



# UNIDADE 3: PREVENIR A VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES

A violência sexual está entre as formas de violência mais difundidas e é um grande problema de saúde pública. É agravado em situações de conflito, migração forçada e desastres naturais, com cerca de uma em cada cinco mulheres e meninas sofrendo violência sexual em ambientes humanitários complexos.<sup>39</sup> Qualquer pessoa pode sofrer violência sexual, incluindo mulheres, homens, adolescentes, pessoas com deficiência, crianças pequenas, idosos, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuais (LGBTQIA), minorias étnicas e religiosas e profissionais do sexo, entre outros. Todos os atores que respondem em uma emergência devem estar cientes dos riscos de violência sexual e coordenar atividades multissetoriais para prevenir e proteger as populações afetadas - especialmente mulheres, meninas e outras populações em risco.

Exemplos de medidas de proteção incluem:

- ▶ acesso seguro às instalações de saúde;
- ▶ latrinas com segregação por sexo e instalações de banho com fechaduras no interior;
- ▶ iluminação adequada ao redor do acampamento e nas unidades de saúde; e
- ▶ casas divididas ou tendas familiares individuais para permitir a privacidade.

Os atores humanitários também devem garantir que mulheres, meninas, homens e meninos, em toda a sua diversidade, que sofreram violência sexual, recebam atendimento clínico e psicossocial, proteção e outros serviços de apoio o mais rápido possível após o incidente. A violência sexual é uma experiência traumática que pode ter uma variedade de consequências físicas, psicológicas, pessoais e sociais graves e negativas de curto e longo prazo para os sobreviventes. A violência sexual diminui a capacidade de mulheres e meninas, junto com outras populações em risco, de participar de forma significativa no desenvolvimento, na manutenção da paz, em oportunidades educacionais e em atividades econômicas. Famílias e comunidades inteiras sofrem profundamente devido aos impactos multifacetados da violência sexual.

Um recurso importante que descreve o conjunto de intervenções multissetoriais mínimas para prevenir e responder à violência sexual em ambientes de emergência são as Diretrizes do Comitê Permanente Interagências (IASC) para Integrar Intervenções de Violência Baseada em Gênero na Ação Humanitária.<sup>40</sup> Estas diretrizes fornecem intervenções

39 Alexander Vu, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer, and Sonal Singh "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis," PLOS Currents Disasters, março 18, 2014, DOI: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

40 Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (website), acessado em 8 de abril de 2019, <https://gbvguidelines.org>.

recomendadas para todas as áreas do setor antes de uma emergência, durante a fase aguda de uma emergência e depois que a crise imediata passar. Uma matriz de referência dessas diretrizes também está disponível.

## **No final da unidade, os participantes serão capazes de:**

- ▶ explicar o que é e por que prevenir a violência sexual e atender às necessidades dos sobreviventes é uma prioridade;
- ▶ listar quais ações devem ser tomadas para prevenir a violência sexual;
- ▶ descrever os componentes da assistência clínica para sobreviventes de violência sexual;
- ▶ explicar quem é responsável pela prevenção e gestão de incidentes de violência sexual;
- ▶ descrever as razões pelas quais a violência sexual não é denunciada; e
- ▶ compreender o que é um Código de Conduta e um mecanismo de reclamações.

## **PSIM para objetivos e atividades de SSR:**

### **PARA PREVENIR A VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES.**

Para prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes desde o início de uma emergência, o Coordenador de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), gestores de programa e prestadores de serviços devem colaborar com o setor/grupo de saúde para:

- ▶ trabalhar com outros grupos, especialmente o grupo de proteção e o subgrupo de violência baseada em gênero (VBG), para implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital, incluindo unidades de saúde para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual;
- ▶ disponibilizar atendimento clínico e encaminhamento a outros serviços de apoio para sobreviventes de violência sexual; e
- ▶ garantir espaços confidenciais e seguros dentro das unidades de saúde para receber e fornecer às sobreviventes de violência sexual atendimento clínico adequado e encaminhamento.

## **O que é violência sexual?**

A violência sexual é uma violação dos direitos humanos fundamentais e assume várias formas, incluindo estupro, assédio sexual, gravidez/aborto forçado, exploração sexual e tráfico sexual. É definido como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados ou atos para traficar uma pessoa sexualmente, usando coerção, ameaças de dano ou força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando, a casa e trabalho. O Pacote de Serviço Inicial Mínimo (PSIM) para SSR aborda principalmente as seguintes três áreas de violência sexual:

**Estupro / tentativa de estupro:** o estupro é um ato de relação sexual não consensual. Isso pode incluir a invasão de qualquer parte do corpo com um órgão sexual e/ou a invasão da abertura genital ou anal com qualquer objeto ou parte do corpo. O estupro e a tentativa de estupro envolvem o uso de força, ameaça de força e/ou coerção. Esforços para estuprar alguém que não resultem em penetração são considerados tentativa de estupro.

**Abuso sexual:** intrusão física real ou ameaçada de natureza sexual, seja pela força ou sob condições desiguais ou coercitivas.

**Exploração sexual:** qualquer abuso real ou tentativa de abuso de uma posição de vulnerabilidade, poder diferencial ou confiança para fins sexuais, incluindo, mas não se limitando a, lucrar monetariamente, socialmente ou politicamente com a exploração sexual de outra pessoa.

## **Por que prevenir a violência sexual e atender às necessidades dos sobreviventes é uma prioridade?**

Durante emergências como conflitos ou desastres naturais, o risco de violência, exploração e abuso aumenta, e as desigualdades pré-existentes de gênero e outras sociais podem ser exacerbadas. Os indivíduos podem sofrer perda de moradia segura, oportunidades econômicas limitadas e instabilidade, levando à violência sexual oportunista por indivíduos conhecidos e desconhecidos. Em alguns cenários de conflito ou pós-conflito, a violência sexual é usada como uma tática de guerra. Além disso, os sistemas nacionais e as redes de apoio comunitário e social podem ser enfraquecidos e, em um ambiente de impunidade, os perpetradores podem não ser responsabilizados.

Sobreviventes de violência sexual podem sofrer de depressão e ansiedade, tentar suicídio ou suicídio completo, contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), engravidar, ser excluídos ou até mortos, uma prática que às vezes é chamada de um “crime de honra”, por suas famílias ou membros de suas comunidades. Além disso, o impacto da violência sexual é multifacetado: impacta a saúde física e mental do sobrevivente e o bem-estar social, tendo possíveis consequências para a família do sobrevivente e a comunidade em geral. O risco elevado e o medo da violência sexual também podem levar a aumentos de práticas prejudiciais destinadas a 'proteger' mulheres e meninas, como casamento precoce e/ou forçado, aumento de incidentes de violência doméstica e íntima do parceiro e perda de mobilidade para mulheres e meninas.

Uma vez que a situação se estabilize e todos os componentes do PSIM para SSR tenham sido implementados, pode-se dar atenção para abordar a ampla gama de questões de VBG, incluindo violência doméstica, violência íntima do parceiro, casamento precoce e/ou forçado, mutilação/corte genital feminino, esterilização forçada ou gravidez forçada, prostituição forçada ou coagida e tráfico de mulheres, meninas e meninos.

