de VBG, como o homicídio de honra, a obrigação de casar com o agressor, a restrição de movimentos, a obrigação de abandonar a escola. 4. As raparigas terão provavelmente de falar com uma prestadora de serviços. 5. As raparigas adolescentes terão provavelmente necessidade de acesso a cuidados de saúde reprodutiva.			

14. Quais são as considerações específicas para crianças sobreviventes do sexo masculino?	Deve indicar três considerações para obter a pontuação total: 1. O abuso sexual de rapazes pode assumir muitas formas. 2. Os rapazes podem ter ainda mais dificuldades do que as raparigas em revelar. 3. Os rapazes podem sentir uma profunda vergonha e/ou medo de que o abuso sexual cause homossexualidade. 4. O abuso sexual não causa homossexualidade. 5. Outros pontos que sejam relevantes para o contexto cultural.			
15. Para além do género e da idade, a que outras identidades deve um assistente social estar atento e ter em conta quando trabalha com uma criança sobrevivente?	Para obter a pontuação total, deve citar dois dos primeiros quatro exemplos e um exemplo específico do contexto: 1. Estado de incapacidade. 2. Raça. 3. Etnia. 4. Orientação sexual, expressão de género e identidade de género. 5. Identidade específica do contexto (por exemplo, tribo específica). 6. Identidade específica do contexto (por exemplo, religião específica).			
16. Quais são os factores que podem tornar o abuso sexual mais grave?	Deve enumerar pelo menos cinco factores para obter a pontuação total: 1. Idade da criança sobrevivente na altura do abuso. 2. Se houve recurso à violência. 3. Quanto tempo durou o abuso (quanto mais tempo, pior). 4. A relação que a criança tem com o agressor (uma relação mais próxima é pior). 5. O que aconteceu depois do abuso. Por exemplo, acreditou-se na criança e esta foi ajudada? (não acreditar é pior). 6. Outro factor específico do contexto.			
17. Quais são alguns dos sentimentos comuns que os encarregados podem ter depois de saberem que a criança sofreu abuso sexual?	Deve enumerar pelo menos cinco sentimentos abaixo para obter a pontuação total: 1. Culpar-se a si próprios pelo abuso. 2. Preocupar-se pela saúde e segurança das crianças. 3. Culpa e vergonha. 4. Raiva contra a criança. 5. Não compreender a criança, por exemplo, pensar que ela está a mentir. 6. Outros pontos que sejam relevantes para o contexto cultural.			

18. O que é que pode ajudar a promover a capacidade de superação e cura das crianças?	Deve enumerar pelo menos cinco factores para obter a pontuação total: 1. Apoio atencioso e atempado. 2. Apoio e cuidados familiares e sociais. 3. Capacidade de prosseguir os estudos e outras actividades em que a criança estava envolvida antes do abuso. 4. Intervenções psicossociais que ajudam a criança a compreender e a gerir as suas reacções ao abuso. 5. Capacidade individual da criança. 6. Crenças religiosas ou espirituais. 7. Outras que sejam específicas do contexto.			
19. Por que é importante para si e para outros prestadores de serviços ter conhecimentos sobre abuso sexual de crianças?	Deve identificar pelo menos três destas razões para obter a pontuação total: 1. Porque o papel dos assistentes sociais é partilhar informações correctas com crianças e encarregados. 2. Para educar correctamente a comunidade sobre o abuso sexual de crianças. 3. Para educar as crianças sobreviventes e os membros da família sobre o abuso sexual. 4. Para ajudar as crianças a compreenderem o que lhes aconteceu e validar as suas experiências.			
20. PERGUNTA SUPLEMENTAR PARA ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA				
TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 1-20				
PONTUAÇÃO TOTAL				

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DE CONHECIMENTOS

30 a 40 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o assistente social **cumpriu** os requisitos de conhecimentos essenciais e é capaz de trabalhar de forma independente com crianças e famílias com supervisão contínua.

16 a 28 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o assistente social **cumpriu parcialmente** os requisitos de conhecimentos essenciais, mas é necessária formação adicional para desenvolver conhecimentos exactos e completos sobre questões de abuso sexual de crianças. O assistente social deve ser monitorizado atentamente se estiver a trabalhar em casos de abuso sexual de crianças. Deverá também ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades.

0 a 14 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o assistente social **não cumpriu** os requisitos de conhecimentos essenciais. Não tem conhecimentos suficientes para trabalhar em casos de abuso sexual de crianças. Deve ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades. Após uma formação adicional, a ferramenta deve ser administrada novamente.

Avaliação final:_____ **Cumpriu**_____ **Cumpriu parcialmente**_____ **Não cumpriu****OUTRAS OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS****PLANO DE REFORÇO DAS CAPACIDADES (se necessário)****ASSINATURA DO SUPERVISOR****ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**

Capítulo 3

ATITUDES E PRECONCEITOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo descreve como os assistentes sociais podem identificar e responder a atitudes e preconceitos nocivos, a fim de poderem atender melhor às necessidades das crianças sobreviventes de abuso sexual e dos seus encarregados não agressores. Identifica:

- » atitudes solidárias que os assistentes sociais precisam de adoptar para responder adequadamente às crianças que estão em risco de sofrer abusos sexuais ou que já os sofreram;
- » mitos nocivos sobre o abuso sexual de crianças e respostas a esses mitos;
- » como os assistentes sociais podem identificar e mitigar os seus próprios preconceitos relacionados com as diferentes identidades das crianças sobreviventes de abuso sexual.

Ferramenta associada

Ferramenta de Avaliação de Atitudes relativas aos CCS

INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades e culturas, muitas vezes, existem valores e crenças profundamente enraizados sobre as crianças e o abuso sexual de crianças que servem para tolerar implicitamente a perpetração e silenciar e envergonhar os sobreviventes. É possível que os assistentes sociais, quer de forma consciente quer subconsciente, possuam alguns destes valores e crenças nocivas, que influenciam intrinsecamente a forma como trabalham com uma criança sobrevivente de abuso sexual. Estes valores e crenças, que incluem as atitudes de um prestador de serviços, têm um impacto directo na probabilidade de uma criança revelar o abuso sexual, assim como no caminho para a cura e recuperação.⁷⁹

⁷⁹ Perry, B., *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*, Basic Books, 2007.

Antes de trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual, os assistentes sociais devem reflectir sobre as suas atitudes em relação às crianças e ao abuso sexual de crianças. Este processo pode ser apoiado através da *Avaliação de Atitudes relativas aos CCS*, que pode ser utilizada como uma ferramenta de auto-avaliação ou administrada por um supervisor. Utilizando esta ferramenta, os supervisores podem ajudar os assistentes sociais a identificar atitudes e preconceitos nocivos que possam ter e facilitar um processo de reflexão e aprendizagem (ver o *Capítulo 8: Supervisão e Cuidados do Pessoal*). Os exercícios de formação podem também facilitar um processo de auto-avaliação, reflexão e aprendizagem (ver o *Módulo 3 da Formação em CCS*).

ATITUDES ESSENCIAIS PARA CCS

Como parte da abordagem de CCS, há atitudes essenciais que os assistentes sociais devem ter e demonstrar para apoiar eficazmente as crianças sobreviventes de abuso sexual.

Atitudes em relação às crianças

- » As crianças têm pontos fortes e mecanismos de sobrevivência próprios, que devem ser desenvolvidos pelos assistentes sociais;
- » As crianças são o futuro das nossas comunidades e países, mas também têm habilidades e energia para contribuir no presente;
- » As crianças – sobretudo as raparigas – não devem ser sujeitas à união prematura e forçada e a outras práticas tradicionais nocivas que representam um risco grave para a sua saúde física, mental e emocional;
- » As crianças têm direito a:
 - um desenvolvimento saudável;
 - viver uma vida livre de violência e devem ser protegidas contra danos;
 - cuidados, amor e apoio;
 - ser ouvidas e participar nas decisões que as afectam;
 - receber informação partilhada de uma forma que compreendam;
 - um tratamento equitativo, sem discriminação com base no género, idade, sexualidade, deficiência, etc.

Atitudes em relação às crianças que sofrem abuso sexual

- » As crianças dizem a verdade sobre abuso sexual;
- » As crianças não têm culpa de serem abusadas sexualmente;
- » As crianças podem recuperar e curar-se do abuso sexual;
- » As crianças não devem ser estigmatizadas, envergonhadas, culpadas ou ridicularizadas por terem sido abusadas sexualmente;
- » As crianças precisam de ser tranquilizadas de que os seus sentimentos e reacções são normais e de que têm capacidade e habilidades para recuperar e prosperar;
- » As crianças têm direito à privacidade e à oportunidade de decidir como e a quem contar a sua história;

- » As crianças precisam de compreender o que lhes aconteceu e os serviços que estão disponíveis e acessíveis a um nível adequado à sua idade e desenvolvimento;
- » As crianças – sobretudo os adolescentes mais velhos – não são adultos. Continuam a precisar de apoio, cuidados e segurança, tal como as crianças mais pequenas, para recuperarem e curarem-se do abuso sexual;
- » As crianças – incluindo as raparigas adolescentes – precisam de espaços seguros e de actividades com os seus pares, não de restrições e menos oportunidades de socialização à medida que crescem;
- » As crianças – sobretudo as raparigas – não devem ser obrigadas a entrar em união prematura com os seus agressores.

Gestão de atitudes e crenças nocivas

Os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual desempenham um papel importante na gestão de mitos nocivos sobre o abuso sexual de crianças, que podem afectar o seu acesso e processo de cura. Abordar esses mitos com a criança e sua família e com outros prestadores de serviços pode ajudar a afastar a culpa e vergonha da criança sobrevivente e da sua família, desestigmatizar os serviços relativos ao abuso sexual de crianças e abrir mais vias de cura.

No âmbito da formação e supervisão, os assistentes sociais devem também identificar os mitos locais específicos da(s) cultura(s) dos seus utentes e a melhor forma de prestar assistência. A Tabela 3.1 indica algumas das atitudes e mitos mais difundidos e potencialmente nocivos comuns a muitas culturas. A tabela apresenta igualmente as informações correctas e potenciais respostas que os assistentes sociais podem partilhar com as crianças sobreviventes de abuso sexual e seus encarregados quando esses mitos/atitudes surgem durante o processo de gestão de casos.

Tabela 3.1: Atitudes e mitos potencialmente nocivos sobre o abuso sexual de crianças

Atitude/ convicção	Informações que podem ser partilhadas com a criança/encarregado
É vergonhoso ou impróprio falar sobre qualquer aspecto da saúde sexual e reprodutiva com crianças. Estes são tópicos para adultos.	» Ensinar às crianças que não há problema em falar destas questões e dar-lhes a linguagem para o fazerem pode prepará-las a reconhecer e revelar abusos;⁸⁰ » As opiniões sobre a pureza e a virgindade podem tornar menos aceitável que as raparigas falem de sexo ou tenham conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva.
O abuso sexual de crianças não é um problema comum.	» Embora não exista uma taxa de prevalência definitiva para o abuso sexual de crianças em todo o mundo, as meta-análises⁸¹ mostram que 7% a 12% dos rapazes e 18% a 20% das raparigas em todo o mundo relatam ter sofrido abuso sexual.

⁸⁰ Kenny, M.C. et al., 'Child sexual abuse: From prevention to self-protection', Child Abuse Review 17(1):36-54, Janeiro de 2008.

⁸¹ Murray, L.K., Nguyen, A. & Cohen, J.A., 'Child Sexual Abuse', Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2), 321-337.

As crianças mentem ou inventam histórias sobre abusos. Não podemos confiar que estejam a dizer a verdade sobre o abuso.	» As crianças raramente mentem sobre o abuso e devemos acreditar nelas quando o revelam; » As crianças com determinadas identidades têm menos probabilidades de que acreditemos nelas em relação a outras. Por exemplo, uma rapariga com uma deficiência pode ser alvo de mais escrutínio ou dúvida devido a mitos e normas relacionados com o género e a deficiência.
Só um estranho abusaria de uma criança. Ninguém conhecido e de confiança da família faria uma coisa dessas.	» As estatísticas demonstram que as crianças têm mais probabilidades de serem abusadas por um membro da família, um parente ou um amigo da família; » Compreender: os homens beneficiam da “credibilidade” em relação às crianças, em especial às raparigas, devido aos valores patriarcais e à percepção do valor dos homens/rapazes em relação às mulheres/raparigas em muitas culturas. Os agressores podem e utilizam este facto em seu proveito quando negam o abuso.
Algumas raparigas causam o abuso (pela forma como se vestem ou se comportam).	» As crianças nunca são responsáveis nem causam o abuso que sofrem; » Esta atitude é dirigida de forma generalizada às raparigas e transfere a culpa para elas e não para os agressores. Esta transferência de culpa ajuda a reforçar soluções prejudiciais como o casamento precoce e forçado com o agressor.
Os rapazes adolescentes não podem sofrer abuso sexual.	» Os rapazes adolescentes podem e sofrem abuso sexual de crianças; » Esta convicção está frequentemente enraizada na ideia de que os rapazes adolescentes estão sempre à procura de experiências sexuais e gostam sempre de experiências sexuais, negando assim a sua capacidade de serem sobreviventes de abuso. Esta convicção pode estar particularmente enraizada se o agressor for uma mulher.
Se um homem abusa de um rapaz, isso significa automaticamente que o rapaz é gay/homossexual.	» Um mito generalizado em que muitos rapazes sobreviventes podem acreditar, muitas vezes, este mito impede os rapazes de procurarem serviços. A sexualidade não é criada ou alterada por experiências de abuso; » Muitas vezes, a homossexualidade é objecto de violência, pelo que a percepção de que um rapaz sobrevivente de violência sexual infantil é homossexual pode torná-lo mais vulnerável a outras formas de violência.
O valor de uma rapariga reside na sua pureza; por isso, se sofrer abuso sexual, deixa de ter valor para a família ou para a comunidade.	» Esta convicção está enraizada em normas que associam o valor das mulheres e das raparigas a uma percepção de castidade e procuram controlar as acções das mulheres e das raparigas, incluindo as suas experiências de sexualidade; » O investimento nas raparigas aumenta o bem-estar geral das famílias e das comunidades.

Se um rapaz for abusado, acabará por abusar de outras crianças ou tornar-se-á agressor mais tarde na vida.	» A maioria das crianças sobreviventes de abuso sexual de crianças não se torna agressora; » Esta convicção pode levar à culpabilização do sobrevivente, à estigmatização e ao tratamento prejudicial dos sobreviventes. Ao antecipar que eles próprios se tornarão agressores, a atenção pode passar a centrar-se na prevenção ou a ver o sobrevivente de uma forma negativa, em vez de se centrar na sua cura e recuperação.
Se uma criança sobrevivente não mostrar sinais emocionais, psicológicos, comportamentais ou físicos de sofrimento, ela está bem e sempre estará.	» A cura e a recuperação não são lineares. Uma criança pode ter sinais e sintomas que um encarregado ou um assistente social não reconhece, ou pode não estar a apresentar actualmente sinais e sintomas perturbadores de abuso; » O stress, novas experiências de abuso e violência, mudanças drásticas na rotina ou no ambiente e até a passagem para a adolescência ou para a idade adulta podem fazer surgir sinais e sintomas anos após a ocorrência do abuso.

Outras atitudes e comportamentos nocivos

As crianças e seus encarregados de educação, muitas vezes, alimentam um intenso sentido de culpa e vergonha em relação a estas experiências.

A ideia de que o abuso sexual de crianças está a acontecer na comunidade provoca normalmente resistência por parte das pessoas e da comunidade, visto que é uma experiência particularmente difícil de aceitar para muitos.

A resistência pode consistir em:

- » **Negação:** recusa em reconhecer algo como verdadeiro ou problemático. Exemplo: "Não aconteceu nada ao(à) meu(minha) filho(a). Estão a mentir para chamar a atenção".
- » **Minimização:** considerar algo como menos grave do que é na realidade. Exemplo: "Isso acontece a muitas raparigas. Ela devia estar feliz por ele a achar bonita".
- » **Justificação:** afirmar que algo é legítimo ou aceitável. Exemplo: "Uma rapariga de 13 anos pode se casar".
- » **Culpabilização do sobrevivente:** afirmar que a criança é culpada pela violência que sofreu. Exemplo: "Ela não devia ter ficado sozinha com aquele homem. Por que é que foi com ele?"
- » **Comparação da vitimização:** transferir a atenção para outro grupo que também sofre violência. Exemplo: "Isto não acontece muitas vezes. É muito mais frequente os rapazes serem obrigados a lutar. Temos de nos concentrar nisso".
- » **Manter o silêncio:** ignorar ou manter o silêncio quando ocorre o abuso sexual de uma criança, especialmente se for aceite na comunidade. Exemplo: Desvalorizar a criança quando esta revela o abuso – "Os homens são assim. Também me aconteceu a mim, é melhor não falarmos disso".

- » **Normas de reforço:** comportamento que apoia ou reforça a desigualdade de poder, crenças e atitudes tradicionais nocivas, mitos sobre o abuso sexual de crianças ou soluções nocivas/violentas para o abuso sexual de crianças. Exemplo: apoiar a sugestão de um líder comunitário de que restringir o acesso das raparigas adolescentes à escola e comunidade previne o abuso sexual de crianças. Apoiar ou prestar assistência na união forçada da criança sobrevivente com o perpetrador.

ANÁLISE DE PRECONCEITOS DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Para além de examinarem as suas atitudes em relação às crianças e ao abuso sexual de crianças, os assistentes sociais devem também reconhecer e reflectir sobre os preconceitos que possam ter e que possam estar mais relacionados com as identidades múltiplas e interligadas de uma criança e da família com quem estão a trabalhar. Embora a análise dos preconceitos não seja específica aos assistentes sociais que trabalham no domínio do abuso sexual de crianças, há situações em que a identidade de uma criança sobrevivente exige que estes trabalhem de uma forma particular para que as necessidades da criança sejam satisfeitas. O processo de análise de preconceitos pode ser feito através da supervisão e facilitado pela formação. Recomenda-se que os assistentes sociais, com o apoio dos supervisores:

- » examinem as crenças pessoais sobre as necessidades de saúde sexual e reprodutiva das crianças, educação sexual abrangente e comportamento e relações adequadas para crianças e adolescentes;
- » explorem quaisquer limitações pessoais ou excepções à convicção de que todas as crianças são dignas de respeito e merecem serviços de qualidade (por exemplo, de que forma o comportamento de uma criança ou uma identidade específica pode ter impacto nesta convicção);
- » desenvolvam processos que permitam às crianças expressar as suas opiniões, expor as suas necessidades e participar activamente na sua própria recuperação, em conformidade com a convicção de que as crianças têm direito à autodeterminação, na medida do possível, com base na idade e desenvolvimento;
- » reconheçam o impacto do género e idade nas experiências e respostas ao abuso sexual de crianças;
- » compreendam como é possível que algumas crianças sobreviventes de abuso sexual não tenham acesso a serviços ou sejam menos visíveis para os assistentes sociais devido às diferentes formas de opressão que enfrentam ou a características específicas das suas identidades;
- » desenvolvam uma noção de quais são as identidades que enfrentam desafios, barreiras ou formas de discriminação específicas no contexto local.

Considerações específicas no caso de raparigas jovens e adolescentes sobreviventes

Os assistentes sociais devem:

- » reflectir sobre as suas crenças pessoais e experiências em relação à desigualdade de género;
- » examinar quais são as raparigas mais marginalizadas na cultura e quais os factores que as colocam em risco particular de marginalização. Os grupos específicos de raparigas que podem estar particularmente em risco variam consoante os contextos, mas podem incluir grupos de raparigas com idades específicas, raparigas em uniões prematuras, raparigas de diversas etnias ou religiões, raparigas com diversas orientações sexuais e identidades de género e raparigas com deficiência;
- » cultivar a compreensão de como as raparigas prosperam no seio de culturas e comunidades que frequentemente as oprimem de múltiplas formas;
- » centrar-se na identificação de oportunidades, de redes informais ou formais e de espaços para as raparigas sobreviventes engajarem-se com outras raparigas e figuras exemplares;
- » desafiar as normas e atitudes sociais que toleram a violência masculina e desvalorizam o abuso sexual contra as raparigas.

Para uma explicação das razões pelas quais é possível que as raparigas precisem de apoio específico, ver o Capítulo 2 (Área de Conhecimento 6).

Considerações específicas no caso de rapazes pequenos e adolescentes sobreviventes

Os assistentes sociais devem:

- » reflectir sobre as suas crenças pessoais e experiências relativas a expectativas baseadas no género;
- » reconhecer como a desigualdade de género e os valores patriarcais afectam os rapazes de forma diferente das raparigas;
- » compreender os obstáculos à procura de serviços, incluindo a legislação que criminaliza as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo;⁸²
- » compreender as crenças nocivas que os assistentes sociais podem alimentar em relação a pessoas pertencentes a SOGIESC e aos rapazes enquanto sobreviventes;
- » compreender de que forma os rapazes interiorizaram crenças prejudiciais sobre a sexualidade, relações e masculinidade.

Para uma explicação das razões pelas quais é possível que os rapazes precisem de apoio específico, ver o Capítulo 2 (Área de Conhecimento 6).

⁸² Chynoweth, S.K., Buscher, D., Martin, S. & Zwi, A.B., 'A social ecological approach to understanding service utilization barriers among male survivors of sexual violence in three refugee settings: a qualitative exploratory study', Conflict and Health vol. 14, art. 43, 2020.

Considerações específicas no caso de crianças sobreviventes com deficiência

Os assistentes sociais e os supervisores podem:⁸³

- » examinar as atitudes pessoais em relação às deficiências, respondendo a perguntas tais como:
 - como trata as pessoas com deficiência?
 - o que lhe ensinaram quando criança sobre as pessoas com deficiência?
 - o que lhe ensinaram sobre as pessoas com deficiência mental e de que modo esses mitos influenciam a sua opinião actual?
- » compreender que as incapacidades resultam principalmente de barreiras sociais e não da deficiência da criança;
- » considerar e reconhecer as barreiras à inclusão das crianças com deficiência e promover a acessibilidade e inclusão:
 - avaliar os seus próprios serviços e utilizar adaptações adequadas para eliminar barreiras físicas e de comunicação;
 - avaliar os serviços de referência de segurança e atitudes relativamente a crianças com deficiência;
 - estar ciente das formas como a condição de uma criança pode afectar as suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva (por exemplo, algumas condições podem fazer com que a puberdade comece mais cedo, enquanto outras atrasam-na).

Para uma explicação das razões pelas quais as crianças com deficiência podem precisar de apoio específico, *ver o Capítulo 2 (Área de Conhecimento 9)*.

Considerações específicas para trabalhar com crianças sobreviventes que se identificam como LGBTQI

Os assistentes sociais podem:⁸⁴

- » examinar as suas próprias crenças e preconceitos em relação a pessoas pertencentes a SOGIESC e abordar mitos e atitudes e crenças nocivas que possam ter sobre as mesmas, respondendo a perguntas tais como:
 - conhece membros da comunidade pertencentes a SOGIESC?
 - de que forma os trata?
 - que percepções ou estereótipos forma acerca deles?
 - o que lhe ensinaram sobre pessoas pertencentes a SOGIESC quando era criança? De que modo isso influencia as suas opiniões actuais?
- » conhecer o estatuto jurídico de pessoas pertencentes a SOGIESC no respectivo contexto e dos riscos de denunciar o abuso sexual destas crianças;
- » participar na formação e capacitação disponíveis oferecidos por organizações LGBTQI locais;

⁸³ FNUAP, [International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach](#), UNESCO, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU Mulheres e OMS, Janeiro de 2018.

⁸⁴ Ibid.

- » procurar compreender as diferentes necessidades de raparigas e rapazes transgéneros, que frequentemente diferem das de raparigas e rapazes cisgénero.

Para uma explicação das razões pelas quais é possível que as crianças com orientação sexual, identidade de género e expressão de género diferentes precisem de apoio específico, *ver o [Capítulo 2 \(Área de Conhecimento 8\)](#)*.

Considerações específicas para trabalhar com crianças sobreviventes que se identificam como indígenas, pessoas de cor ou de uma minoria étnica

Os assistentes sociais podem:⁸⁵

- » reconhecer o impacto da marginalização e opressão nas culturas e comunidades, assim como a forma como essa situação pode afectar a relação de gestão de casos, respondendo a perguntas tais como:
 - é oriundo de uma comunidade/cultura que tem sido historicamente opressora da comunidade da criança? Se sim, compreende as razões pelas quais é possível que uma criança sobrevivente de abuso sexual e seus encarregados não agressores não o considerem uma pessoa segura ou um aliado em quem podem confiar?
 - se é oriundo de uma cultura/comunidade diferente da da criança, o que lhe ensinaram quando era criança sobre as pessoas da raça/etnia da criança? De que modo isso afecta a sua opinião actual sobre a cultura/comunidade?
 - se é oriundo da mesma cultura/comunidade da criança, de que modo as suas experiências de opressão e marginalização afectam o seu trabalho?
- » compreender de que forma a auto-determinação e a participação no processo de gestão de casos podem ser particularmente importantes para estas crianças e suas famílias, quando estas vivem em sociedades que minimizam, restringem ou impedem a sua capacidade de aplicar plenamente as suas crenças, práticas e estilos de vida tradicionais;
- » identificar práticas, crenças e costumes tradicionais de cura que sejam empoderadores e não estigmatizantes e que possam ser potencialmente integrados no processo de gestão de casos e na relação com a criança sobrevivente de abuso sexual.

Para uma explicação das razões pelas quais é possível que crianças com estas identidades precisem de apoio específico, *ver o [Capítulo 2 \(Área de conhecimento 9\)](#)*.

⁸⁵ Ibid.

Reconhecimento de outras identidades

Podem ser colocadas perguntas semelhantes para auto-reflexão e acções a tomar em relação a qualquer identidade que uma criança possa ter. Os supervisores também devem avaliar que outras identidades importantes as crianças sobreviventes têm no respectivo contexto e procurar tomar medidas relevantes para (1) abordar atitudes nocivas e (2) cultivar atitudes positivas em relação a estas crianças. O trabalho de gerir preconceitos pessoais e cultivar atitudes positivas para não causar danos é contínuo. Os assistentes sociais e os supervisores devem esperar que este trabalho de auto-reflexão seja um processo contínuo e em constante evolução.

O PAPEL DE SUPERVISORES NO EXAME DE ATITUDES E PRECONCEITOS

Os supervisores desempenham um papel fundamental no que respeita a garantir que os assistentes sociais possuem ou desenvolvem as atitudes necessárias e tenham passado por processos de auto-reflexão sobre os seus preconceitos. No mínimo, os supervisores devem:

- » promover um espaço de auto-reflexão sobre os mitos, crenças nocivas e respectivos riscos;⁸⁶
- » promover a compreensão dos direitos das crianças enquanto sobreviventes de agressões sexuais, incluindo a não-discriminação e a auto-determinação⁸⁷ (na medida do possível, com base na idade e maturidade);
- » criar um espaço de supervisão seguro para examinar os tabus sociais e culturais em torno do sexo e do abuso sexual com os assistentes sociais, reconhecendo que muitos podem ter interiorizado esses tabus;
- » trabalhar com os assistentes sociais para compreender os desequilíbrios de poder no seio da cultura e o seu próprio poder na relação de gestão do caso;⁸⁸
- » promover uma abordagem integral da criança no caso de crianças sobreviventes de abuso sexual, cultivando activamente a compreensão dos impactos das diferentes formas de discriminação nas suas experiências de abuso, procurando serviços e interagindo com os assistentes sociais.⁸⁹

⁸⁶ Sawrikar, P., 'Service providers' cultural self-awareness and responsible use of racial power when working with victims/survivors of child sexual abuse: Results from a program evaluation study in Australia', Children and Youth Services Review vol. 119, Dezembro de 2020.

⁸⁷ Smith et al., 'Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings', Conflict and Health vol. 7, art. 14, 2013.

⁸⁸ Ackerly, E. & Latchford, L., 'Applying an intersectional lens to sexual violence research and practice' in Helen Beckett & Jenny Pearce (eds) Understanding and Responding to Child Sexual Exploitation (1.ª edição), Routledge, 2017.

⁸⁹ Ibid.

AVALIAÇÃO DE ATITUDES NOS CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

Data:

Nome do funcionário:

Supervisor:

FINALIDADE

Esta ferramenta permite que os supervisores determinem se um assistente social de violência baseada no género ou um assistente social de protecção de crianças demonstra uma atitude centrada na criança que sugira que prestará cuidados e tratamento compassivos e adequados a crianças sobreviventes de abuso sexual.

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Utilize esta ferramenta de avaliação depois de o assistente social receber formação sobre o abuso sexual de crianças e antes de começar a trabalhar directamente com as crianças. Administre a ferramenta regularmente para avaliar qualquer mudança de atitudes e crenças dos assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes.
2. Trata-se de uma ferramenta auto-administrada. Peça ao assistente social que preencha a ferramenta de avaliação de atitudes relativas aos CCS de forma independente e que lhe devolva quando terminar. Não lhes faculte as notas sobre “Interpretação dos resultados da ferramenta de avaliação de CCS.”
3. Peça ao assistente social que responda honestamente às perguntas.
4. Explique que as 14 perguntas avaliam os sentimentos e crenças subjacentes do assistente social sobre as crianças e o abuso sexual. Peça a cada um que faça um círculo à volta de um número em cada linha, reflectindo em que medida concorda ou discorda de cada pergunta.
5. Coloque o valor das pontuações assinaladas em cada coluna e, depois, calcule a pontuação total para as quatro colunas.

PERGUNTAS DA AVALIAÇÃO

Declarações	Pontuação individual			
	Concordo totalmente	Concordo até certo ponto	Discordo até certo ponto	Discordo totalmente
1. As crianças têm o direito de contribuir para as decisões que as afectam.	4	3	2	1
2. Algumas raparigas provocam o abuso sexual pela forma como se comportam ou como se vestem.	1	2	3	4
3. As crianças devem manter o silêncio e não falar sobre o abuso sexual.	1	2	3	4
4. O abuso sexual é sempre culpa do agressor.	4	3	2	1
5. As crianças que sofrem abuso sexual ficam sujas e destruídas.	1	2	3	4
6. É da minha responsabilidade responsabilizar os adultos e os encarregados quando culpam crianças que sofreram abusos sexuais.	4	3	2	1
7. O abuso sexual não causa homossexualidade.	4	3	2	1
8. Fazer com que uma criança sinta vergonha e culpa após um abuso sexual é, por vezes, correcto.	1	2	3	4
9. É da minha responsabilidade acreditar numa criança quando ela revela que sofreu abuso sexual.	4	3	2	1
10. As crianças inventam propositadamente histórias sobre terem sofrido sexual.	1	2	3	4
11. As crianças podem sofrer abuso sexual por um familiar próximo.	4	3	2	1
12. As crianças com deficiência podem contribuir para a tomada de decisões relacionadas com os seus cuidados.	4	3	2	1

13. É da minha responsabilidade estar consciente das minhas próprias convicções e valores sobre o abuso sexual e falar com o meu supervisor se achar que estou a culpar ou a julgar as crianças.	4	3	2	1
14. As crianças que sofrem abusos sexuais não podem continuar a ter uma vida normal.	1	2	3	4
Some o valor das pontuações assinaladas com um círculo em cada coluna e, em seguida, calcule a pontuação total das quatro colunas.				
PONTUAÇÃO TOTAL				

AVALIAÇÃO DE ATITUDES

As respostas podem variar de 1 a 4.

- » **56-46 pontos:** o assistente social demonstra atitudes centradas na criança – tem crenças e valores positivos para trabalhar com crianças.
- » **45-35 pontos:** as pontuações neste intervalo indicam algumas atitudes preocupantes que podem ser nocivas para as crianças. Os supervisores devem ter o máximo de cuidado ao permitirem que os funcionários trabalhem em casos de abuso sexual de crianças e podem considerar a possibilidade de reforçar a capacidade do funcionário antes de este trabalhar independentemente com crianças sobreviventes.
- » **34 pontos ou menos:** as pontuações neste intervalo indicam que o assistente social não está preparado para trabalhar com crianças abusadas sexualmente. Os gestores e supervisores devem trabalhar de forma independente com uma pessoa que tenha uma pontuação inferior a 34 para abordar crenças e atitudes negativas e identificar acções correctivas.

Capítulo 4

HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo aborda as melhores práticas para comunicar com as raparigas e rapazes sobreviventes de abuso sexual de forma a criar uma relação de confiança, segurança e apoio entre o encarregado e a criança. Apresenta considerações com base na idade e fase de desenvolvimento, género e deficiência. Por último, inclui estratégias para lidar com desafios comuns de comunicação com crianças sobreviventes de abuso sexual.

Ferramenta associada

Ferramenta de Avaliação de Habilidades de Comunicação sobre CCS

INTRODUÇÃO

Dada a natureza do abuso sexual de crianças, é provável que as crianças e seus encarregados estejam numa situação de crise no primeiro contacto com os assistentes sociais. Vergonha, sentimentos de auto-culpabilização,, medo de que não acreditem neles e do que acontecerá se revelarem a sua experiência são barreiras emocionais que tornam difícil para as crianças e seus encarregados falarem sobre a experiência de abuso sexual de crianças. Dependendo da sua idade, é possível que algumas crianças não compreendam o que lhes aconteceu. Os assistentes sociais devem criar, desde o início, um ambiente seguro, solidário e afectivo. A comunicação é uma parte essencial do estabelecimento de uma relação de confiança, segura e solidária com a criança e seu encarregado de educação. Podem sentir medo, embaraço ou vergonha em relação ao abuso, o que afecta a sua disponibilidade e capacidade para falar com os assistentes sociais.

Além disso, conforme referido no Capítulo 3, existem provas de que os assistentes sociais e outros prestadores de serviços podem ter impacto na cura de uma criança com base na forma como respondem à revelação de abusos por parte da criança⁹⁰ – por outras palavras, o que os assistentes sociais dizem e a forma como o dizem pode ter um impacto positivo ou negativo no processo de cura de uma criança. Se uma criança revelar abuso sexual e perceber que está a ser culpabilizada pelo abuso pelo prestador de serviços, pode sentir níveis mais profundos de vergonha, ansiedade e tristeza. Isso pode levar a criança a recusar partilhar mais informações,

⁹⁰ Perry, B., *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*. Basic Books, 2007.

negando mesmo o abuso em conversas subsequentes, por não se sentir segura. Quando um prestador de serviços transmite credulidade, afecto e empatia, é mais provável que a criança sobrevivente interaja mais, permitindo assim que este ofereça cuidados e tratamento adequados. Quando o assistente social utiliza a comunicação compassiva de forma eficaz para prestar cuidados centrados na criança, a relação entre si e a criança tem a função adicional de apoiar a cura psicológica dos impactos relacionados com o abuso sexual. Dado que a comunicação é essencial e importante para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual, os assistentes sociais devem possuir habilidades em comunicação centrada na criança, orientada para a criação de confiança e interações positivas e de cura.

MELHORES PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS SOBREVIVENTES

Uma comunicação eficaz ajuda o assistente social a:

- » desenvolver uma relação afectiva e compassiva com a criança e seu encarregado de educação;
- » partilhar informações importantes com as crianças e suas famílias de uma forma que estas aceitem e compreendam;
- » recolher informações cruciais de uma forma sensível que podem ser utilizadas para orientar os cuidados e tratamento.

As directrizes e melhores práticas de comunicação descritas abaixo podem ajudar os assistentes sociais e outros prestadores de serviços a cultivar este sentido de segurança entre as crianças sobreviventes de abuso sexual e seus encarregados. Embora as técnicas de comunicação específicas tenham de ser adaptadas de acordo com a idade e fase de desenvolvimento da criança, estas habilidades de comunicação fundamentais são uma parte essencial da abordagem de CCS. Embora se destinem a assistentes sociais, também podem ser úteis para outros prestadores de serviços que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual.

O **objectivo da comunicação** entre um assistente social e a criança é **estabelecer uma relação de confiança, segurança e apoio**.

A relação de apoio é uma relação de confiança que permite que a criança e seu(s) encarregado(s) se sintam protegidos e respeitados pelo assistente social. Todos os encontros com crianças sobreviventes e membros da família são oportunidades para os prestadores de serviços reforçarem essa relação de apoio.

Prepare um espaço seguro, confidencial e centrado na criança

Escolha um local seguro: os encontros com as crianças devem ter lugar num ambiente confidencial, seguro e centrado na criança. Um ambiente centrado na criança pode incluir brinquedos e materiais adaptados à criança ou um espaço que permita sentar confortavelmente no chão. Para os adolescentes mais velhos, pode ser que os espaços destinados a crianças mais pequenas, assim como os para adultos, não sejam adequados. Os assistentes sociais devem oferecer opções de espaços em que os profissionais de protecção da criança e de violência baseada no género tenham envidado esforços para proporcionar espaços e actividades seguras e inclusivas, para que as raparigas, rapazes e seus encarregados possam escolher o local onde se sentem mais confortáveis

para participar nas sessões de apoio no âmbito da gestão de casos. Recomenda-se que a interacção com as crianças sobreviventes de abuso sexual decorra fora das suas casas. A razão deve-se ao facto de o perpetrador poder residir na casa e os pais, encarregados e outros familiares poderem não ter conhecimento do abuso ou poderem adoptar comportamentos de culpabilização do sobrevivente se tiverem conhecimento do abuso.

Marque os encontros em momentos oportunos do

dia: as primeiras horas do dia (ou outros horários mais calmos) podem reforçar a capacidade de concentração das crianças. Um gabinete de gestão de casos pode ser privado, mas, ainda assim, passível de incómodo causado por ruídos intensos derivados de actividades dentro do espaço ou por ruídos provocados por períodos mais movimentados do dia na vizinhança. Se assim for, convém marcar encontros com essas crianças nas horas mais calmas do dia.

Avalie o espaço: antes de trabalharem com crianças sobreviventes de abuso sexual, todos os assistentes sociais devem avaliar o seu espaço para garantir que este se centre na criança.

- » existem cadeiras/mesas ou tapetes mais pequenos para as crianças se sentarem que sejam adequadas do ponto de vista cultural?
- » estão disponíveis brinquedos adequados do ponto de vista cultural, como bonecas, jogos e materiais de arte?
- » há momentos em que estejam relativamente poucos adultos no espaço?

Adapte a comunicação em função da idade e desenvolvimento: a comunicação deve ser adaptada para que seja simples, clara e reflecta a compreensão da criança. Utilize técnicas de comunicação criativas e lúdicas, tanto quanto possível e de acordo com a idade. Reserve tempo para as crianças fazerem perguntas. *Ver a Tabela 4.1* por exemplo, adaptações baseadas na idade e desenvolvimento.

Dez directrizes e melhores práticas de comunicação

1. Prepare um espaço seguro, confidencial e amigável da criança.
2. Seja afectuoso, consolador e solidário.
3. Transmita segurança.
4. Ajude as crianças a se sentirem seguras.
5. Explique à criança a razão por que quer falar com ela e o que ela pode esperar.
6. Não aflija ainda mais a criança.
7. Fale de uma forma que as crianças possam compreender.
8. Preste atenção à comunicação não-verbal.
9. Utilize técnicas não-verbais centradas na criança.
10. Respeite as opiniões, crenças e ideias das crianças.

Seja afectuoso, consolador e solidário

Dê às crianças a opção de serem acompanhadas por um adulto de confiança: na medida do possível, durante qualquer sessão de gestão de casos, as crianças devem ter a opção de se fazer acompanhar por um adulto em quem confiam, sobretudo crianças muito pequenas e as que possam sentir-se ansiosas ou receosas na presença de um prestador de serviços. Se não for(em) agressor(es) e a criança desejar a sua presença, o(s) pai(s) ou encarregado(s) deve(m) ser incluído(s). Por outro lado, algumas crianças irão hesitar em comunicar diante dos pais e os assistentes sociais terão de considerar a possibilidade de falar com elas a sós.

Cuidado com o contacto físico: uma comunicação afectuosa não significa contacto físico. As crianças mais pequenas podem não conhecer bem os limites e tornarem-se, em pouco tempo, demasiado afectuosas com o assistente social ou, pelo contrário, mostrarem relutância face a qualquer contacto físico.

Demonstre limites seguros, sem se envolver em manifestações de afecto excessivamente físico: fale com a criança sobre a sua vida, escola, família e outros tópicos genéricos, antes de saber mais sobre a(s) sua(s) experiência(s) de abuso, recorrendo a meios não-verbais (ver a Secção 9) sempre que possível e pertinente. Isto ajuda o prestador de serviços a avaliar a capacidade da criança de ser verbal, ajuda a criança a sentir-se à vontade, cria confiança e mantém um ritmo de conversa confortável.

Mantenha a igualdade: procure sentar à mesma altura que a criança; mantenha os seus olhos ao mesmo nível dos da criança. Tente não se inclinar e olhar a criança de cima para baixo ou fique de cócoras e olhe a cara da criança. Estas estratégias promovem um sentido de respeito pela criança e reforçam os sentimentos de confiança.

Apoie o encarregado: os bebés e crianças pequenas (0 a 5 anos) não devem ser entrevistados directamente sobre o abuso sofrido. Têm capacidades limitadas de comunicação verbal e é improvável que revelem qualquer abuso. Os pais/encarregados não agressores devem ser as principais fontes de informação sobre a criança e suspeita de abuso. Mesmo as crianças mais velhas e adolescentes beneficiarão do apoio ao encarregado. O estado emocional do encarregado terá impacto no estado emocional e capacidade de comunicação da criança. Um apoio adequado ao encarregado deixa as crianças mais velhas e adolescentes à vontade para falar sobre um assunto difícil.

