



BOLETIM DA REPÚBLICA

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

IMPrensa Nacional de Moçambique, E.P.

AVISO

A matéria a publicar no «Boletim da República» deve ser remetida em cópia devidamente autenticada, uma por cada assunto, donde conste, além das indicações necessárias para esse efeito, o averbamento seguinte, assinado e autenticado: **Para publicação no «Boletim da República».**

SUMÁRIO

Ministério do Interior:

Diploma Ministerial n.º 1/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por requalificação, a Zaved Gulam Hussein.

Diploma Ministerial n.º 2/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Abbas Ali Dhaini.

Diploma Ministerial n.º 3/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Mohamed Hassan Basma

Diploma Ministerial n.º 4/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Ali Kais.

Diploma Ministerial n.º 5/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Cláudio Filipe Augusto Custódio.

Diploma Ministerial n.º 6/2011:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a José Jorge Martins Custódio.

Diploma Ministerial n.º 7/2010:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Belarmino de Barros Anes.

Diploma Ministerial n.º 8/2010:

Concede a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Nizar Noor Nathani.

Ministério da Saúde:

Despacho:

Aprova as Normas de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género.

MINISTÉRIO DO INTERIOR

Diploma Ministerial n.º 1/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, conjugado com o artigo 16, da lei n.º 16/87, de 21 de Dezembro, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por requalificação, a Zaved Gulam Hussein, nascido a 14 de Dezembro de 1971, em Montepuez—Moçambique.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 5 de Agosto de 2010.
— O Ministro do Interior, *José Condugua António Pacheco*.

Diploma Ministerial n.º 2/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Abbas Ali Dhaini, nascido a 1 de Janeiro de 1974, em Líbano.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 3/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Mohamed Hassan Basma, nascido a 19 de Novembro 1963, em Serra Leoa.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 4/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Ali Kais, nascido a 8 de Março 1979, em Nahale-Baalbeck – Líbano.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 5/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Cláudio Filipe Augusto Custódio, nascido a 29 de Abril 1988, em Lisboa – Portugal.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 6/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a José Jorge Martins Custódio, nascido a 23 de Maio 1957, em Lisboa – Portugal.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 7/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto,

no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Belarmino de Barros Anes, nascido a 16 de Julho 1941, em Portugal.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

Diploma Ministerial n.º 8/2011

de 12 de Janeiro

O Ministro do Interior, verificado ter sido dado cumprimento ao disposto no artigo 14 do Decreto n.º 3/75, de 16 de Agosto, no uso da faculdade que lhe é concedida pelo artigo 12 da Lei da Nacionalidade, determina:

É concedida a nacionalidade moçambicana, por naturalização, a Nizar Noor Nathahi, nascido a 17 de Junho de 1974, em Paquistão.

Ministério do Interior, em Maputo, aos 29 de Dezembro de 2010. — O Ministro do Interior, *Alberto Ricardo Mondlane*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Despacho**

Havendo necessidade de orientar a acção do Serviço Nacional de Saúde no tratamento encaminhamento dos casos de violência de Género nas Unidades Sanitárias com vista à melhoria do Estado de Saúde da população, ao abrigo do disposto na Lei, determino:

Artigo. 1. São aprovadas as Normas de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género, em anexo, para as Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Art. 2. As Normas em anexo, constituem um instrumento de orientação das acções de todas as Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Art. 3. O presente Despacho entra imediatamente em vigor e carece de publicação no *Boletim da República*.

Ministério da Saúde, em Maputo, aos 16 de Agosto de 2010. — O Ministro da Saúde, *Paulo Ivo Garrido*.

Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género num Hospital de Nível Central

Introdução

O atendimento às vítimas de violência, no SNS, tem sido concentrado principalmente no trauma físico. Este tratamento pode ser suficiente, quando se trata de violência “da rua”. Este atendimento não é geralmente realizado de forma confortável para a pessoa agredida, que é referida sucessivamente de gabinete em gabinete ou de serviço em serviço, o que termina muitas vezes em abandono ao tratamento.

Quando se trata de violência doméstica, o tratamento físico exclusivo é absolutamente insuficiente, pois está-se perante um caso em que a violência emocional e psicológica é mais grave que a física, e de duração mais longa. E, como se trata de uma violação de direitos, o profissional de saúde deve fazer um registo pormenorizado das lesões e aconselhamento sobre como a vítima deve gerir o relacionamento com o agressor, com quem a vítima convive (maior parte das vezes diariamente), com base na lei. A este tratamento que envolve as 3 áreas (física, psíquica e legal) se chama de atendimento integrado.