## Quem é mais afetado pela violência sexual?

Pessoas de qualquer sexo, gênero, idade ou habilidade podem sofrer violência sexual. A maioria dos casos relatados de violência sexual entre comunidades afetadas por crises - e na maioria dos ambientes ao redor do mundo - envolve perpetradores do sexo masculino que cometem atos violentos contra mulheres e meninas.<sup>41</sup> Os perpetradores costumam ser parceiros íntimos (incluindo conjuges) ou outras pessoas conhecidas do indivíduo (parentes, amigos ou membros da comunidade). No entanto, homens e meninos também correm risco de violência sexual, particularmente em ambientes de conflito e quando são submetidos a detenção ou tortura.<sup>42</sup> Meninas adolescentes, pessoas com deficiência (especialmente deficiência intelectual), e os indivíduos LGBTQIA são excepcionalmente vulneráveis porque muitas vezes são alvos de exploração sexual e estupro, enquanto a proteção social está enfraquecida.<sup>43</sup>

***É importante reconhecer que qualquer pessoa pode sofrer violência sexual e garantir que serviços abrangentes e de qualidade estejam disponíveis e acessíveis a todos.***

## Quando ocorre a violência sexual durante as crises?

A violência sexual pode acontecer a qualquer momento durante o deslocamento, incluindo antes de fugir de casa, durante o voo, enquanto no país de asilo, durante a repatriação e reintegração e em abrigos temporários para populações deslocadas internamente. Pode ocorrer em comunidades afetadas por crises após um desastre natural ou conflito, mesmo entre aqueles que não foram deslocados de suas casas.

## Quem é responsável por prevenir e responder a incidentes de violência sexual?

Todos os atores humanitários são responsáveis por prevenir a exploração sexual, denunciar abusos e garantir que a assistência humanitária seja fornecida de forma imparcial, sem preconceito ou discriminação com base na idade, sexo, gênero ou identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural / urbano), deficiência, raça, cor, idioma, política ou outra opinião, religião, nacionalidade, origem étnica ou social, propriedade, nascimento ou outras características. Os atores humanitários também são responsáveis por garantir que os sobreviventes tenham acesso a cuidados clínicos e outros serviços de apoio.

É necessária uma abordagem multissetorial e multinível para proteger a população afetada pela crise e responder de forma adequada à violência sexual. O grupo de proteção global, sob a liderança do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), é responsável por garantir que a proteção seja integrada e incorporada a outros setores e que o apoio seja fornecido conforme solicitado ao grupo de proteção em nível nacional. O grupo de trabalho do grupo de proteção é subdividido em cinco áreas de responsabilidade adicionais, incluindo a proteção da criança, sob a liderança do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e VBG, sob a liderança do Fundo de População das Nações

41 "Violence Against Women," , 29 de novembro de 2017, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

42 Sarah Chynoweth, *Sexual Violence Against Men and Boys in the Syria Crisis* (UNHCR, outubro 2017), <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60864>.

43 *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence* (Women's Refugee Commission, February 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1455>.

Unidas (UNFPA). O objetivo abrangente declarado da Área de Responsabilidade da VBG é “desenvolver mecanismos de proteção eficazes e inclusivos que promovam uma abordagem coerente, abrangente e coordenada à VBG no nível de campo, incluindo em relação à prevenção, cuidado, apoio, recuperação e trabalhos responsáveis a serem realizados.”<sup>44</sup>

No nível de campo, a coordenação para lidar com a violência sexual deve abranger todos os setores técnicos (por exemplo, proteção; saúde; educação; logística; água, saneamento e higiene [WASH]; serviços comunitários; segurança/polícia; planejamento do local; etc.) e todas as áreas geográficas afetadas por crises. O atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual está sob a alçada e responsabilidade do setor/grupo de saúde com a agência líder de SSR designada.<sup>45</sup> O Coordenador de SSR, grupo de trabalho de SSR e o setor/grupo de saúde devem trabalhar com a agência líder da Área de Responsabilidade de VBG para apoiar um processo para identificar uma divisão clara de funções e responsabilidades entre os parceiros da saúde e entre todos os programas setoriais/agrupados em resposta às necessidades dos sobreviventes. Isso inclui serviços jurídicos/legais, de proteção, segurança, psicossociais e comunitários. Representantes da comunidade afetada, parceiros das Nações Unidas, organizações não governamentais (ONGs) e autoridades governamentais devem informar e/ou participar deste processo e das reuniões de coordenação do setor/grupo.

Além disso, para garantir um mecanismo de referência coordenado, centrado no sobrevivente e confidencial para os sobreviventes, deve haver vínculos com grupos de autoajuda da comunidade, incluindo aqueles formados por adolescentes, pessoas com deficiência, populações LGBTQIA e profissionais do sexo.

## O PSIM para atividade SSR:

### Implementar medidas preventivas em nível comunitário, local e distrital para proteger as populações afetadas pela violência sexual

## Quais são as situações que colocam mulheres e meninas em risco de violência sexual?

Mulheres e meninas deslocadas ou que estão vivendo em conflitos ou outros ambientes de emergência podem correr um risco maior de violência sexual nas seguintes situações:

- ▶ Se não tiver documentação pessoal para arrecadação de rações, assistência ou serviços essenciais e se depender de homens para sua sobrevivência diária;
- ▶ Quando os homens (outras pessoas afetadas, membros das comunidades anfitriãs ou atores humanitários) são os únicos responsáveis pela distribuição de alimentos e outros bens essenciais;
- ▶ Se tiverem que viajar para pontos remotos de distribuição de alimentos, lenha para cozinhar, e água sem segurança ou outra proteção;

<sup>44</sup> Mais informações sobre GBV AoR can be found at <http://gbvaor.net>.

<sup>45</sup> Inter-Agency Standing Committee, Humanitarian Response, <https://www.humanitarianresponse.info/en>.

- ▶ Se os dormitórios estiverem destrancados e desprotegidos ou a iluminação for fraca; e
- ▶ Se as latrinas masculinas e femininas e os lavabos não forem separados, se não tiverem fechaduras internas ou se estiverem localizados em áreas inseguras de um acampamento ou assentamento.

A falta de proteção policial e a ilegalidade também podem contribuir para o aumento da violência sexual. Policiais, militares, trabalhadores humanitários, administradores de campos ou outros oficiais do governo podem estar envolvidos em forçar mulheres e meninas a se envolverem em atividades sexuais para fins de segurança, serviços ou outro tipo de apoio. Se não houver organizações independentes, como o ACNUR ou ONGs internacionais, para ajudar a garantir a segurança pessoal dentro de um campo, o número de incidentes geralmente aumenta. Oficiais de proteção feminina devem ser contratados e disponíveis porque mulheres e meninas geralmente se sentem mais confortáveis em relatar questões de proteção e incidentes de violência a outra mulher.

## **Quais são as principais ações que devem ser tomadas para prevenir a violência sexual?**

As reuniões de coordenação de saúde e proteção devem consistentemente abordar a violência sexual para garantir a coordenação na resposta entre o Coordenador de SSR e outros atores setoriais. Procedimentos operacionais e de coordenação confidenciais devem ser acordados e implementados para avaliar e responder a situações de risco ou para mitigação de risco.<sup>46</sup>

Como parte do trabalho do mecanismo geral do setor/grupo de saúde, o Coordenador de SSR e a equipe do programa de SSR devem garantir que o setor/grupo de saúde humanitária e os atores da saúde façam o seguinte:

- ▶ Garantir acesso seguro a serviços básicos de saúde, incluindo serviços de SSR, para mulheres, homens, adolescentes e crianças.
- ▶ Projetar e localizar instalações de saúde para aumentar a segurança física e a proteção e para serem acessíveis às pessoas com deficiência, em consulta com a população, em particular, mulheres, adolescentes, pessoas com deficiência e outras populações marginalizadas.
- ▶ Consultar prestadores de serviços e clientes sobre questões de segurança e proteção relacionadas ao acesso às instalações de saúde.
- ▶ Assegurar-se de que as instalações de saúde estejam em locais seguros e tenham iluminação de caminho adequada à noite.
- ▶ Garantir que as unidades de saúde tenham espaços confidenciais, profissionais de saúde treinados e os suprimentos essenciais para oferecer atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual.
- ▶ Considerar a necessidade de pessoal de segurança nas entradas das instalações.

<sup>46</sup> Veja a Rede de Responders GBV em <https://gbvresponders.org/resources> para ferramentas e recursos existentes para facilitar a operacionalização.