Transmita segurança

As crianças precisam de ter a certeza de que não são culpadas pelo que lhes aconteceu. Os assistentes sociais devem, por conseguinte, acreditar nas crianças sobreviventes de abuso sexual e lhes dizer que acreditam nelas.

Utilize frases que transmitem segurança: frases como “Eu acredito em ti” e “A culpa não é tua,” são essenciais assim que é feita a revelação e ao longo dos cuidados e tratamento.

Destaque a responsabilidade do perpetrador: encontre oportunidades para dizer aos sobreviventes que são corajosos por falarem sobre o abuso e que não são culpados pela experiência. Diga à criança que ela não é responsável pelo abuso.

Exemplos de frases que transmitem segurança

1. Eu acredito em ti (cria confiança)...
2. Ainda bem que me contaste (estabelece uma relação com a criança)...
3. Lamento que isto te tenha acontecido (exprime empatia)...
4. A culpa não é tua (não culpabiliza)...
5. Mostraste muita coragem ao vir falar comigo e nós vamos tentar ajudar-te (tranquiliza e fortalece)...

Crie um ambiente de aceitação: tranquilize-os sobre o que sentem e pensam e diga-lhes que não há problemas em não saberem ou não terem certeza sobre o que responder. Diga-lhes que não há problema em fazerem perguntas e permita que as façam durante a conversa.

Tenha em consideração as barreiras de género à denúncia e à procura de serviços, visto que estas também terão diferentes impactos na criação de confiança com as raparigas e rapazes sobreviventes. As crianças que se identificam como LGBTQI também podem precisar de mais tempo e garantias consistentes de que estão seguras com o assistente social, com base nas experiências anteriores e tratamento dado pelos membros da sua família.

Ajude as crianças a se sentirem seguras

Os assistentes sociais são responsáveis por garantir que a segurança emocional e física das crianças seja salvaguardada durante toda a comunicação, sobretudo durante as entrevistas directas sobre experiências de abuso sexual. As acções que se seguem podem ajudar a criar um sentimento de segurança, que é essencial para as crianças que se espera que partilhem experiências pessoais e dolorosas com os assistentes sociais:⁹¹

- » **ofereça às crianças a oportunidade de terem um adulto de confiança presente** durante as sessões de gestão de casos;
- » no caso das crianças mais pequenas que desejem falar a sós com o assistente social, **procure falar com os encarregados não agressores** depois do primeiro contacto com a criança;
- » **não force uma criança a falar com alguém em quem pareça não confiar ou diante dessa pessoa.** Se os adolescentes parecerem não confiar numa determinada pessoa, converse com eles a sós e pergunte-lhes se há razões para essa pessoa lhes causar preocupação. É fundamental confiar no que dizem;
- » **não inclua a pessoa suspeita de ter abusado a criança** em nenhuma sessão de gestão de casos;
- » **diga a verdade à criança, mesmo que seja emocionalmente difícil.** Se não sabe a resposta a uma pergunta, diga à criança “Não sei”. A honestidade e a abertura desenvolvem confiança e ajudam as crianças a se sentirem seguras;
- » **não faça promessas que não pode cumprir.** É possível que uma criança diga que precisa de contar alguma coisa, mas quer que o assistente social guarde segredo. É muito provável que a confiança da criança já tenha sido quebrada por alguém que lhe é próximo. É importante o assistente social assegurar-lhe que pode confiar em si, **mas também dizer-lhe que poderá ter de partilhar algumas das informações para garantir a sua segurança.** Se a criança revelar que está a ser agredida e que não está segura, o assistente social deve informar outras pessoas que precisam de saber, e a criança deve saber que não pode ser mantida a confidencialidade da sua revelação;
- » **peça autorização para falar.** Peça autorização às crianças com mais de sete anos para falar com elas. Utilize o maior número possível de perguntas abertas;
- » **evite perguntas de escolha múltipla ou de sim/não,** que podem ser confusas e levar a criança a dar respostas incorrectas;

⁹¹ Esta secção baseia-se na sua maioria em: IASC, Training Manual on Caring for Survivors, UNICEF, 2010.

- » **empodere as crianças.** Depois de as crianças descreverem eventos ou acontecimentos nas suas vidas e falarem sobre as suas reacções, devem ser assegurados de que “procederam da forma correcta” ao contar esses eventos a outra pessoa. Pode ser melhor dar-lhes a oportunidade de expressarem as suas ideias e soluções. Por exemplo, pode-se perguntar: “O que dirias a outras crianças para fazerem se estivessem na mesma situação?” Se a criança não conseguir responder, pode ser dada um papel e lápis de cor para ver se prefere desenhar as suas ideias.

Explique à criança por que razão é importante falar com ela e o que pode esperar

Os assistentes sociais devem explicar sistematicamente, em termos centrados na criança, o objectivo da reunião, a razão pela qual querem falar com ela e o que lhe será pedido a si e seu encarregado de educação. Uma informação correcta e verdadeira pode empoderar as crianças e facilitar a sua participação na tomada de decisões subsequentes. Por exemplo, falar à criança sobre outras pessoas (“famílias”, “crianças da tua idade”, “pessoas como tu”) que passaram pelo mesmo tipo de situação e como acharam importante falar com outras pessoas.

Não cause mais sofrimento

As crianças reagem e lidam com o abuso de formas diferentes. Muitas crianças ficam visivelmente emocionadas quando falam do abuso que sofreram. Outras descrevem a sua experiência de uma forma que pode parecer “emocionalmente distante” ou calma. Todas estas reacções são normais. Independentemente da forma como a criança se apresenta, é importante que os assistentes sociais respondam de forma solidária e sejam capazes de prestar apoio se a mesma começar a sentir-se perturbada durante uma determinada sessão. Os assistentes sociais devem:

- » **assegurar que existe uma relação sólida** antes de fazer perguntas sobre as suas experiências;
- » **recolher informações sensíveis** junto dos encarregados ou outros prestadores de serviços para evitar que a criança conte a sua história várias vezes;
- » **reduzir a duração das sessões em função da idade e desenvolvimento.** É provável que todas as crianças precisem de pausas, períodos de avaliação mais curtos ou uma combinação de táticas quando falam das suas experiências de abuso. No entanto, as crianças têm uma capacidade de concentração limitada e só conseguem concentrar-se num determinado tópico durante um certo período de tempo. Os assistentes sociais podem integrar algumas brincadeiras e seguir o ritmo da criança mais nova sobre os temas e ideias, no lugar de pressioná-la para que não mude de assunto;
- » **ajustar o tom e ritmo.** A utilização de um tom calmo e consolador a um ritmo mais lento é importante para as crianças e adolescentes sobreviventes:
 - um ritmo mais lento e um tom calmo ajudarão as crianças mais pequenas a participar na conversa. Estas crianças estão a passar por novas emoções que não irão compreender plenamente durante este período da vida. Quando se sofre um abuso durante esta fase, a probabilidade de sentir emoções intensas com uma compreensão limitada e sem experiência prévia das mesmas aumenta. Ajudar as crianças pequenas a compreender as emoções que estão a sentir pode ser uma ferramenta poderosa de cura da relação de gestão de casos;⁹²

⁹² Kolucki, B. & Lemish, D., [Communicating with Children. Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal](#). UNICEF, Novembro de 2011.

- as crianças mais velhas e os adolescentes beneficiarão de uma comunicação que reflecta a profundidade das suas experiências e emoções. À medida que as crianças entram na adolescência, as suas emoções tornam-se mais complexas, assim como a sua capacidade de reflectir sobre suas experiências e respectivas emoções. Os assistentes sociais devem ter este aspecto em consideração na sua comunicação.

Monitore todas as interacções que possam perturbar ou causar mais sofrimento à criança. Não fique frustrado ou zangado com a criança, não a pressione nem a force a responder a uma pergunta a que não esteja preparada para responder, não a pressione nem a force a falar sobre o abuso sexual antes de estar preparada, nem a obrigue a repetir a sua história de abuso várias vezes a pessoas diferentes.

Fale de uma forma que as crianças possam compreender

Procure de todas as formas comunicar-se adequadamente com as crianças com base na sua idade e fase de desenvolvimento. A Tabela 4.1 apresenta exemplos de explicações a crianças de diferentes faixas etárias sobre a gestão de casos.

Tabela 4.1: Explicação de gestão de casos a crianças

Faixa etária	Ajuste da comunicação	Exemplo
0 a 3 anos	Fale dos detalhes directamente com o encarregado. Dirija-se às crianças com mais de 18 meses numa perspectiva de as informar sobre cada passo seguinte do que vai acontecer.	Para o encarregado: "Sou assistente social aqui na [nome da organização]. Trabalho com crianças e encarregados para os ajudar a responder às suas necessidades. Hoje, se estiver de acordo, vamos falar sobre o que aconteceu com a criança e o que acha que seria mais benéfico para ela e para si. Tem perguntas neste momento?" Para a criança (se tiver mais de 18 meses): "A tua mãe e eu vamos falar um pouco agora. Queres brincar com este brinquedo ou com este brinquedo enquanto falamos?"
3 a 5 anos	Escolha palavras simples e concretas com um tom tranquilizador.	"O meu trabalho é ouvir as crianças e ajudá-las da melhor forma possível."
6 a 9 anos	Utilize uma linguagem simples e explicações que dêem espaço para que possam fazer perguntas.	"Sou uma pessoa que ouve e ajuda as crianças da melhor maneira possível. Ajudei muitas crianças que tiveram experiências semelhantes às tuas. Podemos trabalhar em conjunto para descobrir como melhorar algumas das coisas que te preocupam."

10 a 14 anos	Faça perguntas e solicite feedback para demonstrar respeito pelas suas ideias.	“Sou assistente social aqui na [nome da organização]. Trabalho com crianças para as ajudar a sentirem-se seguras. Hoje vamos falar sobre o que aconteceu e sobre o que achas que precisas para te sentires seguro/a. Tens perguntas até agora?”
10 a 14 anos	Faça perguntas e solicite feedback para demonstrar respeito pelas suas ideias.	“Sou assistente social aqui na [nome da organização]. Trabalho com crianças para as ajudar a sentirem-se seguras. Hoje vamos falar sobre o que aconteceu e sobre o que achas que precisas para te sentires seguro/a. Tens perguntas até agora?”
15 a 17 anos	Fale com respeito e apresente opções ou perspectivas diferentes.	“Sou assistente social aqui na [nome da organização]. Trabalho com crianças e pessoas da tua idade para as ajudar a responder às suas necessidades. Hoje, se concordares, vamos falar sobre o que te aconteceu e o que achas que te ajudaria mais. Tem perguntas neste momento?”

- » **As crianças mais pequenas** respondem melhor a uma linguagem simples em curtos períodos de tempo. À medida que as crianças atingem a idade dos 3 aos 5 anos, respondem melhor às perguntas e consideram-nas interessantes.
- É fundamental ter a noção do que as crianças são capazes de compreender. Mesmo as crianças com 12 meses de idade são capazes de compreender muitas coisas, pelo que é importante explicar os aspectos críticos do que está a acontecer, mesmo que não tenham a capacidade de responder sob o ponto de vista de linguagem.
 - Utilize jogos criativos, canções e repetição para envolver as crianças pequenas. Intercale estas estratégias com perguntas e conversas sobre o que lhes aconteceu.
 - Não se esqueça que estas crianças podem comunicar sobre o abuso através de outras formas, como desenhar ou usar uma boneca para se representarem a si próprias.
 - Escolha palavras certas. As crianças, sobretudo as que têm menos de seis anos, tomam as palavras à letra, pelo que o prestador de serviços deve utilizar uma linguagem concreta. Por exemplo, à pergunta “Ele levou-te no carro dele?” a criança pequena pode responder “Não” se o veículo em causa tiver sido um camião.
 - Clarifique as palavras e frases. As crianças mais pequenas também utilizam a mesma palavra ou frases para se referirem a mais do que uma parte do corpo ou acto sexual. Assim, o prestador de serviços deve dedicar algum tempo a clarificar as palavras e frases utilizadas pelas crianças para garantir uma compreensão exacta das suas afirmações.

- » **Crianças mais velhas:** as crianças dos 6 aos 9 anos de idade podem participar em conversas durante períodos mais longos e manter a sua concentração durante mais tempo.
- Utilize uma linguagem e explicações claras e simples, fazer perguntas directas e dar tempo à criança para pensar nas suas respostas;
 - Não influencie a resposta da criança. Evite perguntar, por exemplo: “Ele pegou os teus seios?” Ou, caso se utilize uma boneca para ajudar a criança a comunicar o que aconteceu, não aponte para os seios da boneca nem pergunte: “Ele tocou-te aqui?” Em vez disso, peça à criança que mostre onde foi tocada. Exemplos de perguntas ou frases importantes são: “Alguma vez alguém te tocou de uma forma que te tenha deixado confusa ou com medo?” “Diz-me como foste tocada”, “Conta-me o que aconteceu a seguir”, “Usa as tuas próprias palavras. Leva o tempo que quiseres.”

Raparigas adolescentes casadas

Uma vez que as raparigas casadas e as que são mães não estão normalmente dependentes ou a receber apoio dos pais/encarregados de educação, a comunicação com elas deve reflectir as suas experiências, decisões que já tomam, responsabilidades que já têm e o facto de serem normalmente tratadas pela comunidade como “adultas.”

A comunicação deve reflectir uma abordagem centrada na sobrevivente que dê mais peso às opiniões e decisões da rapariga quando se trabalha para garantir os seus interesses superiores. Para mais informações sobre raparigas casadas e tomada de decisões, consultar o Capítulo 5.

- » **Adolescentes mais novos:** os adolescentes mais novos (10 a 14 anos), mesmo que não tenham sofrido abuso, estão na fase de transformações emocionais, físicas e cognitivas significativas. A experiência de abuso sexual intensifica estas experiências. Além disso, as expectativas culturais alteram significativamente a experiência da adolescência. Os adolescentes das culturas caracterizadas pela procura de individualidade e independência passam pela exploração da sua identidade e dos limites das suas famílias no âmbito dessa procura. Os adolescentes de culturas que vêem a puberdade como a ponte para a idade adulta podem dar por si a trabalhar ou a sustentar a família de outras formas, tendo pouco tempo para amigos. Falar com estas crianças deve caracterizar-se pelo reconhecimento das transformações ao nível de desenvolvimento por que estão a passar e da forma como a sua cultura encara o período da adolescência.
- Pergunte quais são as suas opiniões, desejos e necessidades durante o processo de gestão de casos.
 - Analise e integre as suas opiniões sobre os serviços que recebem e suas necessidades.
 - Reconheça que as crianças desta faixa etária podem já ter responsabilidades e experiências significativas, próprias da idade adulta, para além das experiências de abuso.

- » **Adolescentes mais velhos:** quando entram na faixa etária dos 15 aos 19 anos, as crianças desenvolvem habilidades de raciocínio cognitivo mais fortes e a sua capacidade de analisar questões complexas aumenta. É importante recordar que as adolescentes sobreviventes nesta faixa etária podem já estar casadas, sofrer violência por parte do parceiro íntimo ou outras formas adicionais de violência baseada no género, ou já ter os seus próprios filhos.
 - Falar com adolescentes mais velhos da mesma forma que se fala com adultos pode ajudar um assistente social a transmitir respeito e criar confiança com os mesmos.
 - No caso de adolescentes sobreviventes solteiras, as opiniões e decisões dos seus encarregados não agressores também devem ser tomadas em consideração. Os métodos de comunicação têm de reflectir a importância das suas opiniões e prioridades, assim como as dos seus encarregados não agressores.
 - Com rapazes adolescentes mais velhos, mostre compreensão e aceitação em relação à sua pessoa e experiências. Reconheça a resistência e receios quanto à forma como os membros da comunidade os vêem.
 - O estado civil dos adolescentes pode alterar as expectativas culturais sobre o grau de envolvimento dos encarregados na tomada de decisões.
- » **Crianças com deficiência:** quando se trabalha com crianças com deficiência, pode ser necessário ajustar a forma de falar para garantir a compreensão. No entanto, não se deve fazer suposições sobre as habilidades, capacidade cognitiva ou necessidades de uma criança sobrevivente com deficiência (*ver o Capítulo 2* para mais informações sobre o trabalho com crianças com diferentes tipos de deficiência). Peça conselho sobre formas de comunicar melhor.⁹³
 - No caso de crianças mais pequenas, pode pedir a elas mesmo e seus encarregados não agressores.
 - À medida que as crianças com deficiência atingem idades mais avançadas, peça directamente a elas e siga seus conselhos sobre como gostam de ser tratadas e como comunicar com elas.
 - As crianças com deficiências auditivas podem utilizar a linguagem de sinais, escrita, leitura labial ou uma combinação destes processos, consoante a sua deficiência e capacidade de ler e escrever.⁹⁴ Pergunte o que preferem e esteja preparado para disponibilizar imediatamente qualquer um destes métodos.
 - As crianças com deficiências intelectuais (as deficiências cognitivas ou mentais podem resultar em deficiências intelectuais) podem aprender e compreender coisas novas, com alguns ajustes. Fale em frases curtas e claras, conforme na comunicação com crianças pequenas. Dê tempo extra para perguntas e esclarecimentos ou para responderem. Utilize materiais de apoio como bonecos, imagens ou materiais de desenho para ajudar a transmitir a mensagem. Procure identificar áreas tranquilas com o mínimo de distrações exteriores⁹⁵ uma vez que estas afectam todas as crianças, mas podem tornar especialmente difícil que as crianças com deficiências intelectuais mantenham a concentração. Esteja preparado para recorrer à assistência prestada por alguém que não seja um encarregado como, por exemplo, um intérprete de linguagem de sinais. Sempre que recorrer a uma pessoa de apoio, siga as melhores práticas de trabalho com intérpretes – mantenha a atenção na criança e dirija as perguntas e comentários directamente a ela e não ao intérprete.

⁹³ Comissão de Mulheres Refugiadas e Comité Internacional de Resgate, "Tool 6: Guidance on communicating with persons with disabilities" em Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings, A Toolkit for GBV Practitioners, Junho de 2015.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid.

- Ao falar com crianças sobreviventes com deficiências físicas, não faça suposições sobre a sua inteligência ou capacidades cognitivas com base nessa deficiência física. Muitas vezes, apesar de não terem défice cognitivo, as crianças com deficiências físicas apercebem-se quando os outros estão a falar demasiado devagar ou a fazer outras concessões que indicam que o orador duvida da sua inteligência.

Preste atenção à comunicação não-verbal

É importante que o assistente social preste atenção tanto à comunicação não-verbal da criança como à sua própria comunicação não-verbal durante qualquer interacção. As crianças podem demonstrar que estão angustiadas, chorando, tremendo ou escondendo o rosto, ou mudando a sua postura corporal. As crianças pequenas podem ser particularmente propensas a chorar, tremer, bater em si próprias ou a outras formas de comunicação não-verbal para demonstrar que estão perturbadas, angustiadas ou desequilibradas. Esta comunicação não-verbal está de acordo com os limites da sua comunicação verbal.

- » Preste atenção aos sinais mais insignificantes e mais subtils de crianças de todas as idades. Estes podem incluir nervosismo, torcer as mãos, bater com os pés ou pernas ou mexer-se de um lado para o outro na cadeira. É possível que as crianças comecem a desviar os olhos para outras partes da sala ou para as suas mãos. Podem começar a fazer pausas mais longas para evitar responder;
- » Preste atenção à sua própria comunicação não-verbal. Se o assistente social entrar fisicamente em tensão ou se parecer desinteressado na história da criança, esta pode interpretar o seu comportamento não-verbal de forma negativa, afectando assim a sua confiança e vontade de falar.

Utilize técnicas não-verbais centradas na criança

As técnicas como arte, desenho, utilização de bonecos, etc. podem aumentar os sentimentos de conforto e segurança da criança na comunicação. As crianças que sofreram abusos sexuais podem beneficiar de técnicas não-verbais centradas na criança para facilitar a partilha de informações ao longo de todas as fases do processo de cuidados e tratamento. Os métodos de comunicação não-verbais oferecem muitas vantagens:

- » as crianças podem sentir-se menos ameaçadas ao utilizar métodos não-verbais do que sentar numa sala e falar;
- » as crianças podem achar mais fácil exprimir sentimentos através de desenhos ou histórias, especialmente as crianças mais pequenas e as que não estão habituadas a exprimir sentimentos ou a responder a perguntas;
- » as crianças exprimem sentimentos, pensamentos, ideias e experiências durante e após a actividade de comunicação não-verbal.

Um prestador de serviços que disponha de vários métodos para dar e receber informações pode ajudar crianças de todas as idades. As crianças mais pequenas e/ou que não são receptivas à comunicação verbal, em particular, podem beneficiar da opção de comunicar através da arte e de outros materiais. Com formação adequada, os assistentes sociais podem utilizar estes materiais através de técnicas de carácter não-directivo ou directivo.

Técnicas de carácter não-directivo: estas aplicam-se quando um prestador de serviços incentiva uma criança a utilizar os materiais disponíveis, mas não transmite instruções explícitas. Estas técnicas podem ajudar a criança a sentir-se à vontade e facilitar a conversa de uma forma menos ameaçadora. Por exemplo:

- » envolva as crianças em técnicas de carácter não-directivo no início de uma reunião, permitindo que a criança relaxe e se envolva numa actividade divertida e criativa sem lhe dizer o que fazer;
- » convide as crianças a fazer um desenho ou contar uma história, mas não dê instruções específicas sobre o que devem desenhar ou dizer. Os desenhos e brincadeiras podem ser um ponto de partida importante para conversas sobre o que a criança está a pensar e a sentir. No entanto, é importante que os assistentes sociais não façam suposições e inferências com base apenas no que a criança desenha, pois isso pode levar a conclusões incorrectas (por exemplo, um assistente social pode interpretar erradamente a utilização de cores escuras como representando emoções negativas, quando, na verdade, uma determinada criança pode associar cores escuras à segurança ou o lápis de cor escura pode simplesmente ter estado mais por perto). É importante que o assistente social faça perguntas abertas e verifique a sua compreensão com a criança;
- » tenha à disposição bonecas, marionetas ou brinquedos simples. Estes podem ser disponibilizados para brincar durante as reuniões e podem constituir uma forma simples de começar a interagir com uma criança pequena e criar confiança. Durante este período, o assistente social deve deixar a criança guiar as interações com bonecas e seguir os seus passos.

Técnicas de carácter directivo: estas aplicam-se quando um assistente social pede a uma criança que participe numa actividade artística específica ou noutra actividade criativa. Estas técnicas podem ser importantes para recolher informações sobre domínios específicos da vida de uma criança. Por exemplo:

- » peça a uma criança que desenhe a sua família (qualquer pessoa que viva na sua casa). Esta pode ser uma forma eficaz de saber quem vive com a criança. Depois de a criança fazer o desenho, os assistentes sociais podem fazer outras perguntas sobre a família, tais como: de quem a criança é mais próxima? De quem tem medo? Com quem se dá bem? O que fazem os membros da família durante o dia?
- » peça a uma criança que desenhe as suas actividades diárias. Esta pode ser uma forma eficaz de conhecer o dia-a-dia da criança. Por exemplo, frequenta a escola, não frequenta a escola? Com quem passa o tempo? Descreve determinados amigos ou actividades?
- » peça a uma criança que desenhe o seu círculo de segurança. A criança desenha um círculo e coloca dentro deste o que e quem a faz sentir-se segura. Esta pode ser uma excelente forma de identificar preocupações de segurança que a criança possa ter. O assistente social pode levar esta actividade um pouco mais longe e pedir à criança que desenhe as coisas fora do círculo que a assustam (sendo o círculo o limite simbólico da segurança). Isso pode transmitir informações adicionais sobre a percepção que a criança tem do risco (o quê e quem) e segurança (o quê e quem);
- » utilize ferramentas para encontrar uma linguagem comum. No caso de crianças de quatro anos ou mais, pode ser importante ter bonecas e/ou desenhos para definir a terminologia comum para as

⁹⁶ Cheung, K.F.M., Stevenson, K.M. & Leung, P., "Competency-Based Evaluation of Case-Management Skills in Child Sexual Abuse Intervention", *Child Welfare*, 70, n.º 4, 1991, pp. 425-435.

⁹⁷ Ibid.

partes do corpo. Alguns estudos demonstraram que as crianças utilizam muitos nomes diferentes para as partes íntimas,⁹⁶ e muitas crianças pequenas não sabem que partes do corpo são consideradas íntimas.⁹⁷ As crianças pequenas tendem a utilizar uma gama mais alargada de palavras para se referirem a partes do corpo e a actos sexuais do que as crianças mais velhas. Nestes casos, pode ser utilizada uma boneca para ajudar a desenvolver uma compreensão comum da palavra que a criança está a utilizar e da parte do corpo a que se está a referir. Pode tratar-se de uma técnica importante durante a avaliação, uma vez que os assistentes sociais recolhem informações básicas sobre o que aconteceu à criança.

Respeite as opiniões, crenças e ideias das crianças

As crianças têm o direito de exprimir as suas opiniões, crenças e pensamentos sobre o que lhes aconteceu, assim como sobre quaisquer decisões tomadas em seu nome. Os assistentes sociais são responsáveis por dizer às crianças que elas têm o direito de partilhar (ou de não partilhar) os seus pensamentos e opiniões.

Para estabelecer uma relação com a criança, será importante explorar as suas ideias e opiniões sobre o que lhe aconteceu, suas experiências de abuso e suas repercussões, incluindo como essas experiências a afectaram. Dependendo da idade, género, maturidade e outros aspectos da identidade da criança, pode também ser importante para ela falar das suas crenças e pensamentos sobre:

- » agressão sexual e sobreviventes de agressão sexual;
- » perpetradores dos abusos e pessoa(s) que cometeram abusos contra ela;
- » ela própria e a sua experiência de abuso, em particular o modo como o abuso afectou a sua identidade e como se vê a si própria;
- » quais são as suas crenças culturais e/ou religiosas sobre o abuso e sobreviventes;
- » como está a aplicar as suas crenças culturais e/ou religiosas a si própria e se existe algum conflito, mágoa ou tensão entre essas crenças e sua experiência como sobrevivente;
- » crenças e opiniões dos outros sobre sobreviventes e abuso sexual, em particular:
 - com que é que concorda? Do que discorda?
 - de que modo as crenças e opiniões dos outros afectam as suas relações?
- » crenças e opiniões dos outros (especialmente dos encarregados) sobre ela própria enquanto sobrevivente de abuso, em particular:
 - como as crenças e opiniões dos outros afectam a sua relação com essa pessoa?
 - as crenças ou opiniões dos outros colocam-na em risco de sofrer mais violência?
- » o que acha que deve acontecer, de que precisa e o que mais a ajudaria.

Estas conversas são importantes e podem ser a única oportunidade para a criança partilhar esses pensamentos com alguém que transmita segurança e apoio. Não são conversas fáceis de ter. O assistente social tem de ter estas conversas com a criança de acordo com a sua maturidade e desenvolvimento, equilibrando ao mesmo tempo a sensibilidade das tensões e emoções que elas podem suscitar. *Ver o Capítulo 5* para ver as orientações mais detalhadas sobre a avaliação da maturidade e trabalho no âmbito da capacidade evolutiva de uma criança.

GESTÃO DE DESAFIOS COMUNS DE COMUNICAÇÃO

Crianças que ficam perturbadas

As crianças sobreviventes podem ter sofrido abuso sexual que podem não compreender totalmente, dependendo da sua idade, maturidade, consciência e tabus e crenças culturais sobre sexo e sexualidade. Podem também compreender parte do que lhes aconteceu, mas acreditar em mitos nocivos sobre o abuso sexual. Podem ter ideias fixas sobre a forma como os outros irão reagir e tratá-las. Pode ser que as crianças sintam medo ao falar sobre as suas experiências de abuso⁹⁸, e os assistentes sociais devem parar se a criança parecer perturbada com a situação. Se a criança ficar perturbada, os assistentes sociais devem proceder da seguinte forma:

- » se a conversa for com a criança a sós, tranquilize-a, dizendo-lhe que é normal sentir-se perturbada quando pensa e fala sobre estes assuntos. Utilize frases que transmitem segurança para exprimir apreço pela sua confiança e coragem em partilhar o que estão a sentir. Em seguida, proponha envolver um dos pais, encarregado ou outra pessoa de confiança;
- » apoie a criança (e seu encarregado) quando se mostrar perturbada e faça intervenções psicossociais e de saúde mental (*ver o Capítulo 6*) para apoiar o regresso a um estado de calma;
- » quando estiver mais calma, termine a sessão. Certifique-se de que a criança se sente segura para ir embora. Diga que partilhar a sua história foi um acto de coragem e que é normal que sinta emoções tão fortes. Incentive a criança e o encarregado a utilizar algumas das práticas que ajudam a acalmá-la;
- » marque outra hora para falar com a criança/encarregado. (Refira-se que as conversas de seguimento com crianças perturbadas e angustiadas não são consideradas "entrevistas múltiplas").

Crianças que se recusam a falar

É normal e comum que algumas crianças não queiram falar sobre o abuso que sofreram. De acordo com os princípios de comunicação, as crianças que se recusam a falar não devem ser obrigadas a fazê-lo. Os assistentes sociais têm de criar um ambiente em que a criança se sinta suficientemente à vontade para revelar informações sobre o abuso. Também têm de falar com os adultos em quem a criança confia para ver se há algum problema médico ou de segurança urgente que precise de ser resolvido. Além disso, devem trabalhar com outros adultos que fazem parte da vida da criança para orientá-los na recolha de informações que possam ajudar a compreender a situação.

Os assistentes sociais devem estar atentos às razões pelas quais a criança se recusa a falar. Por exemplo:

- » há alguém na sala que pareça fazer a criança ficar relutante em falar?
- » a criança deixa de falar quando é deixada sozinha com o assistente social, indicando que tem medo de falar sem a presença de outro adulto de confiança?

⁹⁸ No *CCapítulo 7*, as directrizes sugerem que a prática de entrevistas múltiplas tem demonstrado causar mais danos às crianças sobreviventes.

- » não está a falar porque o ambiente à sua volta não é seguro ou privado, ou porque não está preparada para confiar no assistente social? Se uma criança não quiser criar confiança com um determinado assistente social, a culpa não é dessa pessoa. Encontre outras formas de ajudar a criança, por exemplo, através de reencaminhamento ou conversando com os membros da família.

Muitos outros factores podem influenciar o facto de uma criança se recusar a falar sobre o abuso sexual, incluindo medo das consequências (ser forçada a casar com o agressor, por exemplo) e vergonha. O assistente social pode procurar ser pró-activo na abordagem destes receios para dar à criança sobrevivente alguma garantia de que será devidamente ajudada. Caso uma determinada criança decidir nunca falar sobre o abuso, os encarregados podem, muitas vezes, fornecer informações adequadas para que a criança receba cuidados.

Crianças, memória e emoção

- » A experiência de abuso pode afectar a capacidade da criança de se lembrar do que aconteceu e transmitir informações durante uma entrevista.
- » É possível que as crianças não se relacionem emocionalmente com a história que estão a repetir da mesma forma que os adultos.
- » Podem não ter nenhuma reacção emocional, embora outras reajam emocionalmente de uma forma que imita a pessoa que está a falar com a criança.

Por conseguinte, é importante que os prestadores de serviços se mantenham calmos, consoladores e no controlo.

Pode acontecer que uma determinada criança não se sinta à vontade com um determinado assistente social devido ao seu sexo, idade ou outro factor. Nesse caso, o assistente social deve identificar outra pessoa na sua instituição para trabalhar com a criança.

Mais importante ainda, não é preciso que os assistentes sociais possuam imediatamente informações sobre o abuso que a criança sofreu. O apoio psicossocial pode ser prestado às crianças e aos seus encarregados ao longo do tempo, a fim de apoiar gradualmente a criança e criar confiança.

Crianças que não reconhecem a sua experiência de abuso sexual

Na maior parte dos casos de abuso sexual de crianças, sobretudo quando se trata de crianças mais pequenas, é outra pessoa, não a própria criança, que a reencaminha para receber ajuda. Pode haver momentos em que um adulto suspeito ou tenha testemunhado abuso sexual de uma criança e tenha revelado essa informação a um assistente social sem a autorização ou o conhecimento da mesma. Também pode haver momentos em que uma criança revela inicialmente uma experiência de abuso sexual, mas a nega mais tarde num encontro subsequente.

Se o abuso sexual tiver sido revelado por terceiros, é mais provável que a criança negue inicialmente. As crianças sobreviventes também podem negar a revelação do abuso sexual se os seus encarregados ou outros adultos de confiança nas suas vidas lhes disserem para não falarem sobre o assunto, ou se constatarem que a revelação causou grande sofrimento aos seus encarregados. A criança pode rejeitar as consequências de falar se o perpetrador a tiver ameaçado no caso de revelar o abuso.

Em algumas situações, pode haver uma atracção sexual própria da idade entre adolescentes que suscita preocupação aos pais. Embora possa ser perturbador para os pais, não é necessariamente um acto de abuso sexual.

Em qualquer uma destas situações, o papel do assistente social não é determinar se houve abuso, mas sim estabelecer uma relação em que a criança se sinta suficientemente segura para revelar o abuso.

Os assistentes sociais devem utilizar as seguintes estratégias para lidar com as alegações de abuso que a criança sobrevivente nega:

Manter a neutralidade: não confirmar nem negar o que a criança está a dizer. Informar a criança que a sua função não é julgá-la, mas ouvi-la, compreendê-la e ajudá-la.

Obter mais factos: falar separadamente com a criança e com a pessoa que a reencaminhou. Fazer perguntas que proporcionem uma visão mais ampla do que pode estar a acontecer: qual é a idade da criança e do alegado perpetrador? Qual é a relação entre eles? Qual é a relação entre a pessoa que denunciou o caso e a criança?

Ser paciente: é normal que as crianças não queiram ou não possam falar sobre o abuso sexual devido à vergonha ou estigma associado. Não force as crianças a falar sobre o abuso sexual. Os assistentes sociais têm de ir ao encontro da capacidade actual das crianças de partilhar e comunicar.

Continuar a apoiar a criança: os assistentes sociais podem sempre ajudar a criança, oferecendo apoio psicossocial e de saúde mental e colaborando com os encarregados.

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NOS CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

FINALIDADE

Esta ferramenta permite que os supervisores determinem se um assistente social de violência baseada no género ou um assistente social de protecção de crianças possui as habilidades de comunicação necessárias para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual.

INSTRUÇÕES GERAIS

1. Use esta ferramenta de Avaliação de Habilidades de Comunicação sobre CCS numa conversa com um assistente social num local calmo e privado.
2. Informe ao assistente social que a ferramenta está a ser utilizada para avaliar as áreas em que é necessário capacitação. Não se trata de uma ferramenta de avaliação do desempenho. Explique que o assistente social receberá uma pontuação para determinar se cumpre os requisitos gerais de habilidades de comunicação.
3. Peça ao assistente social para explicar ou descrever os 15 conceitos da ferramenta. Compare as suas respostas com a coluna "Critérios" e classifique cada uma delas da seguinte forma:
 - **Cumpriu (2 pontos):** Se a pessoa responder às perguntas de forma correcta e completa.
 - **Cumpriu parcialmente (1 ponto):** Se a pessoa responder pelo menos a 50% da pergunta.
 - **Não cumpriu (0 pontos):** Se a pessoa não for capaz de responder à pergunta.
4. Quando a avaliação estiver concluída, some as pontuações e informe o resultado ao assistente social, incluindo qualquer necessidade de capacitação.

PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO

Comunicação com a criança e capacidade de participação	Comentários	Cumpriu (2 pontos)	Cumpriu parcialmente (1 ponto)	Não cumpriu (0 pontos)
1. Dê alguns exemplos de declarações de cura que as crianças sobreviventes devem ouvir de um prestador de serviços ao longo dos cuidados.	Deve enumerar pelo menos quatro declarações para obter a pontuação total, incluindo a n.º 1 e a n.º 2: 1. Acredito em ti. 2. A culpa não é tua. 3. Estou muito contente por me teres contado. 4. Lamento que isso te tenha acontecido. 5. És muito corajoso/a por me teres contado e eu vou tentar ajudar-te. 6. Outra declaração de cura culturalmente apropriada.			

2. Descreva como deve iniciar uma sessão de admissão e avaliação com uma criança.	Deve, pelo menos, referir a importância de começar com perguntas de carácter geral e de criar alguma confiança antes de fazer perguntas: 1. Boas-vindas calorosas. 2. Começar com perguntas de carácter geral. 3. Perguntar à criança se sabe por que está a falar consigo. 4. Explicar os direitos da criança (poder não responder a uma pergunta ou parar a qualquer momento, etc.). 5. Oferecer um brinquedo ou algo a que a criança se possa agarrar (se disponível). 6. Fazer declarações encorajadoras ao longo do percurso.			
3. Descreva como utilizar a sua linguagem corporal (como o contacto visual, a posição do seu corpo) para ajudar uma criança a sentir-se segura e confortável.	Deve explicar quatro formas de adaptação da linguagem corporal para obter a pontuação total: 1. Sentar-se no chão com uma criança mais nova. 2. Utilizar um contacto visual adequado. 3. Expressão amigável no rosto. 4. Voz suave e gentil. 5. Outra coisa culturalmente apropriada a fazer.			
4. Descreva como explicaria uma consulta de saúde a uma criança sobrevivente dos 10 a 12 anos.	Deve incluir ambos os pontos para obter a pontuação total: 1. Descrição exacta dos serviços de saúde (inclui riscos/consequências). 2. Os direitos da criança durante os cuidados de saúde e os exames.			
5. Descreva como explicaria um reencaminhamento para protecção a uma criança dos 10 a 12 anos.	Deve incluir todos os pontos seguintes para obter a pontuação total: 1. Descrição exacta dos serviços de protecção (inclui riscos/consequências). 2. Explicar o que vai acontecer quando o pessoal de protecção falar com a criança. 3. Explicar quais são os direitos da criança e da família durante os interrogatórios policiais.			
6. Explique como descobrir o que uma criança está a sentir utilizando materiais centrados na criança (desenhos, brinquedos, etc.).	Deve enumerar pelo menos 3 pontos para obter a pontuação total: 1. Fazer desenhos de rostos que representem sentimentos diferentes e perguntar à criança qual deles é o mais parecido com o que ela sente. 2. Pedir à criança que faça um desenho sobre o sentimento que tem na sua mente e no seu coração. 3. Pedir à criança que utilize cores para representar os seus diferentes sentimentos. 4. Outra ideia/actividade que o assistente social tenha e que seria benéfico experimentar.			

7. Que escolhas importantes deve oferecer às crianças antes de falar com elas sobre os abusos que sofreram?	Deve fornecer pelo menos três opções para obter a pontuação total: 1. A opção de ter um encarregado ou uma pessoa de confiança na sala. 2. A opção de escolher o local da conversa. 3. A opção de decidir quando ter a conversa. 4. Se possível, a opção de ter um entrevistador ou uma entrevistadora – isso é mais específico no caso de crianças sobreviventes do sexo masculino. É sempre uma boa prática que as raparigas sejam entrevistadas por conselheiras, uma vez que são quase sempre abusadas por homens.			
8. Se a criança tiver menos de 5 anos, com quem deve falar para saber o que aconteceu à criança?	Deve apresentar ambos os pontos para obter a pontuação total: 1. Em primeiro lugar, a pessoa que trouxe a criança. 2. O encarregado da criança (se necessário).			
9. Quais são algumas afirmações de cura importantes para dizer a um encarregado/pai não agressor que está angustiado com o abuso sexual da criança?	Deve indicar pelo menos quatro afirmações para obter a pontuação total: 1. A culpa não é sua (se isso for verdade). 2. Podemos ajudá-lo/a a si e à criança a melhorar. 3. Isso também acontece com outras crianças. 4. Não é mau pai/mãe porque isso aconteceu. O abuso sexual é culpa do agressor. 5. Outra declaração que seja culturalmente relevante.			
10. Qual é o período máximo durante o qual se deve entrevistar uma criança sobre o seu abuso sexual?	Resposta correcta 1. Depende da idade da criança, entre 30 minutos e uma hora.			
11. Qual é a diferença entre entrevistar uma criança de 7 anos e uma criança de 17 anos?	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. A criança de 17 anos consegue compreender melhor o que aconteceu 2. A criança de 17 anos terá mais capacidade para dar ideias e opiniões sobre o que deve acontecer. 3. A criança de 17 anos estará mais preocupada com o impacto social e o estigma do abuso.			