Devido, ao facto destas vítimas de violência doméstica sofrerem concomitantemente de vários tipos de violência (social, económica, verbal, emocional, psíquica e sexual para além da física) e não terem sofrido de um único acto isolado de violência, mas viverem numa relação violenta, não têm a possibilidade e a liberdade de se dirigirem à Unidade Sanitária de acordo com a necessidade. Quanto mais vezes ou dias ela for solicitada a dirigir-se à Unidade Sanitária, maior o risco de interromper/abandonar o tratamento.

As normas que se apresentam a seguir têm o objectivo de organizar o atendimento, tendo em mente os constrangimentos acima referidos.

Admissão

Dependendo do sexo, idade, tipo de violência e estado clínico da vítima, a sua admissão ao hospital poderá ser feita nos seguintes serviços:

- Departamento de Urgências;
- Urgências de Ginecologia;
- Urgências de Pediatria; e
- Departamento de Medicina Legal.

As vítimas devem receber o pacote completo de serviços, **no mesmo dia, pela mesma equipa ou por inter-consulta (Psicologia, Medicina Legal)**.

No entanto, chama-se a atenção para o facto de as vítimas de violência de facto usarem todos os serviços como porta de entrada, tanto em episódios recentes mas principalmente nos crónicos. Alguns exemplos: Consulta de Estomatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Dermatologia, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia. Um estudo recentemente realizado concluiu que cerca de 50% das mulheres moçambicanas são vítimas de violência física e/ou sexual. Desta cifra se pode inferir que uma grande parte das utentes de serviços de Saúde Reprodutiva é ou foi vítima de violência.

Pessoal necessário

- Profissionais de saúde capacitados no atendimento integrado. Dado que o tratamento físico é do conhecimento geral, a capacitação deve incidir sobre os aspectos emocionais e legais, para que os profissionais de saúde estejam em condições de fazer o aconselhamento necessário;
- Psicólogo ou profissional de saúde treinado em Psicologia Clínica e técnico de psiquiatria;
- Demais profissionais especialistas (Médico Legista, Pediatra, Gineco-Obstetra entre outros).

Em caso de mulheres vítimas de violência sexual ou outro tipo de violência, a presença de profissionais de saúde do sexo feminino e que falem a mesma língua da vítima será de grande ajuda para o atendimento.

Protocolos de atendimento

Se a vítima estiver acompanhada, deve-se pedir para que o acompanhante se retire do gabinete médico para deixar a doente à vontade.

Fazer o registo demográfico completo da vítima no processo clínico (nome, idade, sexo, morada, estado civil), e o registo dos acontecimentos. Após confirmação da violência, proceder de acordo com as seguintes normas:

Abuso Sexual Infantil:

1. Dar apoio emocional/psicológico, acompanhado de explicação sobre os direitos que a vítima tem;
2. Instituir o tratamento físico e mental de acordo com o diagnóstico;
3. Comunicar o evento às autoridades policiais;
4. Se se tratar de violação sexual deve-se seguir as instruções da violação sexual, descritas mais abaixo.

Violência Doméstica:

1. Instituir o tratamento físico de acordo com o diagnóstico;
2. Encaminhar a vítima com o respectivo processo/livro de registo para o gabinete do psicólogo/a ou psiquiatra;
3. O/A psicólogo/a ou psiquiatra deve fazer uma sessão terapêutica no mesmo dia e decidir com a(s) vítima a(s) próxima(s) sessões;
4. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológico ou nas organizações/serviços que prestam apoio à comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
5. Denunciar o caso às autoridades policiais, pois a agressão é um crime punido por lei;
6. Elaborar relatório médico-legal destinado às autoridades policiais;
7. Estabelecer comunicação regular com as autoridades para fazer seguimento dos casos.