- ▶ Identificar latrinas masculinas e femininas separadas e áreas de lavagem na unidade de saúde e assegurar-se de que as portas fechem por dentro.<sup>47</sup>
- ▶ Contratar e capacitar mulheres prestadoras de serviços, agentes comunitários de saúde, funcionários do programa, e intérpretes.<sup>48</sup>
- ▶ Assegurar-se de que todos os idiomas do subgrupo étnico sejam representados entre os provedores de serviços ou que intérpretes estejam disponíveis.
- ▶ Informar os prestadores de serviços e todos os demais funcionários das instalações sobre a importância de manter a confidencialidade, incluindo a proteção de informações e dados dos sobreviventes.
- ▶ Certificar-se de que os profissionais de saúde e todos os outros funcionários das instalações assinem e cumpram um Código de conduta contra a exploração e abuso sexual.
- ▶ Garantir que o Código de Conduta e os mecanismos de denúncia sobre exploração e abuso sexual (que garantem a proteção do denunciante) estejam em vigor, bem como medidas investigativas relevantes para fazer cumprir os códigos de conduta.

## O PSIM para atividade SSR:

### Disponibilizar atendimento clínico e encaminhamento para outros serviços de suporte para sobreviventes

#### **Princípios orientadores para responder às necessidades de sobreviventes de violência sexual**

Os seguintes princípios orientadores devem ser respeitados em todos os momentos por todos os atores humanitários que estão respondendo às necessidades dos sobreviventes:

- ▶ Segurança
- ▶ Respeito
- ▶ Confidencialidade
- ▶ Não discriminação

### **Por que lidar com a violência sexual é uma preocupação crítica para os profissionais de saúde?**

Os serviços de saúde costumam ser o primeiro - e às vezes o único - ponto de contato para sobreviventes de violência sexual. A qualidade do atendimento prestado pode ter impactos de curto e longo prazo no bem-estar do sobrevivente e na disposição do sobrevivente de relatar o incidente. Portanto, todos os provedores de saúde (mesmo aqueles que não trabalham em um estabelecimento que oferece atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual) devem estar preparados para fornecer a primeira linha de apoio psicossocial.

<sup>47</sup> WASH, *Protection and Accountability: Briefing Paper* (UNHCR, 2017), <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability>.

<sup>48</sup> *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook* (WHO, setembro 2014), [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?sequence=1).

O apoio psicossocial de primeira linha inclui:

- ▶ escuta empática e validação;
- ▶ identificar necessidades emocionais, psicológicas e físicas imediatas;
- ▶ atender à segurança (proteção) e saúde imediata e contínua do sobrevivente, incluindo necessidades de saúde mental por meio de encaminhamento para apoio psicossocial;
- ▶ reassegurar ao sobrevivente de que ele não é o culpado ou culpada;
- ▶ indagar sobre as necessidades e preocupações do sobrevivente
- ▶ identificar e oferecer informações sobre outros serviços de suporte; e
- ▶ apoiar as decisões do sobrevivente.

## **O que é uma abordagem centrada no sobrevivente?**

Uma abordagem centrada no sobrevivente significa que os direitos, necessidades e desejos dos sobreviventes são priorizados. Esta abordagem pode orientar os profissionais de saúde em seu envolvimento com pessoas que sofreram violência sexual. Tem como objetivo criar um ambiente de apoio no qual os direitos do sobrevivente são respeitados, a segurança é garantida e o sobrevivente é tratado com dignidade e respeito.

## **Quais são as principais ações que devem ser oferecidas nos serviços clínicos?**

Todos os atores humanitários devem respeitar os direitos de uma sobrevivente de violência sexual à vida, autodeterminação, cuidados de saúde de boa qualidade, não discriminação, privacidade, confidencialidade, informação e respeito. Os sobreviventes devem ter acesso a cuidados clínicos, incluindo aconselhamento psicossocial de apoio, bem como anticoncepção de emergência e profilaxia pós-exposição (PEP) para o HIV, o mais rápido possível após o incidente.

Para garantir que os serviços de saúde possam oferecer estes cuidados no início de uma resposta humanitária, os coordenadores de SSR e a equipe do programa devem:

- ▶ estabelecer uma área de consulta privada não estigmatizante com um arquivo que possa ser trancado;
- ▶ implementar protocolos claros e uma lista de direitos do paciente nos idiomas dos provedores e pacientes;
- ▶ ter suprimentos e equipamentos suficientes disponíveis;
- ▶ contratar prestadores de serviços do sexo masculino e feminino fluentes nos idiomas locais e capacitar homens e mulheres acompanhantes, além de intérpretes femininas;
- ▶ envolver mulheres, meninas e meninos adolescentes e outras populações de risco, como pessoas com deficiência e grupos LGBTQIA, nas decisões sobre acessibilidade e aceitabilidade dos serviços;

- ▶ com o líder do grupo de saúde, certificar-se de que os serviços e um mecanismo de encaminhamento, incluindo transporte para um hospital em caso de complicações com risco de vida, estejam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana.

## **O que pode ser feito para informar a comunidade sobre os serviços disponíveis?**

Uma vez que os serviços são estabelecidos, os coordenadores de SSR e a equipe do programa devem informar a comunidade sobre:

- ▶ to horário e a localização dos serviços;
- ▶ a importância de buscar atendimento médico imediato após a violência sexual no máximo 72 horas para prevenção do HIV e 120 horas para prevenção da gravidez - quanto mais cedo, mais eficaz para ambos; e
- ▶ quais serviços de saúde são oferecidos aos sobreviventes que não podem buscar atendimento imediato.

Para garantir a acessibilidade, vários formatos e idiomas devem ser usados (por exemplo, Braille, linguagem de sinais, formatos pictóricos) e distribuídos por meio de extensão liderada pela comunidade (grupos de mulheres, jovens, LGBTQIA e pessoas com deficiência) e outros canais de comunicação apropriados (por exemplo, escolas, parteiras, agentes comunitários de saúde, líderes comunitários, mensagens de rádio ou folhetos informativos em banheiros femininos).

## **Quais são as principais ações que devem ser efetivadas para garantir que os provedores de serviços sejam qualificados e capazes de fornecer serviços não discriminatórios, imparciais e centrados no sobrevivente?**

Quando necessário e viável, o Coordenador de SSR, com o grupo de trabalho de SSR e o setor/grupo de saúde, deve organizar sessões de informação ou pequenos treinamentos de atualização sobre atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual.

## **Quais são os componentes do atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual?**

**Comunicação de apoio:** Certificar-se de que os prestadores de serviços possam estender o apoio compassivo e confidencial ao sobrevivente por meio de uma comunicação precisa, clara e sem julgamento e que envolva escuta ativa e empática, sem pressionar o sobrevivente a responder. Eles devem informar ao sobrevivente sobre as opções de cuidados disponíveis, encorajar e responder às perguntas e preocupações e obter consentimento por escrito ou verbal para todos os aspectos dos cuidados. Os provedores de serviços devem tomar cuidado para não fazer promessas ou declarações falsas (principalmente em relação à segurança) que não possam ser garantidas

**Histórico e exame:**<sup>49</sup> O objetivo principal do histórico e do exame é determinar os cuidados clínicos necessários. Durante este processo, a saúde e o bem-estar do sobrevivente são a principal prioridade. Permita que o sobrevivente escolha uma pessoa de confiança para estar presente no exame, se assim o desejar. Para as crianças, este pode ser o seu tutor (não infrator) ou, onde não estiverem disponíveis, uma pessoa de apoio treinada. O sobrevivente deve sempre poder escolher o sexo da pessoa de apoio; isso é obrigatório para crianças. Um histórico e um exame médico completo (evitando procedimentos invasivos tanto quanto possível de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde [OMS]<sup>50</sup> são realizados. Os provedores devem garantir que o sobrevivente compreenda e aceite cada etapa. O preenchimento do histórico inclui:

- ▶ perguntas sobre a agressão limitadas ao que é necessário para atendimento médico e, quando apropriado (existe capacidade para testar e usar as evidências), a coleta de amostras para evidências forenses;
- ▶ informações médicas gerais;
- ▶ histórico médico e ginecológico para mulheres e meninas; e
- ▶ uma avaliação do estado mental, perguntando como o sobrevivente está se sentindo e observando as emoções do sobrevivente durante o exame.