12. Se uma criança se recusar a falar consigo (e não for portadora de deficiência ou deficiente auditiva), quais são as três coisas que deve avaliar como prestador de serviços?	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. Há alguém na sala perante a qual a criança não se sente segura para falar? 2. O assistente social está a agir de uma forma que está a deixar a criança desconfortável? 3. O local da entrevista é seguro para a criança falar?			
13. Dê um exemplo de como respeitaria o ponto de vista, as convicções e as opiniões de uma criança.	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. Perguntar à criança o que pensa sobre uma determinada acção. 2. Dizer à criança, no início e ao longo da comunicação com ela, que tem o direito de partilhar o que sente e pensa. 3. Criar espaço para a criança falar. 4. Outro ponto relevante para o contexto.			
14. Descreva como a atitude e as convicções de um assistente social sobre o abuso sexual afectam a comunicação com as crianças.	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. Quando os assistentes sociais têm a atitude e a convicção correctas, comunicam de uma forma genuína e atenciosa. 2. Estão mais empenhados em cuidar da criança. 3. Prestam informações e aconselhamento exactos e sem juízos de valor. 4. Outro ponto que o entrevistador considere adequado.			
15. PERGUNTA SUPLEMENTAR PARA A ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA DO PAÍS				
TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 1-20				
PONTUAÇÃO TOTAL				

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO

20 a 30 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o indivíduo **cumpriu** os requisitos essenciais das competências de comunicação e é capaz de trabalhar de forma independente com crianças e famílias, com supervisão contínua.

10 a 18 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o indivíduo **cumpriu parcialmente** os requisitos das competências de comunicação, mas é necessária formação adicional para desenvolver conhecimentos e competências em matéria de comunicação centrada na criança. O funcionário deve ser monitorizado atentamente se estiver a trabalhar em casos de abuso sexual de crianças. Deverá também ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades.

0 a 8 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o indivíduo **não cumpriu** os requisitos essenciais de competências de comunicação para comunicar com crianças sobreviventes. Deverá ser ministrada formação e prestado apoio adicionais e a ferramenta deverá ser administrada novamente após a formação adicional. Deverá também ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades.

Avaliação final:

_____ **Cumpriu**

_____ **Cumpriu parcialmente**

_____ **Não cumpriu**

OUTRAS OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS (Anotar quaisquer observações directas da pessoa que seja importante incluir na avaliação da comunicação).

PLANO DE REFORÇO DAS CAPACIDADES (se necessário)

ASSINATURA DO SUPERVISOR

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Capítulo 5

QUESTÕES-CHAVE

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo descreve as questões-chave que os assistentes sociais têm de gerir quando prestam serviços de gestão de casos a crianças sobreviventes de abuso sexual. A aplicação ponderada do princípio do superior interesse da criança é necessária para lidar com questões-chave, tais como a tomada de decisões, processo de obtenção de consentimento/assentimento informado, respeito da confidencialidade e dos seus limites e denúncia obrigatória. Embora todos os princípios orientadores estabelecidos no *Capítulo 1* devam guiar as acções do assistente social, o superior interesse da criança é especificamente destacado devido à sua importância para orientar as decisões e acções do assistente social à medida que este trata estas questões particularmente difíceis.

Ferramentas associadas

Obtenção de consentimento e assentimento informado

Directrizes de avaliação com base na idade e fase de desenvolvimento

INTRODUÇÃO

Os prestadores de serviços têm a responsabilidade de defender o superior interesse da criança ao longo da gestão de casos, o que inclui a promoção de acções que vão ao encontro do superior interesse da criança e a sensibilização de terceiros para que o façam. Na gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual, as acções que promovem o superior interesse da criança são aquelas que:

- » protegem a criança de potenciais e futuros danos emocionais, psicológicos e/ou físicos;
- » reflectem os desejos e as necessidades da criança;
- » empoderam as crianças e suas famílias;
- » examinam e equilibram os benefícios e as consequências potencialmente nocivas;
- » promovem a recuperação e cura.

Para determinar quais acções são do superior interesse de uma determinada criança, o assistente social deve:

- » fazer uma avaliação cuidadosa da situação da criança;

- » fale com a criança e seus encarregados sobre o que consideram ser o superior interesse da criança; e
- » procure utilizar o caminho menos nocivo.

Ao longo de todo o processo da gestão de casos, os assistentes sociais deparam-se com questões que requerem uma análise cuidadosa e tomada de decisões ponderada para desempenharem as suas funções e, mais particularmente, para defenderem o superior interesse da criança com base nas suas características únicas, conjunto de circunstâncias e apoio disponível. Em todos os contextos, as questões mais complexas são:

- » envolvimento da criança na tomada de decisões;
- » obtenção de consentimento/assentimento informado;
- » respeito e gestão dos limites da confidencialidade;
- » gestão dos requisitos de denúncia obrigatória.

As orientações para abordar cada uma destas questões e a forma como se intersectam são discutidas a seguir.

QUESTÃO-CHAVE 1: ENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS SOBREVIVENTES NA TOMADA DE DECISÕES

O envolvimento de uma criança sobrevivente de abuso sexual na tomada de decisões é essencial para a abordagem de CCS. Um processo de tomada de decisão colaborativo é importante, porque a dinâmica do abuso sexual é de tal ordem que um adulto – provavelmente um adulto de confiança – já violou a confiança da criança e minou qualquer sentido de autonomia. Quando lhes é dado espaço para exprimirem as suas necessidades e se sentirem ouvidas e compreendidas pelos adultos, as crianças podem começar a reconstruir um sentimento de confiança nos outros e a recuperar ou construir um sentido de autonomia.

No entanto, uma série de preocupações, medos, crenças culturais e normas sociais impede que as crianças sobreviventes tenham a oportunidade de participar nas decisões relativas aos seus cuidados e serviços que recebem. Além disso, muitas vezes, existem parâmetros legais que exigem que certas decisões sobre os cuidados e tratamento de uma criança sejam tomadas por um adulto (ver a Questão-chave 2: Consentimento e assentimento informados). No entanto, as crianças têm o direito de participar nos seus cuidados e tratamento de muitas formas diferentes, incluindo a contribuição para certas decisões através da expressão dos seus pontos de vista e opiniões. Envolver os jovens e adolescentes na tomada de decisões é um processo multifacetado em que o assistente social tem de considerar os seguintes aspectos ao longo do processo de gestão de casos:

- » **Idade e fase de desenvolvimento.** A idade e fase de desenvolvimento da criança afectam a sua capacidade de contribuir para a tomada de decisões.;
- » **Tipo de decisão.** Embora algumas decisões devam ser tomadas pelo encarregado, há outras que não o exigem. (Por exemplo, se a criança quer ter alguém consigo enquanto fala com o assistente social e quem é essa pessoa). Na medida do possível, os assistentes sociais devem maximizar as oportunidades de dar às crianças opções que lhes permitam tomar decisões, mesmo que pareçam decisões insignificantes;

- » **Grau da tomada de decisões.** Uma criança pode contribuir para a tomada de decisões, mesmo que não seja ela a tomar a decisão final. Nas decisões sobre cuidados e tratamento críticos, ouvir os pontos de vista e opiniões de uma criança sobrevivente de abuso sexual pode ajudar o assistente social a avaliar as decisões que são do superior interesse da criança.

Os assistentes sociais podem facilitar activamente a participação das crianças na tomada de decisões:

- » avaliando a maturidade e capacidade da criança para tomar decisões de uma forma culturalmente adequada. A [Tabela 5.1](#) apresenta as orientações gerais no que respeita à idade e maturidade para a tomada de decisões. Outros aspectos da maturidade que podem ser avaliados são:
 - o desenvolvimento e capacidade da criança para expressar uma escolha;⁹⁹
 - a sua capacidade de compreensão;
 - a sua apreciação das circunstâncias;
 - a sua capacidade de raciocínio.
- » integrando uma criança no seu processo de gestão de casos numa perspectiva baseada nos direitos;
- » ouvindo os pensamentos, ideias e opiniões das crianças que afectam os seus cuidados e tratamento;
- » informando as crianças sobre o que está a acontecer e oferecer-lhes várias oportunidades para exprimirem os seus pensamentos;
- » assegurando a plena participação da criança no processo de gestão de casos, de acordo com a sua idade, desenvolvimento e capacidade.

Tomada de decisão e raparigas em união prematura

As raparigas que se encontram em uniões prematuras, sobretudo as adolescentes, devem ser consideradas capazes de tomar decisões por si próprias (a menos que uma avaliação da maturidade indique o contrário). Os maridos destas raparigas podem querer ter uma influência significativa e/ou controlar as suas decisões, mas esta atitude nunca é apropriada. Os assistentes sociais devem certificar-se de que as raparigas em união prematura compreendem o seu direito à tomada de decisões e por que razão não é apropriado que os seus maridos se envolvam nos seus cuidados e tratamento (especialmente se a rapariga estiver a procurar serviços devido à violência sexual perpetrada pelo marido). Os assistentes sociais que trabalham com raparigas em união prematura, sobretudo as mais jovens, podem ajudar a rapariga a identificar outro adulto de confiança que possa desempenhar um papel de apoio durante o processo de gestão do caso. Por último, os assistentes sociais devem estar cientes de que as raparigas em uniões prematuras podem ter necessidades importantes que vão além da resposta à violência sexual no âmbito da união. Estão disponíveis mais informações sobre a forma como os prestadores de serviços podem trabalhar em segurança com raparigas em união prematura no [Pacote de Formação “Girl Shine Early Marriage”](#).

⁹⁹ Estas incluem a expressão de uma escolha através de práticas de adaptação adequadas, para além da expressão verbal de uma escolha.

Tabela 5.1: Maturidade sugerida para a tomada de decisões com base na idade da criança

Idade da criança	Maturidade para a tomada de decisões
Igual ou inferior a 8 anos	As crianças desta faixa etária têm o direito de dar a sua opinião e de serem ouvidas. Podem ser capazes de participar no processo de tomada de decisões até certo ponto, mas é aconselhável ter cuidado para evitar sobrecarregá-las com decisões que ultrapassam a sua capacidade de compreensão.
9 a 12 anos	As crianças desta faixa etária podem participar de forma significativa no processo de tomada de decisão, mas a maturidade deve ser avaliada de forma individual.
13 a 14 anos	Presume-se que as crianças desta faixa etária tenham maturidade suficiente para dar um contributo significativo para as decisões que afectam os seus cuidados.
15 anos ou mais	Em geral, as crianças desta faixa etária têm maturidade suficiente para tomar as suas próprias decisões, sem a intervenção de um encarregado. No entanto, tal depende da legislação local relativa à idade de consentimento.

QUESTÃO-CHAVE 2: OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO INFORMADOS

O consentimento informado consiste no acordo voluntário de alguém que tem maturidade, capacidade e autoridade legal para expressar o seu consentimento. O consentimento informado exige que a criança e/ou os encarregados/responsáveis legais tenham pleno conhecimento:

- » dos serviços e opções disponíveis para a criança e suas famílias ou encarregados;
- » dos potenciais riscos e benefícios dos serviços;
- » da forma como as informações são recolhidas e utilizadas;
- » da confidencialidade e dos seus limites.

O assentimento informado é a vontade expressa de participar nos serviços. O assentimento informado torna-se importante nos casos de abuso sexual de crianças porque, do ponto de vista jurídico e/ou de desenvolvimento, as crianças podem não ter a capacidade de dar o seu consentimento. Do ponto de vista de cura, o assentimento informado também é importante nos casos de abuso sexual, porque o processo ajuda as crianças a recuperar ou a criar autonomia. O assentimento informado requer métodos de comunicação centrados na criança para que esta possa compreender tanto quanto possível e concordar em participar nos serviços. Embora a criança possa não compreender plenamente os aspectos da prestação de serviços acima referidos, devem ser envidados esforços para explicar os serviços de uma forma adequada ao desenvolvimento da criança.

Os assistentes sociais devem obter o consentimento/assentimento informado da criança sobrevivente de abuso sexual e do encarregado não agressor para iniciar os serviços de gestão de casos; o assistente social também terá de repetir o consentimento informado para cada serviço para o qual a criança sobrevivente de abuso sexual e/ou o encarregado for reencaminhado – mesmo que o serviço seja prestado pela mesma instituição. Os serviços necessários para além do serviço de gestão de casos devem ser acordados com a criança sobrevivente de abuso sexual e o encarregado não agressor durante a 3ª Fase: Planificação de acções relativas ao caso. O processo de obtenção de consentimento/assentimento informado exige que os assistentes sociais expliquem à criança e ao encarregado não agressor o que os serviços implicam, incluindo os possíveis benefícios e riscos:

- » apresentar à criança e seu encarregado não agressor todas as informações possíveis e opções disponíveis para que possam fazer escolhas, utilizando diferentes formatos e explorando diferentes meios de dar consentimento;
- » informar à criança e seu encarregado que as suas informações podem ter de ser partilhadas com outras pessoas e para que fins;
- » explicar como as suas informações serão armazenadas de forma segura;
- » explicar o que provavelmente acontecerá à criança ao participar nos serviços;
- » explicar as vantagens e os riscos dos serviços;
- » explicar à criança e seu encarregado não agressor que têm o direito de recusar qualquer parte dos serviços;
- » explicar os limites da confidencialidade.

Determinação do consentimento e assentimento informados

Antes de iniciar o processo de obtenção de consentimento informado, os assistentes sociais devem conhecer:

- » a(s) pessoa(s) responsável(eis) e legalmente capaz(es) de dar consentimento informado para cuidados e tratamento de uma criança no contexto local;
- » a idade em que uma criança pode consentir de forma autónoma cuidados e tratamento no contexto local;¹⁰⁰ como avaliar a capacidade evolutiva de uma criança para determinar se a mesma é capaz de dar o seu assentimento ou consentimento informado (no âmbito das políticas definidas pela instituição e das leis nacionais);
- » os mecanismos que permitem a terceiros (incluindo organismos governamentais, mecanismos comunitários, ONG nacionais ou internacionais, outros adultos de confiança) dar o seu consentimento se os pais, encarregados ou outros responsáveis legais não estiverem disponíveis ou se forem suspeitos de agressão.

A Tabela 5.2 apresenta orientações gerais para o consentimento e o assentimento informados de acordo com as diferentes faixas etárias. Importa referir que cada contexto pode ter as suas próprias orientações jurídicas que devem ser seguidas. Obtenção de consentimento e assentimento informados fornece orientações mais detalhadas por idade e por fase.

Tabela 5.2: Visão geral do consentimento/assentimento informado para diferentes faixas etárias

Faixa etária	Criança	Encarregado de educação	Se não existir encarregado ou se não for do superior interesse da criança	Meios
0 a 5 anos	Não aplicável	Consentimento informado	Consentimento informado de outro adulto de confiança ou do assistente social	Consentimento por escrito
6 a 11 anos	Assentimento informado	Consentimento informado	Consentimento informado de outro adulto de confiança ou do assistente social	Assentimento verbal Consentimento por escrito
12 a 14 anos	Assentimento informado	Consentimento informado	Consentimento informado de outro adulto de confiança ou assentimento informado da criança. O ponto de vista da criança deve ter a devida importância, de acordo com o seu nível de maturidade.	Assentimento por escrito Consentimento por escrito
15 a 17 anos	Consentimento informado/ assentimento informado	Obter o consentimento informado com a autorização da criança	O ponto de vista da criança deve ter a devida importância, de acordo com o seu nível de maturidade.	Consentimento por escrito

¹⁰⁰ Consoante a idade em que a criança pode dar o seu consentimento, os pais e encarregados não agressores podem não ter de dar consentimento relativamente aos serviços. No entanto, na maioria dos contextos, a lei estabelece que a idade de consentimento corresponde pelo menos aos 16 anos ou mais, exigindo assim que um responsável legal (por exemplo, pais/encarregados) dê o consentimento informado para que a criança receba os serviços.

À medida que a capacidade da criança evolui, o assentimento e consentimento informados devem ser reavaliados e reafirmados. Os assistentes sociais devem, por conseguinte, avaliar e reavaliar a maturidade conforme necessário, começando por assuntos e decisões menos complexos e passando a outros mais complexos à medida que a criança demonstra compreensão cada vez maior. Os pontos específicos do processo de gestão de casos que envolvem decisões ao alcance da capacidade da criança apresentam oportunidades para obter novamente o assentimento ou consentimento informado.

Consentimento no caso de crianças com deficiência

Os assistentes sociais devem partir sempre do princípio de que todas as crianças com deficiência (incluindo as crianças com deficiência mental) têm capacidade de dar o seu consentimento ou assentimento informado, de acordo com as recomendações para a faixa etária. É da responsabilidade do assistente social:

- » pedir orientações ao encarregado não agressor ou a outro adulto ou familiar de confiança sobre como comunicar-se com a criança;
- » adaptar a comunicação utilizando uma variedade de estilos;
- » perguntar à criança se há alguém que ela gostaria que a apoiasse durante a conversa;
- » tomar decisões com base na melhor interpretação da vontade e preferências da criança, de acordo com a sua idade, desenvolvimento e compreensão.

O facto de uma criança sobrevivente ter uma deficiência de comunicação (tais como deficiência auditiva ou deficiência verbal) não significa que não possa comunicar ou compreender o que lhe está a ser explicado.

Quando o consentimento informado se torna um desafio

A obtenção de assentimento e consentimento informados pode ser ainda mais afectada pela dinâmica com os encarregados. Por exemplo, um encarregado não agressor pode não querer dar o seu consentimento para os serviços por razões como o estigma, o medo e/ou a vergonha. Além disso, o único encarregado culturalmente autorizado a dar consentimento pode também ser o perpetrador do abuso sexual ou a criança sobrevivente pode estar desacompanhada, sem um responsável legal. Constituem exemplos de outros desafios comuns os seguintes:

- » a encarregada não agressora não pode ou não acredita que possa dar o seu consentimento informado, uma vez que não é a chefe da família;
- » não existe um responsável legal oficial, encarregado não agressor, outro adulto de confiança ou instituição específica que possa actuar na qualidade de responsável pela decisão em nome da criança;
- » um encarregado não agressor está presente na vida da criança, mas a revelação do abuso sexual ao encarregado resultaria quase certamente em maior violência ou morte (ou seja, crime de honra) da criança;

- » as raparigas e os rapazes adolescentes sobreviventes têm maturidade suficiente para tomar as suas próprias decisões e dar o seu consentimento informado, mas não querem contar/ envolver o(s) seu(s) encarregado(s) não agressor(es) no processo ou os seus encarregados não agressores têm autoridade legal e não consentem os serviços;
- » os adolescentes sobreviventes são acompanhados por um amigo/vizinho/familiar adulto sem autoridade legal para dar o seu consentimento informado em nome do sobrevivente que não tem idade legal ou menor de idade de acordo com uma política estabelecida para dar o seu consentimento.

Em situações como estas ou outras em que a obtenção do consentimento informado apresenta desafios, os assistentes sociais devem considerar:

Qual é a urgência da decisão relativa aos cuidados? Quando a criança sobrevivente de abuso sexual está em risco iminente de perigo e/ou tem necessidades urgentes de saúde e o encarregado não agressor se recusa a dar o seu consentimento informado para os serviços de saúde, os assistentes sociais devem envolver imediatamente um supervisor. Idealmente, os supervisores já terão desenvolvido um protocolo para tais situações. Pode ser importante para o assistente social (juntamente com o seu supervisor) realizar consultas sobre o caso com outros intervenientes do sector de violência baseada no género ou protecção de crianças, incluindo os intervenientes relevantes a nível de protecção nacional, a fim de obter orientação sobre acção ou caminho a seguir que, em última análise, considere o superior interesse da criança.

Quais são os factores que levam o encarregado de educação a recusar dar consentimento?

Se um encarregado não agressor mostrar relutância ou se recusar a dar consentimento para a criança receber serviços, inicialmente ou ao longo do processo, é importante compreender as suas preocupações. Um encarregado pode não querer consentir devido à vergonha, estigma, segurança/retaliação e/ou medo. Pode achar que a criança tem de ser disciplinada ou pode estar a negar o abuso. Pode não acreditar que o incidente configura um abuso. Pode estar a tentar proteger o agressor por ser um familiar ou amigo ou por ter uma influência poderosa na comunidade. Pode também enfrentar obstáculos práticos à participação nos serviços, como a insuficiência de fundos para se deslocar ao centro ou conflito de prioridades (por exemplo, buscar água ou procurar alimentos).

Na ausência de uma necessidade urgente de saúde ou segurança, o assistente social deve:

- » dialogar com o encarregado não agressor para compreender melhor a sua recusa ou hesitação;
- » identificar os obstáculos críticos que o impedem de dar o consentimento informado;
- » avaliar se esses obstáculos podem ser superados, eliminados ou se o risco associado aos mesmos pode ser reduzido;
- » criar um plano para superar os obstáculos com o encarregado não agressor antes de tentar novamente obter o consentimento informado.

Qual é a idade do sobrevivente e sua capacidade de dar consentimento? Nas situações em que as crianças têm idade suficiente ou em que se determine que têm capacidade de tomar decisões, podem dar o seu próprio consentimento sem o consentimento do encarregado. Para avaliar a compreensão e a capacidade da criança para tomar a decisão em causa, os assistentes sociais devem considerar a sua capacidade de:

- » compreender e reflectir sobre as principais informações relacionadas com a decisão;
- » pensar e fazer escolhas com algum grau de independência;
- » avaliar os possíveis benefícios e riscos associados à a decisão.

Quais são os parâmetros legais para o consentimento no contexto em causa? Pode haver contextos em que existam normas legais quanto à idade de consentimento e aos processos que devem ser seguidos. Noutros contextos, podem não existir tais quadros jurídicos, o que permite ao assistente social tomar uma decisão ou, em alguns casos, agir em nome da criança. Esta situação é particularmente provável se não existirem outros procedimentos formais para determinar o que é do superior interesse da criança.

QUESTÃO-CHAVE 3: OBSERVAÇÃO E GESTÃO DE LIMITES DE CONFIDENCIALIDADE

O respeito pela confidencialidade é um dos princípios orientadores da protecção e serviços de saúde. Exige que os assistentes sociais **recolham as informações de forma segura, protejam todas as informações recolhidas sobre os sobreviventes e concordem em partilhá-las apenas quando necessário e depois de obterem a autorização explícita da criança e do seu encarregado**. A explicação sobre confidencialidade e seus limites ocorre normalmente no âmbito dos procedimentos de consentimento/assentimento informado da 1ª Fase – Apresentação e Participação no processo de gestão de casos. No entanto, o respeito da confidencialidade e dos seus limites é uma prioridade ao longo de todo o processo de gestão de casos.

Os protocolos de confidencialidade e as decisões são mais simples quando se trabalha com sobreviventes adultos, dado que os adultos estão legalmente habilitados a tomar decisões por si próprios. Trabalhar com crianças, sobretudo crianças mais pequenas, requer não só a compreensão dos limites legais da confidencialidade, mas também a forma como os encarregados devem ser envolvidos e como equilibrar o superior interesse da criança.

Existem **limites éticos à confidencialidade**, quer se trate de um adulto ou de uma criança, para garantir a segurança quando o sobrevivente:

- » está em risco de infligir danos a si próprio ou de cometer suicídio;
- » está em risco de sofrer danos ou de ser morto nas mãos de outra pessoa;
- » está em risco de causar danos ou matar outra pessoa;
- » está ferido e carece de cuidados médicos imediatos.

Trabalhar com crianças, sobretudo com crianças mais pequenas, exige a compreensão dos limites legais adicionais à confidencialidade e das razões desses limites, nomeadamente para proteger a criança de mais abusos e evitar que o perpetrador cause danos a outras pessoas. Podem aplicar-se limites adicionais à confidencialidade das crianças quando existem leis de denúncia obrigatória e políticas de prevenção da exploração e abuso sexuais (PEAS). Discutidas em mais profundidade na Questão-chave 4, as informações sobre a obrigatoriedade de denúncia e o seu impacto nos limites da confidencialidade devem ser explicadas antecipadamente à criança e seu encarregado.

Os assistentes sociais devem ser claros e coerentes para com as crianças e seus encarregados sobre os limites da confidencialidade. Os assistentes sociais devem dispor de um conjunto normalizado de protocolos de confidencialidade específicos da instituição que orientem todo o pessoal que presta cuidados às crianças. As decisões sobre a melhor forma de proteger a confidencialidade da criança e o seu acesso a serviços de apoio são um elemento contínuo do processo de gestão de casos. No contexto de reencaminhamento de casos, os assistentes sociais devem conversar com a criança e seus encarregados sobre as informações que gostariam de partilhar com outros prestadores de serviços e como partilhar essas informações, incluindo os possíveis riscos e benefícios. Se uma criança precisar de protecção – por exemplo, se estiver a ser perseguida e correr o risco de sofrer danos iminentes – pode ser importante, se isso for considerado seguro, fornecer informações às autoridades policiais locais para a sua protecção. Quanto e o que se partilha deve ser sempre discutido e decidido com a criança e seu encarregado, em conformidade com os requisitos legais.

A menos que seja exigido por lei, as decisões de quebrar a confidencialidade de uma criança devem ser sempre orientadas pelo seu superior interesse. E, mesmo nesses casos, o superior interesse da criança e outros princípios orientadores devem guiar a forma como a confidencialidade é quebrada. Se a confidencialidade tiver de ser quebrada, o assistente social deve, na medida do possível, informar a criança com antecedência e explicar por que razão a confidencialidade tem de ser quebrada, conversar sobre o potencial impacto na segurança física e psicológica da criança, incluindo o impacto na confiança que a mesma deposita no assistente social.

Políticas e denúncia relativas a PEAS

Em contextos humanitários, as organizações têm normalmente políticas de PEAS. Estas exigem que o pessoal da organização denuncie os casos de exploração e abuso sexuais perpetrados por trabalhadores humanitários. **As políticas de PEAS, que também podem ser referidas como políticas de salvaguarda, são diferentes dos requisitos de denúncia obrigatória legalmente estabelecidos que são abordados na secção seguinte.**

Cada organização terá o seu próprio procedimento para denunciar, gerir e investigar casos de exploração e abuso sexuais. Estas políticas devem incluir medidas que permitam denúncias confidenciais e fundamentar-se em princípios centrados no sobrevivente, de superior interesse e de não causar danos.

Os assistentes sociais devem conhecer as políticas da sua organização sobre PEAS e saber se são obrigados a denunciar casos de exploração e abuso sexuais, a quem e como serão tratadas as investigações. Estas informações devem ser integradas nos procedimentos de consentimento informado, nos quais se explicam os limites da confidencialidade. Os assistentes sociais devem salvaguardar o superior interesse da criança ao denunciar casos de exploração e abuso sexuais.

Explicação da confidencialidade

O papel do assistente social é explicar o conceito de confidencialidade e os seus limites às crianças sobreviventes de abuso sexual e seus encarregados não agressores, assegurar a sua compreensão e aplicar com segurança o princípio da confidencialidade de uma forma que defenda o superior interesse da criança sobrevivente de abuso sexual.

Para explicar a confidencialidade e os seus limites às crianças sobreviventes de abuso sexual de uma forma digna, os assistentes sociais devem ter habilidades linguísticas para comunicar com crianças de diferentes idades e respeitar a verdade fundamental de que as experiências e histórias das crianças lhes pertencem. Depois de explicar a confidencialidade às crianças, os assistentes sociais devem fazer algumas perguntas à criança para se certificarem de que ela compreende o que lhe foi dito. Perguntas como “Podes dizer-me o que devo fazer se eu achar que alguém te está a fazer mal?” ou “Podes dizer-me qual é a minha função?” ajudarão a avaliar a compreensão da criança.

Os assistentes sociais devem incluir as crianças na tomada de decisões sobre como, o quê e com quem partilhar informações, em conformidade com os protocolos existentes. Os limites da confidencialidade devem ser comunicados durante os procedimentos do consentimento informado.

Exemplo de texto para explicar a confidencialidade a um sobrevivente de 8 anos de idade

O meu trabalho consiste em falar com as crianças e ajudá-las a resolver os problemas que enfrentam. Preocupo-me contigo e com o que te aconteceu, e quero manter-te em segurança. O que me disseres fica entre nós, a não ser que me digas alguma coisa que me preocupe ou caso precises de ajuda que eu não te possa dar. Se eu estiver preocupado com a tua segurança, posso ter de falar com alguém que te possa ajudar. Se tivermos de obter ajuda dos outros para examinar o teu corpo ou falar com alguém que possa garantir a tua segurança, falaremos em conjunto sobre essa pessoa e decidiremos o que devemos dizer. A minha função é tentar garantir que não sofras mais danos, pelo que podemos ter de recorrer à ajuda de outras pessoas para garantir a tua saúde e segurança. Está bom assim para ti?

Exemplo de texto para explicar a confidencialidade a um sobrevivente de 12 anos de idade

O meu trabalho consiste em falar com as crianças e ajudá-las a resolver os problemas que enfrentam. Embora quase tudo aquilo de que falamos fique entre nós, pode haver alguns problemas que me possas contar sobre os quais teremos de falar com outras pessoas. Por exemplo, se eu não puder ajudar-te com um problema que tenhas, teremos de falar com outras pessoas que te possam ajudar. Ou se eu descobrir que estás a correr um perigo muito grave, terei de informar a [entidade competente]. Se me disseres que pretendes infligir sérios danos a ti próprio(a), terei de informar os teus pais ou outro adulto de confiança. Se me disseres que pretendes causar danos sérios a outra pessoa, terei de denunciar esse facto. Não poderei guardar segredo destes problemas, porque quero garantir a tua segurança e protecção. Se chegar um momento em que tenhamos de contar a outras pessoas, falaremos primeiro entre nós sobre o assunto. Compreendes que não há problema em falar seja do que for comigo, mas que há outros aspectos sobre os quais temos de falar com outras pessoas?

Estes textos representam o cenário mais básico de explicação da confidencialidade. Nos casos de abuso sexual de crianças, a urgência, medo e desejo de proteger a criança podem, às vezes, levar os encarregados e os assistentes sociais a violar a confidencialidade da criança. Por exemplo, um prestador de serviços pode estar tão preocupado com a obtenção de cuidados de saúde para a criança que contacta os prestadores de cuidados de saúde antes de falar com a criança e seu encarregado sobre reencaminhamento. É importante que os assistentes sociais não se desviem das suas funções e estejam bem familiarizados com a confidencialidade e com a razão por que esta é fundamental para as crianças sobreviventes de abuso sexual. Só assim é que os assistentes sociais podem também não causar mais danos e ajudar os outros a compreender a importância da confidencialidade.

QUESTÃO-CHAVE 4: GESTÃO DE REQUISITOS DE DENÚNCIA OBRIGATÓRIA

As leis de denúncia obrigatória exigem normalmente que os prestadores de serviços públicos, tais como médicos, enfermeiros, agentes da polícia e professores que trabalham regularmente com as crianças, **denunciem casos suspeitos ou registados de maus-tratos a crianças** junto das entidades competentes. Dependendo do contexto, as denúncias podem ser feitas directamente à polícia, às instituições governamentais de protecção da criança ou a departamentos específicos dos sistemas de justiça. Nos casos em que existem leis de denúncia obrigatória em relação ao abuso de crianças, o objectivo final é proteger as crianças de danos e garantir que as autoridades competentes tomem medidas em caso de suspeita ou registo de abusos.¹⁰¹

No trabalho relacionado com a VBG, a denúncia obrigatória é quase sempre considerada nociva, porque geralmente passa por contrariar os desejos expressos de um sobrevivente adulto ou por obrigá-lo a fazer uma denúncia às autoridades para ter acesso a um serviço necessário, o que, na maioria das vezes, tem implicações de segurança. Com as crianças, nem sempre é esse o caso. Existem alguns cenários em que a denúncia obrigatória pode ser vantajosa e trazer benefícios acrescidos para a criança e seus encarregados não agressores. Por exemplo, num contexto com serviços sociais e mecanismos de justiça bem estabelecidos, a denúncia obrigatória pode resultar num apoio adicional muito necessário a uma criança sobrevivente de abuso sexual e seus encarregados não agressores.

Implementação dos requisitos de denúncia obrigatória

Para implementar com segurança e eficácia os requisitos de denúncia obrigatória, os assistentes sociais devem:

- » ter uma compreensão adequada das leis/políticas de denúncia obrigatória no seu contexto; Especificamente:
 - se as leis de denúncia obrigatória se aplicam aos assistentes sociais, profissionais de saúde e outros prestadores de serviços (por exemplo, em alguns contextos, as leis de denúncia obrigatória podem exigir que sejam os profissionais de saúde a fazer a denúncia e não os assistentes sociais);
 - a forma como estas leis/políticas afectam a criança e seus encarregados não agressores;
 - como explicar as leis/políticas à criança e seus encarregados não agressores;
 - riscos potenciais para a denúncia obrigatória no caso de todas as crianças sobreviventes (por exemplo, pouca ou falta de formação da polícia em matéria de abuso sexual de crianças, acções punitivas para a criança e/ou seu encarregado não agressor, sistema jurídico deficiente ou inoperante com pouca probabilidade de se fazer justiça, etc.);
 - riscos potenciais para a denúncia obrigatória no caso de crianças sobreviventes que podem ser específicos da sua identidade (por exemplo, práticas discriminatórias contra crianças refugiadas, estereótipos sexuais que resultam em revitimização de determinadas raparigas adolescentes pela polícia ou por outros elementos do sistema judicial, práticas nocivas específicas como os crimes de honra ou união prematura ou forçada);

¹⁰¹ Também existem leis de denúncia obrigatória no caso de incidentes de violação e abuso sexual de adultos, mas são mais comuns em contextos de abuso sexual de crianças.

- a quem o assistente social deve dirigir-se se os riscos forem superiores aos potenciais benefícios da denúncia obrigatória.
- » analise critérios específicos para decidir se a denúncia serve o superior interesse da criança, depois documente e comunique esta informação aos supervisores;
- » explique os requisitos de denúncia obrigatória às crianças e seus encarregados no início da sessão de prestação de serviços. Isso deve acontecer no âmbito do processo de consentimento informado na 1ª Fase – Apresentação e Participação (*ver o exemplo de texto no Capítulo 6*).

Caso seja necessário fazer uma denúncia obrigatória, os assistentes sociais devem partilhar as seguintes informações no início do primeiro encontro com a criança sobrevivente e seu encarregado não agressor:

- » perante que instituição/pessoa o assistente social responde;
- » as informações concretas que estão a ser comunicadas;
- » quando e como as informações devem ser comunicadas (por escrito, verbalmente, etc.);
- » o resultado provável da denúncia;
- » os direitos da criança e sua família no processo.

As crianças, sobretudo as crianças mais velhas (adolescentes), e os encarregados devem participar no processo de decisão sobre como abordar a denúncia obrigatória da forma mais segura e confidencial possível. Isso significa que os assistentes sociais devem procurar e considerar as suas opiniões e ideias sobre a forma de fazer a denúncia. Isso não quer dizer que o encarregado e a criança possam decidir se a denúncia é feita ou não, mas sim que podem ajudar a decidir como e quando o é.

O superior interesse da criança deve ser sempre a principal consideração quando se tomam medidas em nome das crianças, mesmo no contexto de leis de denúncia obrigatória. Deve ser adoptada a medida mais benéfica/menos prejudicial para a criança e menos intrusiva para a família, desde que a segurança da criança esteja garantida.

Desenvolvimento de uma política organizacional sobre denúncia obrigatória

Nos contextos em que existam leis, políticas, directrizes e sistemas, os prestadores de serviços devem ter procedimentos estabelecidos para denunciar suspeitas ou registo de abusos antes de prestarem serviços directamente às crianças, assim como orientações sobre como proceder se a denúncia for susceptível de colocar a criança em maior risco de sofrer danos. Os princípios do superior interesse da criança, centrados no sobrevivente e de não causar danos devem fundamentar a elaboração dessas políticas.

Os supervisores devem avaliar se existe uma lei ou política de denúncia obrigatória no contexto em causa. Se sim, devem estabelecer procedimentos com base nas seguintes questões-chave:

- » quem é obrigado a denunciar casos de abuso de crianças?
- » quem são os responsáveis designados para receber essas denúncias?
- » quando é desencadeada a obrigação de denúncia (por exemplo, em caso de suspeita de abuso)?
- » que informações devem ser partilhadas?
- » quais são as regras de denúncia no que toca a prazos e outros procedimentos?
- » como é protegida a confidencialidade?
- » quais são as implicações legais de não denunciar?
- » quando devem ser reavaliados os procedimentos de denúncia obrigatória?
(Periodicamente ao longo do ano? Após determinados acontecimentos que possam alterar o cenário da denúncia obrigatória?)
- » A lei relativa à denúncia obrigatória é específica ao abuso de crianças ou é específica à violência sexual, ou a ambos?
- » existe um mecanismo de denúncia de PEAS? Qual é o requisito de denúncia no âmbito desse mecanismo?

OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSENTIMENTO INFORMADO

A idade em que é necessário o consentimento parental para prestar serviços a uma criança depende da legislação nacional. Quando uma criança tem idade inferior à do consentimento legal, é necessário o consentimento do encarregado. Na ausência de leis claras ou do seu cumprimento, as crianças com menos de 15 anos necessitam, regra geral, do consentimento do encarregado.

BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS (0 A 5 ANOS)

Deve ser obtido consentimento informado no caso de crianças nesta faixa etária junto do encarregado da criança ou de outro adulto de confiança na vida da criança, e não da própria criança. Se essa pessoa não estiver presente, o prestador de serviços (assistente social, trabalhador do sector de protecção da criança, profissional de saúde, etc.) pode ter de dar consentimento em nome da criança em apoio de acções que favoreçam a sua saúde e bem-estar.

As crianças muito pequenas não são suficientemente capazes de tomar decisões sobre cuidados e tratamento. No caso de crianças desta faixa etária, não é necessário assentimento informado. Mesmo assim, o prestador de serviços deve procurar explicar à criança tudo o que está a acontecer, em termos muito básicos e adequados.

CRIANÇAS MAIS PEQUENAS (6 A 11 ANOS)

Normalmente, as crianças nesta faixa etária não têm capacidade jurídica nem maturidade suficiente para dar o seu consentimento informado para participar nos serviços. No entanto, podem dar o seu assentimento informado ou manifestar a sua vontade de participar. É necessário pedir autorização às crianças desta faixa etária para avançar com a prestação de serviços e acções que as afectam directamente. Esta autorização pode ser dada verbalmente pela criança e documentada como tal no formulário de consentimento informado. No caso de crianças nesta faixa etária, é necessário o consentimento informado por escrito dos pais/encarregados, juntamente com o assentimento informado da criança. Se não for possível obter o consentimento informado de um pai ou encarregado, deve ser contactado outro adulto de confiança, identificado pela criança, que possa ser envolvido com segurança nas decisões sobre cuidados e tratamento, para que dê consentimento em nome da mesma.

ADOLESCENTES MAIS NOVOS (12 A 14 ANOS)

As crianças nesta faixa etária têm um desenvolvimento cognitivo mais avançado e, por conseguinte, podem ter maturidade suficiente para tomar decisões e dar o seu assentimento e/ou consentimento informado para a prestação de serviços. Por norma, o assistente social deve obter o assentimento informado da criança por escrito para participar nos serviços, assim como o consentimento informado por escrito dos pais/encarregados. No entanto, se for considerado inseguro e/ou não for do superior interesse da criança envolver o encarregado, o assistente social deve tentar identificar outro adulto de confiança na vida da criança para dar o seu consentimento informado, juntamente com o assentimento escrito desta. Se não for possível, pode ser atribuído o devido peso¹⁰² ao assentimento informado de uma criança caso o assistente social considerar que a criança tem maturidade suficiente e se lhe for possível avançar com os cuidados e o tratamento sob a orientação e apoio do seu supervisor. Nestas situações, os assistentes sociais devem consultar os seus supervisores para a devida orientação.

ADOLESCENTES MAIS VELHOS (15 A 17 ANOS)

Os adolescentes mais velhos, com 15 anos de idade ou mais, são geralmente considerados suficientemente maduros para tomar decisões. Além disso, os adolescentes de 15 anos, muitas vezes, estão legalmente autorizados a tomar decisões sobre os seus próprios cuidados e tratamento, especialmente no que respeita aos serviços sociais e de saúde reprodutiva. Isso significa que os adolescentes mais velhos podem dar o seu consentimento ou assentimento informado, de acordo com a legislação local. Idealmente, os encarregados solidários e não agressores são também incluídos na tomada de decisões sobre os cuidados e tratamento desde o início e também dão o seu consentimento informado. No entanto, as decisões relativas ao envolvimento dos encarregados devem ser tomadas directamente com a criança, em conformidade com a legislação e políticas locais.

Se o adolescente (e o encarregado) concordar em prosseguir, o assistente social documenta o seu consentimento informado, utilizando um formulário de consentimento do utente ou documentando no registo do caso que obteve o consentimento verbal para avançar com os serviços de gestão de casos.

¹⁰² "Devido peso" refere-se à consideração adequada dos pontos de vista e opiniões da criança com base em factores como sua idade e sua maturidade.

DIRECTRIZES SOBRE AVALIAÇÃO COM BASE NA IDADE E FASE DE DESENVOLVIMENTO

Falar com crianças sobreviventes exige que os assistentes sociais tenham em conta vários factores, incluindo a idade e fase de desenvolvimento da criança.

O nível de desenvolvimento de uma criança é influenciado por muitos factores para além da idade. O ambiente tem um impacto importante, tal como a educação, cultura, nutrição, acesso a cuidados de saúde, interações sociais e familiares, assim como a guerra e violência e suas consequências (por exemplo, problemas psicossociais e de saúde mental, deslocamento).

Ao falar com as crianças sobre abuso sexual, os assistentes sociais limitam o tempo da conversa a:

- 30 minutos para crianças com menos de 9 anos;
- 45 minutos para crianças dos 10 aos 14 anos;
- Uma hora para crianças dos 15 aos 17 anos.