Violação ou Assalto Sexual:

1. Encaminhar urgentemente às Urgências/Serviço de Ginecologia;
2. A vítima não deve lavar-se após o acto da violação, assim como não deve mudar de roupa, antes de ser observada na Unidade Sanitária (pode cobrir-se com uma capulana ou casaco para se dirigir à Unidade Sanitária);
3. Fazer aconselhamento e testagem do HIV/SIDA; caso o resultado seja negativo, a vítima deve repetir o teste nos 3 (meses) depois;
4. Administrar anti-retrovirais de emergência nas primeiras 72h;
5. Administrar antibióticos para prevenir as Infecções de Transmissão Sexual;1.
6. Administrar vacina contra a Hepatite B;
7. Administrar medicamentos para depressão, insónia e/ou ansiedade;
8. Fazer inter-consulta de Medicina Legal e Psicologia;
9. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológicos ou nas organizações/serviços que prestam apoio à comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
10. Guardar o processo clínico em local seguro;
11. Informar a vítima sobre como proceder em relação à instauração do processo criminal;
12. Marcar consultas de seguimento;
13. Para as vítimas do sexo feminino, com 11 anos de idade ou mais: Contraceção de emergência esta deve ser feita tomando lofemenal/microgenon até 72h depois da violação. Se ela aparecer depois de 72h mas antes de completar 5 dias, insere-se DIU. Se ela aparecer depois de 5 dias, já não há nada a fazer senão aguardar até o início do período menstrual. Se a menstruação não aparecer até ao dia esperado, deve voltar ao CS para avaliar se está grávida.

Material necessário nos locais de atendimento

Organizar *Kits* com todo o material e medicação necessários.

Conselhos Gerais:

- Nos gabinetes médicos e policiais deve haver confidencialidade;
- Grande sensibilidade e empatia por parte dos profissionais de saúde;
- O pessoal de saúde deve testemunhar sempre que chamado ao tribunal;
- Educar as vítimas para que denunciem a agressão/violação, pois é um crime que é punido por lei;
- Documentar as respostas no processo clínico e guardar em local seguro; Registrar o diagnóstico de **Violência** para além do diagnóstico biomédico;
- Apoiar, isto é, não ser crítico, ser sensível e compreensiva;
- Trabalhar em coordenação com outros parceiros envolvidos na assistência das vítimas, tanto do governo como da sociedade civil.

Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género num Hospital Provincial, Geral, Rural e Distrital

Introdução

O atendimento às vítimas de violência, no SNS, tem sido concentrado principalmente no trauma físico. Este tratamento pode ser suficiente, quando se trata de violência “da rua”. Da mesma forma, este atendimento não é geralmente realizado de forma confortável para a pessoa agredida, que é referida sucessivamente de gabinete em gabinete ou de serviço em serviço, o que termina muitas vezes em abandono ao tratamento.

Quando se trata de violência doméstica, o tratamento físico exclusivo é absolutamente insuficiente, pois está-se perante um caso em que a violência emocional e psicológica é mais grave que a física, e de duração mais longa. E, como se trata de uma violação de direitos, o profissional de saúde deve fazer um registo pormenorizado das lesões e aconselhamento sobre como a vítima gerir o relacionamento com o agressor, com quem a vítima convive (maior parte das vezes diariamente), com base na lei. A este tratamento que envolve as 3 áreas (física, psíquica e legal) se chama de atendimento integrado.

Devido ao facto destas vítimas de violência doméstica sofrerem concomitantemente de vários tipos de violência (social, económica, verbal, emocional, psíquica e sexual para além da física) e não terem sofrido de um único acto isolado de violência, mas viverem numa relação violenta, não têm a possibilidade e a liberdade de se dirigirem à Unidade Sanitária de acordo com a necessidade. Quanto mais vezes ou dias ela for solicitada a dirigir-se à Unidade Sanitária, maior o risco de interromper/abandonar o tratamento.

As normas que se apresentam a seguir têm o objectivo de organizar o atendimento, tendo em mente os constrangimentos acima referidos.

Admissão

Dependendo do sexo, idade, tipo de violência e estado clínico da vítima, a sua admissão ao hospital poderá ser feita nos seguintes serviços:

- Serviço de Urgências;
- Urgências de Ginecologia/Obstetricia.

As vítimas devem receber o pacote completo de serviços, no mesmo dia, pela mesma equipa ou por inter-consulta (Psicologia).

No entanto, chama-se a atenção para o facto de as vítimas de violência de facto usarem todos os serviços como porta de entrada, tanto em episódios recentes mas principalmente nos crónicos. Alguns exemplos: Consulta de Estomatologia, Oftalmologia, Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Dermatologia, Psiquiatria e Ginecologia/Obstetrícia. Um estudo recentemente realizado concluiu que cerca de 50% das mulheres moçambicanas são vítimas de violência física e/ou sexual. Desta cifra se pode inferir que uma grande parte das utentes de serviços de Saúde Reprodutiva é ou foi vítima de violência.