Manter um registro cuidadosamente escrito de todas as ações e encaminhamentos (médico, psicossocial, de segurança, legal, apoio comunitário) para facilitar o acompanhamento. Certificar-se de que a documentação esteja disponível para processo caso o sobrevivente decida persegui-la.

Durante este processo, os sobreviventes devem ter certeza de que estão no controle, não precisam falar sobre nada com que se sintam desconfortáveis e podem interromper o processo a qualquer momento. É direito do sobrevivente decidir se deseja ser examinado e de recusar qualquer parte do exame. Todos os aspectos do exame devem ser explicados e o consentimento obtido antes de tocar o sobrevivente. Permitir que o sobrevivente faça perguntas e concordar ou recusar qualquer aspecto do exame e tratamento a qualquer momento.

**O sistema médico-legal e a coleta de evidências forenses,<sup>51</sup> onde viável e quando necessário:**

- ▶ O Coordenador de SSR, juntamente com o líder da Área de Responsabilidade de VBG e especialistas legais, deve determinar a situação do sistema médico-legal nacional, incluindo as leis e políticas relevantes sobre violência sexual, e compartilhar estas informações com as partes interessadas.
- ▶ A coleta de evidências forenses, quando viável e quando pode ser usada, deve ser coletada, armazenada, analisada e usada somente se o sobrevivente consentir após uma explicação completa de cada procedimento. O manejo clínico de sobreviventes de violência sexual tem prioridade sobre o processo médico-legal.

49 An example of a history and exam form can be found on p. 44–47 of the *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (WHO, 2004), [http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical\\_Management\\_2005\\_rev-1.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf).

50 *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (WHO, 2004), [http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical\\_Management\\_2005\\_rev-1.pdf](http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf)

51 Mais informações sobre coleta forense podem ser encontradas no *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings, 2018* (IAWG, novembro 2018), p.27, <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>

**Tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial:** O tratamento clínico para sobreviventes de violência sexual pode ser iniciado sem exame, se esta for a escolha do sobrevivente. Isso será explorado em mais detalhes nesta seção, mas incluirá:

1. **Contracepção de emergência;**
2. **Teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao aborto seguro / encaminhamento para atenção ao aborto seguro conforme a lei;**
3. **Tratamento presuntivo de IST;**
4. **PEP para prevenir a transmissão do HIV;**
5. **Prevenção da Hepatite B e Papilomavírus humano (HPV);**
6. **Cuidado de feridas e prevenção do tétano;**
7. **Encaminhamento para outros serviços, como outros serviços de saúde, psicológicos e sociais; e**
8. **Cuidados de acompanhamento.**

Tratar primeiro as complicações com risco de vida e encaminha-las para unidades de saúde de nível superior, se apropriado. Um recurso útil que fornece orientação aos prestadores de cuidados de saúde para o tratamento médico após o estupro de mulheres, homens e crianças é o Manejo Clínico de Sobreviventes de Estupro de 2004 Um Guia para o Desenvolvimento de Protocolos para Uso em Refugiados e Pessoas Deslocadas Internamente.<sup>52</sup>

Além disso, a OMS, o ACNUR e o UNFPA têm um programa de e-learning para profissionais de saúde sobre o manejo clínico de sobreviventes de estupro, que está disponível online em inglês e francês.<sup>53</sup>

## 1. Contracepção de emergência

A contracepção de emergência pode prevenir a gravidez não intencional e deve ser fornecida aos sobreviventes o mais rápido possível e dentro de 120 horas após sofrer violência sexual.<sup>54</sup>

### Métodos contraceptivos de emergência comuns

**Pílulas contraceptivas de emergência (CE) só de progestógeno:** são a forma de CE mais amplamente disponível e contêm 1,5 mg de levonorgestrel.

**Prazo:** as pílulas CE podem ser usadas até 120 horas (5 dias) após o sexo desprotegido, mas são mais eficazes quanto mais cedo forem tomadas.

**Segurança:** as pílulas CE só de progestógeno são seguras para todas as mulheres, meninas e adolescentes em idade reprodutiva, mesmo para aqueles que são aconselhados a não usar contraceptivos orais combinados para contracepção contínua, pois a dose de hormônios é relativamente pequena e as pílulas são usadas por pouco tempo.

<sup>52</sup> *Clinical Management of Rape Survivors: A Guide to the Development of Protocols for Use in Refugee and Internally Displaced Persons* (WHO, 2004), <https://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.html>.

<sup>53</sup> "Clinical Management of Rape Survivors," WHO, acessado em 8 de abril de 2019, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en>.

<sup>54</sup> Mais informações sobre anticoncepção de emergência e elegibilidade médica podem ser encontradas no site do International Consortium for Emergency Contraception: <http://www.ec-ec.org/ecmethod>.

**Triagem clínica:** Nenhum exame clínico ou teste (incluindo um teste de gravidez) é necessário antes de fornecer pílulas de CE só de progestógeno.

**Forma de atuação:** as pílulas de CE retardam ou previnem a ovulação. Um mecanismo adicional postulado é que eles podem impedir que o óvulo e o espermatozoide se encontrem. As pílulas de CE não têm nenhum efeito após a fertilização e não podem interromper ou interferir com uma gravidez estabelecida. Em outras palavras, o CE só de progestógeno não induz o aborto.

**Efeitos colaterais:** as pílulas de CE são seguras e não há situação em que os riscos de usá-las superem os benefícios. Os efeitos colaterais são menores e podem incluir padrões alterados de sangramento, náusea, dor de cabeça, dor abdominal, sensibilidade mamária, tontura e fadiga. Se ocorrer vômito (raro) dentro de duas horas após a administração de uma dose, a dose deve ser repetida e, se disponível, um antiemético pode ser administrado.

**Aconselhamento:** Há uma pequena chance de que os comprimidos não funcionem. Informe à cliente que a menstruação deve ocorrer próximo à data em que normalmente seria esperado, mas pode ocorrer até uma semana antes ou depois. Se ela não tiver menstruado dentro de uma semana após o previsto, ela deve retornar para um teste de gravidez e/ou discutir opções em caso de gravidez.<sup>55</sup>

**Uso repetido:** as pílulas CE permanecem seguras e eficazes na prevenção da gravidez se forem tomadas mais de uma vez, mesmo em um mesmo ciclo menstrual, e não há limites no número de vezes que uma mulher pode tomar comprimidos de CE só de progestógeno. No entanto, o uso de um método contraceptivo contínuo é recomendado como a forma mais eficaz de prevenir a gravidez.

**Dispositivos intra-uterinos de cobre (DIU)** também podem ser inseridos em mulheres clinicamente elegíveis até cinco dias após o sexo desprotegido, incluindo em casos de violência sexual. Esta é uma forma altamente eficaz de contracepção pós-coito e irá prevenir mais de 99% das gravidezes esperadas. Como o risco de ovulação é baixo até o sétimo dia do ciclo menstrual, uma mulher pode colocar um DIU contendo cobre além de cinco dias após a ocorrência da violência sexual, quando a ovulação pode ser estimada, e desde que a inserção não ocorra mais de cinco dias após a ovulação.

Os profissionais de saúde devem oferecer aos sobreviventes informações completas e aconselhamento sobre este serviço (tomando cuidado para evitar agravamento do trauma), para que possam tomar uma decisão voluntária e informada sobre o uso de comprimidos de CE ou a inserção de um DIU. O aconselhamento deve incluir informações sobre riscos, benefícios, efeitos colaterais e complicações. Somente um profissional qualificado deve inserir o DIU e somente após a realização de um exame pélvico.