BEBÉS E CRIANÇAS PEQUENAS (0 A 5 ANOS)

- » **Não fale directamente com** crianças desta faixa etária sobre o abuso que sofreram. As suas capacidades de comunicação verbal são limitadas e é improvável que revelem qualquer abuso.
- » Os encarregados não agressores devem ser as principais fontes de informação sobre a criança e suspeita de abuso. Devem ser consultados outros adultos importantes na vida da criança, nomeadamente as pessoas que lhe prestaram cuidados, incluindo o seu acompanhante.

CRIANÇAS MAIS PEQUENAS (6 A 9 ANOS)

- » Os assistentes sociais **podem avaliar directamente** as crianças nesta faixa etária. Se possível, e com o consentimento informado do encarregado não agressor e assentimento informado da criança, o assistente pode também recolher informações sobre o abuso junto de fontes de confiança na vida da criança.
- » As crianças desta faixa etária podem ter dificuldade em responder a perguntas de carácter geral. O resultado poderá ser as crianças dizerem “não me lembro” ou “não sei”, ou darem respostas vagas como “o homem fez uma coisa má”, mas não partilharem mais nada.
- » Os encarregados/pais ou alguém em quem a criança confie podem participar na entrevista, desde que a criança solicite a sua presença (e o adulto não seja suspeito de abuso).
- » As crianças desta faixa etária beneficiam de uma combinação de técnicas de comunicação verbais e baseadas em actividades artísticas. Não se deve fazer perguntas às crianças desta faixa etária que envolvam ideias abstractas como a justiça ou amor. Estas crianças pensam normalmente em termos concretos (literais).

ADOLESCENTES MAIS NOVOS E MAIS VELHOS (10 A 17 ANOS)

- » O prestador de serviços **pode avaliar directamente** as crianças desta faixa etária. As perguntas abertas podem produzir informações importantes sobre o abuso sexual;
- » Os encarregados/pais ou alguém em quem a criança confie podem ser envolvidos, desde que a criança solicite a sua presença (e esse adulto não seja suspeito de abuso);
- » Os adolescentes têm maior capacidade de raciocinar e reflectir analiticamente, mas os assistentes sociais devem ter em conta que as crianças desta faixa etária também ainda estão a desenvolver-se cognitiva, emocional e fisicamente, etc.

Capítulo 6

GESTÃO DE CASOS COM CRIANÇAS SOBREVIVENTES

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo fornece orientações sobre a forma de implementar as seis fases da gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual. Analisa as principais tarefas de cada fase e articula a forma como a abordagem de CCS da gestão de casos é aplicada em cada fase.

Ferramentas associadas

Planificação de segurança

Avaliação Psicossocial e de Saúde Mental no Âmbito de CCS

Educação para a Cura

Formação em Relaxamento

Capacidades de Superação

Resolução de Problemas

VISÃO GERAL DAS FASES DA GESTÃO DE CASOS

Conforme descrito no Capítulo 1, a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual baseia-se na prática de gestão de casos tanto de violência baseada no género como de protecção de crianças. Na abordagem de CCS para a gestão de casos, o papel principal do assistente social é:

- » apoiar e defender a criança e família;
- » ser o principal ponto de contacto da criança e sua família para a avaliação de necessidades;
- » apoiar os objectivos de cuidados e tratamento e planificar intervenções para responder às necessidades; e
- » assegurar, coordenar e acompanhar a prestação de serviços. Para tal, os assistentes sociais seguem um processo por fases.

As fases e as principais tarefas envolvidas em cada fase (descritas na Tabela 6.1) são, em grande parte, semelhantes às utilizadas na gestão de casos de VBG e PC, com pequenas diferenças que visam reflectir as particularidades do trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual.¹⁰³

Tabela 6.1: principais fases da gestão de casos

Fase	Tarefas do assistente social
1ª Fase: Introdução e participação	» cumprimentar e confortar a criança; » obter o consentimento informado para os serviços de gestão de casos (o que inclui a explicação da confidencialidade e dos seus limites, assim como dos requisitos de denúncia obrigatória, se existirem).
2ª Fase: Avaliação	» recolher informações sobre a criança e a natureza do abuso; » avaliar as necessidades da criança e/ou do encarregado.
3ª Fase: Planificação de acções relativas ao caso	» desenvolver o plano de acção do caso com a criança e/ou o encarregado; » obter o consentimento/assentimento informado para o reencaminhamento para outros serviços.
4ª Fase: Implementar o plano de acção do caso	» ajudar e defender as crianças para que obtenham serviços de qualidade; » realizar intervenções directas, se necessário (SMAPS); » realizar todos os procedimentos de denúncia obrigatória; » liderar a coordenação dos cuidados.
5ª Fase: Acompanhamento	» acompanhar o caso e monitorizar o progresso; » implementar um plano de acção revisto (se necessário); » continuar a prestar apoio de SMAPS.
6ª Fase: Encerramento e avaliação	» avaliar e aplicar procedimentos de encerramento de casos; » fazer uma avaliação do serviço.

¹⁰³ Em contextos de refugiados, o ACNUR e parceiros de implementação realizam a gestão de casos de abuso sexual de crianças no contexto de [UNHCR's Best Interests Procedures \(BIP\)](#).

1ª FASE: APRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A fase inicial de apresentação e participação da gestão de casos começa quando o assistente social se encontra pela primeira vez com a criança sobrevivente de abuso sexual e/ou com o seu encarregado. Durante esta fase, o assistente social tem de:

- » dar as boas-vindas e fazer a criança sentir-se à vontade;
- » obter o consentimento/assentimento informado para os serviços de gestão de casos.

Dar as boas-vindas e fazer a criança sentir-se à vontade

Esta é a primeira oportunidade que o assistente social tem para desenvolver uma relação com a criança e seu encarregado e começar a criar as bases para uma relação de confiança. Os conhecimentos, atitudes e habilidades de comunicação do assistente social constituirão a base para a forma como este interage com a criança e seu encarregado e, em última análise, para a forma como consegue estabelecer uma relação.

Tal como referido no *Capítulo 4: Habilidades de Comunicação*, os assistentes sociais devem estar preparados para adaptar o ambiente físico e o seu estilo de comunicação a fim de criar um ambiente que maximize o conforto e transmita solidariedade à criança. No âmbito desta primeira fase, os assistentes sociais devem:

Apresentar-se: os assistentes sociais estão numa posição diferente da de outros adultos que provavelmente estão regularmente presentes na vida da criança (pais/encarregados, professores, etc.), na medida em que uma parte fundamental da sua função é garantir a segurança e o bem-estar da mesma. A clareza sobre quem são e qual é o seu papel pode ajudar a indicar à criança que o assistente social terá uma relação diferente com ela. Os assistentes sociais podem ser breves, mas claros, como, por exemplo: “Chamo-me é Asha e a minha função é ajudar as raparigas e os rapazes quando se sentem tristes ou têm algum problema. O nome da minha organização é Safe Places. A minha função é garantir a tua segurança, ouvir-te e dar-te informações sobre como podes obter ajuda se precisares.”

Fazer com que a criança se sinta à vontade e apresentar-lhe opções: desde o início do contacto, o assistente social pode ajudar a criança a sentir-se à vontade, apresentando-lhe opções - onde e como se sentar, propondo-lhe que brinque com determinados brinquedos ou outros objectos sobre os quais a criança parece ter mostrado interesse.

Observar a criança: durante este período inicial, os assistentes sociais devem observar a criança e seu encarregado, assim como as suas interações. Deste modo, o assistente social poderá começar a avaliar a maturidade, idade e desenvolvimento da criança, assim como o apoio que o seu encarregado lhe dá.

Obter o consentimento/assentimento informado para os serviços de gestão de casos

Tal como referido no Capítulo 5, o processo de obtenção de consentimento/assentimento informado ocorre, em primeiro lugar, no início da primeira reunião com a criança sobrevivente de abuso sexual e seu encarregado. Depois de dar boas-vindas à criança e de se certificar de que ela está o mais confortável possível, os assistentes sociais devem iniciar o processo de consentimento informado para permitir que as crianças e seus encarregados dêem a sua autorização para participar na gestão de casos. Nesta primeira fase, os assistentes sociais têm de explicar:

- » a função e responsabilidades do assistente social na gestão de casos;
- » o que a gestão de casos inclui (por exemplo, ouvir os problemas, identificar as necessidades, ajudar a responder às necessidades), assim como clarificar os benefícios e limitações dos serviços;
- » o que significa confidencialidade e como, às vezes, a confidencialidade não pode ser mantida (incluindo as condições em que é exigida a denúncia obrigatória);
- » como as informações da criança sobrevivente serão guardadas de forma segura e protegida (o que inclui formulários de casos e sistemas de bases de dados que estejam a ser utilizados);
- » formas de utilização das informações sobre o utente (recolha de dados, partilha de informações para a gestão de casos);
- » os assistentes sociais devem sempre dar às crianças e seus encarregados a oportunidade de fazer perguntas ou partilhar as suas preocupações durante esta discussão.

Segue-se um exemplo de texto para o processo de consentimento informado, que pode ser adaptado em função da idade e fase de desenvolvimento:

Exemplo de texto: Consentimento/assentimento informado no caso de um utente de menor idade

Olá, *[nome do utente]*.

Chamo-me *[nome do funcionário]* e estou aqui para te ajudar. Sou assistente social e a minha função é ajudar as crianças que passaram por dificuldades. Trabalho para *[inserir organização]* e muitas crianças beneficiam dos nossos serviços. Hoje podemos falar sobre a razão da tua presença aqui, para podermos ver como te posso ajudar e, se precisares de outro tipo de ajuda, posso pôr-te em contacto com esses tais serviços. É importante que saibas que aquilo que me disseres será mantido em rigorosa confidencialidade, incluindo quaisquer notas que eu escreva durante a gestão do teu caso. Isso quer dizer que não transmitirei a ninguém o que me disseres nem nenhuma outra informação sobre o teu caso, a não ser que me peças ou que seja uma informação que sou obrigado a partilhar porque estás em perigo. Às vezes, há circunstâncias em que não posso guardar silêncio a respeito de todas as informações por razões de segurança.

- » Se concluir que corres algum perigo muito grave, terei de informar *[inserir aqui o organismo competente]*.
- » Ou se me disseres que pretendes infligir danos sérios a ti mesmo(a), terei de dizer aos teus pais ou a outro adulto de confiança.
- » Se me disseres que pretendes causar danos sérios a outra pessoa, terei de partilhar essa informação *[com o meu supervisor ou instituição]*.
- » *[Requisitos de denúncia obrigatória caso se aplicarem ao contexto local]*

Quero também te dizer que tens opções durante o nosso trabalho conjunto.

- » Não tens obrigação de responder a nenhuma pergunta que eu te faça. Podes, a qualquer momento, interromper-me ou pedir-me para ir mais devagar.
- » Podes falar comigo a sós ou com o teu *[inserir encarregado]*. A decisão é tua.
- » Podes fazer-me todas as perguntas que quiseses ou dizer-me se não entenderes alguma coisa que eu esteja a dizer.
- » Podes dizer-me se não quiseses que eu te ajude, não há problema. Vou partilhar contigo algumas outras opções de ajuda.
- » Se não quiseses que eu tome notas escritas, podes dizer-me.

Tens alguma dúvida? *[Dê tempo para responder a quaisquer perguntas que a criança e seu encarregado possam ter antes de avançar para obter consentimento/assentimento informado]*.

Dás-me autorização para continuar a ajudar-te?

- » **Se a resposta for SIM**, peça à criança e seu encarregado que assinem o formulário de consentimento/assentimento informado.
- » **Se a resposta for NÃO**, fornecer informações sobre outros serviços na comunidade.

2ª FASE: AVALIAÇÃO E 3ª FASE: PLANIFICAÇÃO DE ACÇÕES RELATIVAS AO CASO

Depois de ter assegurado a participação da criança e seu encarregado não agressor nos serviços, o assistente social pode passar para a 2ª Fase: Avaliação. Uma boa gestão de casos assenta numa boa avaliação. A avaliação fundamenta a análise do assistente social sobre os serviços que possam ser necessários para responder às necessidades da criança sobrevivente de abuso sexual. O processo de discussão dos serviços e acções recomendados com a criança e/ou seu encarregado ocorre na 3ª Fase: Planificação de acções relativas ao caso. Uma vez que estas duas fases estão bastante interligadas e, na maioria das vezes, se intersectam no processo de gestão de casos, são apresentadas orientações sobre as mesmas em conjunto nesta secção.

Na 2ª Fase, o assistente social:

- » recolhe informações sobre a criança e a natureza do abuso;
- » avalia as necessidades da criança/encarregado.

Na 3ª Fase, o assistente social:

- » desenvolve com a criança (e o encarregado) o plano de acção relativo ao caso com base na avaliação;
- » obtém o consentimento/assentimento informado para o reencaminhamento para outros serviços.

Visão geral da avaliação

O objectivo e finalidade da avaliação inicial é determinar, de forma segura e gradual, a situação da criança – e a sua experiência de abuso sexual – para ajudar a identificar as potenciais necessidades imediatas e, eventualmente, a longo prazo, da criança e do encarregado. Durante a avaliação, que constitui a 2ª Fase do processo de gestão de casos, o assistente social recolhe informações da criança e seu encarregado não agressor, a fim de:

Compreender o contexto da criança e do abuso:

- » a composição do agregado familiar da criança e a sua situação de vida actual.
- » compreender o que lhe aconteceu.
- » saber quem é o perpetrador e se este pode ter acesso à criança.
- » compreender se a criança já recebeu cuidados e tratamento.

Avaliar as necessidades potenciais da criança relativamente:

- » a riscos e necessidades imediatas de segurança.
- » a cuidados e tratamento médicos adequados.
- » ao bem-estar e funcionamento da SMAPS da criança.
- » ao desejo da criança/família de recorrer a serviços jurídicos/de justiça.
- » a outras necessidades relevantes.

Entenda o contexto da criança: depois de estabelecer uma relação inicial com a criança e de obter o consentimento informado (1ª Fase: Apresentação e Participação), o assistente social deve procurar compreender melhor a criança e a sua situação e a razão pela qual a criança mesma/ encarregado procuram os serviços.

Algumas perguntas orientadoras que os assistentes sociais devem considerar para desenvolver um contexto ou compreensão da criança e da sua situação são as seguintes:

- » que idade tem a criança?
- » qual é a situação familiar? A criança tem pais/encarregados? A criança vive com os encarregados? A criança está com algum encarregado neste momento? A criança tem alguém da família em quem confia?
- » qual é a situação de vida actual da criança?

Importa referir que algumas destas informações podem já ter sido recolhidas na 1ª Fase: Apresentação e Participação.

O objectivo de iniciar a sessão de avaliação no âmbito destas áreas principais de avaliação é, antes de mais, conhecer o contexto básico, mas essencial (ou seja, a compreensão) da criança. Também permite que o assistente social inicie uma avaliação com perguntas que não sejam tão ameaçadoras e/ou assustadoras como poderiam ser se a criança fosse questionada directamente sobre o abuso que sofreu.

Abordagem de apoio à avaliação

Embora, muitas vezes, seja necessário que os assistentes sociais façam cuidadosamente perguntas sobre a experiência de abuso sexual da criança durante esta fase, **não é necessário extrair todos os detalhes específicos sobre o abuso sexual**. As perguntas muito detalhadas sobre o abuso sexual da criança devem ser feitas depois de ter sido estabelecida uma relação segura e de confiança entre o assistente social e a criança sobrevivente, e apenas quando a criança estiver preparada e quiser partilhar esses detalhes.

Os assistentes sociais devem seguir cuidadosamente as melhores práticas de comunicação de Capítulo 4 para fazer perguntas e observar atentamente a criança quanto a eventuais sinais de desconforto. Se a criança exprimir verbalmente ou não que não se sente à vontade para responder a perguntas ou transmitir informações sobre as suas experiências, os assistentes sociais são aconselhados a respeitar a decisão e a não insistir. Muitas crianças, se forem dado tempo e espaço adequados para desenvolver confiança no assistente social, abrir-se-ão para partilhar o que aconteceu. Pode ser necessário que o assistente social explique à criança que “podemos sempre voltar a este assunto mais tarde” se ela não estiver pronta para responder a uma pergunta específica e, depois, redireccionar a conversa para um tópico menos ameaçador.

Se os assistentes sociais não conseguirem obter as informações necessárias para repetir uma avaliação, devem explicar este facto à criança, a fim de mitigar os seus receios de que está a ser questionada mais do que uma vez porque as suas informações não merecem crédito.

Compreenda o contexto do abuso: a recolha de certas informações sobre a experiência de abuso da criança é vital para determinar a urgência das suas necessidades de saúde e segurança. De um modo geral, as áreas de atenção dos assistentes sociais para compreenderem o que aconteceu incluem:

- » **Natureza do abuso:** por outras palavras, o que aconteceu? Embora os assistentes sociais não tenham de recolher informações muito detalhadas sobre a violência, é fundamental saber se foi utilizada força física e se houve penetração vaginal/anal. Nestas circunstâncias, recomenda-se prestação de cuidados e tratamento médicos imediatos.
- » **Data(s) do último incidente:** conhecer a data do último incidente é essencial para analisar a urgência de um reencaminhamento médico e para informar correctamente a criança e seu encarregado sobre as opções médicas. Estão disponíveis diferentes tratamentos médicos consoante a data do último incidente.¹⁰⁴
- » **Quem é o perpetrador e o seu acesso à criança:** qual é a relação do perpetrador com a criança sobrevivente e sua família? Por outras palavras, a proximidade desta relação tem implicações para a segurança? Ou causa mais sofrimento/danos à criança?
 - Onde está o perpetrador (se a criança/família souber) e será que ele tem acesso fácil à criança?
 - Qual é a ocupação do perpetrador (a sua posição e nível de poder podem suscitar preocupações de segurança)?
 - Quantos perpetradores estão envolvidos (esta informação pode ser recolhida noutras sessões/entrevistas com uma criança sobrevivente no âmbito de cuidados e tratamento gerais)?
- » **Se a criança já recebeu cuidados** e serviços de tratamento.
- » **Outras informações** partilhadas pela criança.

Avaliação: Segurança

A determinação da segurança actual da criança é a área de avaliação mais importante que deve ser abordada antes de a criança sair do primeiro encontro e dos encontros subsequentes com o assistente social. A prioridade do assistente social é avaliar com a criança/encarregado as necessidades de segurança pessoal da criança, incluindo a segurança física e psicológica no seu ambiente doméstico, na comunidade e nos sistemas de segurança/apoio. Nos casos de abuso sexual de crianças, especialmente se o abuso sexual ocorreu em casa ou com um membro da família, os assistentes sociais devem interrogar a criança (se tiver seis anos de idade ou mais) sobre as suas preocupações de segurança em privado. Isso permite que a criança fale sem a presença de um dos pais/encarregado na sala, podendo resultar em mais informações do que as que seriam obtidas de outra forma. Se a criança se recusar a falar a sós com o assistente social e/ou se a criança e seu encarregado parecerem perturbados ou agitados, o assistente social deve usar o seu discernimento e determinar se deve prosseguir com a avaliação de segurança em conjunto.

A pergunta mais importante a que os assistentes sociais devem responder durante a avaliação da segurança é se a criança está a salvo de abusos continuados. As informações recolhidas durante a fase de avaliação inicial sobre o perpetrador ajudarão a responder a esta pergunta. Além disso, o assistente social deve avaliar:

¹⁰⁴ Nota: a criança pode ter um historial de abuso. As perguntas relacionadas com a história passada de abuso da criança devem ser feitas depois de resolvidas as necessidades imediatas relacionadas com o incidente de violência actual. As crianças não devem ser obrigadas a contar todos os incidentes de abuso durante uma entrevista inicial, pois isso pode causar angústia emocional e psicológica.

- » **O sentido de segurança pessoal da criança no seu ambiente doméstico.** Os exemplos de perguntas incluem:
 - “Há alguém em casa que te assusta?”
 - “Quando estás em casa, preocupa-te a possibilidade de te fazerem mal?”
 - “A pessoa que te fez mal é uma visita da tua casa?”
- » **O sentido de segurança pessoal da criança no ambiente comunitário.** Os exemplos de perguntas incluem:
 - “Quando vais para a escola, tens medo de alguma coisa ou de alguém?”
 - “Alguma vez te sentiste assustado(a) fora de casa... [se sim, 'onde?']?”
 - “Como são as coisas na tua escola?”
 - “Senteste-te seguro(a) na escola?”
- » **Os sistemas de segurança/apoio identificados pela criança.** Os exemplos de perguntas incluem:
 - “Com quem te sentes seguro(a)?”
 - “Quando tens um problema, com quem falas?”
 - “Em quem confias em casa?”

Considerações especiais para avaliações de segurança

Quando o perpetrador é um familiar próximo do sexo masculino: nos casos de abuso sexual de crianças que envolvam um familiar próximo do sexo masculino, os assistentes sociais devem estar atentos a outros tipos de violência, incluindo a violência por parte de um parceiro íntimo, abuso físico e/ou negligência grave.

Quando o perpetrador é o marido de uma adolescente: nos casos de abuso sexual de crianças em que uma rapariga adolescente está numa união prematura, os assistentes sociais devem estar cientes do nível de controlo e de participação na tomada de decisões que é tradicionalmente concedido ao marido e à sua família. Devem também considerar a possibilidade de violência de longo prazo por parte do parceiro íntimo, que se estende para além do(s) incidente(s) específico(s) de violação conjugal ou de outras formas de abuso sexual em relação aos quais a rapariga possa estar a procurar serviços. As considerações específicas incluem:

- » que outras formas de violência podem ter lugar em casa;
- » com quem a rapariga vive, para além do marido;
- » se a rapariga for mãe, as suas preocupações com a segurança dos filhos, assim como o receio de que a procura de serviços possa levar a sua separação com os filhos;
- » quem, se existir, pode ser identificado como um adulto de confiança para ela;
- » como é a sua relação com os pais e que nível de contacto tem com eles – será que é provável que eles a apoiem na procura de serviços?

Quando o sobrevivente é uma criança muito pequena: nos casos de abuso sexual de crianças muito pequenas, o perpetrador é frequentemente um conhecido da criança e pode ter acesso fácil a ela, mesmo depois de um encarregado não agressor procurar os serviços. Além disso, o encarregado pode não saber quem é o perpetrador ou mesmo se o(a) seu(sua) filho(a) sofreu abuso sexual quando procura os serviços. Pode procurar os serviços porque sente que precisa de apoio para os comportamentos subsequentes da criança e não reconhece a causa subjacente a esses comportamentos.

Planificação de acções relativas ao caso: Segurança

A planificação de segurança é uma abordagem de capacitação para apoiar a criança e envolvê-la na resolução de problemas e na planificação com base nos seus próprios pontos fortes e factores de protecção. Com base nos riscos de segurança identificados para a criança e/ou o encarregado, o assistente social e a criança e/ou o encarregado desenvolvem em conjunto um plano de acção que inclui o reencaminhamento para organismos de protecção e segurança, complementado por um plano de segurança individual (no âmbito da *3ª Fase: Planificação de acções relativas ao caso*). Se uma criança não estiver segura, deve ser elaborado um plano de acção antes de a criança e seu encarregado saírem da primeira reunião. Os assistentes sociais podem ter de avaliar se são necessários cuidados alternativos, procurando primeiro opções com outros membros da família ou amigos (se for seguro fazê-lo) e subsequentemente através dos serviços de abrigo temporário do Estado ou de outra organização.

As ferramentas de planificação de segurança podem ajudar o assistente social a tornar a planificação de segurança visível, tangível e concreta. Estas Directrizes apresentam exemplos de *Ferramentas de planificação de segurança* para crianças mais velhas e mais novas

No âmbito da *5ª Fase: Acompanhamento de casos*, o plano de segurança deve ser revisto à medida que os riscos de segurança aumentam ou diminuem ao longo do tempo.

Avaliação: Necessidades de saúde/médicas

A violação e o abuso sexual têm consequências para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das crianças. O impacto do abuso sexual na infância pode ser duradouro e conduzir a piores resultados de saúde na idade adulta. Se não for tratado, o abuso sexual pode pôr a vida em risco ou causar problemas de saúde crónicos. Por conseguinte, determinar se é necessário um reencaminhamento médico é de importância primordial e crucial na avaliação. Os assistentes sociais são responsáveis por avaliar as necessidades de saúde imediatas da criança sobrevivente, explicar à criança sobrevivente e ao(s) encarregado(s) não agressor(es) os serviços de saúde disponíveis, independentemente do momento em que o incidente ocorreu, reencaminhar a criança sobrevivente de abusos sexuais para os serviços de saúde depois de obter o consentimento/assentimento informado e acompanhar a criança sobrevivente e seu encarregado não agressor aos serviços de saúde, se necessário.

Uma avaliação eficaz da saúde exige que o conhecimento do tipo e da qualidade dos serviços de saúde disponíveis, das leis relativas ao acesso aos serviços de saúde (ou seja, quaisquer requisitos de denúncia obrigatória) e do que o sobrevivente pode esperar em termos da prestação de serviços de saúde. Além disso, o assistente social deve estar ciente da natureza sensível ao factor tempo de determinados tipos de serviços de saúde. Durante as fases iniciais da avaliação, ao recolher informações junto do sobrevivente e/ou do encarregado sobre as circunstâncias do abuso sexual, os assistentes sociais devem estar atentos ao seguinte:

- » a natureza da agressão – se a agressão incluiu contacto físico e, mais especificamente, penetração vaginal ou anal, é mais provável que exija atenção imediata;
- » a presença de lesões e/ou queixas de dor que podem indiciar contacto físico e penetração;
- » o momento da agressão – se a agressão mais recente ocorreu num período de 72 a 120 horas.

Os assistentes sociais também podem ter de fazer perguntas de seguimento durante esta parte da avaliação, a fim de determinar se é necessário um reencaminhamento médico e com que urgência.

As necessidades médicas urgentes que requerem atenção imediata são as seguintes:

Risco de HIV: se a natureza da agressão mais recente tiver incluído contacto físico e, mais especificamente, penetração vaginal ou anal, e se tiver ocorrido num período de 72 horas, o sobrevivente pode ser reencaminhado para cuidados médicos a fim de receber profilaxia pós-exposição ao HIV no prazo de 3 dias (72 horas). O teste de HIV pode ser feito 6 semanas após a agressão e deve ser repetido 3 a 6 meses após o incidente.

Risco de gravidez: Se a agressão incluir penetração vaginal, o risco de gravidez indesejada pode ser reduzido se a sobrevivente for reencaminhada para cuidados médicos para receber contracepção de emergência no prazo de 5 dias (120 horas). O teste de gravidez pode ser feito uma semana após a agressão. Caso a gravidez tenha resultado da agressão, devem ser discutidas as opções possíveis, em conformidade com a legislação local.

Risco de outras ITS: No caso tanto das raparigas como dos rapazes, existe o risco de infecções de transmissão sexual (ITS). As ITS, incluindo a clamídia, a gonorreia, a sífilis e o herpes genital, devem ser tratadas com antibióticos e, se não forem tratadas, podem causar doenças crónicas ou infertilidade. Embora não exista um limite de tempo para receber o tratamento presuntivo das ITS, quanto mais cedo for feito, mais eficaz será.

Cuidados clínicos para o abuso sexual de crianças

Dependendo das circunstâncias do seu abuso, algumas crianças sobreviventes podem necessitar de cuidados clínicos para tratar e atenuar as consequências físicas imediatas da violência sexual.

Os protocolos e serviços de cuidados clínicos para o abuso sexual de crianças devem seguir as orientações sobre a [*Gestão clínica de sobreviventes de violação e violência por parceiro íntimo da OMS \(2020\)*](#). As orientações definem os padrões de cuidados que devem estar disponíveis e ser prestados aos sobreviventes de violência sexual e de violência por parceiro íntimo em contextos humanitários. Destinam-se a ser utilizadas por prestadores de cuidados de saúde qualificados (médicos, responsáveis clínicos, parteiras e enfermeiros) que trabalham em situações de emergência humanitária ou noutros contextos semelhantes.

Os assistentes sociais podem defender junto dos prestadores de cuidados de saúde o acesso de uma criança sobrevivente a esses serviços, conhecendo, antes de proceder ao reencaminhamento, a qualidade desses serviços e explicando o que a criança pode esperar. Os assistentes sociais também podem alertar os supervisores quando se apercebem de que os profissionais de saúde não estão a seguir os protocolos e as melhores práticas de cuidados clínicos (por exemplo, a denúncia de um caso às autoridades antes de prestar cuidados de saúde quando tal não está legalmente estipulado).

Lesão ou dor aguda: consoante a gravidade e a natureza da lesão (ossos partidos, feridas ou lesões internas), pode ser indicada a assistência médica urgente para estabilização e tratamento médicos. Algumas lesões graves e potencialmente fatais não são facilmente detectadas, visto que podem não ser fisicamente visíveis ou estar associadas a dor (por exemplo, hemorragia interna no estômago ou no cérebro, fistula, etc.).

Recolha de provas: se o sobrevivente solicitar a recolha de provas para fins legais, é importante que seja organizado e registado um exame médico o mais rapidamente possível (no prazo de 72 horas). Cumpre notar que a recolha de provas não deve ser feita se não existirem procedimentos forenses claros ou capacidade de analisar as provas.

Outras necessidades médicas que possam exigir tratamento:

- » risco de hepatite B e de tétano, caso em que podem ser administradas vacinas e profilaxia se tiver havido risco de exposição e as vacinas não estiverem actualizadas;
- » a incontinência urinária ou fecal pode indicar complicações graves resultantes da lesão, tais como fístulas ou lesões do esfíncter rectal, que exijam intervenção cirúrgica;
- » pode ser necessário um exame físico e/ou externo dos órgãos genitais para avaliar as lesões. Um exame físico pode também ser tranquilizador para o sobrevivente, para garantir que está bem fisicamente, que não tem lesões internas e que está livre de infecções.

Durante a avaliação, o assistente social deve também procurar compreender:

- » se a criança já foi aos serviços de saúde e que tratamento recebeu;
- » necessidades continuadas de cuidados e tratamento médicos para este incidente, incluindo consultas de seguimento.

Planificação de acções relativas ao caso: saúde e cuidados médicos

A planificação de acções relativas ao caso em resposta a necessidades médicas centra-se na prestação de informações à criança e/ou ao seu encarregado sobre os serviços disponíveis, a forma como esses serviços podem responder às necessidades identificadas, os potenciais riscos/consequências do acesso a esses serviços e o que o sobrevivente pode esperar ao receber o serviço.

As crianças sobreviventes e os seus encarregados afirmam que receber informações e explicações claras sobre os processos, respeitar a privacidade e a confidencialidade, dar respostas sem juízos de valor que comuniquem credulidade e dêem prioridade à segurança e às necessidades da criança ou do adolescente são aspectos fundamentais da prestação de cuidados de saúde.¹⁰⁵ Os assistentes sociais têm um papel a desempenhar na facilitação do acesso aos serviços de saúde, preparando o sobrevivente e seu encarregado para o serviço e obtendo o consentimento informado para fins de reencaminhamento.

¹⁰⁵ Broadus-Shea, E. et al., 'A review of literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse', Child Abuse & Neglect, 116, 2021.

Prestar informações: os assistentes sociais devem ser capazes de explicar ao encarregado e ao sobrevivente, de uma forma centrada na criança, que:

- » os serviços de saúde sexual mais completos podem ser recebidos no prazo de 72 horas após um incidente de abuso sexual;
- » alguns serviços (mas não todos) podem ser recebidos no prazo de 120 horas após um incidente de abuso sexual;
- » mesmo semanas ou meses após a ocorrência do abuso, é importante propor um reencaminhamento para os serviços de saúde, uma vez que apenas alguns serviços são sensíveis ao factor tempo;
- » em quaisquer exames físicos, incluindo um exame forense para efeitos de recolha de provas, a criança tem direito a:
 - decidir quem mais está presente na sala enquanto decorre o exame;
 - decidir quem faz o exame (homem ou mulher);
 - escolher o local onde o exame é efectuado – por exemplo, ao colo de um encarregado de confiança, numa cadeira, na mesa de exame;
 - receber explicações sobre o que vai acontecer antes de cada fase;
 - dar o seu consentimento/assentimento informado dos vários processos e etapas do exame;
 - interromper o exame a qualquer momento.

Exemplo de texto para preparar uma criança para os serviços de saúde (concretamente alguns aspectos dos cuidados clínicos)

Quando fores ao centro de saúde, vais ser atendido(a) por um [inserir ponto focal de cuidados clínicos no contexto]. O teu [encarregado não agressor ou outra pessoa de apoio identificada] pode acompanhar-te e ficar contigo enquanto falas com o [ponto focal], mas o [ponto focal] pode querer falar contigo a sós durante alguns minutos. O profissional de saúde explicar-te-á tudo, fará algumas perguntas para te conhecer melhor, saber mais sobre o que aconteceu e perceber quais são os melhores cuidados médicos a prestar-te. Pode pedir para te examinar, analisar o teu corpo para ver se estás saudável e bem. Este processo não é doloroso. Poderá receitar-te medicamentos para te ajudar a maneres-te saudável. Tens alguma dúvida sobre quem te vai atender ou o que vai acontecer no centro de saúde?

Gerir desafios comuns nos

encaminhamentos médicos: Uma componente do papel do assistente social consiste também em discutir os potenciais riscos e preocupações que podem existir no acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, os riscos comuns e os possíveis obstáculos à procura e recebimento de cuidados podem ser:

- » as atitudes, crenças e preconceitos dos profissionais de saúde em relação aos sobreviventes de abuso sexual;
- » a falta de formação em princípios orientados para as crianças e centrados nos sobreviventes;
- » o reconhecimento ou a capacidade limitados para dar resposta às necessidades específicas de crianças sobreviventes de abuso sexual de orientações diversas;
- » leis e procedimentos de denúncia obrigatória problemáticos.

Dependendo da qualidade dos serviços de saúde, os assistentes sociais podem ter de preparar a criança e/ou o encarregado para o facto de o pessoal de saúde poder não ter formação sobre a prestação de serviços centrados na criança. O assistente social deve conversar com a criança/encarregado sobre a forma de resolver esse problema. Por exemplo:

- » o assistente social pode acompanhar a criança sobrevivente?
- » há mais alguém que possa acompanhar a criança e que se sinta confiante para defender os cuidados a prestar-lhe?
- » há algum momento em que a criança e/ou o encarregado podem decidir interromper os serviços?

Atitudes dos profissionais de saúde em relação às raparigas adolescentes

Tal como outros prestadores de serviços, os profissionais de saúde podem ter determinados preconceitos em relação às raparigas adolescentes, o que pode resultar em acções particularmente problemáticas e em mais danos para estas sobreviventes. As raparigas adolescentes podem ser culpabilizadas e humilhadas tanto pelos pais ou encarregados como pelos prestadores de cuidados de saúde. O estigma associado à actividade sexual pode resultar na relutância dos prestadores de cuidados de saúde e dos pais ou encarregados em prestar às raparigas adolescentes todos os serviços de saúde reprodutiva disponíveis quando procuram serviços de gestão clínica da violação. O preconceito por parte do profissional de saúde também pode estar associado a práticas consuetudinárias que apoiam o casamento precoce e forçado de crianças com o perpetrador, assim como a sujeição das raparigas a testes de virgindade. Se um profissional de saúde apoiar estas práticas, pode aumentar o risco de o profissional de saúde envolver a justiça tradicional, os líderes comunitários ou a polícia contra os desejos ou o superior interesse da rapariga adolescente e do seu encarregado.

Os assistentes sociais devem conversar com a adolescente e com seu encarregado não agressor sobre as atitudes potenciais, os preconceitos e os danos potenciais que a equipa de cuidados de saúde pode causar nestas situações.

Denúncia obrigatória: em alguns contextos, as leis de denúncia obrigatória exigem o preenchimento de documentação e a sua apresentação às autoridades policiais antes de receber cuidados de saúde. Algumas leis penalizam os profissionais de saúde, caso estes não procedam à denúncia, com a perda de licenças ou da capacidade de exercer a profissão. Mesmo quando estas leis contêm isenções ou tiverem sido revogadas, os profissionais de saúde podem continuar a funcionar na convicção de que são obrigados a denunciar. Nestes casos, é importante que os assistentes sociais informem a criança e seu encarregado antes de procederem a um encaminhamento, que conversem sobre as possíveis consequências de uma denúncia obrigatória e que elaborem um plano de segurança nesse âmbito.

Pode ser necessário recolher provas no âmbito das leis de denúncia obrigatória. Por exemplo, uma lei pode exigir que a recolha de provas esteja concluída para receber cuidados médicos completos. As crianças e os encarregados afectados por estas leis têm de ter conhecimento deste facto antecipadamente, a não ser que a necessidade de serviços de emergência seja impeditiva de o abordar.

Avaliação: Necessidades psicossociais

A saúde mental e o apoio psicossocial (SMAPS) são fundamentais para garantir que as crianças sobreviventes de abuso sexual possam curar-se e continuar a criar mecanismos de sobrevivência que possam ajudar na sua recuperação. Em contextos humanitários, os programas de SMAPS para sobreviventes, famílias e comunidades devem utilizar uma abordagem integrada destinada a apoiar a resiliência das crianças.¹⁰⁶ Uma abordagem integrada reconhece a importância das actividades de SMAPS que promovem a resiliência e apoiam as estratégias de sobrevivência das crianças, das suas famílias e das suas comunidades, reconhecendo ao mesmo tempo que os serviços especializados de saúde mental podem não estar sempre disponíveis. Os assistentes sociais podem ser os primeiros prestadores de serviços a falar com as crianças sobreviventes de abuso sexual e os prestadores de serviços com mais experiência e formação para responder às necessidades de SMAPS. Por conseguinte, as intervenções de SMAPS que prestam (no nível 2 da pirâmide de SMAPS: Apoios comunitários e familiares e nível 3: Apoio específico e não especializado) constituem formas de apoio críticas para a recuperação da criança sobrevivente.

As intervenções de SMAPS devem atender às necessidades mentais, emocionais, sociais e espirituais das crianças sobreviventes e dos seus encarregados/familiares. Devem criar recursos internos e externos para que as crianças e os seus encarregados/famílias possam fazer face às adversidades.

A gestão de casos, quando utiliza uma abordagem centrada no sobrevivente, promove a saúde mental e o bem-estar psicossocial e pode ser considerada uma forma de SMAPS. Quando prestam assistência sem formular juízos, validação e apoio para aceder aos recursos, os assistentes sociais podem ter um impacto positivo na recuperação do sobrevivente.¹⁰⁷ Os assistentes sociais estão bem posicionados para prestar intervenções básicas de SMAPS às crianças sobreviventes e aos seus encarregados, na sequência do processo inicial de gestão de casos. Por último, a gestão de casos é também um método importante para ajudar os sobreviventes a terem acesso a outros programas e recursos de SMAPS na sua comunidade.

Condução da avaliação das necessidades psicossociais e de saúde mental nos CCS

Após a avaliação inicial e as acções destinadas a satisfazer as necessidades imediatas, como a segurança e a saúde, os assistentes sociais podem começar a avaliar as necessidades psicossociais e de saúde mental mais específicas. Os assistentes sociais podem utilizar a ferramenta *Avaliação das necessidades de saúde mental e psicossociais nos CCS* para compreender melhor o ambiente social e familiar da criança, o seu bem-estar psicológico e os seus pontos fortes.

¹⁰⁶ Comité Permanente Interagências, *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, 2007.

¹⁰⁷ Garcia-Moreno, et al., 'The health-systems response to violence against women', *The Lancet*, 385, No. 9977, 2014.

Antes de fazer a avaliação da saúde mental e psicossocial: os assistentes sociais devem determinar a capacidade da criança para participar numa avaliação de saúde mental e psicossocial com base na sua capacidade de compreender o que está a acontecer e na sua vontade de participar. No entanto, de um modo geral, as avaliações de saúde mental e psicossociais podem ser feitas em crianças a partir dos oito anos. Os assistentes sociais terão também de decidir se – e como – devem envolver na avaliação os encarregados da criança ou outros adultos de confiança. A análise da pessoa mais apta a participar na avaliação da criança e da família depende de informações específicas susceptíveis de terem sido descobertas durante as fases iniciais da gestão do caso. Por exemplo, um assistente social pode considerar a presença de:

- » um encarregado/progenitor solidário e não agressor;
- » a pessoa que reencaminhou a criança para os serviços, tendo em conta a relação dessa pessoa com a criança;
- » pessoas identificadas directamente pela criança como adultos de confiança na sua vida ou pessoas que passam muito tempo com a criança.

A ferramenta *Avaliação de saúde mental e psicossocial dos CCS* orienta o assistente social para compreender a situação da criança no que respeita:

- » aos contextos familiares e sociais, incluindo uma avaliação da relação progenitores/criança;
- » ao bem-estar e funcionamento quotidianos;
- » aos sentimentos e convicções dos encarregados em relação à criança e ao abuso sexual;
- » aos pontos fortes da criança e da família;
- » à oportunidade de avaliar outras questões de segurança (como parte da intervenção em curso).

A ferramenta em anexo inclui orientações e considerações detalhadas.

Planificação de acções relativas ao caso: Intervenções de SMAPS

Existem intervenções comuns e eficazes que os assistentes sociais podem fazer para ajudar as crianças com as dificuldades de SMAPS detectadas durante o processo de avaliação e que não requerem uma formação e especialização extensivas em matéria de cuidados de saúde mental. Estas podem ser:

- » educação para a cura;
- » formação de relaxamento;
- » identificação e formação em capacidade de superação;
- » resolução de problemas.