Pessoal Necessário

- Profissionais de saúde capacitados no atendimento integrado. Dado que o tratamento físico é do conhecimento geral, a capacitação deve incidir sobre os aspectos emocionais e legais, para que os profissionais estejam em condições de fazer o aconselhamento devido;

- Psicólogo ou profissional de Saúde treinado em Psicologia Clínica;
- Médico ou outro técnico de saúde capacitado em Medicina Legal.

Em caso de mulheres vítimas de violência sexual ou outro tipo de violência, a presença de profissionais de saúde do sexo feminino e que falem a mesma língua da vítima será de grande ajuda para o atendimento.

Protocolos de atendimento

Se a vítima estiver acompanhada, deve-se pedir para que o acompanhante se retire do gabinete médico para deixar a paciente à vontade.

Fazer o registo demográfico completo da vítima no processo clínico (nome, idade, sexo, morada, estado civil), e o registo dos acontecimentos. Após confirmação da violência, proceder de acordo com as seguintes normas:

Abuso Sexual Infantil:

1. Encaminhar a vítima à consulta médica;
2. Dar apoio emocional/psicológico, acompanhado de explicação sobre os direitos que a vítima tem;
3. Instituir o tratamento físico e mental de acordo com o diagnóstico;
4. Comunicar o evento às autoridades policiais;
5. Se se tratar de violação sexual deve-se seguir as instruções da violação sexual descritas abaixo.

Violência Doméstica:

1. Instituir o tratamento físico de acordo com o diagnóstico;
2. Encaminhar a vítima com o respectivo processo/livro de registo para o gabinete do psicólogo/a ou psiquiatra;
3. O/a psicólogo/a ou psiquiatra deve fazer uma sessão terapêutica no mesmo dia e decidir com a vítima a(s) próxima(s) sessões;
4. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológicos ou nas organizações/serviços que prestam apoio na comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
5. Denunciar o caso às autoridades policiais, pois a agressão é um crime punido por lei;
6. Elaborar relatório médico-legal destinado às autoridades policiais;
7. Estabelecer comunicação regular com as autoridades para fazer seguimento dos casos.

Violação ou Assalto Sexual:

1. Encaminhar urgentemente às Urgências/Serviço de Ginecologia;
2. A vítima não deve lavar-se após o acto da violação, assim como não deve mudar de roupa, antes de ser observada na Unidade Sanitária (pode cobrir-se com uma capulana ou casaco para se dirigir à Unidade Sanitária);
3. Fazer aconselhamento e testagem do HIV/SIDA. Caso o resultado seja negativo, a vítima deve repetir o teste 3 (meses) depois;

Violação ou Assalto Sexual:

4. Administrar anti-retrovirais de emergência nas primeiras 72h;
5. Administrar antibióticos para prevenir as ITS;
6. Administrar vacina contra a Hepatite B;
7. Administrar medicamentos para depressão, insónia e/ou ansiedade;
8. Fazer inter-consulta de Psicologia/Medicina Legal;
9. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológico ou nas organizações/serviços que prestam apoio à comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
10. Guardar o processo clínico em local seguro;
11. Informar a vítima sobre como proceder em relação à instauração do processo criminal;
12. Marcar consultas de seguimento;
13. Para as vítimas do sexo feminino, com 11 anos de idade ou mais: Contraceção de emergência: deve ser feita tomando lofemenal/microgenon até 72h depois da violação. Se ela aparecer depois de 72h mas antes de completar 5 dias, insere-se DIU. Se ela aparecer depois de 5 dias, já não há nada a fazer senão aguardar até o início do período menstrual. Se a menstruação não aparecer até ao dia esperado, deve voltar ao CS para avaliar se está grávida.

Material necessário nos locais de atendimento

Organizar *Kits* com todo o material e medicação necessários.