Se um DIU for inserido, certificar-se de dar um tratamento completo para IST, incluindo antibióticos para tratar empiricamente possíveis IST e/ou doença inflamatória pélvica. O DIU pode ser removido no momento do próximo período menstrual da mulher ou deixado no local como contracepção contínua.

<sup>55</sup> How to Be Reasonably Certain a Client Is Not Pregnant (lista de verificação)," FHI360, 2015, <https://www.fhi360.org/resource/how-be-reasonably-sure-client-not-pregnant-checklists>.

Se as pílulas de CE só de progestógeno não estiverem disponíveis no país, podem ser usados, **contraceptivos orais hormonais combinados** can be used (o método de Yuzpe).

- ▶ Duas doses de Pílulas contraceptivas orais combinadas são necessárias. As Pílulas contraceptivas orais combinadas contêm diferentes dosagens; o provedor deve fazer cálculos para garantir que cada dose contenha estrogênio (100-120 mcg de etinilestradiol) e progestina (0,50-0,60 mg de levonorgestrel ou 1,0-1,2 mg de norgestrel).
- ▶ A primeira dose deve ser tomada o mais rápido possível após a relação sexual desprotegida (de preferência dentro de 72 horas, mas até 120 horas ou 5 dias), e a segunda dose deve ser tomada 12 horas depois.
- ▶ Se ocorrer vômito dentro de duas horas após a administração da dose, a dose deve ser repetida.
- ▶ As pílulas de CE hormonais combinadas são menos eficazes e têm mais efeitos colaterais do que pílulas de CE só de progestágeno e acetato de ulipristal.

## **2. Teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao aborto seguro/encaminhamento para o aborto seguro conforme a lei**

Fornecer teste de gravidez no momento da apresentação inicial, mas não negar o CE se não estiver disponível. Fornecer testes de gravidez adicionais nas visitas de acompanhamento de duas semanas e um mês. Fornecer informações precisas sobre as opções de gravidez, incluindo a continuação da gravidez e dos pais, a continuação da gravidez e a colocação da criança para adoção e a realização de um aborto, conforme aplicável, e aconselhamento imparcial para facilitar a tomada de decisão informada. Se a sobrevivente estiver grávida em decorrência de violência sexual e for desejado um aborto, fornecer atendimento ao aborto seguro ou um encaminhamento para este atendimento conforme a lei.

## **3. Tratamento presuntivo de IST**

Fornecer antibióticos aos sobreviventes para tratar presuntivamente a gonorreia, infecção por clamídia e sífilis, conforme garantido e se desejado.<sup>56</sup> Se outras IST forem prevalentes na área (por exemplo, tricomoníase ou cancróide), dar tratamento presuntivo para estas infecções também.

## **4. Profilaxia pós-exposição para prevenir a transmissão do HIV**

A probabilidade de transmissão do HIV após a violência sexual pode ser reduzida através da administração imediata de profilaxia pós-exposição (PEP).<sup>57</sup> A PEP deve ser oferecida e iniciada o mais rápido possível (no máximo 72 horas após a exposição e continuada por 28 dias) por todos os indivíduos com exposição com potencial de transmissão do HIV. A gravidez não é uma contra-indicação (condição para a qual o tratamento não deve ser fornecido) para a PEP.

56 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, p. 30–31

57 *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, p. 32–33

## 5. Prevenção de Hepatite B e HPV

Fornecer uma vacina contra Hepatite B em até 14 dias após a agressão, a menos que o sobrevivente esteja totalmente vacinado. Considerar fornecer a vacina contra o HPV para qualquer pessoa com 26 anos ou menos, a menos que o sobrevivente tenha sido totalmente vacinado.

## 6. Cuidados com feridas e prevenção do tétano

Limpar quaisquer rasgos, cortes e escoriações e limpe as feridas com sutura em 24 horas. Administrar profilaxia antitetânica se houver rachaduras na pele ou mucosa e se o sobrevivente não tiver sido vacinado contra o tétano ou se o estado de vacinação for incerto.

## 7. Encaminhamento para outras intervenções em crises

Com o consentimento do sobrevivente ou mediante solicitação, oferecer encaminhamento para:

- ▶ um hospital em caso de complicações com risco de vida ou complicações que não podem ser tratadas no nível da unidade de saúde;
- ▶ proteção ou serviços sociais se o sobrevivente não tiver um lugar seguro para onde ir ao deixar a unidade de saúde; e
- ▶ serviços de saúde psicossocial ou mental, quando disponíveis; estabelecer ligação com a VBG e pontos focais de proteção para identificar os serviços psicossociais no ambiente. Isso pode incluir serviços oferecidos pelas populações afetadas, centros para mulheres e outros grupos de apoio.

## 8. Cuidados de acompanhamento

- ▶ Se possível, o acompanhamento pós-estupro é recomendado em duas semanas, um mês, três meses e seis meses após o incidente.
- ▶ Continuar com o apoio e cuidados de primeira linha, monitorar as necessidades de saúde mental e encaminhar para apoio psicossocial e/ou de saúde mental conforme necessário.
- ▶ Oferecer teste de gravidez duas e quatro semanas após o incidente.
- ▶ Monitorar as feridas para cicatrização e acompanhar o esquema de vacinação contra o tétano, conforme necessário.
- ▶ Quando relevante, discutir a adesão à profilaxia ou tratamento de IST, incluindo PEP e vacinação contra Hepatite B (doses adicionais em um mês e seis meses), teste de HIV em três meses e seis meses, e estado de gravidez e opções



## **A realidade da implementação do PSIM para SSR na Jordânia**

A avaliação do PSIM para SSR de 2013 da Comissão para Mulheres Refugiadas na Jordânia mostrou que o planejamento para responder à violência sexual era inadequado tanto em campos quanto em ambientes urbanos.<sup>58</sup> Os desafios estavam relacionados a um baixo número de provedores treinados, a falta de um protocolo nacional de gestão clínica de estupro e desafios em torno do uso de CE e PEP. Também era tabu falar sobre violência sexual na comunidade e muitas pessoas não sabiam quais serviços estavam disponíveis. Esses fatores e o medo de retribuição dificultaram que os sobreviventes fizessem uma escolha informada sobre a busca por atendimento.



## **Nota: Prevenindo e Gerenciando as Consequências da Violência Sexual em Cox's Bazar, Bangladesh**

- ▶ Na fase inicial da emergência, as organizações usaram incentivos, como vales-transporte, para promover o uso e a localização dos serviços baseados nas instalações. O lançamento antecipado de um programa de voluntariado comunitário também ajudou a informar as comunidades sobre a disponibilidade e localização de serviços para sobreviventes de violência sexual.<sup>59</sup>
- ▶ Houve uma forte coordenação entre o subconjunto de SSR e o grupo/subsetor de proteção de VBG, o que ajudou a implementar rapidamente medidas para proteger as populações afetadas, especialmente mulheres e meninas, da violência sexual.
- ▶ A gestão clínica de sobreviventes de sessões de treinamento de violência sexual foi co-facilitada pelo subgrupo de SSR e por especialistas do subsetor de VBG no início da resposta.
- ▶ Espaços seguros para mulheres foram imediatamente estabelecidos perto das unidades de saúde, o que proporcionou uma ligação estreita e permitiu encaminhamentos rápidos e fáceis.

<sup>58</sup> Krause, et al., "Reproductive Health Services for Syrian Refugees."

<sup>59</sup> Site visit, Women's Refugee Commission, February 2018.