Cada uma destas intervenções exige recursos humanos e financeiros específicos, assim como um certo grau de formação de competências e de apoio à supervisão dos prestadores de serviços (nota: os supervisores não necessitam de ser especialistas em saúde mental para poderem prestar a supervisão correcta). Estas intervenções também são normalmente um complemento à gestão generalizada de casos, e não uma substituição. São geralmente integradas no processo de gestão de casos.

A Tabela 6.2 apresenta uma visão geral de cada intervenção, a quem se destina, os seus objectivos assim como a formação e a supervisão necessárias para a implementar. As instruções para a implementação de cada intervenção podem ser encontradas nas ferramentas no final deste Capítulo.

Tabela 6.2: Intervenções de SMAPS

Intervenção	Alvo	Objectivo	Formação necessária	Supervisão
<u>Educação para a cura</u> ¹⁰⁸	Crianças dos 5 a 6 anos consoante a maturidade; encarregados.	Compreender o impacto do abuso sexual. Aprender a manter-se mais segura no futuro e a superar as reacções emocionais e físicas provocadas pelo abuso.	Conhecimentos técnicos de alto nível em matéria de abuso sexual de crianças. Formação de 1 a 3 dias, consoante as competências e a experiência existentes.	Incluir nas sessões de supervisão em curso. Controlos específicos dos planos de reforço das capacidades.
<u>Formação de relaxamento</u>	Consoante o exercício, crianças com idade igual ou superior a 2 anos; encarregados.	Lidar com o stress e reduzir os sintomas fisiológicos, tais como taquicardia ou palpitações, dificuldade em dormir ou de concentração, raiva, ansiedade, etc. ¹⁰⁹	Sessões práticas que incluem uma explicação do exercício e do seu objectivo, uma demonstração do exercício, tempo de prática e reflexão.	Supervisão das sessões práticas. Controlo da implementação durante a supervisão regular.
<u>Plano de superação</u>	Crianças com idade igual ou superior a 10 anos. Dependendo da maturidade e das capacidades, uma criança mais nova pode, em parceria com o seu encarregado.	As crianças identificam e desenvolvem os seus próprios mecanismos internos de superação, incluindo competências para se acalmarem, para reconhecerem quando precisam de pedir apoio e para gerirem emoções difíceis.	Prática com supervisão.	Observação e feedback através da prática. Reflexão sobre a implementação.

¹⁰⁸ IRC e UNICEF, [Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings](#), IRC e UNICEF, 2012.

Embora o termo técnico seja "psicoeducação", o termo "educação para a cura" foi desenvolvido como parte do projecto-piloto das Orientações sobre CCS originais, porque era mais fácil de traduzir e compreender noutras línguas. A segunda edição de CCS continua a utilizar "educação para a cura" por uma questão de coerência.

¹⁰⁹ McNeil, D.W. & Lawrence, S., [Formação de relaxamento](#) in M. Hersen & W. Sledge (Eds), *Encyclopedia of Psychotherapy*, Elsevier Academic Press, 2002.

<u>Resolução de problemas</u>	Crianças (com idade igual ou superior a 10 anos). Dependendo da maturidade e das capacidades, uma criança mais nova pode, em parceria com o seu encarregado.	Indivíduos com ferramentas para identificar e resolver problemas que surgem dos factores de stress da vida, para melhorar a qualidade de vida em geral. ¹¹⁰	Prática com supervisão.	Observação e feedback através da prática. Reflexão sobre a implementação.
--------------------------------------	--	--	-------------------------	--

Outras actividades: Cada uma das intervenções apresentadas nesta secção pode ser realizada com recursos, tempo e formação adicionais mínimos. No entanto, isso não acontece em todas as actividades de SMAPS que uma equipa de gestão de casos pode considerar úteis e pretender implementar com crianças sobreviventes de abuso sexual. Existem vários recursos para apoiar as equipas na integração adequada dos serviços de SMAPS nos programas. Para os intervenientes em matéria de PC e da VBG que trabalham com crianças sobreviventes, estes incluem:

- » As normas mínimas para a violência baseada no género em situações de emergência.
- » Normas mínimas para a protecção da criança em acção humanitária.
- » O [Pacote de serviços mínimos de saúde mental e apoio psicossocial](#).

¹¹⁰ Nezu, A.M., Maguth Nezu, C. & D'Zurilla, T., [Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual](#), Springer Publishing, 2012.

4ª FASE: IMPLEMENTAÇÃO

Durante esta fase, o assistente social irá:

- » ajudar e defender as crianças para obterem serviços de qualidade;
- » prestar intervenções directas, se necessário (saúde mental e psicossocial);
- » realizar todos os procedimentos de denúncia obrigatória, em conformidade com o superior interesse da criança;
- » liderar a coordenação dos cuidados.

Uma vez concluídas as fases da avaliação inicial e da planificação de acções relativas ao caso, é altura de implementar o plano de acção. Normalmente, as crianças e as famílias necessitam de assistência para terem acesso a outros serviços (por exemplo, reencaminhamento para intervenções de segurança e cuidados médicos). Em muitos contextos, os assistentes sociais prestam directamente serviços de SMAPS e serviços semelhantes, assim como estabelecem a ligação entre as crianças e as famílias e outras entidades.

Ajudar e defender as crianças para obterem serviços de qualidade

Com base no plano de acção criado entre a criança e o assistente social, este último cumprirá as suas responsabilidades relacionadas com a obtenção dos serviços necessários. Existem muitas formas diferentes de o assistente social ajudar a criança e seu encarregado a obter serviços. As acções típicas podem ser:

- » acompanhar as crianças/encarregados à polícia, aos serviços de saúde e a outros prestadores de serviços;
- » defender a criança. Alguns exemplos comuns são a defesa:
 - junto da polícia e do pessoal de segurança para tomarem medidas de protecção;
 - de cuidados e tratamentos médicos compassivos e de qualidade;
 - de que os pontos de vista e as opiniões das crianças sejam tidos em consideração nas acções que afectam a sua vida e bem-estar.
- » reunindo com os prestadores de serviços (por exemplo, profissionais de saúde) para explicar o que aconteceu e fornecer informações sobre o abuso, para que a criança não seja forçada a repetir a sua história (as informações que o assistente social partilha já devem ter sido discutidas com a criança durante a planificação de acções relativas ao caso).

Prestar intervenções directas (saúde mental e psicossocial)

Em caso de instituições de gestão de casos que também prestam intervenções directas de SMAPS, os assistentes sociais realizam intervenções de SMAPS durante esta fase. As intervenções directas de SMAPS, como as descritas na secção anterior, são intervenções prestadas pelo assistente social directamente à criança e/ou à família.

Cumprir os procedimentos de denúncia obrigatória

Parte da responsabilidade do assistente social consiste em cumprir todos os procedimentos de denúncia obrigatória que são exigidos num determinado contexto. Os requisitos de denúncia obrigatória já devem ter sido discutidos com a criança e seu encarregado no âmbito do processo de consentimento informado e durante a planificação de acções relativas ao caso. A criança e seu encarregado devem estar plenamente conscientes do processo, dos procedimentos e do protocolo. Tal como referido no Capítulo 5, as decisões sobre a denúncia obrigatória devem ser tomadas em conjunto com a criança e seu encarregado e de acordo com os princípios do superior interesse, da orientação para o sobrevivente e de não causar danos. As medidas de atenuação dos riscos e a planificação de segurança relacionados com a denúncia obrigatória já devem estar estabelecidos com a criança e seu encarregado antes da realização de qualquer denúncia.

Liderar a coordenação dos cuidados

Cabe ao assistente social liderar a coordenação dos cuidados da criança. As actividades de coordenação podem incluir a organização directa do acesso aos serviços; a redução das barreiras quanto à obtenção de serviços; o estabelecimento de ligações; e outras actividades registadas nas notas de progresso. As estratégias de coordenação específicas para a gestão do caso de CCS e que devem ter lugar a nível organizacional/sectorial são apresentadas no Capítulo 8: Coordenação. No entanto, existem mecanismos específicos que os assistentes sociais podem utilizar para coordenar os cuidados ao nível do caso, tais como:

- » **Consultas de casos:** um mecanismo útil para procurar apoio e orientação de um supervisor, de um assistente social sénior ou de outro prestador de serviços sobre uma questão específica de um caso (tal como a composição de problemas de PC ou de VBG). São especialmente úteis quando o caso poderia beneficiar de uma consulta especializada que ultrapassa o âmbito da equipa que faz a gestão do caso.
- » **Conferências de casos:** criam uma oportunidade regular para que vários prestadores de serviços analisem os planos de casos complexos e/ou de alto risco. Podem ser especialmente úteis para resolver situações em que as necessidades de uma criança não estão a ser satisfeitas; para identificar ou clarificar questões de coordenação em curso entre os prestadores de serviços; e para fornecer à criança serviços mais completos, coordenados e integrados.

A Tabela 6.3 apresenta os pormenores destes mecanismos em termos de participantes, prazos e questões de privacidade e protecção de dados.

Tabela 6.3: Características das consultas e conferências de casos

Tipo de encontro	Consulta de casos	Conferência de casos
Qual é o objectivo?	Procurar apoio e orientação de um supervisor, de um assistente social sénior ou de outro prestador de serviços sobre uma questão específica de um caso. Especialmente relevante quando o caso pode beneficiar de uma consulta especializada que ultrapassa o âmbito da equipa que faz a gestão do caso.	Criar uma oportunidade regular para que vários prestadores de serviços analisem os planos de casos complexos e/ou de alto risco. Pode ser especialmente úteis para resolver situações em que as necessidades de uma criança não estão a ser satisfeitas; para identificar ou clarificar questões de coordenação em curso entre os prestadores de serviços; e para fornecer à criança serviços mais completos, coordenados e integrados.
Quem participa?	O assistente social da criança, o supervisor e pelo menos um assistente social ou supervisor do outro sector.	A criança e/ou seu encarregado (se necessário), o assistente social, o supervisor e, pelo menos, um membro do pessoal ou supervisor de cada um dos outros serviços – ou organizações – que prestam serviços à criança e à sua família.
	<i>NÃO devem estar presentes na consulta ou conferência pessoas que não estejam directamente envolvidas no caso da criança sobrevivente.</i>	
Quando ocorre?	Sempre que necessário. Muitas vezes, iniciado no início do processo de gestão do caso. Pode ser particularmente relevante quando uma criança e/ou seu encarregado não desejam ser reencaminhados para outros serviços, mas as suas necessidades ultrapassam os conhecimentos do assistente social principal.	Regularmente através do processo de gestão do caso. O assistente social principal ou, se necessário, um supervisor directo é responsável por agendar estas reuniões periódicas, convidar os participantes (assegurando um aviso prévio suficiente), definir uma ordem de trabalhos e facilitar a reunião.
Há partilha de dados de identificação?	Não. O caso deve ser discutido em termos gerais (por exemplo, “a criança”, “a encarregada”, em vez de nomes ou outros identificadores).	Sim, porque a criança sobrevivente e/ou seu encarregado estão presentes e todos os participantes na reunião já devem estar activamente envolvidos no processo de gestão do caso.

5ª FASE: ACOMPANHAMENTO DO CASO

Durante esta fase, o assistente social irá:

- » acompanhar o caso e monitorizar os progressos;
- » implementar um plano de acção revisto (se necessário);
- » continuar a prestar apoio no domínio da saúde mental e psicossocial.

As visitas de acompanhamento do caso permitem que a criança e o assistente social se actualizem mutuamente sobre as medidas tomadas desde o primeiro encontro e garantam que a criança tenha recebido os serviços necessários e avaliem qualquer melhoria na sua situação. As visitas de acompanhamento também proporcionam ao assistente social a oportunidade de reavaliar a situação de segurança da criança, avaliar quaisquer novas necessidades urgentes que possam ter surgido desde o último encontro e discutir necessidades e cuidados a longo prazo.

O acompanhamento regular também ajuda o assistente social a continuar a criar confiança com a criança sobrevivente de abuso sexual e com o encarregado não agressor, o que, muitas vezes, ajuda as crianças sobreviventes de abuso sexual e os encarregados não agressores a revelarem aspectos adicionais do abuso sexual e/ou novos problemas. O abuso sexual de crianças pode provocar um grande isolamento, pelo que o acompanhamento regular ajuda a incutir um sentimento de ligação e esperança nas crianças sobreviventes e nos seus encarregados não agressores.

Nas visitas de acompanhamento, os assistentes sociais devem definir com a criança e seu encarregado os horários e os mecanismos durante a avaliação inicial e o processo de planificação de acções relativas ao caso. Os encontros de acompanhamento devem ter lugar num local onde a criança se sinta confortável e onde a confidencialidade possa ser protegida. Devem incluir uma hora, data e local específicos com base nas necessidades individuais.

6ª FASE: ENCERRAMENTO E AVALIAÇÃO DO CASO

Nesta fase, o assistente social irá:

- » avaliar se o caso está pronto para ser encerrado e aplicar os procedimentos de encerramento do caso;
- » avaliar os serviços através do feedback do utente.

Avaliar e implementar o encerramento do caso

De um modo geral, os casos devem ser encerrados quando:

- » o plano do caso está completo e é satisfatório, e o acompanhamento está concluído;
- » não houve qualquer contacto com o utente durante um determinado período (por exemplo, mais de 30 dias);
- » a criança utente e o assistente social concordam que não é necessário apoio adicional.

O encerramento do caso é uma oportunidade para os assistentes sociais reverem o plano de acção do caso com as crianças sobreviventes de abuso sexual e com os encarregados não agressores e para discutirem se os objectivos da gestão do caso foram atingidos. O assistente social deve promover um debate com a criança sobrevivente e seu encarregado não agressor, de forma adequada à idade e à fase de desenvolvimento da criança sobrevivente, sobre se os seus objectivos foram atingidos e se são necessários serviços adicionais. Os assistentes sociais, juntamente com a criança sobrevivente e seu encarregado não agressor, devem reflectir sobre se o encerramento do caso da criança sobrevivente é do seu melhor interesse.

Quando os casos são muito complexos, e especialmente quando os riscos são muito elevados, é provável que um caso permaneça em aberto durante muito tempo. Esta é uma questão que deve ser debatida e planificada com o supervisor de gestão de casos, para garantir que os serviços não são comprometidos por uma necessidade organizacional de encerrar um caso antes de todas as questões terem sido resolvidas.

Em contextos em que os assistentes sociais podem ver a criança sobrevivente de abusos sexuais apenas uma vez, devem dar prioridade às fases de avaliação e planificação de acções relativas ao caso e fornecer o máximo de informação possível às crianças sobreviventes. O assistente social deverá documentar exaustivamente as informações fornecidas à criança. O assistente social deve manter o caso aberto por um período de 30 dias e, em seguida, encerrá-lo se não houver qualquer contacto com a criança utente ao fim de 30 dias.

Em contextos em que é possível fazer um acompanhamento, os casos não devem ser encerrados até que o último acompanhamento seja satisfatório. Isso acontece normalmente quando as necessidades da criança e da família estão satisfeitas e/ou os seus sistemas de apoio (normais ou novos) estão a funcionar. É importante ter a certeza de que o encerramento do caso é centrado na criança e que esta está preparada para o seu encerramento. Quando um caso é encerrado, o assistente social deve dar à criança (e ao encarregado, se necessário) garantias de que o podem contactar no futuro, se necessário. Os assistentes sociais devem documentar quando um caso é encerrado e as razões específicas para o fazer.

Avaliar os serviços de gestão de casos através do feedback do utente

A avaliação é uma forma de os assistentes sociais receberem feedback das crianças sobreviventes de abuso sexual e dos encarregados não agressores aos quais prestaram apoio. O objectivo do feedback do utente é melhorar os serviços e responder melhor às necessidades das crianças sobreviventes no futuro. Não deve ser utilizado como um instrumento de avaliação do desempenho do pessoal. Na maioria das vezes, as avaliações dos serviços são feitas através de uma entrevista com a criança sobrevivente e com o encarregado não agressor por um membro da equipa que não seja o assistente social da criança. Em alguns casos, podem preencher um questionário escrito. De um modo geral, as directrizes para envolver e entrevistar directamente as crianças sobreviventes como parte da avaliação de um serviço são as seguintes:

- » se a criança tiver uma idade igual ou inferior a 9 anos e seu encarregado tiver participado activa e positivamente nos cuidados e no tratamento da criança, apenas o encarregado de educação deve ser entrevistado;
- » se a criança tiver entre os 10 e 12 anos e seu encarregado tiver participado activa e positivamente nos cuidados e no tratamento da criança, os encarregados devem ser entrevistados. No entanto, as crianças nesta idade também devem ser questionadas sobre a sua opinião relativamente aos cuidados que receberam; podem ser incluídas na entrevista com o encarregado de educação ou entrevistadas separadamente. Esta questão deve ser decidida caso a caso;
- » se a criança tiver entre os 14 e 18 anos, pode ser entrevistada directamente sobre a sua opinião relativamente aos serviços prestados. Se necessário, pode ser importante conduzir uma entrevista separada com o encarregado da criança, se este tiver participado activa e positivamente nos cuidados e no tratamento da criança. De um modo geral, os adolescentes devem dar autorização ao assistente social antes de o encarregado da criança ser contactado.

Tal como acontece com todos os serviços, os assistentes sociais devem obter a autorização da criança sobrevivente de abusos sexuais e do encarregado não agressor para fazer a avaliação do serviço. Os assistentes sociais devem informar as crianças sobreviventes de que todas as respostas serão confidenciais e que a entrevista não inclui perguntas sobre o seu caso; serve apenas para obter informações sobre os serviços que receberam. Se a criança sobrevivente souber ler e escrever e quiser preencher o questionário sozinha, também pode fazê-lo.

FERRAMENTAS DE PLANIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

Um plano de segurança é um instrumento que o assistente social e a criança (e os seus familiares, se necessário) criam para reduzir o risco de danos. O plano é elaborado em conjunto com a criança e inclui a identificação de locais e pessoas seguros. Também descreve as formas como as crianças podem procurar segurança em diferentes situações. Estão apresentadas abaixo as ferramentas que os assistentes sociais podem utilizar para facilitar os debates sobre segurança e planificação de segurança com crianças de diferentes idades.

Tabela de planificação de segurança

A tabela de planificação de segurança utiliza as categorias de: padrões relacionados com a segurança da criança, respostas da criança a situações de insegurança, pessoas de apoio na vida da criança e locais seguros a que a criança já tem acesso ou pode ter acesso. O assistente social pode conversar sobre estes tópicos com a criança utilizando as perguntas como guia – primeiro avaliando a segurança e depois utilizando essa informação para apoiar a planificação de segurança. A primeira tabela pode ser utilizada com crianças mais velhas. A segunda tabela é uma versão condensada que pode ser utilizada com crianças mais pequenas.

Tópico	Avaliar a segurança	Planificação de segurança
Padrões	» Podes falar-me de alguns dos momentos em que te sentes inseguro/a? » Estás num lugar específico? » É a uma determinada hora do dia? » Estás sozinho/a? Se não, quem está contigo? » Reparaste em alguma coisa em particular que venha antes disso (violência)?	» Existe alguma forma de evitares...[local] sem te meteres em sarilhos? » Há algum adulto em quem confies que possa estar contigo...[no momento ou no local identificados]? » Há alguma coisa que possamos fazer para que te sintas mais seguro/a em casa/na escola, etc.?
Resposta	» O que costumavas fazer quando estás em perigo ou te sentes assustado/a? » O que é que costumavas fazer nessa situação? » Essa estratégia funciona bem para ti? » Há mais alguma coisa que gostarias de fazer? » Tens telefone ou acesso ao telefone de um vizinho, amigo, familiar, etc.? » És capaz de guardar o teu dinheiro/ telemóvel num local seguro?	» Tem saldo no telemóvel? » Conheces alguém que te empreste o telemóvel? » Se houver problemas, podes telefonar... » Tens um/a amigo/a que te possa ajudar a aceder a [inserir local ou serviço] em segurança? » Consegues transportar contigo os teus objectos importantes (por exemplo, documentos, dinheiro, fotografias) para o caso de teres de te deslocar rapidamente?
Pessoas solidárias	» Com quem é que falas ou chamas a atenção se estiveres em perigo? (por exemplo, um vizinho, um amigo, um familiar, um funcionário) » Há alguém em quem confies que saiba do abuso? » Há alguém que possa falar com (o agressor) sobre a sua violência sem que te meta em sarilhos?	» Há alguém perto de ti a quem recorras para obter ajuda e conselhos? » Existe alguém próximo a quem te sentirias à vontade para te dirigires se não te sentisses seguro/a? » Podes contactar-me se não te sentires seguro/a. Gostarias de o fazer?

Locais seguros	» Para onde é que vais quando estás em perigo? » Há algum lugar onde gostarias de ir, mas ainda não foste?	» Há algum lugar para onde possas ir se não te sentires seguro/a? » Conheces algum espaço seguro nas proximidades? (por exemplo, vizinho, líder comunitário, espaço adequado para crianças, etc.) » Como sairias de casa em caso de perigo? » Há algum dia ou hora em que possas sair de casa e circular mais livremente? (ou seja, menos susceptível de ser observado/a) » Tens alguma irmã ou irmão que te pudesse ajudar (ou que quisesse ajudar) se estivesses em perigo? » Pedirias ajuda a (ou ajudarias) algum dos teus irmãos e irmãs para ir contigo?
-----------------------	---	---

Para utilização com crianças mais pequenas

Tópico	Avaliar a segurança	Planificação de segurança
Pessoas solidárias	» Tens um/a amigo/a que é muito bondoso/a? O que gostas nele/a? » Com quem falas quando te sentes preocupado/a? » Tens aqui um/a vizinho/a em quem confies?	» Se estivesses preocupado/a ou perturbado/a, quem gostarias que te ajudasse? » Se estivesses preocupado/a ou perturbado/a, poderias ir para...(ou seja, um adulto de confiança, como um vizinho ou o pai de um amigo).
Locais seguros	» Tens algum lugar preferido por aqui? » Para onde vais quando te sentes preocupado/a ou inseguro/a? » Sabes onde se encontra o/a ? (indique um espaço seguro, como um espaço de protecção da criança, um líder comunitário, a polícia, etc.)	» Se estivesses preocupado/a ou perturbado/a, irias para o/a...(espaço seguro identificado)? » Precisas de algum apoio para chegares ao teu espaço seguro? (por exemplo, de um vizinho ou de um irmão/amigo mais velho). » Vamos desenhar um mapa do caminho desde a tua casa até ao teu espaço preferido/seguro?

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

A lista de verificação de segurança ajuda a identificar acções específicas que as crianças podem tomar quando se sentirem inseguras. Documentam o plano e/ou memorizam acções específicas, tais como números, palavras de código, etc. Este método é adequado para crianças com idade igual ou superior a 10 anos (ou, de um modo mais geral, para crianças que sabem ler e escrever facilmente).

Se existir um problema ou se não me sentir seguro/a...	
Posso telefonar a alguém utilizando estes números de telefone	
Posso utilizar esta palavra de alerta	
Posso dirigir-me a estas pessoas	
Posso dirigir-me a estes locais	
Posso sair da minha casa fazendo estas coisas	
Posso levar estas coisas comigo	
Posso ajudar (ou pedir ajuda) às minhas irmãs e irmãos	

Mapa da comunidade

O mapa da comunidade ajuda o assistente social a compreender melhor a comunidade da criança; a delinear os riscos e os factores de protecção na comunidade; e a identificar pessoas e locais seguros e inseguros. Pode ser utilizado com crianças dos 4 aos 12 anos.

Neste exercício, o assistente social pede à criança para:

- » desenhar uma pequena casa no meio do papel;
- » desenhar todos os locais e pessoas que conhece perto da casa e os identificar;
- » marcar cada um dos locais de que gosta com a sua cor preferida;
- » assinalar com uma cor diferente cada um dos locais de que não gosta.

Depois, o assistente social fala sobre o desenho com a criança para compreender o seu desenho e a forma como a criança marcou pessoas e locais. O assistente social pode utilizar esta informação para ajudar a criança a compreender e trabalhar com os factores de risco e de protecção.

CÍRCULO DE SEGURANÇA

O círculo de segurança pode ser utilizado para compreender melhor que objectos, pessoas ou locais fazem uma criança sentir-se segura ou insegura; identificar as pessoas a quem as crianças podem recorrer quando se sentem inseguras; e identificar os locais onde as crianças podem dirigir-se quando se sentirem inseguras. Pode ser utilizado com crianças dos 3 aos 12 anos.

Neste exercício, a criança desenha um círculo e coloca dentro do círculo o que e quem a faz sentir-se segura. Esta pode ser uma excelente forma de identificar preocupações de segurança que a criança possa ter. O assistente social pode levar esta actividade um pouco mais longe e pedir à criança que desenhe fora do círculo as coisas de que tem medo ou que a fazem sentir-se insegura (sendo o círculo o limite simbólico da segurança). Isso pode fornecer informações adicionais sobre a percepção que a criança tem do risco (o quê e quem) e da segurança (o quê e quem).

AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL DOS CUIDADOS A CRIANÇAS SOBREVIVENTES

Instruções:

A Avaliação de saúde mental e apoio psicossocial dos cuidados a crianças sobreviventes (Avaliação de SMAPS dos CCS) pode ser administrada como uma avaliação autónoma várias vezes ao longo do processo de gestão de casos de CCS. Não deve ser administrada quando a criança sobrevivente revela o abuso pela primeira vez, necessita de cuidados médicos imediatos ou expressa que está a sentir dores físicas. Normalmente, a primeira oportunidade será no segundo ou terceiro encontro com a criança e com os encarregados não agressores.

Para os supervisores:

Se a sua instituição não possuir uma avaliação psicossocial geral, pode integrar esta avaliação na sua abordagem e nas ferramentas de gestão de casos existentes, depois de o pessoal ter recebido formação sobre a forma de a utilizar. Se a sua instituição tiver uma avaliação psicossocial geral para a qual os assistentes sociais tenham recebido formação e tenham experiência de utilização, as componentes desta avaliação podem ser integradas na ferramenta existente da instituição. No mínimo, os seguintes elementos devem ser incluídos:

- » principais preocupações/problemas;
- » família e qualidade de vida;
- » apoio social;
- » avaliação do funcionamento da criança;
- » pontos fortes da criança e da família.

A planificação de acções para SMAPS pode ser integrado nos formulários de planificação de acções existentes.

Para os assistentes sociais:

Quando o assistente social, a criança sobrevivente e os encarregados não agressores trabalham em conjunto e tratam das necessidades imediatas de saúde e segurança, o assistente social pode ter a oportunidade de explorar de forma mais profunda e tratar das necessidades psicossociais da criança. Poderá também identificar necessidades psicossociais para o encarregado, no entanto, estas terão de ser tratadas através de um reencaminhamento para outro assistente social. Ao administrar a avaliação de SMAPS:

- » não se esqueça de reservar o tempo necessário, de fazer pausas e de avançar ao ritmo da criança;
- » antecipe a possibilidade de tanto a criança como o encarregado não agressor poderem achar algumas perguntas difíceis de responder, trazer à tona emoções difíceis e situações dolorosas;
- » utilize métodos de comunicação e de questionamento adequados ao desenvolvimento, incluindo jogos, desenhos e outros métodos. Não se esqueça de discutir sempre os desenhos para evitar interpretações incorrectas;
- » ao planificar as acções, concentre-se nos pontos fortes, nas capacidades de resistência e nas formas de os melhorar, para além de abordar as preocupações, as fontes de stress, etc.

Considere as seguintes orientações para cada uma das principais secções da ferramenta.

Parte 1: Avaliação geral da criança:

- » considere se será relevante saber junto dos encarregados quais são, na sua opinião, os principais problemas e preocupações;
- » se possível, avalie os principais problemas com a criança e com os encarregados separadamente, para que ambos possam partilhar livremente com o assistente social;
- » preste atenção ao facto de as principais preocupações/inquietações da criança e do encarregado serem as mesmas ou diferentes;
- » se as preocupações/inquietações forem diferentes, o assistente social deve discutir as preocupações da criança com o encarregado para promover a comunicação e a compreensão entre a criança e o encarregado;
- » registe as principais preocupações sentidas pela criança e pelos encarregados na **Parte I: Avaliação geral**.

Parte 2: Contexto familiar e social:

- » procure avaliar a situação familiar, social, espiritual e comunitária da criança para compreender melhor o ambiente mais abrangente que a rodeia;
- » centre-se em dados específicos sobre a situação de vida da criança (onde come e dorme? Quantas pessoas vivem na casa? etc.), assim como a experiência vivida pela criança, a fim de desenvolver o que já é conhecido a partir da avaliação inicial;
- » considere questões essenciais em torno da experiência vivida, incluindo:
 - em quem é que a criança confiava mais na família antes da ocorrência do abuso?
 - em quem é que a criança confia depois do abuso? A criança é feliz em casa? A criança tem as suas necessidades básicas satisfeitas (alimentação, vestuário, educação, protecção)?
 - a criança é tratada de forma diferente das outras crianças da família? Em caso afirmativo, como?
 - em que momento a criança pode brincar livremente?
- » ao considerar o ambiente mais abrangente, incluindo os aspectos sociais e espirituais da comunidade, avalie:
 - que áreas do apoio social da criança diminuíram após o abuso?
 - que actividades pode a criança aumentar, retomar ou iniciar? De que apoio necessita para participar nestas actividades?
 - que áreas do apoio social da criança permanecem fortes?
 - que recursos, incluindo líderes religiosos/comunidade, podem ser fontes de apoio?
- » registe os pormenores e factos importantes na **Parte II: Contexto familiar, social e espiritual**;
- » na secção **Outras Notas**, o assistente social pode registar informações adicionais que sejam importantes mas não específicas do contexto familiar, social e espiritual.

Parte 3: Funcionamento geral:

- » observe os comportamentos, os sentimentos e as expressões de queixas somáticas ou “físicas” da criança;
- » procure identificar mudanças que possam ter ocorrido desde o incidente de abuso sexual e/ou a revelação do abuso;
- » reconheça que os pontos de avaliação aqui incluídos não são exaustivos, mas representam alterações comuns observadas em crianças sobreviventes de abuso.

Utilize uma versão da afirmação específica adaptada à idade/desenvolvimento:

- » “Vou ler-te algumas frases. Diz-me até que ponto estas frases são VERDADEIRAS a teu respeito. Pensa em como estas coisas são verdadeiras desde [descreva o acontecimento abusivo... por exemplo, foste violado/a].”
- »
- » Explique que a criança deve fazer o seu melhor para responder “sim” ou “não” às afirmações que estão a ser lidas. Certifique-se de que são efectuadas adaptações razoáveis para ajudar a criança a responder “sim” ou “não”. Se a criança não puder dar uma resposta afirmativa ou negativa, indique “não tem a certeza” na secção de comentários.
- »

Parte 4: Sentimentos e convicções dos encarregados:

- » entenda que pode não ser possível avaliar com segurança os sentimentos e convicções dos encarregados. Mas, se possível, os sentimentos dos encarregados devem ser avaliados;
- » as perspectivas dos encarregados podem dar uma ideia do apoio (ou falta dele) que a criança está a receber;
- » faça uma série de perguntas e crie espaço para partilharem livremente os seus pontos de vista, sentimentos, opiniões e perguntas – realize esta parte da avaliação sem a presença da criança.

Utilize as seguintes perguntas-chave como ponto de partida para a avaliação dos sentimentos e convicções dos encarregados:

- » **qual é a sua percepção do abuso/do que aconteceu?** Esta pergunta ajuda o assistente social a perceber o que o encarregado sabe e compreende sobre o que aconteceu. O assistente social deve estar atento a declarações de culpa dirigidas à criança;
- » **o que sente em relação ao abuso/situação?** Esta questão procura saber explicitamente dos encarregados o que sentem em relação ao abuso sexual. Neste caso, o assistente social deve tentar avaliar o nível de sofrimento emocional dos encarregados e os seus sentimentos em relação à criança. Os assistentes sociais devem perguntar se os sentimentos dos encarregados mudaram em relação à criança desde o abuso;
- » **que mudanças notou na criança desde o abuso?** Muitas vezes, os relatos de sofrimento emocional das crianças vêm de adultos na vida da criança que notam mudanças de comportamento. Esta pergunta também fornece aos assistentes sociais mais informações sobre as perspectivas dos encarregados em relação às crianças;
- » **o que é que acha que vai ajudar a criança neste momento?** Identificar o que os encarregados pensam é útil e importante para ajudar na cura e na recuperação das crianças. Os encarregados solidários conhecem bem as crianças e as suas ideias sobre a forma de apoiar na cura das crianças devem ser solicitadas e integradas nos planos de cuidados psicossociais;
- » **quais são as suas principais preocupações e necessidades neste momento?** Esta pergunta dá oportunidade aos encarregados de partilharem as suas preocupações e receios pessoais, ao mesmo tempo que alerta o assistente social para necessidades/preocupações adicionais que possam afectar a criança.

Registe as respostas a estas perguntas na **Parte IV: Avaliação do encarregado**

Parte 5: Pontos fortes da criança e da família:

- » reconheça que as crianças e as famílias são resistentes e que a maioria das crianças sobreviventes recuperará com o apoio adequado;
- » avalie os pontos fortes da criança e os pontos fortes da família.

Os assistentes sociais devem ajudar as crianças a identificar os seus próprios pontos fortes, tais como:

- » a sua coragem;
- » as suas características de personalidade positivas;
- » o seu orgulho.

Perguntas como “Com tudo o que aconteceu, o que é que te faz sorrir, nem que seja só um bocadinho?” podem ajudar as crianças a identificar aspectos das suas vidas que lhes dão esperança. Se uma criança não conseguir identificar um ponto forte ou uma área de orgulho, o assistente social deve reforçar o que identificou pessoalmente na criança.

Os assistentes sociais também devem ajudar os encarregados a identificar os pontos fortes da família, incluindo:

- » pontos fortes pessoais como encarregado, tal como apoiar a criança, defender as necessidades da criança, proteger a criança e procurar serviços para a mesma, lidar com problemas familiares e incentivar as esperanças e os sonhos da criança;
- » ligação à criança – uma ligação forte e solidária entre os encarregados e a criança é vital para a sua recuperação;
- » capacidades, esperanças e sonhos da família – descubra como os encarregados resolvem tradicionalmente os problemas, quais as capacidades de que dispõem actualmente (amigos que os apoiam, família alargada, um lar não violento, etc.);
- » apoio social – ligação à comunidade e a redes mais alargadas;
- » Empregos e activos financeiros.

Registe os pontos principais deste debate na **Parte V: Pontos fortes da criança e da família.**

Uma vez avaliadas estas áreas, o assistente social analisa a informação e escolhe, em colaboração com a criança, intervenções psicossociais baseadas nos principais problemas identificados. Este processo e as medidas tomadas podem ser documentados no âmbito de um plano de acção existente ou na **Parte VI: Avaliação psicossocial e planificação de acções.**

Código do sobrevivente:

ID do incidente:

AVALIAÇÃO DE SMAPS DOS CUIDADOS A CRIANÇAS SOBREVIVENTES

Código do assistente social:

Data:

Hora:

PARTE I: PRINCIPAIS PROBLEMAS/PREOCUPAÇÕES

Nesta secção, os assistentes sociais devem fazer perguntas e/ou desenhar com as crianças para perceberem quais são os seus principais problemas e preocupações após a experiência de abuso. Nesta caixa, os assistentes sociais devem escrever o estado actual da criança com base nas suas próprias palavras.

PARTE II: CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL E ESPIRITUAL

Família e situação de vida: Orientações para a avaliação: onde é que a criança vive (dorme, come, que locais frequenta); quem vive na casa e a visita frequentemente; número de irmãos, a criança parece feliz em casa? A criança pode brincar livremente e onde? A criança parece ter medo e/ou não se aproximar dos progenitores/tutores, irmãos; A criança é tratada de forma diferente das outras crianças da família?

Apoio social (amizades, escola, participação na vida social e comunitária)	Espiritual/religioso:
Outras notas: (por exemplo, riscos de segurança identificados, etc.)	

PARTE III: Avaliação do funcionamento da criança

INSTRUÇÕES: O assistente social deve fazer estas perguntas à criança sobrevivente numa sala privada e confidencial. Diga: Vou ler algumas frases. Diz-me até que ponto estas frases são VERDADEIRAS a teu respeito. Pensa em como estas coisas são verdadeiras desde [descreva o acontecimento abusivo... por exemplo, foste violado/a]

<i>A marca X só pode estar presente numa coluna.</i>	SIM	NÃO	COMENTÁRIOS
1. Já não vejo os meus amigos tanto como antes.			
2. Deixei a minha actividade diária (por exemplo, a escola).			
3. Estou a ter mais brigas com as pessoas do que antes.			
4. Estou a ter dificuldade em adormecer ou em dormir.			
5. Tenho dores no corpo, dores de estômago, dores de cabeça ou outras dores.			
6. Preocupa-me que algo de mau possa acontecer.			
7. Sinto-me triste e sem esperança.			
PONTUAÇÃO TOTAL:			

PARTE IV: Avaliação do Encarregado (se possível)

O que sabe sobre o abuso e o que aconteceu?	
O que sente em relação ao abuso e ao que aconteceu?	
Que mudanças notou na criança desde o abuso?	
O que acha que vai ajudar a criança neste momento?	
Quais são as suas principais preocupações e necessidades neste momento?	

PARTE V: Pontos fortes da criança e da família**Pontos fortes/factores de protecção da criança**

(coisas que a criança gosta de fazer, relações positivas com os encarregados, pessoas em quem confia e que a apoiam, capacidade de resolver problemas, sentir-se esperançosa, riso, etc.)

Pontos fortes/factores de protecção do encarregado e da família

(relação forte e positiva com a criança, outros membros da família; capacidade de lidar com o stress; apoio social e comunitário; emprego/rendimento)

PARTE VI: Avaliação e planificação de acções (apenas para preenchimento pelo assistente social)

Perguntas de avaliação	SIM	NÃO	N/A	Plano de acção para a intervenção (inclua qual é a acção, quem é o responsável e o prazo)
1. A criança disse ter problemas de funcionamento (Consulte os elementos de Funcionamento 1– 3)? Se sim: intervenções necessárias: 1. Resolução de problemas 2. Educação para a cura 3. Formação de relaxamento				
2. A criança disse sentir-se ansiosa ou preocupada (Consulte os elementos de Funcionamento 4– 6)? Se sim: intervenções necessárias: 1. Formação de relaxamento 2. Educação para a cura Resolução de problemas (se necessário)				
3. A criança disse ter sentimentos negativos (Consulte os elementos de Funcionamento 6–7)? Se sim: intervenções necessárias: 1. Superação em 3 fases 2. Educação para a cura 3. Formação de relaxamento				

Enumerar os pontos fortes (da criança e da família) que podem apoiar a cura da criança. (escola, actividades, sentido de humor, etc.).	
Outras áreas de necessidade identificadas durante a avaliação que exijam intervenção (directa e/ou de reencaminhamento) (se não tiverem sido abordadas acima)	
Necessidade identificada:	Plano de acção (inclua que acção, quem fará o quê e o prazo).

Próxima consulta de acompanhamento agendada para (data/hora) _____

EDUCAÇÃO PARA A CURA

VISÃO GERAL

A educação para a cura implica que um assistente social forneça informações específicas e exactas sobre abuso sexual e tópicos relacionados a crianças utentes e membros da família.¹¹¹ O conhecimento capacita as crianças e ajuda os sobreviventes e os membros da família a recuperar.

Os assistentes sociais devem fornecer informações sobre:

- » os factos sobre o abuso sexual, para aumentar o sentido de compreensão da criança sobre o que viveu;
- » como se manter segura no futuro.

Além disso, as sessões de educação para a cura, especificamente destinadas aos encarregados, ajudam-nos a prestar o melhor apoio a crianças sobreviventes de abuso.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O FORNECIMENTO DE EDUCAÇÃO PARA A CURA

- » a educação para a cura envolve a discussão de tópicos sensíveis com as crianças; por conseguinte, pode ser mais adequada para adolescentes (com 10 anos ou mais) e para encarregados;
- » esta intervenção pode ser implementada individualmente ou em grupo com sobreviventes e crianças e adolescentes em risco;
- » é recomendável ter facilitadores do mesmo sexo e grupos do mesmo sexo, principalmente para adolescentes;
- » adapte os métodos de educação para a cura de crianças e famílias à cultura local para garantir que a informação é transmitida da forma mais culturalmente adequada possível;¹¹²
- » a educação para a cura pode ser fornecida mesmo que a criança não revele o que lhe aconteceu, uma vez que esta intervenção fornece informações gerais sobre o abuso sexual e não sobre a experiência específica da criança.

¹¹¹ IRC e UNICEF, [Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings](#). IRC e UNICEF, 2012.

¹¹² Ibid.

INSTRUÇÕES PARA PROPORCIONAR A EDUCAÇÃO PARA A CURA

1ª Fase: Agendar um encontro com a criança (e com o encarregado, se necessário):

Pergunte à criança e seu encarregado se estão dispostos a participar numa sessão especial de educação para a cura. Explique que gostaria de partilhar com eles informações que os podem ajudar a compreender e a gerir o que aconteceu. Assegure-lhes que a sessão terá lugar num espaço privado e que não durará mais de uma hora.

O tempo disponível para trabalhar com uma criança dependerá da sua relação com ela, da disponibilidade da família para se envolver e do contexto da situação. Trabalhe com o seu supervisor para encontrar formas de estruturar e realizar as sessões de educação para a cura que abranjam informações fundamentais.