Conselhos Gerais

- Nos gabinetes médicos e policiais deve haver confidencialidade;
- Grande sensibilidade e empatia por parte dos profissionais de saúde;
- O pessoal de saúde deve testemunhar sempre que chamado ao tribunal;
- Educar as vítimas para que denunciem a agressão/violação, pois é um crime que é punido por lei;
- Documentar as respostas no processo clínico e guardar em local seguro e registar o diagnóstico de Violência, para além do diagnóstico biomédico;
- Apoiar, isto é, não ser crítico, ser sensível e compreensivo;
- Trabalhar em coordenação com outros parceiros envolvidos na assistência das vítimas, tanto do governo como da sociedade civil.

Atendimento Integrado às Vítimas de Violência de Género num Centro de Saúde

Introdução

O atendimento às vítimas de violência, no SNS, tem sido concentrado principalmente no trauma físico. Este tratamento pode ser suficiente, quando se trata de violência “da rua”. Este atendimento não é geralmente realizado de forma confortável para a pessoa agredida, que é referida sucessivamente de gabinete em gabinete ou de serviço em serviço, o que termina muitas vezes em abandono ao tratamento.

Quando se trata de violência doméstica, o tratamento físico exclusivo é absolutamente insuficiente, pois está-se perante um caso em que a violência emocional e psicológica é mais grave que a física, e de duração mais longa. E, como se trata de uma

violação de direitos, o profissional de saúde deve fazer um registo pormenorizado das lesões e aconselhamento sobre como a vítima deve gerir o relacionamento com o agressor, com quem a vítima convive (maior parte das vezes diariamente), com base na lei. A este tratamento que envolve as 3 áreas (física, psíquica e legal) se chama de atendimento integrado.

Devido ao facto destas vítimas de violência doméstica sofrerem concomitantemente de vários tipos de violência (social, económica, verbal, emocional, psíquica e sexual para além da física) e não terem sofrido de um único acto isolado de violência, mas *viverem numa relação violenta*, não têm a possibilidade e a liberdade de se dirigirem à Unidade Sanitária de acordo com a necessidade. Quanto mais vezes ou dias ela for solicitada a dirigir-se à Unidade Sanitária, maior o risco de interromper/abandonar o tratamento.

As normas que se apresentam a seguir têm o objectivo de organizar o atendimento, tendo em mente os constrangimentos acima referidos.

Admissão

- Serviço de Urgências
- Consulta médica

As vítimas devem receber o pacote completo de serviços, no mesmo dia, pela mesma equipa.

No entanto, chama-se a atenção para o facto de as vítimas de violência de facto usarem todos os serviços como porta de entrada, tanto em episódios recentes como nos crónicos.

As consultas preventivas de Saúde Materno-Infantil e da Criança são os locais com maior proporção de vítimas de violência.

Pessoal Necessário

- Profissionais de saúde capacitados no atendimento integrado. Dado que o tratamento físico é do conhecimento geral, a capacitação deve incidir sobre os aspectos emocionais e legais, para que os profissionais estejam em condições de fazer o aconselhamento devido. Para o efeito deve ser seleccionado um médico ou técnico de saúde para ser capacitado em noções básicas de psicologia e medicina legal.

Em caso de mulheres vítimas de violência sexual ou outro tipo de violência, a presença de profissionais de saúde do sexo feminino e que falem a mesma língua da vítima será de grande ajuda para o atendimento.

Protocolos de atendimento

Se a vítima estiver acompanhada, deve-se pedir para que o acompanhante se retire do gabinete médico para deixar a paciente à vontade.

Fazer o registo demográfico completo da vítima no processo clínico (nome, idade, sexo, morada, estado civil), e o registo dos acontecimentos. Após confirmação da violência, proceder de acordo com as seguintes normas:

Abuso Sexual Infantil:

1. Encaminhar a vítima à consulta médica;
2. Dar apoio emocional/psicológico, acompanhado de explicação sobre os direitos que a vítima tem;
3. Instituir o tratamento físico e mental de acordo com o diagnóstico;
4. Comunicar o evento às autoridades policiais;
5. Se se tratar de violação sexual deve-se seguir as instruções da violação sexual descritas abaixo.

Violência Doméstica:

1. Instituir o tratamento físico de acordo com o diagnóstico;
2. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológicos ou nas organizações/serviços que prestam apoio à comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
3. Aconselhá-la a denunciar o caso às autoridades policiais, pois a agressão é um crime punido por lei;
4. Caso seja uma pessoa menor de idade o/a trabalhador/ /a de saúde **DEVE** comunicar o facto às autoridades policiais,
5. Elaborar relatório médico-legal destinado às autoridades policiais;
6. Estabelecer comunicação regular com as autoridades para fazer seguimento dos casos;
7. Marcar consultas de seguimento.