## Considerações especiais para populações específicas

<b>Crianças</b>	O Coordenador de SSR deve compreender e divulgar informações sobre as leis específicas do país no que diz respeito à idade de consentimento para o tratamento, o profissional que pode dar consentimento legal para cuidados clínicos se um pai ou tutor for o suspeito do crime (por exemplo, um representante do polícia, serviços comunitários ou o tribunal) e requisitos e procedimentos de notificação obrigatórios quando os prestadores de serviços suspeitarem ou forem informados de um caso de abuso infantil. Exames digitais ou com espécule vaginal ou anal não devem ser realizados em crianças, a menos que seja absolutamente necessário. Nesses casos, as crianças devem ser encaminhadas a um especialista. Os protocolos que mostram as dosagens adequadas dos medicamentos devem ser publicados ou facilmente disponibilizados aos prestadores de serviços.
<b>Sobreviventes masculinos</b>	Os sobreviventes do sexo masculino têm menos probabilidade de relatar um incidente por causa da vergonha, da criminalização das relações do mesmo sexo, de atitudes negativas ou desdenhosas do provedor e da falta de reconhecimento quanto à extensão do problema. Os sobreviventes do sexo masculino sofrem traumas físicos e psicológicos e devem ter acesso a serviços confidenciais, respeitosos e não discriminatórios que ofereçam atendimento integral.
<b>Pessoas com deficiência (intelectual e física)</b>	Pessoas com deficiência, incluindo mulheres, meninas, meninos e homens com deficiência, correm um risco maior de violência sexual e muitas vezes enfrentam extrema discriminação por parte dos prestadores de serviços. Cuidadores (geralmente mulheres ou meninas) de pessoas com deficiência também podem ser vulneráveis à violência e exploração devido ao isolamento, o que pode limitar seu acesso a apoio social, econômico e material. Organizações de pessoas com deficiência dentro da comunidade anfitriã geralmente têm informações que os profissionais de saúde podem usar para garantir que o atendimento clínico seja fornecido a esta população frequentemente oculta.
<b>Indivíduos LGBTQIA</b>	Os indivíduos LGBTQIA enfrentam uma variedade de fatores de risco diferentes para a violência sexual e é importante reconhecer que cada população tem necessidades distintas e enfrenta riscos diferentes. Indivíduos LGBTQIA podem enfrentar discriminação por parte dos provedores de saúde, o que os impede de buscar serviços de SSR. Envolver-se com LGBTQIA ou grupos de direitos humanos e tornar as unidades de saúde mais respeitadoras da diversidade permitiria que serviços de saúde essenciais se tornassem mais acessíveis a estas populações.
<b>Pessoas que se envolvem em trabalho sexual</b>	Pessoas que participam do trabalho sexual muitas vezes enfrentam estigmatização e discriminação por parte dos profissionais de saúde, que podem ser menos propensos a considerar a violência sexual contra esta população uma preocupação séria. Os atores humanitários devem se envolver com esta população para desenvolver programas de atenção à SSR.
<b>Minorias étnicas e religiosas</b>	As minorias étnicas e religiosas enfrentam níveis de estigma e discriminação que as tornam mais vulneráveis à violência sexual, incluindo opressão e assédio. É importante capacitar cuidadores, provedores de saúde e outros responsáveis pelas práticas não discriminatórias relacionadas à prestação de serviços de SSR.

### Por que os incidentes de violência sexual muitas vezes não são relatados?

Mesmo em ambientes sem crise, a violência sexual muitas vezes não é relatada devido a uma série de fatores, incluindo medo de retaliação, vergonha, estigma, impotência, falta de conhecimento sobre os benefícios de buscar serviços e apoio, a falta de confiança na saúde pública e outros serviços, falta de confiança nos serviços e falta de sigilo. Todas estas circunstâncias são exacerbadas em ambientes humanitários, aumentando a probabilidade de que incidentes de violência sexual na população não sejam relatados. Embora garantir o manejo clínico da violência sexual e outros serviços seja uma parte essencial da resposta, o tratamento da violência sexual também deve incluir um ambiente onde as mulheres sejam protegidas, apoiadas e possam ter acesso a estes cuidados.

Mesmo na ausência de casos relatados, os serviços devem ser disponibilizados. Todo o pessoal humanitário tem a responsabilidade de assumir que a violência sexual está ocorrendo, tratá-la como um problema de proteção grave e com risco de vida e tomar as medidas descritas para minimizar os riscos de violência sexual por meio de suas intervenções setoriais, independentemente da presença ou ausência de evidências concretas.

### Quais são alguns mecanismos para lidar com a violência sexual por agências?

#### Código de conduta

Um Código de Conduta contra a exploração e o abuso sexual é um conjunto de diretrizes da agência que promove o respeito por seus funcionários pelos direitos humanos fundamentais, justiça social, dignidade humana e os direitos das mulheres, homens e crianças. Informa também aos funcionários que a obrigação de mostrar esse respeito é uma condição para a contratação. Um Código de Conduta aplicável é um componente crítico da responsabilidade humanitária para com os beneficiários. Todas as agências humanitárias, incluindo aquelas envolvidas no PSIM para a implementação da SSR, devem ter um Código de Conduta e políticas para prevenir a exploração e o abuso sexual. As agências devem garantir que todos os funcionários estejam comprometidos em cumprir as diretrizes e sejam orientados sobre suas responsabilidades. Um bom recurso para as agências desenvolverem essas diretrizes é o Manual de referência rápida de implementação de proteção contra exploração sexual e abuso da Core Humanitarian Standards Alliance.<sup>60</sup> Um recurso adicional é o campeão do IASC sobre exploração sexual e abuso e assédio sexual.<sup>61</sup>

Um Código de Conduta é relevante para todos os funcionários - internacionais e locais.

60 Corinne Davey and Lucy Heaven Taylor, *PSEA Implementation Quick Reference Handbook* (Core Humanitarian Standards Alliance, julho 2017), <http://www.pseataskforce.org/uploads/tools/1499958998.pdf>.

61 IASC Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment>.

As agências devem garantir que todos os funcionários contratados de organizações locais ou pessoas contratadas da comunidade local assinem e recebam orientações e oportunidades de discussão sobre o Código de Conduta. Os beneficiários e as comunidades afetadas também devem ser informados e se familiarizar com as regras e os sistemas relevantes específicos do local para que possam usá-los em caso de violação. O Coordenador da SSR deve apoiar o desenvolvimento de um sistema de denúncias confidenciais e acompanhamento de exploração e abuso sexual.

## **Os Seis Princípios da Força-Tarefa da IASC sobre Proteção contra Exploração e Abuso Sexual para a Inclusão nas Nações Unidas e no Código de Conduta de ONGs**

- ▶ A exploração sexual e o abuso por parte de trabalhadores humanitários constituem atos de má conduta grave e, portanto, são motivos para rescisão do contrato de trabalho.
- ▶ A atividade sexual com crianças (menores de 18 anos) é proibida, independentemente da idade da maioridade ou da idade de consentimento local. A crença equivocada quanto à idade de uma criança não é uma defesa.
- ▶ É proibida a troca de dinheiro, emprego, bens ou serviços por sexo, incluindo favores sexuais ou outras formas de comportamento humilhante, degradante ou explorador. Isso inclui a troca de assistência que é devida aos beneficiários.
- ▶ É proibida qualquer relação sexual entre aqueles que prestam assistência e proteção humanitária e uma pessoa que se beneficia dessa assistência e proteção humanitária que envolva o uso impróprio de posição ou posição. Estas relações minam a credibilidade e a integridade do trabalho de ajuda humanitária.
- ▶ Quando os trabalhadores humanitários desenvolverem preocupações ou suspeitas em relação ao abuso ou exploração sexual por um colega de trabalho, seja, na mesma agência ou não, eles devem relatar tais preocupações por meio de mecanismos de denúncia estabelecidos pela agência.
- ▶ Os trabalhadores humanitários são obrigados a criar e manter um ambiente que evite a exploração e o abuso sexual e promova a implementação de seu Código de Conduta. Os gestores em todos os níveis têm responsabilidades específicas para apoiar e desenvolver sistemas que mantenham este ambiente.<sup>62</sup>

## **Mecanismo de Denúncias**

As queixas de exploração e abuso sexual devem ser levadas muito a sério. As agências devem desenvolver um sistema de resposta para lidar corretamente com quaisquer denúncias que sejam levadas ao conhecimento da agência. Estes mecanismos devem ser seguros, confidenciais, transparentes e acessíveis. Eles incluem o seguinte:

<sup>62</sup> Cited in *Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) Inter-Agency Cooperation in Community-Based Complaint Mechanisms: Global Standard Operating Procedures* (IASC, May 2016), <https://fscluster.org/document/iasc-psea-Inter-Agency-cooperation>.