2ª Fase: Conduzir as sessões:

Determine quantas sessões adicionais pode agendar com a criança com base nas suas necessidades e nas oportunidades de reuniões de acompanhamento. Caso seja possível encontrar-se regularmente com a criança, tente agendar pelo menos três sessões para dar educação e apoio para a cura. Se for provável que só seja possível realizar uma sessão, aborde o máximo de informações possível nessa sessão.

TÓPICOS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A CURA

A educação para a cura abrange três tópicos principais:

- » Tópico 1: O que todas as crianças e famílias devem saber;
- » Tópico 2: Segurança corporal e planificação de segurança;
- » Tópico 3: O papel do encarregado no processo de cura das crianças.

Os tópicos 1 e 2 envolvem tanto a criança como o encarregado e podem ser abordados numa ou duas sessões. O tópico 3 deve ser realizado numa sessão separada, apenas com o encarregado.

Tópico 1: O que todas as crianças e famílias devem saber:

As crianças e os encarregados precisam de saber factos exactos sobre o abuso sexual de crianças. Explique sempre que o abuso sexual de crianças não é culpa da criança e que ela não deve ser culpabilizada. De facto, compreender o abuso sexual é importante para o processo de cura e recuperação da criança e da família. É por isso que começamos com factos sobre o abuso sexual quando fornecemos educação para a cura a crianças e encarregados. Os principais factos e informações a abordar na primeira sessão são:

- » o que é abuso sexual de crianças?
- » porque é que isso acontece e quem é que o comete?
- » como é que as crianças se podem sentir após um abuso sexual (reações comuns)?
- » a tendência das crianças para manterem o silêncio sobre os abusos **(especialmente importante para os encarregados)**.

O que é o abuso sexual de crianças?

Informações essenciais numa linguagem simples:

- » o abuso sexual de crianças ocorre quando um adulto ou alguém mais velho do que tu toca ou esfrega as suas partes íntimas ou te obriga a participar em actividades sexuais ou a testemunhar actos sexuais. Por vezes, a pessoa mais velha pede-te para tocar nas suas partes íntimas. O abuso sexual também ocorre quando alguém fala sexualmente contigo, te obriga a ver vídeos ou imagens de cariz sexual ou faz coisas de cariz sexual à tua frente;
- » o abuso sexual é sempre errado e a culpa é sempre da pessoa que o cometeu.

Adapte esta secção de informações para incluir informações específicas do contexto local.

Porque é que isso acontece e quem é que o comete?

Informações essenciais numa linguagem simples:

- » o abuso sexual acontece com muitas crianças. Acontece com rapazes e raparigas de todas as idades. Independentemente de seres rico ou pobre, o abuso sexual acontece com muitas crianças diferentes em todo o mundo;
- » o importante é lembrar que ser abusado sexualmente não é culpa tua; não tem que ver com o teu aspecto ou com algo que tenhas feito;
- » a pessoa que te fez isto pode ser alguém que conheces, como um familiar ou um amigo próximo. Ou pode ser um desconhecido por completo;
- » na maior parte das vezes, as crianças sofrem abuso sexual por alguém que conhecem e em quem confiam.

Como é que as crianças se podem sentir após o abuso (reacções comuns)?

Informações essenciais numa linguagem simples:

- » as crianças têm muitos sentimentos diferentes quando sofrem abuso sexual e depois do abuso sexual. Os diferentes sentimentos podem ser difíceis de compreender. É normal que as crianças tenham muitos sentimentos diferentes em relação ao abuso;
- » algumas crianças sentem-se muito zangadas com a pessoa ou têm medo dela. Algumas crianças sentem-se tristes e não querem falar com ninguém. Algumas crianças até se sentem culpadas pelo que aconteceu;
- » todos estes sentimentos são normais e comuns;
- » por vezes, estes sentimentos podem afectar a forma como as crianças se comportam. Algumas crianças sentem medo depois de terem sido abusadas e não querem dormir sozinhas ou não gostam de estar sozinhas;
- » algumas crianças ficam muito zangadas e envolvem-se em muitas brigas. Algumas crianças sentem-se muito tristes e só têm vontade de chorar constantemente;
- » ajuda muito falar sobre todos estes sentimentos.

Tendência das crianças para manterem o silêncio sobre os abusos

Informações essenciais, principalmente para os encarregados:

- » há muitas razões para as crianças não contarem a um adulto quando sofrem abuso;
- » por vezes, a pessoa que abusa da criança diz-lhe que é “um segredo” e que não deve contar a ninguém;

- » por vezes, a pessoa faz ameaças e diz coisas como: “Se contares a alguém, faço-te mal” ou “faço mal à tua família”;
- » a pessoa que magoou a criança pode até lhe dizer que ninguém acreditará se ela contar;
- » por vezes, as crianças não contam porque têm vergonha, se sentem embaraçadas ou têm medo de se meterem em sarilhos;
- » é importante que compreenda que o que aconteceu não é culpa da criança. A criança precisa do seu apoio e da sua aceitação;
- » pode ter muitos sentimentos em relação ao facto de a criança ter sofrido abuso sexual. Podemos falar sobre os seus sentimentos e sobre a forma de o apoiar também.

Tópico 2: Segurança corporal e planificação de segurança:

Para além de avaliações de segurança regulares e consistentes, realize uma sessão separada com as crianças e os encarregados sobre segurança corporal e planificação de segurança. As crianças necessitam de desenvolver capacidades de comunicação e confiança para reagir a experiências potencialmente abusivas ou angustiantes. Embora a formação em competências de segurança pessoal não garanta que a criança estará 100% segura, pode ajudar as crianças a sentirem-se mais em controlo e confiantes para responder a ameaças quando estas ocorrerem. Os principais conceitos a abordar nesta sessão são:

- » estar atento e informado;
- » ser cauteloso e estar preparado;
- » ser assertivo.

Estar atento e informado

Ensine as crianças sobre possíveis perigos no seu ambiente e ajude-as a prestar atenção às suas intuições. É importante que as crianças saibam reconhecer os sinais de perigo que indicam um risco acrescido e que ensaiem a sua reacção em caso de perigo. Estas conversas podem também ter tido lugar no âmbito da gestão normal do caso.

Ser cauteloso e estar preparado

Como parte da educação geral sobre segurança, fale com as crianças sobre o que fazer se/quando se sentirem inseguras. Faça com que as crianças pratiquem as respostas adequadas ao perigo ou à violência potencial através de dramatizações, etc. Isso pode aumentar a autoconfiança e a eficácia da criança para lidar com uma potencial ameaça. Ao ensinar uma criança sobre planificação de segurança, considere o seguinte:

- » ajude a criança a designar alguns adultos que a fazem sentir-se segura (se a criança estiver a ter dificuldades, pergunte sobre pessoas específicas, como um professor, um encarregado, um irmão, um amigo). Uma vez identificadas as pessoas seguras, encoraje a criança a falar com elas se se sentir preocupada ou insegura (como parte da planificação de segurança, estas pessoas devem ser envolvidas/incluídas numa sessão para as reconhecer previamente como “pessoas seguras” na vida da criança);
- » ajude a criança a designar os locais que a fazem sentir-se segura, principalmente os locais para onde iria se não se sentisse segura em casa;

- » trace um plano com a criança e pratique a forma como ela reagiria caso se sentisse insegura. O que é que faria? O que é que diria? É importante que as crianças pratiquem dizer “Não!” a um adulto que esteja a fazer algo que as faça sentir-se desconfortáveis. A dramatização é muito importante para ajudar as crianças a praticar o “Não”.

Ser assertivo

Comece por falar sobre o que é correcto e o que não é correcto tocar. As crianças devem praticar o que fariam se tivessem contacto com algo que não é correcto. É importante explicar à criança os seguintes pontos:

- » ninguém deve tocar nas tuas partes íntimas de uma forma sexual, mesmo que seja alguém que conheces e amas;
- » se te sentires esquisito/a, estranho/a ou desconfortável com a forma como alguém te toca, deves dizer a essa pessoa: “Não!”.
- » dê às crianças técnicas (correr, esconder-se, pedir ajuda, chamar, gritar) para usar em resposta a toques ou comportamentos inadequados. Certifique-se de que ajuda a criança a identificar um adulto de confiança em quem possa confiar se alguém a voltar a ameaçar.

Durante esta sessão, é importante desenvolver a confiança e a capacidade da criança para proteger o seu corpo.

Tenha cuidado para não transmitir a mensagem de que, se o abuso voltar a acontecer, a culpa é da criança. O abuso sexual é sempre culpa do agressor e as crianças que foram ensinadas a proteger melhor o seu corpo podem ainda assim sofrer abusos. Se o fizerem, não é porque a criança não foi suficientemente assertiva ou não estava preparada para se proteger. Isso deve-se ao facto de o agressor ter mais poder sobre a criança e de esta não ser de modo algum responsável por qualquer abuso.

Tópico 3 (sessão para encarregados): Papel do encarregado no processo de cura das crianças:

Organize uma sessão com os encarregados para que estes possam partilhar a sua compreensão e sentimentos sobre o abuso sexual. Os encarregados desempenham um papel essencial na cura e na recuperação das crianças. De facto, a cura é mais fácil quando as crianças são apoiadas por amigos e familiares no seu ambiente doméstico e comunitário. Os encarregados estão sujeitos a muito stress após a ocorrência de um abuso sexual. Podem sentir-se culpados por uma série de razões, tais como não terem protegido a criança. Podem sentir raiva porque sentem que a criança lhes trouxe vergonha e/ou raiva do agressor. Podem também sentir-se confusos sobre o que fazer a seguir; e muitas outras emoções tumultuosas.

Durante a sessão com o encarregado, permita que este exprima os seus sentimentos e manifeste as suas preocupações sem o julgar. No entanto, deve interpelar os encarregados se estes parecerem culpar a criança pelo abuso ou se adoptarem atitudes de julgamento em relação à criança. Os principais tópicos a abordar durante a sessão são:

- » o papel dos encarregados na cura das crianças;
- » o que os encarregados devem ter em atenção e como podem ajudar;
- » os serviços de assistência disponíveis para o encarregado.

Papel do encarregado na cura das crianças

- » os encarregados desempenham um papel essencial na cura das crianças. Muitas crianças recuperam do impacto do abuso sexual quando têm o apoio das suas mães, pais e familiares;
- » os encarregados devem encorajar toda a família a apoiar a criança. A família deve tratar a criança com compaixão e fazê-la sentir-se amada;
- » as crianças devem continuar a ir à escola, a brincar e a “ser crianças” após o abuso sexual. O abuso sexual não deve impedir a criança de continuar a desenvolver-se e a participar em actividades adequadas à mesma.

O que os encarregados devem ter em atenção e como podem ajudar

- » após o abuso sexual, as crianças podem sentir-se envergonhadas, embaraçadas, assustadas, zangadas ou tristes. Se os encarregados notarem que a criança se está a comportar de forma diferente (por exemplo, recusando-se a ir à escola, a ver os amigos ou outros comportamentos diferentes), devem falar com ela e procurar ajuda;
- » os encarregados podem ajudar as crianças, não as culpando pelo abuso, fazendo-as sentir-se confortáveis e felizes em casa;
- » os encarregados podem ajudá-las reconhecendo e validando os seus sentimentos e reacções, respondendo às suas necessidades e dando-lhes tempo e espaço para que possam lidar com a experiência à sua maneira;
- » os encarregados devem proteger a criança e certificar-se de que ela não será prejudicada pelo agressor ou por qualquer outra pessoa;
- » os encarregados devem encorajar a criança a regressar à escola e a retomar as actividades diárias;
- » os encarregados não devem falar sobre o abuso com vizinhos ou outras pessoas. Os encarregados não devem falar sobre o abuso sexual da criança à frente da criança (excepto se o superior interesse da criança indicar que os encarregados falem sobre o abuso com um médico, um conselheiro jurídico ou um assistente social);
- » os encarregados devem sempre reforçar que o abuso sexual é sempre errado e que a culpa é sempre do agressor.

Os serviços de assistência disponíveis para o encarregado

Os encarregados, principalmente se forem mães, podem culpar-se a si próprios pelo abuso sexual. Os assistentes sociais devem apoiar as mães e não culpá-las pelo abuso sexual.

- » os encarregados também podem ter reacções fortes após a ocorrência de um abuso sexual na sua família. Podem sentir-se tristes, zangados, deprimidos, assustados ou confusos. É normal. É normal que as pessoas afectadas por abuso sexual sintam estas emoções;
- » os encarregados podem culpar-se a si próprios pelo abuso. Mas o abuso sexual é sempre culpa do agressor. A culpa não é da criança nem é do encarregado;
- » os encarregados devem falar com amigos ou outras pessoas de confiança ou procurar apoio adicional se estiverem a ter dificuldades na sua vida quotidiana devido às suas reacções ao abuso sexual;
- » ofereça apoio ao encarregado para discutir os seus sentimentos sobre o abuso sexual da criança e para encontrar melhores formas de superar o impacto do abuso:
 - informe o encarregado sobre os serviços e apoios adicionais disponíveis para ele e para a criança;
 - facilite o reencaminhamento para quaisquer serviços que o encarregado deseje receber.

SUGESTÕES PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS

Gerir declarações potencialmente prejudiciais:

Oiça atentamente os pensamentos e sentimentos expressos pela criança e pelo encarregado. Durante este processo, o encarregado pode fazer declarações que podem ser prejudiciais para as crianças (por exemplo, pode parecer culpar a criança pelo abuso e direccionar a sua raiva para a criança). Para evitar que tal aconteça, organize uma sessão separada com o encarregado, de preferência antes de se encontrar com a criança, para abordar quaisquer convicções que sejam potencialmente prejudiciais para as crianças e que possam servir de obstáculos ao processo de cura.

Adaptar a informação ao nível de compreensão da criança:

Adapte sempre as técnicas de comunicação (e, em certa medida, a informação partilhada) à idade e à fase de desenvolvimento da criança. Por exemplo, com crianças mais pequenas, forneça informações básicas através de desenhos, brincadeiras e dramatizações. Com crianças mais velhas, são úteis materiais escritos. Isso dá-lhes a oportunidade de compreenderem as coisas por si próprias e de fazerem perguntas para entrarem em diálogo.

Inclua os encarregados solidários:

Uma criança sobrevivente deve receber educação para a cura juntamente com um encarregado, desde que a criança se sinta confortável e seu encarregado esteja empenhado em apoiar a criança. Isso cria uma oportunidade para o assistente social afirmar abertamente à criança e ao encarregado que o abuso não é culpa da criança.

A realização de sessões separadas com os encarregados também é importante, uma vez que permite ao assistente social abordar quaisquer convicções e ideias erradas prejudiciais que o encarregado possa ter e discutir estratégias para o encarregado corrigir com a criança se já tiver comunicado declarações prejudiciais ou realizado acções prejudiciais. Dependendo da idade e da fase de desenvolvimento da criança, também podem ser úteis sessões individuais com a criança para conversar sobre os sentimentos que esta possa ter em relação às reacções e declarações do seu encarregado.

Se o encarregado se zangar:

Se um encarregado se zangar ou começar a culpar a criança durante a sessão, peça-lhe educadamente que saia. Embora a raiva seja uma emoção humana normal e possa ser importante para o processo de cura do encarregado, não é bom continuar uma sessão com uma criança e seu encarregado, se este for incapaz de controlar os seus sentimentos e reacções. Utilize o tempo restante para falar com a criança sobre o que acabou de acontecer com o encarregado e reiterar as principais mensagens: a criança não é culpada pelo abuso nem pelas reacções do encarregado. Em seguida, aborde o assunto com o encarregado e marque uma sessão individual para discutir o assunto em maior profundidade. Numa ou mais sessões adicionais com o encarregado, trabalhe com ele para mudar as suas convicções prejudiciais e gerir a sua raiva, canalizando-a em direcções mais positivas, principalmente em frente da criança.

Terminar a sessão:

Antes de terminar a sessão, reveja as informações que abordou com a criança e seu encarregado. Pergunte a ambas as partes o que consideram ter sido mais útil na sessão. Também é importante perguntar à criança e ao encarregado se têm alguma dúvida sobre as informações fornecidas durante a sessão. Antes de a criança e seu encarregado saírem, dê-lhes a possibilidade de participarem noutra sessão de educação para a cura na semana seguinte, se necessário.

FORMAÇÃO DE RELAXAMENTO

VISÃO GERAL

Os assistentes sociais podem ensinar às crianças formas de superar o stress e de reduzir os sintomas fisiológicos, tais como taquicardia ou palpitações, dificuldade em dormir ou de concentração, raiva, ansiedade, etc. As pesquisas sugerem que as crianças tendem a expressar o stress de forma física. Por exemplo, as crianças podem apresentar sintomas físicos – como dores de cabeça, dores de estômago, náuseas, dores não descritas – quando estão a sofrer de stress emocional. Assim, as crianças podem beneficiar da compreensão da ligação entre o stress emocional e o seu impacto no corpo. Ao aprender técnicas para relaxar o corpo, as crianças podem adquirir ferramentas para ajudar a reduzir os seus sintomas físicos.

CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

As técnicas devem variar em função das necessidades, preferências e idade do indivíduo e devem ser adaptadas ao contexto local. Considere:

- » fazer uma oração;
- » ver uma vela a tremeluzir;
- » dançar e cantar;
- » exercícios de respiração;
- » qualquer outra técnica que possa ajudar a criança a relaxar o corpo e a mente, incluindo as descritas no presente anexo.

A variedade de exercícios de relaxamento que podem ser fornecidos significa que certos exercícios podem ser ajustados mesmo para crianças muito pequenas (2 anos ou mais). Podem ser modelados exercícios respiratórios simples para crianças pequenas para serem realizados com elas. As imagens guiadas ou outras técnicas de relaxamento mais complexas podem ser mais adequadas para crianças dos 6 anos ou mais. Os supervisores e os assistentes sociais devem analisar várias técnicas e recursos para determinar as técnicas mais aplicáveis ao contexto e susceptíveis de serem aceites e utilizadas pelas crianças e pelos seus encarregados.

INSTRUÇÕES PARA TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Os assistentes sociais podem ensinar às crianças novas formas de superar o stress para reduzir as reacções negativas. Com as técnicas básicas de relaxamento, as fases para as aplicar seguirão um padrão semelhante. A maior parte dos exercícios de relaxamento pode ser feita em três ou quatro fases fundamentais.

1ª Fase: Explicar o exercício:

Dê uma explicação simples do exercício e do seu objectivo. Se existir a possibilidade de o exercício provocar desconforto ou emoções difíceis, explique esse facto desde o início. Por exemplo, diga: “Hoje vamos fazer um tipo de respiração especial. Este tipo de respiração tem como objectivo ajudar-nos a sentirmo-nos calmos quando estamos perturbados. Por vezes, quando começamos a praticar este tipo de respiração pela primeira vez, podemos sentir-nos estranhos ou nervosos. Quando experimentares isto, se te sentires desconfortável, podes sempre parar de respirar desta forma e voltar à forma como estás a respirar agora”.

Não se esqueça de adaptar as descrições dos exercícios de relaxamento ao desenvolvimento e à maturidade da criança. Por exemplo, para uma criança pequena, pode dizer: “Vamos fazer uma respiração chamada respiração profunda da barriga. Com esta respiração, queremos inspirar o máximo de ar possível para encher a barriga como um balão. Depois esvaziamos os nossos balões da barriga o mais lentamente possível”.

2ª Fase: Demonstrar o exercício:

Faça sempre uma demonstração do exercício primeiro para que o encarregado e a criança o possam ver antes de fazerem. Pode ser necessário exagerar o exercício para práticas de demonstração, especialmente se for um tipo de respiração ou um exercício sem muito movimento.

3ª Fase: Fazer com que a criança (e seu encarregado) pratique o exercício:

Peça à criança e seu encarregado para praticarem o exercício. Isso pode incluir fazer o exercício com eles ou dar-lhes instruções verbais enquanto praticam. Por exemplo, diga: “Vamos inspirar pelo nariz, contando até três, e expirar pela boca, contando até três. Faremos isto três a quatro vezes. Depois, vamos tentar inspirar e expirar, contando até quatro. Estão prontos para começar?”

“Inspirem pelo nariz e contem até três... dois... um. Agora expirem pela boca e contem até três... dois... um. Repitam três vezes”.

4ª Fase: Pedir à criança para praticar em casa:

Os exercícios de relaxamento requerem prática. Peça às crianças e seus encarregados que pratiquem os exercícios em momentos adequados. Associe a prática ao que o exercício está a tentar alcançar especificamente para essa criança. Peça à criança que comece por praticar duas ou três vezes quando se sentir segura, quando puder praticar sem interrupções ou quando se sentir pronta para praticar. Também deve pedir à criança que tente lembrar-se de como são as sessões de prática e o que sente depois de praticar. Diga à criança que irá lhe perguntar sobre o seu trabalho para casa na próxima sessão. À medida que a criança se sentir mais à vontade com os exercícios e tiver ideias sobre os exercícios de relaxamento de que gosta e que funcionam para ela, peça-lhe que os utilize quando se sentir perturbada, angustiada ou com outras emoções difíceis que a criança tenha identificado como algo em que precisa de apoio.

Este anexo apresenta orientações sobre duas técnicas de relaxamento. Também fornece alguns recursos adicionais para outros exercícios de relaxamento. As técnicas de relaxamento descritas nesta secção são:

- » respiração diafragmática controlada;
- » relaxamento corporal.

RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA CONTROLADA

A respiração diafragmática controlada é uma técnica importante para ajudar crianças e adultos a gerir a ansiedade e o stress. É normalmente ensinada para ajudar as crianças a superar pensamentos stressantes e sentimentos opressivos. O objectivo da respiração diafragmática controlada é fazer com que as crianças se concentrem na sua respiração, de modo a respirarem profunda e lentamente. Elas aprendem também que existem estratégias que as podem ajudar a superar sentimentos de tensão ou ansiedade. Finalmente, aprendem que, ao concentrarem-se nos seus padrões de respiração, podem distrair-se de pensamentos ou imagens desagradáveis. Uma vantagem de uma ferramenta como a respiração diafragmática controlada é que os assistentes sociais podem demonstrá-la às crianças e também podem acompanhar de perto o seu progresso na utilização correcta da estratégia. Ao ensinar a respiração diafragmática controlada às crianças, siga três fases:

1ª Fase: Explicar a técnica:

Explique à criança porque é que ela deve aprender uma técnica de respiração. Por exemplo, diga: “Hoje vamos aprender uma forma de nos ajudarmos a acalmar e a gerir o nosso nervosismo e os nossos sentimentos de perturbação. Vou mostrar-te uma actividade de respiração que pode ajudar a acalmar a tua mente e o teu corpo. Quando nos sentimos perturbados, temos tendência para respirar mais depressa e não tão profundamente. Isso não permite a entrada de ar suficiente nos pulmões, o que pode fazer com que o nosso corpo se sinta fora de controlo. Fazer este exercício de respiração quando estás perturbado vai ajudar-te a levar mais ar para os pulmões. Controlar a respiração ajudará o corpo e a mente a relaxar. É também algo que podes fazer em qualquer momento e em qualquer lugar”.

2ª Fase: Demonstrar a técnica:

Mostre à criança como inspirar e expirar lentamente. As indicações para a respiração controlada são:

- » colocar-se numa posição confortável (deitado ou sentado confortavelmente);
- » concentrar-se na respiração, inspirando e expirando pelo nariz. Colocar uma mão sobre o estômago e outra no peito. Ao inspirar, a mão sobre o estômago deve mover-se para cima e, ao expirar, deve mover-se para baixo. A mão sobre o peito não deve mover-se.

3ª Fase: Pedir à criança que pratique a respiração diafragmática:

- » algumas crianças podem gostar de se deitar no chão com um pequeno brinquedo ou objecto sobre a barriga. A cada respiração, o objecto deve mover-se para cima e para baixo. Pode também pedir à criança que imagine que a sua barriga é um balão;
- » elogie a criança enquanto ela pratica a técnica. Depois de a criança ter tentado algumas respirações, instrua-a para respirar mais lentamente nas expirações do que nas inspirações. Pode ajudar contar durante as respirações, dizendo: “Primeiro, respira lenta e profundamente pelo nariz. Conta em um... dois... três e vê o teu estômago, não os teus ombros, a subir. Depois expira um... dois... três... quatro... cinco e vê o teu estômago a baixar”;
- » quando a criança conseguir entrar num ritmo respiratório, peça-lhe que escolha uma palavra para dizer em silêncio enquanto expira. Bons exemplos são “calmo” ou “seguro”. Peça à criança que tente pensar apenas na sua respiração e nesta palavra. Quando lhe vierem outros pensamentos à cabeça, a criança deve tentar imaginá-los a desaparecer;

- » peça à criança que pratique a respiração controlada todos os dias em casa, durante alguns minutos ou mais, se puder. As crianças podem praticar enquanto adormecem à noite ou num outro momento que lhes seja conveniente. As crianças mais velhas podem registar estas práticas em casa num formulário e discuti-las mais tarde. Ajude a criança a decidir quando/onde os trabalhos de casa serão feitos, tentando identificar eventuais obstáculos à prática autónoma. Inicialmente, as sessões de prática devem ser feitas quando a criança está calma e consegue concentrar-se, e não em momentos de stress e ansiedade.

Inclua os encarregados:

Os progenitores podem ser ensinados a controlar a respiração diafragmática para ajudar os seus filhos a aprender e a praticar estas competências em casa. Além disso, os próprios progenitores beneficiam muitas vezes destas competências, tendo em conta os elevados níveis de stress a que podem estar sujeitos. A mesma técnica de respiração controlada ensinada à criança pode ser ensinada aos progenitores. Para ajudar a reforçar a competência, as crianças podem ser envolvidas no ensino da técnica aos progenitores durante a sessão.

RELAXAMENTO CORPORAL

As crianças e os adultos podem utilizar esta ferramenta como forma de relaxar o corpo e diminuir a tensão muscular. É importante para crianças e adultos que tenham dificuldade em adormecer ou que apresentem sintomas físicos de ansiedade. O relaxamento corporal é normalmente ensinado fazendo com que as pessoas alternem entre a tensão e o relaxamento dos músculos. Concentrar-se nesta diferença ensina as crianças a reconhecer os sentimentos de tensão e a neutralizá-los. Há muitas formas de ensinar às crianças competências de relaxamento, algumas das quais dependem da idade da criança. Este anexo explica algumas delas, mas seja sempre criativo quando ajudar as crianças a aprender a relaxar. Podem ser utilizados jogos, dança, música e outras actividades para ensinar a técnica.

1ª Fase: Explicar o relaxamento corporal

Explique o que é o relaxamento corporal e por que é importante. Por exemplo, diga: “Por vezes, todos nós nos sentimos um pouco assustados ou nervosos. Quando temos estes sentimentos, o nosso corpo pode ficar tenso ou apertado. É uma sensação incómoda, que por vezes até dói. Para ajudar a livrar-te dessas sensações de tensão, vamos ajudar-te a aprender a relaxar o teu corpo. Isso pode ajudar-te a sentires-te mais solto e mais calmo”.

2ª Fase: Conduzir a criança no exercício de relaxamento corporal

Os assistentes sociais devem receber formação (e saber praticar) em relaxamento corporal para se certificarem de que o podem demonstrar eficazmente. Os assistentes sociais podem orientar as crianças nas técnicas de relaxamento corporal, seguindo estas instruções:

1. A criança deve sentar-se ou deitar-se numa posição confortável. A criança deve ficar o mais confortável possível. Se a criança quiser, pode fechar os olhos.
2. Diga à criança: “Inspira e expira profundamente pelo nariz. Faz isso outra vez. Vou pedir-te para apertares e relaxares músculos específicos do teu corpo. Concentra-te na sensação dos teus músculos, principalmente na diferença entre apertados e relaxados. Após apertares, um músculo sentir-te-ás mais relaxado”.

3. Diga à criança:

- Primeiro, concentra-te nos grandes músculos das pernas. Contraí todos os músculos das pernas. Sente como os músculos das tuas pernas estão apertados e tensos neste momento. Aguenta mais alguns momentos ... e agora relaxa. Liberta toda a tensão. Sente os músculos das pernas a ficarem moles, soltos e relaxados. Repara como os músculos estão agora relaxados. Sentes a diferença entre tensão e relaxamento? Desfruta da agradável sensação de relaxamento das tuas pernas.
 - Agora concentra-te nos músculos dos teus braços. Aperta os ombros, os braços, os antebraços e as mãos. Cerra bem os punhos. Torna os músculos dos teus braços e mãos tão tensos quanto possível. Aperta com mais força... e mais força... mantém a tensão nos braços, ombros e mãos. Sente a tensão nestes músculos. Aguenta por mais alguns momentos... e agora solta. Deixa os músculos dos ombros, braços e mãos ficarem moles. Sente o relaxamento à medida que os teus ombros descem para uma posição confortável e as mãos relaxam ao teu lado. Deixa os músculos dos braços relaxarem completamente.
 - Concentra-te novamente na tua respiração – lenta, uniforme e regular. Inspira e relaxa. Expira a tensão. Inspira e relaxa. Expira a tensão. Continua a respirar lentamente, para dentro e para fora.
 - Agora, contraí os músculos das costas. Puxa os ombros para trás e contraí os músculos ao longo da coluna vertebral. Arqueia ligeiramente as costas ao contraíres estes músculos. Segura... e relaxa. Liberta toda a tensão. Sente as tuas costas a relaxar confortavelmente numa postura boa e saudável.
 - Concentra agora a tua atenção nos músculos do peito e do estômago. Aperta e contraí estes músculos. Aperta-os ainda mais... mantém a tensão... e solta-os. Relaxa os músculos do peito e do estômago.
 - Por fim, contraí os músculos do rosto. Fecha os olhos, enruga o nariz e contraí os músculos das bochechas e do queixo. Mantém esta tensão no teu rosto... e relaxa. Liberta toda a tensão. Sente como o teu rosto está relaxado!
 - Tenta pensar em todos os músculos do teu corpo. Repara como os teus músculos ficam relaxados. Deixa que as últimas tensões se dissipem. Desfruta do relaxamento que estás a sentir. Repara como respiras calmamente, como os teus músculos estão relaxados. Desfruta deste relaxamento durante alguns momentos.
4. Quando a criança estiver pronta para voltar ao seu nível habitual de alerta e consciência, faça-a despertar lentamente o seu corpo. Pode mexer os dedos dos pés e das mãos, balançar suavemente os braços ou esticar os braços e as pernas.
5. Incentive as crianças a praticarem isto em casa antes de adormecerem.

Explicar o relaxamento corporal a crianças mais pequenas:

As crianças mais pequenas não serão capazes de seguir instruções detalhadas, por isso, seja criativo quando lhes ensinar técnicas de relaxamento corporal. Por exemplo, pode comparar um corpo a uma massa ou a um feijão cru (ou a outro alimento que seja mais apropriado no contexto local). Diga: “Já alguma vez viste feijões antes de serem cozinhados? Qual é o seu aspecto? São muito rijos. E os feijões depois de cozinhados, como é que são? São macios e moles. Vamos fazer de conta que somos feijões cozidos e feijões crus! Primeiro, vamos fingir que somos feijões crus e ficar muito tensos e fortes e ficar muito direitos. E depois seremos feijões cozidos, soltos, relaxados e macios. Vamos tentar outra vez [repita aqui, fazendo com que a criança o siga]. Vamos ser feijões crus... ok, agora feijões cozidos... depois feijões crus”. Depois, faça uma pausa de alguns segundos e diga: “Feijões cozidos...” [pode repetir várias vezes].

Inclua os encarregados:

Os progenitores podem aprender a relaxar o corpo para ajudar as crianças a praticar estas competências em casa. Além disso, os próprios progenitores beneficiam destas competências, tendo em conta os elevados níveis de stress a que podem estar sujeitos. As mesmas técnicas de relaxamento corporal ensinadas às crianças podem ser ensinadas aos progenitores. Para reforçar a competência, as crianças podem ajudar a ensinar os progenitores durante a sessão.

RECURSOS ADICIONAIS DA FORMAÇÃO DE RELAXAMENTO

Recursos	Exercícios principais
Exercises for Grounding, Emotional Regulation & Relaxation ¹¹³	A ferramenta “Desenhar um espaço seguro” foi testada com crianças pequenas para criar uma representação visual pessoalmente significativa de um lugar seguro ao qual a criança pode recorrer quando se sentir stressada. Isso também pode ser utilizado com crianças mais velhas através de um exercício de imagens guiadas.
Let's Get Grounded: A toolkit for survivors ¹¹⁴	Este livro de exercícios explica três tipos de exercícios de estabilização (físicos, mentais e calmantes) e oferece ideias e exercícios simples para cada um deles. Nem todos serão adequados a todos os contextos, mas são dadas várias opções para cada tipo de estabilização.
Website Resources for Resilience	O website “Resources for Resilience” tem vários vídeos curtos no YouTube denominados “Rapid Resets” que podem ser utilizados com crianças em ambientes com ligação à internet sem fios amplamente disponível e uma largura de banda adequada.
Save the Children	Oferece vários exercícios de relaxamento que podem ser facilmente realizados com as crianças, com a ajuda dos encarregados.

¹¹³ National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, Exercises for Grounding, Emotional Regulation & Relaxation for Children and Their Parents, NCDVTMH, 2014.

¹¹⁴ Arizona Coalition to End Sexual and Domestic Violence, Let's Get Grounded: A Toolkit for Survivors, ACESDV, sem data.

CAPACIDADE DE SUPERAÇÃO

VISÃO GERAL

As sequelas do abuso sexual podem ser difíceis para as crianças sobreviventes. Podem sentir-se envergonhados e tristes. Podem recusar-se a ir à escola e passar muito tempo sozinhas. Podem ter dificuldade em encontrar as pessoas e os recursos certos para as ajudar a superar o impacto do abuso sexual. No entanto, os assistentes sociais devem lembrar-se de que as crianças são fortes e que é possível curarem-se, recuperarem e viverem vidas felizes e saudáveis.

Esta intervenção centra-se em ajudar as crianças a identificarem e a desenvolverem os seus próprios mecanismos internos de superação, incluindo competências para se acalmarem, para reconhecerem quando precisam de pedir apoio e para gerirem emoções difíceis. Um plano de superação deve identificar apoio social externo e actividades que tenham por base os interesses e os pontos fortes da criança. Desta forma, a criança é encorajada a participar em actividades positivas de que gosta. Quanto mais participativa e apoiada for a vida de uma criança, melhor será o seu estado de espírito e maior será a probabilidade de voltar a funcionar normalmente (ir à escola, brincar com os amigos, falar com outras pessoas, etc.). Um plano de superação inclui:

- » apoio social que faça com que a criança se sinta segura e que as suas necessidades emocionais estejam a ser satisfeitas;
- » actividades que têm como base os seus interesses e pontos fortes;
- » exercícios que desenvolvam as capacidades internas e as competências sociais e emocionais.

Através deste plano, os assistentes sociais podem encorajar as crianças a participarem em actividades positivas de que gostem.

CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

Esta intervenção pode ser praticada individualmente e/ou (parcialmente) em conjunto com os encarregados não agressores da criança, se a criança e seu encarregado estiverem de acordo.

Esta intervenção pode basear-se na admissão e na avaliação psicossocial, onde foram identificados factores de protecção e de risco. Qualquer criança sobrevivente beneficiará de um assistente social que tenha em conta estes factores e que seja capaz de integrar acções para reforçar os factores de protecção no plano de superação.

A intervenção implica algumas competências cognitivas, emocionais e verbais, pelo que é mais adequada para adolescentes (com 10 anos ou mais). Dependendo da maturidade e das capacidades, uma criança mais nova pode ainda beneficiar de um plano de superação desenvolvido em parceria com os encarregados não agressores.

INSTRUÇÕES PARA O EXERCÍCIO DE CAPACIDADES DE SUPERAÇÃO

1ª Fase: Identificar pessoas seguras e acções de autoconforto:

Pergunte à criança: “Quando te sentes assim [por exemplo, assustado(a), triste, etc.], com quem podes falar?” Peça à criança que faça uma lista das pessoas com quem se sente à vontade para falar.

Pergunte: “Quando te sentes assim, o que é que te faz sentir melhor? O que é que fazes para te sentires melhor?” Valide sempre os sentimentos que a criança identifica.

2ª Fase: Identificar as actividades de que a criança gosta:

Com base nos pontos fortes da criança, pergunte: “Como te sentes quando fazes essas coisas?” Ajude a criança a identificar os sentimentos positivos (por exemplo, felicidade, descontração, etc.) que tem quando participa em actividades individuais, familiares e comunitárias agradáveis.

3ª Fase: Desenvolver um plano com a criança:

Com base nas respostas da criança, desenvolva um plano com ela para envolver pessoas, actividades, interesses, capacidades, competências e outros pontos fortes que tenha identificado, para a ajudar quando precisar de apoio. Peça aos encarregados que apoiem a criança na execução do plano. Na reunião seguinte, faça um acompanhamento com a criança e seu encarregado para saber se experimentaram o plano e se este está a ajudar a criança a sentir-se melhor.

Algumas actividades úteis para ajudar uma criança a identificar os seus próprios pontos fortes e interesses podem ser:

- » falar/desenhar/jogar jogos com a criança para a ajudar a identificar os seus interesses e as pessoas com quem se sente segura e apoiada. Certifique-se de que a criança sabe como localizar essas pessoas;
- » falar/desenhar/jogar jogos com a criança para saber mais sobre a sua fé e as suas crenças espirituais. Se necessário e de acordo com os seus desejos, ajude a criança a reencontrar a fé se estiver a sentir-se isolada;
- » falar/desenhar/jogar jogos com a criança para a ajudar a identificar o que pode fazer quando se sente triste, ansiosa, perturbada, etc. Descubra que tipo de actividades a fazem sentir-se melhor e quem são os seus amigos e “pessoas seguras”;
- » encorajar a criança e ajudá-la a reconhecer os seus próprios pontos fortes. Elogie-a. As crianças precisam de se ver como seres humanos capazes que merecem amor, felicidade e protecção.

Utilize um plano de acção do caso para anotar os pontos fortes, as capacidades de superação que a criança vai desenvolver, as actividades sociais e as fontes de apoio, em vez de criar um formulário adicional para o plano do caso.

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

VISÃO GERAL

A resolução de problemas é uma intervenção que fornece aos indivíduos ferramentas para identificar e resolver os problemas que surgem dos factores de stress da vida, tanto grandes como pequenos, para melhorar a qualidade de vida em geral.¹¹⁵ A resolução de problemas é muito prática, uma vez que se concentra principalmente no presente, em vez de se debruçar em experiências passadas. De facto, existem muitos tipos de problemas que as crianças sobreviventes de abuso enfrentam, e é provável que nem todos esses problemas estejam directamente relacionados com o abuso sexual que a criança sofreu.

Durante a avaliação psicossocial, a criança pode apresentar dificuldades ou problemas que enfrenta no seu dia-a-dia. A criança pode ter dificuldade em sentir-se aceite por um dos progenitores ou pelos amigos ou pode ter problemas em regressar à escola. Outros factores que podem contribuir para isso são:

- » problemas financeiros em casa;
- » alcoolismo em casa;
- » a criança não frequenta a escola há muito tempo;
- » a criança está envolvida em trabalhos prejudiciais;
- » a criança está a viver na rua.

Os assistentes sociais avaliam os principais problemas da criança durante a avaliação das necessidades psicossociais. Utilizam esta informação para ajudar a criança a tomar medidas para resolver os problemas mais importantes que enfrenta. Siga as fases abaixo para ajudar a capacitar uma criança a resolver os problemas que enfrenta, apoiando-a plenamente no processo de resolução de problemas.

CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS

Os planos de resolução de problemas podem assumir diferentes formatos. O assistente social e a criança podem utilizar desenhos ou símbolos em vez de palavras para descrever o problema, os objectivos e as fases para o resolver, o que o torna adequado para crianças a partir dos 6 anos de idade.

Os vários formatos de planos de resolução de problemas podem ser contextualizados para muitos contextos diferentes, incluindo a maioria dos contextos humanitários. No entanto, mesmo nos contextos com maior abundância de recursos, nem todos os problemas podem ter solução. Em contextos humanitários nos quais os recursos e as recomendações são limitados, o assistente social deve identificar com a criança os problemas que considera mais importantes para resolver, sendo ao mesmo tempo realista quanto à capacidade de os resolver completamente.

¹¹⁵ Nezu, A.M., Maguth Nezu, C. & D'Zurilla, T., [Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual](#), Springer Publishing, 2012.

A resolução de problemas, tal como aqui descrita, foi especialmente concebida para ser utilizada com crianças sobreviventes como parte do processo de gestão de casos. No entanto, se estiver a trabalhar com o encarregado não agressor de uma criança pequena ou com uma criança que não pode participar amplamente na tomada de decisões, o manual *Enfrentando Problemas Plus (EP+)* da OMS¹¹⁶ foi concebido para trabalhar com adultos e pode ser adaptado aos contextos. O EP+ também pode ser mais adequado para adolescentes mais velhos e raparigas adolescentes sobreviventes em uniões prematuras. Se o EP+ for utilizado com um encarregado não agressor, os assistentes sociais devem envolver a criança sobrevivente, na medida do possível, para que esta possa dar o seu contributo para os seus problemas, potenciais soluções e prioridades. Tal dependerá da idade, do desenvolvimento e da capacidade da criança.

INSTRUÇÕES PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1ª Fase: Identificar os problemas que mais preocupam a criança:

Faça perguntas como: “O que te preocupa mais neste momento?” ou “Que problemas tens neste momento?” (Esta informação deve constar da primeira secção da avaliação). Algumas crianças podem ter dificuldade em responder a estas perguntas. Consulte também as informações recolhidas durante a avaliação inicial.

Por exemplo, diga: “Quando falámos pela primeira vez, disseste que não ias à escola neste momento, mas esta é uma actividade de que gostas. Podes dizer-me mais sobre o motivo pelo qual não estás na escola?”

Dependendo dos problemas identificados, avalie que problemas estão directamente relacionados com o abuso sexual e trabalhe com a criança num plano para resolver esses problemas. Considere também os problemas de preocupações mais amplas relacionadas com o bem-estar da criança. Ajude a criança a identificar estratégias para resolver estes problemas e/ou reencaminhe a criança para outros serviços e apoios necessários que estejam para além das suas capacidades.

2ª Fase: Definir prioridades para os problemas:

Se forem identificados vários problemas durante a avaliação, é de esperar que alguns deles possam ser resolvidos através da redução do stress, da educação para a cura e das intervenções para a capacidade de superação (*consulte [Educação para a cura](#), [Formação de relaxamento](#), [Capacidade de superação](#)*); caso contrário, é necessário proceder a reencaminhamentos adicionais para garantir um apoio adicional adequado à criança. Trabalhe com a criança para dar prioridade aos problemas que mais a preocupam e que podem ser tratados a um determinado nível de intervenção. Com base nestes problemas, decida se é necessário um reencaminhamento para apoio adicional ou se o problema pode ser resolvido através destas intervenções de saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS). Por exemplo, se uma criança estiver preocupada com o facto de a família a estar a culpar pelo abuso, realize uma intervenção de educação para a cura com os encarregados e

¹¹⁶ Organização Mundial de Saúde, [Enfrentando Problemas Plus \(EP+\) Atendimento psicológico individual para adultos com angústia em comunidades expostas à adversidade](#), OMS, 2018

trabalhe com a criança para identificar outras acções para resolver este problema. Noutras situações, pode ser necessário um reencaminhamento. Por exemplo, se a criança estiver a viver sem um adulto que lhe preste cuidados, assegure-se de que é envolvido um assistente social de protecção da criança. No caso das intervenções directas, os assistentes sociais devem limitar os problemas a três ou menos e certificar-se de que podem ser tomadas medidas concretas para os resolver.

Um exercício de classificação é uma opção para ajudar a criança a dar prioridade aos problemas que está a enfrentar. Este processo começa com uma lista livre de todos os problemas enfrentados pela criança e identificados durante a avaliação. O assistente social e/ou a criança podem escrever/desenhar cada um destes problemas ou utilizar um símbolo para cada um deles (por exemplo, um livro para representar a escola) e colocá-los numa mesa ou no chão. Em seguida, peça à criança para identificar três a cinco problemas que considera serem os maiores. Se os problemas estiverem escritos ou desenhados, a criança pode assinalar os principais problemas. Se os problemas tiverem sido simbolizados, a criança pode retirar os principais problemas e colocá-los num outro sítio.

A criança pode dar prioridade a problemas que não considera serem os mais importantes, mas isso dá uma ideia da experiência da criança e não deve ser negado. A fase seguinte poderia ser para classificar três a cinco problemas na sua perspectiva. Poderão existir sobreposições, que deverão ser as áreas a abordar. Nas situações em que possa ter dado prioridade a problemas diferentes, aborde essas diferenças e a razão pela qual lhes foi dada prioridade. Se as diferenças forem mínimas, todos os problemas podem ser incluídos no plano de resolução de problemas. Se as diferenças incluírem muitos problemas, pode ser efectuada uma nova classificação com base na classificação inicial combinada da criança e do assistente social.

3ª Fase: Desenvolver um plano de resolução de problemas com a criança:

A resolução de problemas requer algumas fases simples. A primeira fase é identificar o problema. A segunda fase é identificar um objectivo (por outras palavras, como seria a vida da criança se o problema fosse resolvido). A terceira fase consiste em reflectir sobre todas as soluções possíveis para o problema e aquelas que podem ser alcançadas pela criança, pelo encarregado, pelos assistentes sociais ou por outras pessoas que possam oferecer ajuda. As fases de resolução de problemas devem ser concretas e específicas.

UM EXEMPLO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Descrição do caso:

Alisha está preocupada com o facto de o pai ficar zangado quando chegar a casa e descobrir que ela foi violada. Alisha receia que o pai a ponha fora de casa. Até à data, Alisha tem tido uma boa relação com o pai e a mãe apoia-a. Além disso, Alisha indicou que tem problemas na escola, uma vez que os colegas a ignoram e ela é excluída das actividades recreativas que se realizam na escola e nos arredores – isto já acontece há muito tempo.

Principais problemas:

- » O pai de Alisha vai castigá-la por ter sido violada.
- » A Alisha não é incluída nas actividades recreativas dos seus colegas.

Os objectivos da Alisha:

- » Ser aceite e não ser culpabilizada pelo seu pai e viver feliz em casa.
- » Ser aceite pelos seus colegas e participar em actividades recreativas.

Possíveis soluções (pensadas em conjunto pelo assistente social e pela Alisha):

- » A Alisha partilha os seus receios com a mãe.
- » O assistente social e a mãe de Alisha sentam-se com o pai para lhe explicar a situação.
- » Envolve alguém que o pai respeite e em quem confie para o ajudar a contar o que aconteceu.
- » Tenha um plano de reserva para a Alisha, caso o pai a obrigue a sair de casa.
- » Ajude a Alisha a lidar com a preocupação constante com o seu pai.

Plano de resolução de problemas:

Com base na reflexão de soluções possíveis, a Alisha e o assistente social acordam acções para resolver o problema (*Tabela 1*). Existem diferentes formas de ajudar as crianças a desenvolver um plano para resolver os seus problemas.

Tabela 1: O plano de resolução de problemas da Alisha

Problema	Objectivo	Soluções	Quando	Quem
O pai de Alisha vai castigá-la por ter sido violada.	O pai de Alisha vai aceitá-la e não vai culpá-la.	Conversar sobre o medo de Alisha.	Na semana seguinte.	Assistente social, a mãe da Alisha e a Alisha.
		Encontro do pai com a pessoa de apoio.	Quando ele chegar a casa.	Assistente social e a mãe da Alisha.
		Dar formação ao pai para o ajudar a aceitar e a compreender o que aconteceu.	Quando ele chegar a casa e três vezes depois do encontro inicial.	O assistente social e a mãe da Alisha, se assim o desejar.
		Elaborar um plano de reserva.	Próximo encontro.	O assistente social e a Alisha.
Alisha não é incluída nas actividades recreativas	Os colegas da Alisha aceitam-na e convidam-na a participar nas actividades.	Reencaminhamento para o professor.	Hoje.	Assistente social.
Enumerar aqui os problemas adicionais				

Capítulo 7

COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS PARA CRIANÇAS SOBREVIVENTES

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

É essencial uma boa coordenação entre os prestadores de serviços, em especial nos casos de abuso sexual de crianças, dada a complexidade, a natureza interdisciplinar da resposta e os níveis de risco inerentes. O capítulo inclui melhores práticas de coordenação para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual. Descreve:

- » estratégias de coordenação e colaboração entre os intervenientes na violência baseada no género e na protecção da criança;
- » estratégias de coordenação multisectorial;
- » exemplos de melhores práticas.

Ferramentas associadas

Abordagem das múltiplas formas de violência e da violência concomitante

Coordenação com as instituições governamentais em matéria de abuso sexual de crianças

COORDENAÇÃO DE CCS ENTRE OS INTERVENIENTES NA VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO E NA PROTECÇÃO DA CRIANÇA

É fundamental existir uma boa coordenação e colaboração entre os prestadores de serviços de VBG e PC para a prestação de cuidados e apoio compassivos e eficazes às crianças sobreviventes de abuso sexual. Os intervenientes de VBG e PC não só são os principais sectores com capacidade de prestar serviços de gestão de casos em resposta ao abuso sexual de crianças, como também são provavelmente os primeiros pontos de entrada para as crianças e/ou para os seus encarregados que procuram apoio. A prestação coordenada de serviços pelos intervenientes de VBG e PC pode atenuar o risco de:

- » informações contraditórias ou confusas para a criança e/ou para os seus encarregados;
- » reviver a angústia do abuso devido a múltiplas entrevistas;
- » perda de confiança nos prestadores de serviços e na sua capacidade de assistência;
- » atrasos na prestação de serviços que têm um impacto duradouro na criança;
- » ter acesso e escolha limitados ao prestador de serviços.

Esta coordenação e colaboração assentam numa base de confiança mútua e em mecanismos acordados para a prestação de serviços e a comunicação. Um dos objectivos das Orientações é aumentar a capacidade dos intervenientes na VBG e na PC para lidarem com os CCS, de modo a que os sobreviventes tenham melhor acesso e escolha. As estratégias abaixo podem facilitar a coordenação e a colaboração entre os intervenientes em matéria da VBG e PC.

Desenvolver acordos de coordenação

Os acordos de coordenação são documentos formais que definem os princípios fundamentais e as diferentes funções e responsabilidades dos prestadores de serviços quando respondem a casos de abuso sexual de crianças. Estes podem assumir várias formas, nomeadamente:

- » Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) específicos para crianças sobreviventes de abuso sexual;
- » disposições relativas a crianças sobreviventes em POPs de VBG e/ou PC mais abrangentes;
- » orientações de gestão de casos específicos do contexto;
- » acordos de nível de serviço entre dois ou mais parceiros/equipas;
- » notas de orientação simples desenvolvidas em colaboração pelos intervenientes relevantes.

O objectivo destes acordos é fornecer orientações passo a passo sobre a forma de apoiar as crianças sobreviventes de abuso sexual, tendo em conta as especificidades contextuais, a disponibilidade e a capacidade dos diferentes intervenientes, assim como as diferentes necessidades e os potenciais riscos para os sobreviventes.

Dada a sua natureza específica, o conteúdo e a estrutura dos acordos de coordenação para a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual variam. No entanto, no mínimo, os acordos de coordenação devem abordar:

Via de reencaminhamento para crianças sobreviventes

Considere o desenvolvimento de uma via de reencaminhamento específica para as crianças sobreviventes quando:

- » os pontos de entrada forem substancialmente diferentes para crianças e adultos sobreviventes ou quando existirem requisitos legais específicos a cumprir (no caso de uma criança);
- » existirem preocupações quanto à formação, conhecimentos e/ou atitudes de outros intervenientes e sectores relativamente às crianças sobreviventes;
- » os critérios específicos de denúncia obrigatória só afectarem determinados intervenientes (por exemplo, quando as leis só especificam que os intervenientes no sector da saúde têm uma obrigação específica de denúncia obrigatória).

Nestas situações, uma via de reencaminhamento específica para as crianças sobreviventes pode registar questões ou preocupações específicas que não se aplicam aos adultos sobreviventes que acedem aos serviços da VBG ou às crianças que procuram serviços da PC. Os mecanismos de reencaminhamento de casos de crianças sobreviventes devem ser alinhados com outros mecanismos de reencaminhamento da VBG e/ou PC em cada contexto. Isso inclui a utilização de formulários de reencaminhamento relevantes ou outras ferramentas para facilitar a partilha segura e confidencial de informações no âmbito do processo de gestão de casos e para evitar a necessidade de entrevistar a criança e/ou seu encarregado várias vezes.

- » princípios subjacentes ao apoio a crianças sobreviventes de abuso sexual (*consulte o Capítulo 1*);
- » serviços/apoio que cada parceiro pode prestar (incluindo os locais onde cada serviço está disponível);
- » normas mínimas para as competências do pessoal e (*consulte os Capítulos 2,3,4*);
- » critérios e considerações para determinar um assistente social principal para cada caso e diferenciação de funções (*consulte a secção abaixo para obter mais informações*);
- » mecanismos de reencaminhamento, acompanhamento e partilha de informações;
- » descrição de quaisquer leis relevantes de denúncia obrigatória e da forma como serão abordadas no contexto específico;
- » acordos de coordenação específicos para casos de violência concomitante em que um encarregado não agressor está a receber apoio de outro assistente social principal (por exemplo, uma situação em que o assistente social principal de uma criança faz parte da equipa da PC e o assistente social principal do encarregado faz parte da equipa da VBG ou diferentes assistentes sociais dentro da equipa da VBG estão a trabalhar com uma mãe e o seu filho). *Consulte a ferramenta Abordagem das múltiplas formas de violência e da violência concomitante* para obter mais informações.

Os acordos de coordenação entre os intervenientes em matéria da PC e VBG podem ser feitos pelos dois órgãos de coordenação (por exemplo, grupos de trabalho da PC e VBG ou AdR), duas instituições que são pontos focais principais de prestação de serviços da VBG/PC, ou mesmo duas equipas dentro da mesma instituição que se concentram respectivamente nos serviços da VBG ou PC. O seu desenvolvimento pode ser promovido através de um ou vários seminários de coordenação que envolvam os assistentes sociais da VBG e PC, supervisores e chefes de equipa. Estes seminários podem ser acrescentados ao final de uma formação em Cuidados para crianças sobreviventes ou podem ser organizados como uma actividade autónoma. É possível encontrar exemplos de como promover este processo no [Pacote de Orientações Operacionais para Cuidados para Crianças Sobreviventes de Abuso Sexual \(CCS\) do IRC](#).

Melhores práticas: Desenvolvimento de POPs específicos no Paquistão

A delegação nacional do UNICEF no Paquistão desenvolveu *Procedimentos Operacionais Normalizados para Intervenientes da PC e VBG que respondem a abuso sexual de crianças* em 2022. O objectivo dos POPs é “orientar a forma como os intervenientes na protecção da criança e na VBG se coordenam entre si para prestar cuidados de qualidade e completos a rapazes e raparigas sobreviventes de abuso sexual.” Os POPs descrevem os termos-chave e os princípios orientadores para a prestação de serviços de abusos sexuais de crianças relacionados com PC e VBG. Descrevem em pormenor as diferentes necessidades de rapazes e raparigas sobreviventes de abuso sexual de crianças e as responsabilidades de resposta dos sectores-chave no âmbito do modelo multisectorial, de acordo com o género do sobrevivente. São fornecidas orientações específicas sobre a forma de obter o consentimento ou assentimento informado, como cumprir os requisitos de denúncia obrigatória e compreender os seus riscos inerentes, e como realizar reencaminhamentos e partilhar informações em segurança. Neste contexto, o desenvolvimento dos POPs específicos para o abuso sexual de crianças permitiu uma análise mais profunda das necessidades diferenciadas de rapazes e raparigas sobreviventes de violência sexual, além de fornecer orientações detalhadas sobre a forma de responder a diferentes cenários difíceis, como quando não estão disponíveis intervenientes da VBG e/ou PC.

Identificar critérios/considerações e funções de um assistente social principal

Um dos aspectos de um acordo de coordenação entre os intervenientes de VBG e PC é a definição de critérios para determinar um assistente social principal em caso de abuso sexual de crianças e definir as funções desse assistente social. Ambos os intervenientes contribuem com competências e conhecimentos complementares para o processo de gestão de casos de CCS. No entanto, as melhores práticas exigem que seja atribuído um assistente social principal a cada caso, para evitar a duplicação de esforços ou confundir a criança e seu encarregado, e para simplificar o reenaminhamento e o acompanhamento.

As considerações para determinar quem é o assistente social principal mais adequado dependerão do contexto, mas devem ter em conta o seguinte:

Preferência do sobrevivente e/ou do seu encarregado: os desejos da criança ou do adolescente em termos de onde ou de quem receber os serviços devem ser respeitados na medida do possível, a menos que haja risco de causar danos (por exemplo, devido à falta de conhecimentos e/ou competências ou porque o local ou a organização preferidos não podem proporcionar um espaço seguro e confidencial).

Competências e conhecimentos da organização e do assistente social sobre como apoiar crianças e/ou adolescentes sobreviventes de abuso sexual: a organização deve ter experiência substancial na prestação de serviços de gestão de casos de VBG e/ou PC, incluindo crianças. Recomenda-se vivamente que o assistente social individual em questão tenha, no mínimo, recebido formação sobre a gestão de casos de VBG ou de PC e uma formação abrangente em Cuidados para crianças sobreviventes.

Disponibilidade de supervisão e apoio de qualidade para o assistente social principal: para supervisão clínica ou de apoio do assistente social principal é essencial. Em casos particularmente complexos, poderá ser adequada a supervisão conjunta de um supervisor de PC e de um supervisor da VBG.

Considerações para as raparigas sobreviventes

Em alguns casos, e em alguns contextos, um prestador de serviços pode ter capacidade para apoiar crianças de todos os géneros. Do mesmo modo, pode ser apropriado que os prestadores de serviços da VBG trabalhem com raparigas mais velhas (se não tiverem recebido formação para trabalhar com crianças pequenas) e que os prestadores da PC trabalhem com crianças e raparigas mais novas (por exemplo, dos 0 a 9 anos de idade).

Nestes contextos, é importante considerar a formação e a sensibilização para os mitos, preconceitos e discriminação em relação às raparigas sobreviventes que os assistentes sociais receberam (*consulte Capítulos 2 e 3, e ferramentas associadas*). Se a discriminação e o preconceito continuarem profundamente enraizados na cultura, pode ser mais seguro para os prestadores de serviços de VBG serem os principais prestadores de serviços para as raparigas sobreviventes, independentemente da idade das raparigas e da formação dos intervenientes da VBG em matéria de idade e desenvolvimento.

Género dos assistentes sociais: as crianças devem ter sempre a possibilidade de escolher entre um prestador de serviços do sexo masculino ou feminino. É provável que a maioria das crianças, em particular as raparigas, se sintam mais à vontade a falar com uma prestadora de serviços e, em muitos contextos, uma prestadora de serviços será essencial para as raparigas sobreviventes. Quando é solicitado um prestador de serviços, os programas da PC podem estar em melhor posição para prestar apoio, uma vez que, muitas vezes, têm uma combinação de funcionários do sexo feminino e masculino, enquanto a maioria dos funcionários da VBG são mulheres.

Disponibilidade de espaços seguros, confortáveis e confidenciais para que o sobrevivente e os seus encarregados possam receber apoio: dado o elevado risco de estigmatização quando se é identificado como sobrevivente de violência sexual e os riscos de segurança daí decorrentes, a redução da possibilidade de um sobrevivente ser identificado como tal deve ser um critério fundamental para a definição do local/espço confidencial para a prestação de serviços.

No caso de crianças refugiadas envolvidas no tratamento de processos de pedido de asilo (registo, determinação do estatuto de refugiado, soluções duradouras), considerando que muitas das decisões relacionadas com o tratamento de processos de pedido de asilo exigirão o procedimento do superior interesse (avaliação do superior interesse/determinação do superior interesse), pode ser benéfico o caso ser tratado por um assistente social da PC, a fim de evitar a duplicação de avaliações e serviços.

Além disso, é essencial diferenciar o papel do assistente social principal em relação aos outros. O assistente social principal deve liderar o processo de gestão do caso e, como tal, ser responsável por:

- » efectuar o acolhimento e a avaliação iniciais;
- » desenvolver o plano de acção;
- » fazer um acompanhamento regular do sobrevivente e do seu encarregado;
- » iniciar e acompanhar os reencaminhamentos;
- » denunciar os abusos às autoridades, se necessário e adequado.

Melhores práticas: Determinação do assistente social principal para crianças sobreviventes na Síria

No noroeste da Síria, as assistentes sociais que trabalham em programas de VBG expressaram desconforto com a ideia de se encontrarem sozinhas com rapazes adolescentes mais velhos (com mais de 15 anos) devido a normas sociais e preocupações de segurança. Também se notou que os adolescentes mais velhos sobreviventes se sentiam mais desconfortáveis em discutir as suas experiências de abuso sexual com as assistentes sociais do que com os seus homólogos do sexo masculino, uma vez que as normas sociais prevalentes consideram as discussões em torno da sexualidade entre membros de géneros diferentes como altamente inapropriadas e ofensivas. Como resultado, os assistentes sociais da PC são normalmente responsáveis pelos casos de rapazes adolescentes sobreviventes de abuso sexual, continuando a colaborar com a equipa da VBG e outros intervenientes durante o processo de gestão de casos.

COORDENAÇÃO MULTISSECTORIAL

Dada a complexidade dos casos de abuso sexual de crianças, é provável que seja necessária a coordenação com uma série de outros intervenientes e prestadores de serviços para além dos sectores de VBG e de PC durante a gestão de casos (se a criança e/ou o encarregado derem o seu consentimento). Estes intervenientes podem incluir prestadores de cuidados de saúde, prestadores de serviços de SMAPS, membros de órgãos judiciais e policiais, professores, prestadores de cuidados infantis, trabalhadores da área social governamentais e organismos estatutários. A coordenação também deve ser alargada a organizações e grupos comunitários que tenham conhecimentos específicos para apoiar crianças e/ou encarregados que sofram formas específicas de marginalização.

É provável que os assistentes sociais principais trabalhem com uma série de intervenientes com conhecimentos limitados ou inexistentes sobre a melhor forma de apoiar as crianças sobreviventes de abuso sexual e que podem ter atitudes diferentes em relação à violência sexual contra crianças. Por exemplo, em contextos com requisitos de denúncia obrigatória de casos de abuso de crianças ou de abuso sexual de crianças, os intervenientes podem ter opiniões diferentes sobre o seu papel na denúncia destes casos às autoridades e podem mesmo ter responsabilidades legais diferentes na denúncia. Quando a denúncia obrigatória apresenta riscos potenciais para a segurança e o bem-estar da criança e/ou do seu encarregado, estas posições divergentes podem causar uma tensão substancial entre os intervenientes envolvidos no processo de gestão do caso. As estratégias que se seguem podem garantir que o sobrevivente e/ou seu encarregado têm acesso aos serviços, mas também que o fazem em segurança e sem mais riscos de violência, discriminação ou estigmatização.

Acompanhamento em deslocações

Ao reencaminhar uma criança para os serviços, o assistente social principal pode acompanhá-la (se a criança tiver dado o seu consentimento e for seguro fazê-lo) enquanto acede a diferentes serviços ou se reúne com um prestador diferente. Durante o encontro, o assistente social pode defender o sobrevivente, apoiando as suas decisões e encorajando-o a fazer perguntas ou a expressar quaisquer preocupações que possa ter sobre o serviço. O assistente social deve ter o cuidado de não “substituir” o sobrevivente ou falar em seu nome durante as interações com outros prestadores de serviços.

Acompanhamento

Depois de completar um reencaminhamento, o assistente social principal pode aproveitar a oportunidade de efectuar o acompanhamento com o outro prestador de serviços para fornecer contexto adicional, abordar quaisquer atitudes ou convicções prejudiciais que possam existir e ajudar o outro prestador de serviços a compreender melhor o fenómeno do abuso sexual de crianças e como apoiar o sobrevivente de forma segura e eficaz.

Conferência de casos

Os assistentes sociais principais podem utilizar as conferências de casos como uma oportunidade para transmitir as principais mensagens sobre o abuso sexual de crianças e a melhor forma de apoiar uma criança e seu encarregado, a fim de abordar atitudes e convicções prejudiciais e fornecer formação no local de trabalho a outros intervenientes com menos experiência no apoio a crianças sobreviventes de abuso sexual.

Reforço das capacidades

As estratégias formais e informais de reforço das capacidades dos intervenientes que podem entrar em contacto com crianças sobreviventes de abuso sexual incluem:

- » formações (desde a comunicação básica centrada na criança até à formação completa em Cuidados para crianças sobreviventes);
- » sessões de orientação específicas (por exemplo, através do currículo misto sobre a VBG);
- » aprendizagem baseada em aplicações;
- » sessões de orientação e formação no local de trabalho;
- » sessões de supervisão conjuntas.

Coordenação e defesa a nível sectorial

O recurso a mecanismos de coordenação a nível sectorial (por exemplo, a nível de agrupamento/sector ou de subagrupamento/subsector) pode ser muito eficaz no desenvolvimento de acordos intersectoriais e de posições políticas partilhadas sobre questões fundamentais que possam afectar a gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual, tais como a denúncia obrigatória, mecanismos de reencaminhamento ou procedimentos de consentimento e assentimento. Os fóruns de coordenação a nível sectorial também podem apoiar os intervenientes individuais na defesa de mudanças nas políticas sectoriais ou organizacionais que sejam prejudiciais às crianças sobreviventes de abuso sexual e/ou seus encarregados.

Coordenação com as instituições governamentais em matéria de abuso sexual de crianças fornece mais orientações sobre a coordenação com os intervenientes governamentais em matéria de abuso sexual de crianças.

Melhores práticas: Coordenação multisectorial**Apoiar as melhores práticas em matéria de cuidados a crianças sobreviventes**

na Síria: No noroeste da Síria, a prática de certos intervenientes de saúde reprodutiva de denunciar casos de violência sexual, e principalmente de violência sexual contra crianças, às autoridades policiais locais ou a outras autoridades arriscava expor os sobreviventes a estigmatização, retaliação e outras formas de violência. Para defender o princípio de "não causar danos", o Subagrupamento da VBG em Gaziantep trabalhou em estreita colaboração com o Grupo de Trabalho Técnico de Saúde Sexual e Reprodutiva para produzir uma Recomendação Conjunta sobre a Denúncia Obrigatória no noroeste da Síria. O objectivo da recomendação conjunta era clarificar os requisitos legais existentes, destacar o risco potencial de denunciar sem o consentimento/assentimento da criança e encorajar todos os prestadores de cuidados de saúde a seguir uma abordagem de reencaminhamento seguro para organizações de gestão de casos de VBG.

Resposta aos migrantes e refugiados na Itália: Na Itália, o UNICEF, o ACNUR e a OIM adaptaram e traduziram o [Guia de bolso sobre VBG](#) interagências para fornecer um quadro simples a todos os intervenientes governamentais e não-governamentais que trabalham com migrantes e refugiados sobre a forma de lidar com revelações de VBG e/ou outras formas de violência. O [Guia de bolso sobre como prestar primeiros socorros a sobreviventes de violência baseada no género](#) adaptado inclui uma secção sobre o apoio a crianças sobreviventes de violência, que apresenta termos e definições-chave e orientações passo a passo (seguindo o modelo de primeiros socorros psicológicos de "Preparar, Olhar, Ouvir e Ligar") sobre como apoiar uma criança, incluindo uma criança desacompanhada, que possa ter sofrido VBG.

Cada secção inclui listas simples de "fazer e não fazer", com uma secção também sobre a denúncia obrigatória na Itália

PARTILHA DE INFORMAÇÕES

De acordo com os princípios de boa coordenação, a partilha de informações no contexto do tratamento de sobreviventes de abuso sexual de crianças deve basear-se numa interpretação rigorosa dos princípios de consentimento e assentimento informado da “necessidade de saber” e deve estar alinhada com o Sistema de Gestão de Informações sobre Protecção da Criança e o Sistema de Gestão de Informações sobre VBG. Quando os pormenores de um caso específico devam ser partilhados exclusivamente com indivíduos (e não com organizações) que estejam directamente envolvidos no apoio ao sobrevivente e/ou ao seu encarregado, a informação partilhada deve ser a mínima exigida pelo prestador de serviços destinatário para o fim específico de prestar um serviço ou de apoiar a criança e/ou seu encarregado.

Os mecanismos de reencaminhamento de casos de abuso sexual de crianças devem ser concebidos tendo em conta a segurança e a confidencialidade do sobrevivente e do seu encarregado. Por exemplo, os formulários de reencaminhamento em papel nunca devem incluir informações de identificação e os formulários de reencaminhamento electrónicos devem ser protegidos por uma palavra-passe única (não partilhada com qualquer outro caso/formulário de reencaminhamento) ou outro método de encriptação de utilização única.

Os dados a nível individual, mesmo que não incluam detalhes de identificação, nunca devem ser partilhados com indivíduos, intervenientes e/ou organizações que não estejam directamente envolvidos na prestação de serviços ao sobrevivente. A única excepção a esta regra ocorre quando existem requisitos de denúncia obrigatória, que devem ser comunicados ao sobrevivente e/ou ao seu encarregado com antecedência (*consulte o Capítulo 5*).

Coordenação com os intervenientes no sector da saúde

Muitas vezes, os assistentes sociais terão de coordenar estreitamente a sua acção com os intervenientes do sector da saúde, dada a necessidade crítica de serviços de saúde para as crianças sobreviventes. Esta coordenação estreita proporciona as melhores oportunidades de acesso aos cuidados de saúde em tempo útil e garante que as necessidades críticas e únicas de cuidados de saúde das crianças sobreviventes são satisfeitas de forma orientada para as crianças e centrada nos sobreviventes.

Acompanhamento em deslocações: ao reencaminhar uma criança ou adolescente sobrevivente para os serviços de saúde, o sobrevivente e/ou seu encarregado não agressor podem desejar que o assistente social principal os acompanhe. Pode ser bom para a criança sobrevivente ter um acompanhante nas deslocações aos serviços de saúde porque:

- » o assistente social pode garantir que a criança tenha acesso aos serviços de saúde dentro dos prazos críticos para a gestão clínica da violação e para reduzir a possibilidade de lhe ser solicitado que repita a sua história várias vezes;
- » o assistente social pode assegurar que os conceitos e os vários procedimentos são explicados de acordo com o desenvolvimento e a capacidade da criança. Isso pode ser particularmente importante quando as crianças têm uma deficiência intelectual ou outro problema que afecte o seu desenvolvimento ou capacidade de compreensão;
- » o assistente social pode ajudar a explicar conceitos, procedimentos e a importância dos vários serviços de saúde, tanto ao encarregado como à criança, de forma adequada, e proporcionar uma fonte de confiança necessária que pode não estar presente com um profissional de saúde com quem se estão a encontrar pela primeira vez;
- » o assistente social pode oferecer conforto e apoio durante os exames físicos.

Acompanhamento: depois de fazer o reencaminhamento, o assistente social principal pode fazer o acompanhamento com o prestador de cuidados de saúde para garantir que a criança e seu encarregado regressaram para quaisquer necessidades adicionais de cuidados de saúde (como regressar para apoio ou acompanhamento de profilaxia)

Conferência de casos: os assistentes sociais principais podem utilizar as conferências de casos com os profissionais de saúde para:

- » aumentar a sua própria compreensão dos serviços de saúde, como a profilaxia pós-exposição ao HIV, o tratamento das ITS, a contracepção de emergência, a vacinação contra a hepatite B e o tétano;
- » discutir quaisquer preocupações relacionadas com o superior interesse da criança, especialmente se existirem leis de denúncia obrigatória para o assistente social e para o prestador de cuidados de saúde.

Os assistentes sociais podem obter e analisar os seguintes recursos para obterem informações mais detalhadas sobre como responder às necessidades de saúde das crianças sobreviventes:

- » [Clinical Management of Rape and Intimate Partner Violence](#), Part 6: Caring for Child Survivors, da OMS;
- » [Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused](#), da OMS.

ABORDAGEM DAS MÚLTIPLAS FORMAS DE VIOLÊNCIA E DA VIOLÊNCIA CONCOMITANTE

A coordenação entre os serviços de VBG e de PC é especialmente importante em situações de “múltiplas formas de violência” – quando uma criança é sujeita a violência sexual juntamente de outras formas de violência e abuso e quando existe “violência concomitante” – quando vários membros da família são expostos à violência pelo mesmo ou por vários agressores, como no caso de uma criança que sofre abuso sexual pelo seu encarregado masculino que também comete violência contra a sua companheira, encarregada da criança. Nestas situações, o assistente social inicial pode não ter formação ou não ser o mais adequado para tratar de um problema emergente ou de um tipo de violência que é revelado durante o processo de gestão do caso e/ou o encarregado pode necessitar do seu próprio assistente social para assegurar que as suas necessidades individuais são satisfeitas fora do seu envolvimento nos cuidados da criança. Por exemplo:

Em situações de violência concomitante, os assistentes sociais terão de fazer o reencaminhamento de outros membros da família que revelem outras formas de violência. Por exemplo, se a encarregada de uma criança sobrevivente revelar ter sofrido violência pelo seu companheiro, deve ser reencaminhada para um assistente social de VBG, separado do assistente social que já está a trabalhar com a criança sobrevivente, para que a encarregada possa receber apoio específico centrado na sobrevivente.

O assistente social que trabalha com a criança sobrevivente deve continuar a envolver a encarregada nos cuidados e no tratamento da criança. A encarregada – com o seu próprio assistente social – tem a oportunidade de receber apoio individual e directo. Desta forma, garante-se que tanto a criança como a encarregada recebem o apoio de que necessitam. Os dois assistentes sociais deverão trabalhar em estreita colaboração para que os cuidados prestados à criança e à encarregada sejam coordenados e para que as considerações relacionadas com a sua segurança individual e colectiva continuem a ser fundamentais.

Nos casos em que uma criança sobrevivente está a sofrer múltiplas formas de violência, é possível que o assistente social necessite de assistência adicional para ajudar a resolver necessidades que não se enquadram na sua área de especialização. Por exemplo, se um assistente social de VBG estiver a prestar apoio a uma criança sobrevivente que revele que também está a ser vítima de trabalho infantil, o assistente social de VBG pode participar em consultas do caso com um assistente social de PC para obter informações sobre como abordar estas necessidades adicionais.

Noutros casos, o assistente social pode ter de reencaminhar a criança para outro assistente social para trabalhar com a criança na resolução de uma questão específica. Para tal, serão necessárias conferências de casos como parte do processo de coordenação. Por exemplo, quando um assistente social de VBG está a prestar apoio a uma criança sobrevivente que revela ser também um menor desacompanhado, pode reencaminhar a criança para um prestador de serviços de protecção de menores para serviços de reagrupamento.

As consultas e/ou conferências de casos regulares – dependendo das circunstâncias específicas do caso – devem ser instituídas o mais cedo possível no processo de gestão do caso, para permitir um canal de comunicação aberto, mas seguro e confidencial, entre os assistentes sociais que prestam apoio a cada indivíduo/membro da família. (*Consulte o Capítulo 6*). As avaliações da segurança de cada sobrevivente (que têm em conta todas as formas de abuso de que sofrem) constituirão a base do debate e da tomada de decisões, principalmente em situações em que as necessidades e os desejos individuais dos sobreviventes não estão alinhados. Todas as partes devem dar prioridade à segurança das crianças e dos adultos sobreviventes. Dado o nível de risco e complexidade inerente a estes casos, quando os assistentes sociais de PC e VBG estão envolvidos na prestação de serviços à criança sobrevivente, recomenda-se vivamente o envolvimento dos supervisores de gestão de casos de VBG e PC.

COORDENAÇÃO COM INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS EM MATÉRIA DE ABUSO SEXUAL DE CRIANÇAS

Os casos de abuso sexual de crianças requerem frequentemente a coordenação com instituições governamentais. Embora os governos a nível nacional sejam responsáveis pelas leis relativas às crianças sobreviventes (que podem incluir políticas de denúncia obrigatória), são os intervenientes do governo local que implementam a política nacional no dia-a-dia. A forma como os intervenientes do governo local implementam essas leis e políticas tem um impacto directo no acesso e nas opções de cuidados das crianças sobreviventes. Assim, os prestadores de serviços de gestão de casos de VBG e PC deverão envolver-se principalmente com os intervenientes do governo local. Em qualquer contexto, o prestador de serviços de gestão de casos deve compreender os potenciais riscos e oportunidades associados ao trabalho com as instituições governamentais relevantes. Isso é especialmente importante se os intervenientes governamentais aplicarem políticas que são prejudiciais para as crianças, discriminarem grupos específicos de crianças ou poderem não estar inclinados a colaborar com agências humanitárias. Também é importante que os prestadores de serviços avaliem e compreendam as diferenças que podem existir entre os sectores governamentais (por exemplo, pode haver diferenças na forma como os representantes do governo local para a protecção/bem-estar das mulheres e das crianças se envolvem em comparação com a aplicação da lei).

As considerações para os prestadores de serviços de gestão de casos incluem:

- » **O quadro jurídico:** em que medida estão em vigor políticas, leis e práticas relativas às crianças sobreviventes, nomeadamente leis ou políticas de denúncia obrigatória. Nos casos em que existem, devem idealmente concentrar-se em:
 - apoiar a criança e responder às suas necessidades;
 - identificar casos e seguir tendências;
 - punir os agressores e não os sobreviventes;
 - prevenir o casamento precoce e forçado de crianças.
- » **A implementação:** em que medida e como é que os intervenientes do governo local seguem/implementam a legislação e a política a nível nacional? Existem diferenças em função do sector do governo?
- » **As formas de envolvimento com o governo local:** existem formas específicas de trabalho ou procedimentos para a organização/programa se envolver com as instituições governamentais locais? É mais fácil trabalhar com alguns sectores do que com outros?
- » **As modalidades de defesa:** como é feita a defesa junto do governo? Através de mecanismos de coordenação humanitária, tais como subagrupamentos ou subgrupos de trabalho da VBG ou da PC? Em caso negativo, é possível que a agência trabalhe com outras instituições como um grupo colectivo para se envolver no trabalho de defesa?
- » **Prestação directa de serviços:** o prestador de serviços está autorizado a trabalhar directamente com crianças sobreviventes neste contexto? Em caso negativo:

Que barreiras enfrentam as crianças sobreviventes quando tentam aceder às instituições governamentais locais e aos seus serviços?

- políticas e leis governamentais ou práticas/implementação das políticas?
- as práticas comuns e a implementação estão em linha com as intenções das políticas ou da lei tal como foram redigidas?
- atitudes e comportamentos do pessoal?

- capacidade do pessoal para responder às necessidades e prestar apoio?
- acessibilidade das instituições governamentais pela comunidade local?
- outras?

Depois de as equipas terem respondido a estas perguntas e a outras relevantes para o seu contexto, podem desenvolver acções e formas de trabalhar em segurança com o governo local no contexto específico. Se existir vontade e interesse por parte das instituições governamentais relevantes em trabalhar em colaboração, os prestadores de serviços de gestão de casos podem trabalhar com os funcionários do governo para enfrentar os desafios e as lacunas na prestação de serviços às crianças sobreviventes. Por outro lado, se as instituições governamentais tiverem políticas, formas de trabalho ou outras questões que coloquem as crianças sobreviventes em risco de sofrerem mais danos, os prestadores de serviços de gestão de casos podem:

- » determinar abordagens de defesa (em conjunto com outros) para resolver problemas;
- » determinar se o trabalho através e com as instituições governamentais locais pode atenuar os desafios e abrir potenciais formas de trabalho em torno de políticas nacionais prejudiciais;
- » determinar se a equipa de gestão de casos pode trabalhar num papel de capacitação ou de apoio com as instituições governamentais locais relevantes.

Capítulo 8

SUPERVISÃO E CUIDADOS COM O PESSOAL

VISÃO GERAL DO CAPÍTULO

Este capítulo descreve como integrar os processos de supervisão e o conteúdo específico necessário para trabalhar com crianças sobreviventes nas práticas de supervisão de protecção da criança (PC) e violência baseada no género (VBG) existentes.

Ferramentas associadas

Avaliação da gestão de casos de CCS

Análise de casos de CCS

Orientações para a integração das avaliações de CCS

INTRODUÇÃO

Devido à complexidade dos casos de crianças sobreviventes e ao risco de danos adicionais, os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual têm necessidades específicas de supervisão. Isso não significa que devam ser implementadas abordagens e processos de supervisão totalmente distintos para os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes. O mais provável é que os assistentes sociais da PC e da VBG tenham casos de abuso sexual de crianças acrescentados ao seu número de casos actual assim que tenham a formação necessária e demonstrem os conhecimentos, atitudes e competências necessários para trabalhar com crianças sobreviventes. A supervisão específica dos casos de crianças sobreviventes deve ser integrada nas práticas de supervisão existentes e em curso.

As *Directrizes Interagências para a Gestão de Casos e Protecção da Criança* e as *Directrizes Interagências para a Gestão de Casos de VBG* contêm orientações específicas sobre a supervisão que devem constituir a base da supervisão dos intervenientes da PC e da VBG, respectivamente. Os principais objectivos da supervisão nestas práticas existentes são o controlo da qualidade da prestação de serviços, assim como o apoio ao crescimento e desenvolvimento profissional do assistente social. As práticas de supervisão recomendadas em ambos os conjuntos incluem:

- » supervisão individual regular de um assistente social;
- » supervisão regular em grupo para que os assistentes sociais e o supervisor se reúnam para apoiar as necessidades educativas, de desenvolvimento profissional e administrativas;
- » conferências de casos;
- » oportunidades específicas de desenvolvimento de competências através de formação ou de outro tipo de reforço das capacidades.

Estas práticas utilizam uma abordagem de apoio, compaixão e capacitação da supervisão que pretende modelar a forma como os assistentes sociais devem interagir com os seus utentes. A orientação que se segue baseia-se na abordagem, no processo e no conteúdo utilizados na gestão de casos de PC e VBG.

INTEGRAÇÃO DA SUPERVISÃO DE CCS E REFORÇO DAS CAPACIDADES

Depois de a equipa ter concluído a formação em Cuidados para crianças sobreviventes, os supervisores devem integrar o seguinte na supervisão existente:

- » uma avaliação inicial das capacidades;
- » reforço das capacidades;
- » monitorização e reavaliação.