- ▶ **Procedimentos de denúncia interna clara e oficializada** para que a equipe, as comunidades e as pessoas afetadas pela crise saibam como e quando relatar confidencialmente casos de exploração sexual e abuso. Isso é particularmente importante se sua agência for a única organização que presta serviços na comunidade. Os beneficiários / pessoas afetadas pela crise devem fazer parte do processo de desenvolvimento de um sistema seguro e acessível a todos.
- ▶ **Uma cultura de local de trabalho que incentive a discussão e o questionamento no tocante ao comportamento adequado em relação à proteção dos beneficiários, contra a exploração e o abuso sexual.** Tal cultura permite que a equipe traga um comportamento problemático à atenção de um supervisor.
- ▶ **Alusão rápida e adequada de denúncias de exploração e abuso sexual para investigação.** As agências podem se certificar de que estão preparadas para fornecer investigações sólidas e comprometidas quando os casos são relatados. Elas devem responder rapidamente para fornecer ajuda aos sobreviventes desses casos.<sup>63</sup>
- ▶ **Disciplina adequada e penalização de atos de exploração e abuso sexual,** que pode incluir rescisão de contrato, rebaixamento, multa e suspensão sem remuneração. Se constituir uma infração penal, pode ser encaminhado para as autoridades responsáveis pela aplicação da lei.<sup>64</sup>
- ▶ **Um acordo de que o escritório da agência manterá todos os documentos originais das alegações nos arquivos apropriados para o registro.** Os documentos devem ser mantidos confidenciais e acessíveis apenas ao pessoal apropriado.



Se você conhece alguém que foi explorado ou abusado sexualmente, relate o incidente de maneira confidencial a uma autoridade competente, conforme predeterminado no mecanismo de denúncias estabelecido.

### Unidade 3: Pontos-chave

- ▶ A violência sexual é definida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou avanços sexuais indesejados, ou atos para tráfico sexual de uma pessoa, usando coerção, ameaças que causem dano ou usando a força física, por qualquer pessoa, independentemente do relacionamento com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo, mas não se limitando, a casa e ao trabalho. O PSIM para SSR trata principalmente de estupro/tentativa de estupro, abuso sexual e exploração sexual. Uma vez que a situação se estabilizar e todos os componentes do PSIM para SSR tenham sido implementados, pode-se dar atenção ao tratamento de uma gama mais ampla de questões de VBG.
- ▶ A violência sexual é uma violação dos direitos humanos que afeta a saúde física e mental do sobrevivente além do bem-estar social, ao mesmo tempo que tem possíveis consequências para a família do sobrevivente e para a comunidade em geral.

<sup>63</sup> Por exemplo de formulários de incidentes, ver Anexo 4 em *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide* (Inter-Agency Standing Committee, 2016), <https://interagencystandingcommittee.org/accountability-affected-populations-including-protection-sexual-exploitation-and-abuse/documents-50>.

<sup>64</sup> *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide*.

- ▶ Durante emergências, como conflitos ou desastres naturais, o risco de violência, a exploração e o abuso aumentam, especialmente para mulheres e meninas.
- ▶ Meninas adolescentes, pessoas com deficiência (especialmente deficiência intelectual) e populações LGBTQIA são excepcionalmente vulneráveis à violência sexual porque muitas vezes são alvos de exploração sexual e estupro.
- ▶ Todos os atores humanitários são responsáveis por prevenir, denunciar a exploração e o abuso sexual e garantir que a assistência humanitária seja fornecida de forma imparcial, sem preconceito ou discriminação com base na idade, sexo, gênero e identidade de gênero, estado civil, orientação sexual, localização (por exemplo, rural/urbano), deficiência, raça, cor, idioma, opinião política ou outra, religião, origem nacional, étnica ou social, patrimônio, nascimento ou outras características.
- ▶ Uma abordagem multissetorial seguindo um procedimento operacional padrão em cada ambiente é necessária para prevenir e proteger a população afetada e para responder de forma adequada à violência sexual.
- ▶ Os princípios orientadores para responder às necessidades de sobreviventes de violência sexual incluem segurança, confidencialidade, respeito e não discriminação.
- ▶ A abordagem centrada no sobrevivente significa que os direitos, necessidades e desejos dos sobreviventes são priorizados.
- ▶ Os componentes do atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual incluem comunicação de apoio; histórico e exame; sistema médico-legal e coleta de evidências forenses quando viável e quando necessário; tratamento e aconselhamento compassivo e confidencial, incluindo PDS, teste de gravidez, informações sobre opções de gravidez e atenção ao abortamento legal seguro/ encaminhamento para cuidado ao abortamento legal seguro conforme a lei, tratamento presuntivo para IST, PEP, prevenção de Hepatite B e HPV, cuidados de feridas e prevenção do Tétano e encaminhamento para outros serviços, como outros serviços de saúde, psicológicos e sociais.
- ▶ O Coordenador de SSR e a equipe do programa devem informar a comunidade sobre a importância de buscar atendimento médico imediato após a violência sexual e sobre o tipo, local e horário dos serviços disponíveis para sobreviventes da violência sexual.
- ▶ As razões pelas quais a violência sexual muitas vezes não é relatada incluem medo de ser castigado, vergonha, estigma, impotência, falta de conhecimento sobre os benefícios de buscar atendimento e apoio, a insegurança em relação a saúde pública e outros serviços, falta de confiança nos serviços e falta de confidencialidade.
- ▶ Todas as agências humanitárias, incluindo aquelas envolvidas no PSIM para a implementação da SSR, devem ter um Código de Conduta e políticas para lidar com a exploração e abuso sexual estabelecido.
- ▶ As agências devem desenvolver um mecanismo de resposta seguro, confidencial, transparente e acessível para lidar corretamente com quaisquer denúncias de exploração e abuso sexual que sejam levadas ao conhecimento da agência.

## Desafios e Soluções

Desafios	Soluções
<p>E se os membros da equipe tiverem baixa capacidade e não tiverem as habilidades básicas para fornecer serviços psicossociais?</p>	<p>O pessoal local provavelmente será capaz de ajudar a identificar as pessoas locais mais adequadas, com atitudes de apoio, não julgadoras e com boas habilidades de comunicação para esta função.</p> <p>É crucial que todos os funcionários que entram em contato com um sobrevivente respeitem os desejos deste e garantam que todas as informações médicas e de estado de saúde sejam mantidas confidenciais e privadas, incluindo dos familiares do sobrevivente.</p> <p>Os membros da equipe precisam se comunicar com o sobrevivente de uma forma que garanta o compartilhamento preciso de informações e que demonstre uma atitude atenciosa e sem julgamentos.</p> <p>Programas de treinamento em apoio psicossocial podem ser estabelecidos uma vez que a situação esteja estável. Programas de treinamento em serviço podem ser fornecidos durante a fase crítica de uma emergência, conforme necessário. Realizar este treinamento como parte da preparação para emergências também seria útil.</p> <p>Os recursos recomendados que enfocam estratégias de engajamento para trabalhar com sobreviventes de violência sexual incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings</i><sup>65</sup></li><li>• <i>Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings (1st ed.)</i><sup>66</sup></li></ul>

65 *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (IASC, junho 2007), [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf). Outras ferramentas podem ser achadas na página web da IASC "Mental Health and Psychosocial Support," <https://interagencystandingcommittee.org/product-categories/mental-health-and-psychosocial-support>.

66 *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings* (IRC and UNICEF, 2012), <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Caring-for-Child-Survivors-of-Sexual-Abuse-Guidelines-for-Health-and-psychosocial-service-providers-in-Humanitarian-settings-IRC-UNICEF-2012-ENGLISH.pdf>.

- *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*<sup>67</sup>
- *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action*<sup>68</sup>
- *Establishing GBV Standard Operating Procedures Guide*<sup>69</sup>

O que pode ser feito em ambientes onde falar sobre violência sexual é tabu e/ou onde há forte resistência por trabalhadores de saúde locais e membros da comunidade em abordar a violência sexual?

Mesmo em locais onde discutir a violência sexual é fortemente desencorajado, é importante encontrar maneiras inovadoras de abordá-la. Por exemplo, uma ONG local que trabalha com uma população de refugiados extremamente conservadora organizou workshops de “saúde da família” para mulheres refugiadas que cobriram uma ampla variedade de questões de saúde, incluindo violência sexual. Dessa forma, a comunidade ganhou conhecimento sobre a violência sexual, incluindo por que, onde e quando procurar atendimento médico se ela ou alguém que conhece é agredido.

E se a equipe não tiver sido treinada em atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual?

É importante que as organizações implantem funcionários de SSR treinados na gerencia clínica de sobreviventes de violência sexual.

Trabalhar com as capacidades existentes da equipe local e planejar treinamentos em atendimento clínico para sobreviventes de violência sexual o mais rápido possível.

Também é útil incluir treinamento sobre atendimento clínico de sobreviventes de violência sexual como um componente de preparação para emergências.

67 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines* (WHO, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>.

68 *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery* (IASC, 2015), [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015\\_IASC\\_Gender-based\\_Violence\\_Guidelines\\_full-res.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015_IASC_Gender-based_Violence_Guidelines_full-res.pdf).

69 *Gender-Based Violence Resource Tools: Establishing Gender-Based Violence Standard Operating Procedures* (IASC Sub-Working Group on Gender and Humanitarian Action, May 2008), <https://www.k4health.org/toolkits/igwg-gender/establishing-gbv-standard-operating-procedures-sops>.

# PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL E RESPONDER ÀS NECESSIDADES DOS SOBREVIVENTES

A lista de verificação do PSIM para monitoramento de SSR, abaixo, pode ser usada para monitorar a prestação de serviços de SSR em ambientes humanitários.

3. Prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes			
		Sim	Não
3.1	Mecanismos coordenados multissetoriais para prevenir a violência sexual estão estabelecidos		
3.2	Acesso seguro às instalações de saúde		
	Porcentagem de instalações de saúde com medidas de segurança (latrinas segregadas por sexo com fechaduras; iluminação ao redor da unidade de saúde; sistema para controlar quem está entrando ou saindo da unidade, como guardas ou recepção)		%
3.3	Serviços de saúde confidenciais para conduzir sobreviventes de violência sexual	Sim	Não
	Porcentagem de unidades de saúde que oferecem tratamento clínico a sobreviventes de violência sexual: (número de unidades de saúde que oferecem atendimento/todas as unidades de saúde) x 100		%
	Contracepção de emergência (PDS)		
	Teste de gravidez (não é necessário para acessar PDS ou profilaxia pós-exposição [PEP])		
	Gravidez		
	PEP		
	Antibióticos para prevenir e tratar IST		
	Toxóide tetânico / imunoglobulina tetânica		
	Vacina contra Hepatite B		
	Atenção ao abortamento legal seguro (SAC)		
	Encaminhamento para serviços de saúde		
	Encaminhamento para serviços de aborto seguro		
	Encaminhamento para serviços de apoio psicológico e social		
3.4	Número de incidentes de violência sexual relatados aos serviços de saúde		
	Porcentagem de sobreviventes elegíveis de violência sexual que recebem PEP dentro de 72 horas de um incidente: (número de sobreviventes elegíveis que recebem PEP dentro de 72 horas de um incidente/número total de sobreviventes qualificados para receber PEP) x 100		%
3.5	Informações sobre os benefícios e locais de atendimento para sobreviventes de violência sexual		

# MATERIAIS E SUPRIMENTOS

## Quais suprimentos são necessários ou quais kits da IARH podem ser solicitados para oferecer atendimento clínico a sobreviventes de violência sexual?

### Kits IARH (2019)

Os kits IARH são categorizados em três níveis, visando os três níveis de prestação de serviços de saúde. Os kits são projetados para uso por um período de três meses para um tamanho específico da população-alvo.<sup>70</sup>

**Nota:** Os kits da IARH não são específicos ao contexto ou abrangentes. As organizações não devem depender apenas dos kits da IARH e devem planejar a integração da aquisição de suprimentos de SSR em seus sistemas de aquisição de saúde de rotina o mais rápido possível. Isso não só garantirá a sustentabilidade dos suprimentos, mas também permitirá a expansão dos serviços de SSR do PSIM para a atenção integral.

Nível de atenção à saúde	Número do kit	Nome do kit
Comunidade/unidade de saúde	Kit 3	Tratamento Pós-Estupro
Comunidade/unidade de saúde	Kit 5	Tratamento de IST
Comunidade/unidade de saúde	Kit 8	Tratamento de complicações de aborto espontâneo ou de aborto
Comunidade/unidade de saúde	Kit 9	Reparo do colo do útero e de lágrimas vaginais

### Produtos complementares

Os produtos complementares podem ser solicitados de acordo com a capacidade do ambiente e conforme as capacidades dos prestadores de cuidados de saúde. Os produtos complementares estarão disponíveis no UNFPA em 2020.

Nível de serviço de entrega	Item	To Complement
Comunidade/unidade de saúde	Misoprostol*	Kit 2B, 6A, 8
Unidade de saúde primária (BEEmONC))	Mifepristone	Kit 8

\*O misoprostol também pode ser adquirido para complementar os kits 6A e 8 para o nível de unidade de saúde primária.

Sempre que possível, é importante pré-registrar Kits e produtos da IARH antes de uma crise e evitar a aquisição de medicamentos que não sejam registrados ou permitidos em um país durante uma emergência humanitária.

<sup>70</sup> Os Kits IARH 2019 estarão disponíveis para aquisição no início de 2020. Verifique com o UNFPA (<https://www.unfpa.org>) or IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para verificar se os kits revisados estão disponíveis. Para obter informações sobre os kits disponíveis antes de 2020, consulte *Kits de saúde reprodutiva interinstitucionais para situações de crise* (5ª ed., 2011) em <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

## Questionário da unidade 3: Prevenir a violência sexual e responder às necessidades dos sobreviventes

1. Se um sobrevivente não se sentir confortável com um exame e se recusar a fazê-lo, o provedor de saúde deve explicar que o tratamento e a medicação só podem ser fornecidos após um exame.

**Verdadeiro** ou **Falso**

2. Os cuidados clínicos para sobreviventes de violência sexual incluem todos os itens, **exceto**:
  - a. Histórico e exame
  - b. Comunicação de apoio
  - c. Tratamento presuntivo de IST
  - d. Teste de gravidez e, se negativo, dê PEP
  - e. Contracepção de emergência o mais rápido possível e dentro de 120 horas após o estupro
  - f. Informações sobre opções de gravidez e atenção ao abortamento legal seguro/ encaminhamento para atenção ao abortamento legal seguro conforme a lei
3. Sobreviventes do sexo masculino são mais propensos a relatar um incidente de violência sexual.

**Verdadeiro** ou **Falso**

4. Os autores de violência sexual são frequentemente parceiros íntimos ou outros sobreviventes.

**Verdadeiro** ou **Falso**

5. O que você deve fazer se suspeitar que um membro da equipe está violando a proteção contra a exploração sexual e os princípios fundamentais contra o abuso?
  - a. Investigar para ver se o membro da equipe está transgredindo as regras
  - b. Falar com o membro da equipe e dizer-lhe para parar
  - c. Denunciar o membro da equipe ao seu supervisor ou ao ponto focal para proteção contra
  - d. exploração sexual e abuso
  - e. Não fazer nada