Uma avaliação inicial das capacidades após a formação em *Cuidados para a crianças sobreviventes*

Estão disponíveis as ferramentas de avaliação autónomas Conhecimentos sobre CCS, Atitude relativa aos CCS e Comunicação de CCS, caso os supervisores prefiram utilizar ferramentas mais aprofundadas com os assistentes sociais que prestam serviços a crianças sobreviventes de abuso sexual. Se as equipas já dispuserem de avaliações de conhecimentos, competências e atitudes em matéria de VBG ou PC, podem ser integradas questões adicionais específicas ao trabalho com crianças sobreviventes (as orientações sobre as questões-chave a integrar podem ser encontradas nas ferramentas no final deste capítulo). Os supervisores também podem implementar ou integrar nas avaliações existentes o conteúdo da ferramenta de Avaliação da gestão de casos de CCS, que se centra nos ajustes únicos e nos aspectos adicionais da gestão de casos de crianças sobreviventes de abuso sexual.

Acções de reforço das capacidades específicas para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual

Com base na avaliação inicial das capacidades, os supervisores e os assistentes sociais devem discutir os próximos passos para o reforço das capacidades: identificar acções, uma sequência dessas acções e um prazo para a sua conclusão, tendo em conta as prioridades em relação aos objectivos a longo prazo. Estas acções podem ser integradas nos planos de reforço das capacidades existentes, caso existam, ou pode ser criado um novo plano específico para a prestação de cuidados a crianças sobreviventes de abuso sexual. A *Ferramenta de análise de casos de CCS* pode ser útil para os supervisores como parte do processo de reforço das capacidades, particularmente para os assistentes sociais que têm menos experiência global de gestão de casos ou que tiveram dificuldades com a formação em Cuidados para crianças sobreviventes e no teste posterior.

Monitorização e reavaliação

O regresso ao plano de reforço das capacidades em intervalos pré-acordados (por exemplo, no final de cada mês) constitui uma oportunidade para o supervisor e o assistente social discutirem as acções identificadas, os progressos realizados e as reflexões sobre os êxitos e os desafios. Os supervisores podem também reavaliar periodicamente os conhecimentos, as atitudes e as competências dos assistentes sociais com as mesmas ferramentas anteriormente utilizadas para verificar se houve melhorias, fazendo-o de forma a apoiar e não a punir. Isso proporciona uma oportunidade para verificar se os conhecimentos de um assistente social mudam ao longo do tempo e para identificar novas áreas ou informações que devem ser incluídas na aprendizagem contínua através de supervisão em grupo e reuniões de gestão de casos.

Se for seguro e não perturbar o processo de gestão de casos, os supervisores podem observar os assistentes sociais a prestar serviços directamente às crianças sobreviventes. Isso não tem de ser feito a longo prazo ou em várias visitas, mas é um aspecto importante do reforço das capacidades quando se recebe formação recente em Cuidados para crianças sobreviventes de abuso sexual. A observação directa permite que os supervisores vejam como um indivíduo aplica os conhecimentos sobre abuso sexual de crianças em tempo real (os supervisores podem utilizar a lista de verificação *Análise de casos de CCS* para apoiar a observação). Se a observação directa não for possível, os supervisores podem integrar na supervisão questões sobre a forma como os conhecimentos foram aplicados durante o trabalho de assistência social ou fazer uma dramatização com o assistente social.

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS PARA A SUPERVISÃO DE CCS E REFORÇO DAS CAPACIDADES

Os supervisores devem certificar-se de que os assistentes sociais:

- » tenham formação completa em Cuidados para crianças sobreviventes;
- » concluem os módulos principais da formação em Gestão de casos de protecção da criança ou da formação em Gestão de casos de violência baseada no género, tal como descrito na *Introdução*;
- » recebem um volume menor de casos quando começam a atender crianças sobreviventes de abuso sexual – um máximo de 10 a 12 casos (idealmente, os assistentes sociais sem experiência prévia com outros tipos de casos não trabalham imediatamente com crianças sobreviventes de abuso sexual);
- » recebem supervisão individual de, pelo menos, 30 minutos por semana e, idealmente, 1 hora;
- » recebem supervisão em grupo e/ou reuniões de gestão de casos pelo menos mensalmente (dependendo do volume de trabalho e da disponibilidade da equipa), mas idealmente semanalmente;
- » recebem uma avaliação do reforço das capacidades que inclua avaliações de conhecimentos, competências e atitudes e planos para colmatar as lacunas através de uma supervisão contínua;
- » têm oportunidades de aprendizagem cruzada com outras instituições que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual.

À medida que adquirem mais experiência, as necessidades de supervisão podem diminuir, mas os assistentes sociais continuarão a necessitar de:

- » supervisão individual de uma hora por semana, que não deve ser inferior a uma hora a cada duas semanas;
- » reuniões de supervisão em grupo e/ou de gestão de casos semanais a mensais (dependendo do volume de trabalho e da disponibilidade da equipa), que não devem ser inferiores a uma vez por mês;
- » avaliação do reforço das capacidades que identifica e aborda as áreas prioritárias de aprendizagem sobre crianças sobreviventes para o assistente social;
- » oportunidades de aprendizagem cruzada com outras instituições e sectores que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual;
- » formações de actualização, especialmente sobre aspectos da protecção da criança ou da violência baseada no género, se o assistente social não tiver experiência de trabalho em ambos os programas de gestão de casos.

Experiência de supervisor para CCS

Os supervisores necessitam de experiência e competências adicionais para apoiar os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes. Devem ter uma sólida compreensão básica das abordagens de gestão de casos para crianças sobreviventes e dos factores que conduzem ao abuso sexual de crianças. Devem ser capazes de ilustrar a análise intersectorial e ajudar os assistentes sociais a desenvolverem as competências necessárias para aplicarem uma abordagem centrada no sobrevivente e na criança como um todo. Os supervisores dos assistentes sociais que trabalham com crianças devem ter a seguinte formação e experiência:

- » ter concluído a formação em Cuidados para crianças sobreviventes;
- » ter concluído uma formação suplementar em matéria de protecção da criança ou de violência baseada no género, em função da experiência anterior;
- » ter pelo menos 2 anos de experiência na prestação de serviços de gestão de casos a crianças sobreviventes.

Tópicos a abordar na supervisão do trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual

Embora não estejam exclusivamente relacionados com o trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual, os supervisores devem estar atentos a estas questões e às formas particulares como podem surgir em casos de abuso sexual de crianças. Os tópicos que se seguem são também tópicos que devem ser abordados na supervisão e que podem ser específicos da dinâmica dos casos de abuso sexual de crianças.

- » **Abordagem das múltiplas formas de violência:** muitas vezes, as crianças sobreviventes de abuso sexual correm o risco de sofrer outras formas de violência. Isso pode resultar na necessidade de múltiplos serviços e, por vezes, de mais do que um assistente social em diferentes instituições. Nestas situações, a coordenação dos casos é essencial para manter a eficácia dos serviços.
- » **Trabalhar com sistemas de famílias:** os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual devem trabalhar tanto com a criança como com a sua família. Embora esta situação seja familiar aos assistentes sociais da PC, não é tão comum para os assistentes sociais da VBG e deve ser reconhecida nos processos de supervisão.
- » **Identificar outras pessoas que necessitam de serviços:** os assistentes sociais podem também identificar situações em que um encarregado não agressor necessita de serviços de gestão de casos ou em que uma criança que cometeu abuso sexual necessita de serviços de gestão de casos. A necessidade de consultas e coordenação de casos aumenta sobretudo quando os encarregados não agressores também necessitam de serviços.
- » **Reconhecer o risco para outras crianças que vivem na mesma casa:** as outras crianças que vivem na mesma casa podem correr o risco de sofrerem abuso sexual quando um assistente social começa a atender uma criança sobrevivente de abusos sexuais, quando o agressor já não pode ter acesso a essa criança.

- » **Manter os limites:** nos casos de abuso sexual de crianças, podem surgir muitas questões de limites provenientes de várias fontes. Por exemplo, um assistente social pode ser pressionado a dar informações e pormenores que identifiquem o caso.
- » **Bem-estar do pessoal:** o trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual pode ter um impacto emocional nos assistentes sociais. Para alguns, isso pode ser mais significativo do que noutros casos. Por este motivo, é essencial existirem limites tanto para o cuidado pessoal como para o cuidado colectivo da equipa.
- » **Volume de casos:** poderão existir pedidos com um volume de trabalho que não seja sustentáveis no seio da equipa ou da agência em geral. O próprio assistente social pode trabalhar em excesso ou não estabelecer limites com o utente devido à urgência e à gravidade da situação.

Tópicos específicos para o reforço das capacidades

Para além do acima exposto, poderá ser necessário reforçar as capacidades no âmbito do processo de supervisão e de formações separadas em matéria de:

- » idade e impactos no desenvolvimento;
- » dimensões contextuais de inclusão e identidades diversas;
- » violência concomitante:
 - a mãe também está a sofrer VBG;
 - abuso a idosos em casa;
 - a família sofre discriminação com base numa identidade específica;
 - abuso sexual de crianças e crianças associadas a forças e grupos armados.
- » múltiplas formas de violência;
- » crianças que apresentam comportamentos sexuais nocivos;
- » intervenções de saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS) relevantes para crianças sobreviventes de abuso sexual:
 - abordar a ideação suicida e planificação de segurança;
 - aprofundar o conhecimento e a experiência com intervenções de SMAPS.
- » gestão clínica de procedimentos de violação, assim como:
 - procedimentos ajustados e considerações para crianças e adolescentes;
 - procedimentos ajustados em função do tipo de incidente sofrido.
- » leis, políticas governamentais e práticas tradicionais, e mecanismos de justiça para o abuso sexual de crianças;
- » impactos do abuso sexual de crianças na educação, funcionamento, socialização e estratégias de reintegração;
- » atitudes e comportamentos da comunidade em relação às crianças sobreviventes de abuso sexual, às suas famílias e aos agressores.

APOIAR O BEM-ESTAR DO PESSOAL

Estudos demonstram que os assistentes sociais que trabalham com crianças sobreviventes de abuso sexual apresentam um risco acrescido de diferentes tipos de stress.¹¹⁷ Os supervisores devem reconhecer que o pessoal que trabalha com crianças sobreviventes de abuso sexual pode necessitar de apoio adicional. Embora os impactos negativos deste trabalho sejam graves e preocupantes, os factores de protecção, incluindo a supervisão e a formação adequadas, proporcionam formas de gerir e atenuar esses impactos negativos. As estratégias abaixo podem ajudar os supervisores a criar um ambiente de apoio para as suas equipas em geral e, ao fazê-lo, podem prestar o apoio necessário ao seu pessoal que trabalha com crianças sobreviventes de abuso sexual.

Permitir a manutenção de uma abordagem centrada na criança:

- » dê tempo e espaço para que os assistentes sociais reflectam e aprendam, de modo a responder melhor às necessidades das crianças e a não as prejudicar; o trabalho com crianças sobreviventes de abuso sexual é complexo e os assistentes sociais continuarão a desenvolver competências ao longo do seu trabalho.

Normalizar a empatia e o respeito pelos sentimentos dos assistentes sociais:

- » reconheça que a complexidade dos casos de abuso de crianças pode levar a um esgotamento e a efeitos adversos no bem-estar dos assistentes sociais;
- » reconheça que a fadiga por compaixão tem impacto na longevidade da carreira e na estabilidade financeira dos assistentes sociais e das suas próprias famílias;
- » crie um espaço para que os assistentes sociais possam manifestar estas preocupações quando as sentem pela primeira vez.
- » estabeleça medidas e processos para que o supervisor responda às preocupações do assistente social, de modo a que este possa continuar a fazer o seu trabalho;
- » promova o cuidado individual e colectivo dos assistentes sociais.

Promover uma comunicação aberta:

- » crie um ambiente de comunicação aberta e de feedback de apoio entre todos os membros da equipa;
- » crie espaço para que cada membro da equipa exponha as suas preocupações sobre os factores externos e os factores de stress que podem afectar a sua capacidade de manter o volume de trabalho actual;
- » promova uma comunicação respeitosa com a equipa;
- » agende conversas regulares sobre o stress, os factores que actualmente criam stress no contexto e a forma como estes podem afectar o trabalho.

¹¹⁷ Crivatu, I.M., Horvath, M.A.H. & Massey, K., 'The impacts of working with victims of sexual violence: A rapid evidence assessment', Trauma, Violence, & Abuse, 24(1), 2023.

Fomentar a sensibilização individual e da equipa:

- » garanta a sensibilização da dinâmica da equipa e a forma como esta pode contribuir para o stress individual e colectivo;
- » crie conversas em torno da sensibilização individual e da forma como a capacidade de reconhecer os níveis pessoais de stress, as suas flutuações e os seus limites enquanto profissionais pode ajudar os assistentes sociais a procurar ajuda antes de sofrerem formas mais graves de stress;¹¹⁸
- » encoraje, demonstre e dê espaço para a prática de mecanismos positivos de superação;
- » reconheça e valide as experiências dos assistentes sociais.

Incentivar e explorar os limites profissionais:

- » compreenda os limites profissionais que são importantes para cada assistente social, para a equipa de gestão de casos e para a equipa de VBG ou PC;
- » crie limites saudáveis em relação ao horário de trabalho, às expectativas e aos limites do que é possível fazer no ambiente;
- » reconheça e admita as limitações dos serviços, dos reencaminhamentos e dos ambientes operacionais que dificultam e, por vezes, impossibilitam a resposta às preocupações dos sobreviventes;
- » demonstre limites saudáveis, tanto quanto possível, para a equipa.

Estabelecer funções e responsabilidades claras:

- » implemente funções e responsabilidades claras e firmes para garantir que todos na equipa conhecem as suas funções, as suas limitações e quem os apoiará nessas funções;
- » promova a segurança dos assistentes sociais – como supervisor, uma das principais responsabilidades é reconhecer os sinais de stress, esgotamento e fadiga por compaixão e reagir de forma rápida e adequada.

Estabelecer uma estrutura de apoio:

- » a supervisão individual regular cria um espaço dedicado para levantar preocupações em privado e para explorar formas de as resolver;
- » crie um ambiente de aprendizagem seguro para os assistentes sociais, permitindo-lhes reconhecer o que não sabem, ser francos em relação aos erros e trabalhar em colaboração para desenvolver competências. Além disso, o ambiente deve reconhecer e abordar as formas de stress que os assistentes sociais possam estar a sentir;
- » coordene com os recursos humanos e os gestores/coordenadores dos programas para garantir protocolos para os assistentes sociais que apresentem sinais de stress, esgotamento ou fadiga por compaixão.

¹¹⁸ Ibid.

Definir expectativas realistas:

- » defina expectativas realistas em relação ao número de casos, ao tempo necessário para preencher a documentação e às actividades de aprendizagem contínua e de reforço das capacidades;
- » reduza o número de casos, se necessário e possível, para ter em conta situações pessoais que possam estar a afectar as experiências gerais de stress de um assistente social;
- » considere sistemas de “camaradagem” para controlo/apoio entre assistentes sociais.

Tipos de stress

Compreender a diferença entre o stress funcional e as formas negativas de stress pode ajudar os assistentes sociais a reconhecerem quando podem estar a sofrer de stress que pode ter impacto no seu próprio bem-estar. Por conseguinte, os supervisores devem assegurar que todos os trabalhadores possam reconhecer os diferentes tipos de stress e os sinais de alerta de formas mais graves de stress, tanto neles próprios como nos seus colegas¹¹⁹:

- » **Stress funcional:** stress associado à tomada de decisões e à resolução de problemas típicos do dia-a-dia. Todos sofrem de stress funcional, o qual motiva a produtividade. Trata-se de uma reacção normal que pode ser gerida de forma regular.
- » **Stress acumulado:** stress resultante de uma exposição prolongada e sem alívio a factores de stress. O stress acumulado é uma forma comum de stress dos trabalhadores do sector humanitário e, quando não é reconhecido e gerido de forma proactiva, pode levar ao esgotamento e à fadiga por compaixão.
- » **Stress após um incidente crítico:** stress causado por acontecimentos extraordinários – quase todas as pessoas envolvidas no acontecimento sentirão este stress. Uma vez que este stress é o resultado de um acontecimento extraordinário (por exemplo, um tsunami, um terramoto ou outra catástrofe natural), é súbito, perturbador e cria uma sensação de vulnerabilidade que não existia anteriormente.
- » **Stress traumático secundário¹²⁰:** reacções adversas súbitas que podem ocorrer quando se trabalha com pessoas que viveram experiências adversas ou acontecimentos traumáticos. Esta forma de stress reflecte a experiência de um sobrevivente e é gerada a partir da experiência do sobrevivente, em vez das experiências directas do assistente social.
- » **Trauma vicariante¹²¹:** stress resultante de testemunhar ou tomar conhecimento de experiências de outras pessoas, o que leva a alterações nas convicções, no quadro de referência e na visão do mundo do assistente social. O trauma vicariante é uma continuação do stress traumático secundário e pode originar impactos a longo prazo para o assistente social e a necessidade de ter de recorrer aos seus próprios serviços de apoio como utente para ultrapassar estas experiências.

¹¹⁹ The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. [Definition and Functions of Supervision within Case Management](#).

¹²⁰ Jenks, S.R. & Baird, S. (2002) [Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation study](#).

¹²¹ Ibid.

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE CASOS DE CCS

Data:

Nome do funcionário:

Supervisor:

FINALIDADE

Esta ferramenta permite que os supervisores determinem se um assistente social de violência baseada no género ou um assistente social de protecção da criança tem conhecimentos técnicos suficientes para trabalhar com crianças sobreviventes de abuso sexual.

INSTRUÇÕES GERAIS

Utilize esta ferramenta de supervisão de Gestão de Casos de CCS numa conversa com um assistente social num local calmo e privado.

1. Antes de concluir esta avaliação, confirme se assistente social demonstrou:
 - » conhecimentos profundos sobre o abuso sexual de crianças (tal como comprovado pela *Avaliação de conhecimentos sobre CCS*);
 - » atitudes e convicções centradas na criança (tal como comprovado pela *Avaliação de atitudes relativas aos CCS*);
 - » normas de competências de comunicação (tal como comprovado pela *Avaliação das habilidades de comunicação de CCS*).

Registe as pontuações destas ferramentas de avaliação na caixa abaixo.

2. Informe o assistente social de que esta ferramenta está a ser utilizada para avaliar as áreas em que é necessário reforçar capacidades. Não se trata de uma ferramenta de avaliação do desempenho. Explique que o assistente social receberá uma pontuação para determinar se cumpre os requisitos gerais de competências de gestão de casos.
3. Peça ao assistente social para explicar ou descrever os 10 conceitos da ferramenta. Compare as suas respostas com a coluna "Critérios" e classifique cada uma delas da seguinte forma:
 - » **Cumpriu (2 pontos):** Se a pessoa responder às perguntas de forma correcta e completa.
 - » **Cumpriu parcialmente (1 ponto):** Se a pessoa responder pelo menos a 50% da pergunta. Por exemplo, se a pergunta for: "Indique os princípios orientadores para trabalhar com crianças sobreviventes" e a pessoa só conseguir indicar quatro.
 - » **Não cumpriu (0 pontos):** Se a pessoa não for capaz de responder à pergunta.
4. Quando a avaliação estiver concluída, some as pontuações e informe o resultado ao assistente social, incluindo qualquer necessidade de capacitação.

Os assistentes sociais já cumpriram estas avaliações de competências	Sim (escrever a pontuação)	Não (escrever a pontuação)	Não avaliado
Demonstrou ter conhecimentos profundos sobre o abuso sexual de crianças (tal como comprovado pela Avaliação de conhecimentos sobre CCS)			
Demonstrou ter atitudes e convicções favoráveis à criança (tal como comprovado pela Avaliação de atitudes relativas aos CCS)			
Demonstrou ter competências de comunicação (tal como comprovado pela Avaliação de habilidades de comunicação de CCS)			

PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO

Competências de gestão do caso	Critérios	Cumpriu (2 pontos)	Cumpriu parcial-mente (1 ponto)	Não cumpriu (0 pontos)
1. Quais são os princípios orientadores para trabalhar com crianças sobreviventes?	Deve enumerar todos os princípios orientadores para obter a pontuação total. Deve enumerar pelo menos cinco princípios para obter metade da pontuação: 1. Dar prioridade à segurança física e emocional. 2. Promover o superior interesse da criança. 3. Obter o consentimento/assentimento informado. 4. Assegurar a confidencialidade adequada. 5. Promover uma participação significativa na tomada de decisões. 6. Tratar todas as crianças de forma justa e equitativa. 7. Tratar as crianças com respeito, bondade e empatia. 8. Reconhecer a singularidade de cada criança e de cada família. 9. Compreender as identidades sociais e as experiências individuais de cada criança.			
2. Quais são os requisitos de comunicação obrigatória neste contexto?	[A resposta deve ser desenvolvida a nível local.]			
3. Quais são os limites da confidencialidade nos casos relativos a crianças?	Deve explicar todos os três para obter a pontuação total: 1. Se existem leis de denúncia obrigatória em vigor. 2. A necessidade de proteger a segurança física e/ou emocional de uma criança. 3. Se uma criança estiver em risco de fazer mal a uma outra pessoa (possivelmente homicida) ou a si própria.			

4. Explique como os procedimentos de consentimento/ assentimento informado são adaptados às crianças.	Deve incluir ambos os pontos-chave para obter a pontuação total: 1. Em função da idade e da fase de desenvolvimento da criança. 2. Com base na presença/ausência de encarregados que dão apoio.			
5. De que forma é que um assistente social pode promover o superior interesse de uma criança?	Deve incluir pelo menos três para obter a pontuação total: 1. Proteger a criança de potenciais ou futuros danos emocionais, psicológicos e/ou físicos. 2. Reflectir os desejos e as necessidades da criança. 3. Capacitar as crianças e as famílias. 4. Examinar e equilibrar os benefícios e as consequências potencialmente prejudiciais.			
6. Quando é que se procura obter o consentimento/ assentimento informado durante a gestão do caso?	Deve indicar ambos para obter a pontuação total: 1. No início dos serviços de gestão do caso. 2. Para reencaminhamento para outros prestadores de serviços. Isso inclui a obtenção de autorização para a recolha de dados (IMS) e a sua utilização em relatórios estatísticos.			
7. Explique as principais áreas de necessidade que deve avaliar no caso de uma criança sobrevivente.	Deve indicar os três primeiros e um outro para obter a pontuação total: 1. Segurança e protecção. 2. Cuidados e tratamentos de saúde/médicos. 3. Necessidades psicossociais. 4. Necessidades jurídicas/de justiça. 5. Outros específicos ao contexto.			
8. Quais são as fases da gestão de casos?	Deve indicar todas as seis para obter a pontuação total (ou pelo menos quatro para obter metade da pontuação): 1. Introdução e participação. 2. Avaliação. 3. Planificação de acções relativas ao caso. 4. Implementação do plano de acções do caso. 5. Acompanhamento e monitorização. 6. Encerramento e avaliação do caso.			
9. Quais são os exemplos de intervenções de SMAPS que os assistentes sociais podem fazer e como podem ajudar as crianças sobreviventes e os seus encarregados?	Deve indicar três e dar uma explicação para obter a pontuação total (metade da pontuação se pelo menos dois forem indicados e explicados): 1. Educação para a cura (ou psicoeducação): Fornece informações específicas e exactas sobre abuso sexual e tópicos relacionados. Ajuda a compreender o impacto e a forma de se manter seguro no futuro. 2. Formação de relaxamento: Ensina estratégias para gerir os sintomas fisiológicos de stress. 3. Resolução de problemas: Ajuda a analisar os problemas e a desenvolver soluções concretas. 4. Plano de capacidades de superação: Identifica as fontes e as estratégias da criança para a ajudar a gerir as emoções.			

10. Quais são os principais critérios para saber quando encerrar um caso?	Deve indicar todos os três para obter a pontuação total (metade da pontuação se indicar dois): 1. O plano do caso está completo e é satisfatório, e o acompanhamento está concluído. 2. Não houve qualquer contacto com o utente durante um período específico (por exemplo, mais de 30 dias). 3. A criança utente e o assistente social concordam que não é necessário apoio adicional.			
TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 1-10				
PONTUAÇÃO TOTAL				
AValiação da Competência de Gestão do Caso 16-20 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o membro do pessoal CUMPRIU os requisitos essenciais de gestão de casos e é capaz de trabalhar de forma independente com crianças e famílias com supervisão contínua. 8-14 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o funcionário CUMPRIU PARCIALMENTE os requisitos de competência de gestão de casos, mas é necessária formação adicional para desenvolver conhecimentos e competências na gestão de casos. O funcionário deve ser monitorizado atentamente se estiver a trabalhar em casos de abuso sexual de crianças. Deverá também ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades. 0-6 pontos: As pontuações neste intervalo indicam que o funcionário NÃO CUMPRIU os requisitos de conhecimentos e competências suficientes para prestar serviços de gestão de casos a crianças sobreviventes. Deve ser implementado um plano de reforço das capacidades. Isso pode incluir sessões de orientação individuais, oportunidades de formação adicionais, acompanhamento de colegas de trabalho, entre outras actividades de reforço das capacidades. Após a formação adicional, a ferramenta de Avaliação da gestão de casos de CCS deve ser administrada novamente.		Avaliação final: _____ Cumpriu _____ Cumpriu parcialmente _____ Não cumpriu		
OUTRAS OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS (Anotar quaisquer observações directas da pessoa que sejam importante incluir na avaliação da gestão do caso).				
PLANO DE REFORÇO DAS CAPACIDADES (se necessário)				

ASSINATURA DO SUPERVISOR

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

ANÁLISE DE CASOS DE CCS

Instruções para Supervisores:

Utilize esta lista de verificação como parte da supervisão do caso, no prazo de duas semanas após o assistente social ter respondido a um caso de abuso sexual de crianças. Reveja a prática do assistente social de forma individual, perguntando-lhe se realizou as tarefas apresentadas para cada etapa da gestão do caso. Esta lista de verificação constitui uma oportunidade para avaliar a prática directa do assistente social e para receber supervisão do seu supervisor.

Criou um clima de confiança, apoio e cuidado				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
1. Manteve-se calmo e tranquilizador durante os cuidados e tratamentos da criança?				
2. Comunicou com a criança utilizando uma linguagem simples, clara e não culpabilizante?				
3. Disse à criança que ela é forte e corajosa por ter partilhado o que aconteceu, e que partilhar foi a coisa certa a fazer?				
4. Disse à criança que ela (a criança) não tem culpa do que aconteceu?				
5. Incluiu adequadamente as ideias, pontos de vista e opiniões da criança nos cuidados e tratamento da criança?				
6. Não sobrecarregou a criança com demasiada informação?				
7. Estabeleceu uma relação positiva com os encarregados não agressores da criança (se possível)?				

Introdução/participação e avaliação				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
8. Explicou à criança, em termos simples e claros, os serviços de gestão do caso e a confidencialidade?				
9. Obteve o consentimento informado e o assentimento informado da criança e/ou do encarregado de forma adequada?				
10. Efectuou uma avaliação segura e de apoio (seguindo as melhores práticas de comunicação/entrevista)?				
11. Recolheu apenas os pormenores do incidente relevantes para ajudar a criança e a sua família?				
12. Avaliou adequadamente a segurança, a sua saúde e as necessidades psicossociais da criança?				
13. Preencheu os formulários e a documentação correctos?				
Planificação e implementação de acções relativas ao caso				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
14. Desenvolveu um plano de acção baseado na avaliação das necessidades?				
15. Procurou os pontos de vista e opiniões da criança na tomada de decisões, de acordo com as melhores práticas?				
16. Envolveu o encarregado no plano de acção de cuidados e tratamento da criança?				
17. Assegurou os melhores interesses da criança (por exemplo, certificou-se de que quaisquer acções tomadas salvaguardam a segurança física e emocional) ao planear as medidas de acção?				

18. Explicou as opções de serviços para ajudar a satisfazer as necessidades da criança?				
19. Perguntou à criança e ao encarregado que tipo de informação gostariam de partilhar durante o processo de reencaminhamento e como?				
20. Obteve o consentimento/assentimento informado para os reencaminhamentos?				
21. Coordenou as necessidades da criança através de reencaminhamentos seguros e adequados (por exemplo, acompanhar a criança em deslocações)?				
22. Aplicou procedimentos de denúncia obrigatória (se aplicável)?				
23. Implementou apoio psicossocial adicional (se necessário)?				
24. Consultou o supervisor sobre questões urgentes de segurança?				
25. Fez um plano/reunião de acompanhamento?				
26. Preencheu os formulários e a documentação correctos?				
Acompanhamento do caso				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
27. Encontrou-se com a criança na hora e local solicitados para a reunião de acompanhamento?				
28. Reviu o plano de acção inicial do caso para avaliar se as necessidades da criança estão a ser satisfeitas?				
29. Reavaliou as necessidades da criança (foco na segurança) para ver se surgiram novas questões ou necessidades?				

30. Desenvolveu um plano de acção revisto para responder às novas necessidades da criança?				
31. Obteve o consentimento informado para quaisquer outros prestadores de serviços que venham a ser integrados nos cuidados e tratamento da criança?				
32. Marcou outra reunião de acompanhamento com a criança e/ou o encarregado?				
33. Preencheu os formulários e a documentação correctos?				
Encerramento do caso				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
34. Avaliou, juntamente com a criança/encarregado, se todas as necessidades foram satisfeitas e se não é necessária mais nenhuma gestão do caso?				
35. Analisou o plano de segurança em vigor?				
36. Explicou à criança e ao encarregado que podem sempre voltar para obter mais serviços?				
37. Preencheu a documentação adequada do caso?				
Gestão global de casos fornecida				
O assistente social...	Sim	Não	N/A	Comentário do supervisor
38. Seguiu os princípios orientadores de CCS?				
39. Concluiu as etapas e procedimentos de gestão de casos?				
40. Recebeu feedback e supervisão do supervisor de gestão de casos?				

ORIENTAÇÕES PARA A INTEGRAÇÃO DAS AVALIAÇÕES DE CCS

Os supervisores têm duas opções para integrar as avaliações de competências de CCS nos seus actuais processos de supervisão e de reforço das capacidades:

- » Utilize as três ferramentas completas que avaliam os conhecimentos essenciais (*Avaliação de conhecimentos sobre CCS*), as atitudes essenciais (*Avaliação de atitudes relativas aos CCS*) e as habilidades de comunicação (*Avaliação das competências de habilidades de CCS*).
- » Integre as perguntas destas ferramentas nas avaliações actuais dos assistentes sociais.

Avaliar e monitorizar os conhecimentos:

Se não estiverem a utilizar a *Ferramenta de avaliação de conhecimentos sobre CCS* completa, os supervisores podem incluir as seguintes perguntas dessa ferramenta na sua ferramenta de avaliação de conhecimentos existente.

Pergunta	Pontuação sugerida	Respostas obrigatórias
1. Explique a definição geral de abuso sexual de crianças.	Para obter a pontuação total, deve apresentar estes pontos principais:	1. A criança é um rapaz ou uma rapariga com menos de 18 anos. 2. É utilizado o poder sobre uma criança para fins sexuais. 3. <i>É provável que comece a descrever actos específicos de abuso sexual, que podem ser contabilizados como pontos para a Pergunta 2.</i>
2. Quais são os exemplos de abuso sexual que envolvem o toque (contacto)?	Para obter a pontuação total, deve apresentar estes pontos principais:	1. Sexo anal, vaginal ou oral forçado. 2. Tocar no peito, nas nádegas ou no ânus de uma criança de forma sexual. 3. Forçar uma criança a tocar nas partes íntimas de outra pessoa para fins sexuais.
3. Quais são os exemplos de abuso sexual que NÃO envolvem o toque (sem contacto)?	Deve ser capaz de citar pelo menos cinco exemplos para obter a pontuação total:	1. Obrigar uma criança a ver filmes de cariz sexual, a ler histórias ou a ver imagens de cariz sexual. 2. Uma pessoa que mostra as suas partes sexuais a uma criança para fins sexuais (por exemplo, masturbar-se em frente de uma criança). 3. Tirar fotografias de uma criança em posições sexuais. 4. Obrigar uma criança a assistir a actos sexuais. 5. Falar com uma criança de forma sexual. 6. Observar indevidamente uma criança a despir-se ou a ir à casa de banho (ou seja, fazer isto porque a pessoa se sente sexualmente gratificada ao fazê-lo).

4. Mencione os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças dos 0 a 5 anos.	Deve ser capaz de identificar pelo menos cinco sinais e sintomas para obter a pontuação total:	1. Chorar, choramingar, gritar que não é um comportamento habitual. 2. Tremor, com medo. 3. Não se quer separar dos encarregados, pode estar mais apegada do que o normal. 4. Podem não querer sair dos locais onde se sente segura. 5. Problemas de sono. 6. Problemas de desenvolvimento, como a perda da capacidade de falar.
5. Mencione os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças dos 6 a 9 anos.	Deve ser capaz de enumerar pelo menos seis sinais e sintomas para obter a pontuação total:	1. Medo de determinadas pessoas, locais ou actividades. 2. Comportar-se como um bebé (por exemplo, fazer as necessidades na cama ou querer que os progenitores a vistam). 3. Pode recusar-se a ir à escola. 4. Tocar muito nas suas partes íntimas. 5. Sentimentos de tristeza. 6. Pesadelos (sonhos muito maus) ou problemas em dormir. 7. Ficar sozinha e afastada da família ou dos amigos. 8. Problemas alimentares, como não querer comer ou querer comer a toda a hora. 9. Reacções adicionais que são comuns à população/contexto cultural.
6. Mencione os sinais e sintomas comuns de abuso sexual em crianças com idades dos 10 a 17 anos.	Deve ser capaz de enumerar pelo menos seis sinais e sintomas para obter a pontuação total:	1. Depressão, tristeza, choro. 2. Pesadelos. 3. Problemas na escola (dificuldade de concentração). 4. Afastamento dos amigos e das actividades da comunidade. 5. Raiva e brigas. 6. Pensam no abuso a toda a hora, mesmo quando não o querem fazer. 7. Pensamentos de querer morrer; tentativa de suicídio. 8. Reacções adicionais que são comuns à população/contexto cultural.
7. Quais são as consequências comuns para a saúde de uma criança que sofreu abuso sexual?	Deve ser capaz de identificar pelo menos oito consequências para a saúde para obter a pontuação total:	1. Lesões (hematomas, ossos partidos, lesões vaginais). 2. Doença/infecção. 3. Infecções crónicas. 4. Dor crónica. 5. Problemas gastrointestinais. 6. Perturbações do sono. 7. Gravidez indesejada. 8. Aborto inseguro. 9. ITS, incluindo HIV. 10. Perturbações menstruais. 11. Complicações na gravidez. 12. Doenças ginecológicas.

8. Quais são alguns dos sentimentos comuns que os encarregados podem ter depois de saberem que a criança sofreu abuso sexual?	Deve enumerar pelo menos cinco sentimentos abaixo para obter a pontuação total:	1. Culpar-se a si próprios pelo abuso. 2. Preocupar-se pela saúde e segurança das crianças. 3. Culpa e vergonha. 4. Raiva contra a criança. 5. Não compreender a criança, por exemplo, pensar que ela está a mentir. 6. Outra reacção relevante para o contexto cultural.
9. O que é que pode ajudar a promover a capacidade de superação e a cura das crianças?	Deve enumerar pelo menos cinco factores para obter a pontuação total:	1. Apoio atencioso e atempado. 2. Apoio e cuidados familiares e sociais. 3. Capacidade de prosseguir os estudos e outras actividades em que a criança estava envolvida antes do abuso. 4. Intervenções psicossociais que ajudam a criança a compreender e a gerir as suas reacções ao abuso. 5. Capacidade individual da criança. 6. Crenças religiosas ou espirituais. 7. Outras que sejam específicas do contexto.

Avaliar e monitorizar atitudes:

Se não utilizarem a *Ferramenta de avaliação de atitudes relativas aos CCS* completa, as equipas devem incorporar as seguintes perguntas dessa ferramenta na sua ferramenta de avaliação da atitude existente (ou na ferramenta de avaliação geral).

Se o assistente social não cumprir, ou cumprir apenas parcialmente, as atitudes necessárias (utilizando a ferramenta completa ou as perguntas abaixo) para trabalhar com crianças sobreviventes, converse com o indivíduo se este se sente preparado para trabalhar com crianças sobreviventes e com as suas famílias antes de iniciar uma auto-reflexão e/ou formação adicional. Pode não ser apropriado que o assistente social trabalhe com crianças sobreviventes até que faça uma reflexão pessoal sobre os valores e/ou convicções prejudiciais descobertos durante a avaliação da atitude. Se for esse o caso, os supervisores terão de tratar esta conversa com cuidado e sensibilidade. Em alguns contextos, pode ser necessário debater estes resultados com um gestor sénior para obter aconselhamento sobre a forma de abordar a conversa.

Declarações	Pontuação individual			
	Concor- do total- mente	Concordo até certo ponto	Discordo até certo ponto	Discordo total- mente
1. Algumas raparigas provocam o abuso sexual pela forma como se comportam ou como se vestem.	1	2	3	4
2. As crianças que sofrem sexual ficam sujas e destruídas.	1	2	3	4
3. Quando os adultos e os encarregados culpam as crianças sobreviventes de abuso sexual pelo que lhes aconteceu, é minha responsabilidade desafiá-los de uma forma solidária.	4	3	2	1
4. O abuso sexual não causa homossexualidade.	4	3	2	1
5. Uma criança pode inventar propositadamente histórias sobre ter sofrido abuso sexual.	1	2	3	4
6. É da minha responsabilidade estar consciente das minhas próprias convicções e valores sobre o abuso sexual e falar com o meu supervisor se achar que estou a culpar ou a julgar as crianças.	4	3	2	1

Avaliação das competências de comunicação:

Se não utilizarem a *Ferramenta de avaliação da comunicação de CCS* completa, as equipas devem incorporar as seguintes perguntas na sua ferramenta de avaliação da comunicação existente (ou ferramenta de avaliação geral).

Capacidade de comunicação	Critérios para responder correctamente	Cumpriu (2 pontos)	Cumpriu parcial- mente (1 ponto)	Não cumpriu (0 pontos)
1. Descreva como explicaria um reencaminhamento de saúde a uma criança sobrevivente entre os 10 e os 12 anos.	Deve incluir ambos os pontos para obter a pontuação total: 1. Descrição exacta dos serviços de saúde (inclui riscos/consequências) e 2. Quais são os direitos da criança durante os cuidados de saúde e os exames.			
2. Explique como descobrir o que uma criança está a sentir utilizando materiais centrados na criança (desenhos, brinquedos, etc.)	As respostas correctas podem incluir qualquer uma das seguintes ideias: 1. Fazer desenhos de rostos que representem sentimentos diferentes e perguntar à criança qual deles é o mais parecido com o que ela sente. 2. Pedir à criança que faça um desenho sobre o que está a sentir na sua mente e no seu coração. 3. Pedir à criança que utilize cores para representar os diferentes sentimentos que tem. 4. Outra ideia/actividade que o assistente social tenha e que seria benéfico experimentar.			
3. Que escolhas importantes deve oferecer às crianças antes de falar com elas sobre os abusos que sofreram? o sucedido?	Deve dar pelo menos três opções para obter a pontuação total: 1. A opção de ter um encarregado ou uma pessoa de confiança na sala. 2. A opção de escolher o local da conversa. 3. A opção de decidir quando ter a conversa. 4. Se possível, a opção de ter um entrevistador ou uma entrevistadora – isto é mais específico para as crianças sobreviventes do sexo masculino. É sempre uma boa prática que as raparigas sejam entrevistadas por conselheiras, uma vez que são quase sempre abusadas por homens.			
4. Se a criança tiver menos de 5 anos, com quem deve falar para saber o que aconteceu com a criança?	Para obter o crédito total, deve apresentar os dois pontos seguintes. 1. Em primeiro lugar, a pessoa que trouxe a criança aos serviços. 2. O encarregado da criança (se necessário).			

5. Qual é a diferença entre entrevistar uma criança de 7 anos e uma criança de 17 anos?	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter o crédito total: 1. A criança de 17 anos compreende melhor o que aconteceu. 2. A criança de 17 anos tem mais capacidade para dar ideias e opiniões sobre o que deve acontecer. 3. A criança de 17 anos estará mais preocupada com o impacto social e o estigma do abuso.			
6. Se uma criança se recusar a falar consigo (e não for portadora de deficiência ou deficiente auditiva), quais são as três coisas que deve avaliar?	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. Há alguém na sala perante a qual a criança não se sente segura para falar? 2. O assistente social está a agir de uma forma que está a deixar a criança desconfortável? 3. O local da entrevista é seguro para a criança falar?			
7. Dê um exemplo de como respeitar os pontos de vista, convicções e opiniões de uma criança ao trabalhar com ela.	Deve indicar pelo menos dois pontos para obter a pontuação total: 1. Pergunte à criança o que pensa sobre uma determinada acção. 2. Diga à criança, no início e ao longo de toda a comunicação com ela, que ela tem o direito de partilhar o que sente e pensa. 3. Crie espaço para a criança falar. 4. Outro ponto relevante para o contexto.			



www.unicef.org

childprotection@unicef.org

© *Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)*

Dezembro de 2023