Violação ou Assalto Sexual:

1. Encaminhar urgentemente a vítima à consulta médica;
2. A vítima não deve lavar-se após o acto da violação, assim como não deve mudar de roupa, antes de ser observada na US (pode cobrir-se com uma capulana ou casaco para se dirigir à US);
3. Fazer aconselhamento e testagem do HIV/SIDA, caso o resultado seja negativo, a vítima deve repetir o teste nos 3 (meses) seguintes;
4. Administrar anti-retrovirais de emergência nas primeiras 72h;
5. Administrar antibióticos para prevenir as ITS;
6. Administrar vacina contra a Hepatite B;
7. Administrar medicamentos para depressão, insónia e/ou ansiedade;
8. Encorajar a vítima a participar nas sessões terapêuticas e outros serviços de apoio psicológicos ou nas organizações/serviços que prestam apoio à comunidade durante os seis (6) meses seguintes;
9. Guardar o processo clínico em local seguro;
10. Informar a vítima sobre como proceder em relação à instauração do processo criminal;
11. Marcar consultas de seguimento;
12. Para as vítimas do sexo feminino, com 11 anos de idade ou mais: Contracepção de emergência: deve ser feita tomando lofemenal/microgenon até 72h depois da violação. Se ela aparecer depois de 72h mas antes de completar 5 dias, insere-se DIU. Se ela aparecer depois de 5 dias, já não há nada a fazer senão aguardar até o início do período menstrual. Se a menstruação não aparecer até ao dia esperado, deve voltar ao Centro de Saúde para avaliar se está grávida.

Material necessário nos locais de atendimento

Organizar *Kits* com todo o material e medicação necessários.

Conselhos Gerais:

- Nos gabinetes médicos e policiais deve haver confidencialidade;
- Grande sensibilidade e empatia por parte dos profissionais de saúde;

- O pessoal de saúde deve testemunhar sempre que chamado ao tribunal;
- Educar as vítimas para que denunciem a agressão/violação, pois é um crime que é punido por lei;
- Documentar as respostas no processo clínico e guardar em local seguro e registar o diagnóstico de Violência, para além do diagnóstico biomédico;
- Apoiar, isto é, não ser crítico, ser sensível e compreensivo;
- Trabalhar em coordenação com outros parceiros envolvidos na assistência das vítimas, tanto do governo como da sociedade civil.

ANEXO A – Justificativa

Na última década, o problema da violência de género tem ganho centralidade no que respeita aos direitos humanos, a saúde pública e o desenvolvimento sustentável. Esta centralidade e prioridade vêm reflectidas em vários instrumentos legais internacionais, sendo de destacar os seguintes: *i)* Convenção para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993); *ii)* Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979); *iii)* Plataforma de Acção de Beijing (1995); *iv)* Protocolo sobre os Direitos das Mulheres da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (2003).

Segundo as Nações Unidas¹, a violência de género tem por alvo principal as mulheres e afecta-as de forma desproporcionada. Esta forma de violência resulta da desigualdade de poder nas relações ao nível familiar, nas comunidades e nos Estados, e torna-se ainda mais pronunciada em situações de conflito ou de pós conflito. Assim, no âmbito da Campanha para a implementação dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, a *Task Force* para a área de Educação e Igualdade de Género estabeleceu como uma das suas prioridades o combate à violência contra mulheres e raparigas.²

Uma forma particularmente grave da violência de género é a violência doméstica, que se refere a contextos de conjugalidade.

Um outro estudo publicado indica que, por exemplo, nos Estados Unidos da América, em 1996, 51% de todas as mulheres assassinadas conheciam o seu agressor e que 30% foram mortas pelos maridos, ex-maridos ou namorados.⁴

Outro estudo da OMS⁵ mostrou a prevalência internacional da violência contra as mulheres, embora salientando que há variações entre as várias regiões do planeta. Por exemplo, no que concerne a violência física entre parceiros íntimos (que é só uma das dimensões da violência), a proporção de mulheres que alguma vez sofreram uma agressão vai de 13% no Japão, a 61% numa província do Peru, enquanto na maior parte dos países a percentagem se situa entre 23% a 49%.

No que respeita a Moçambique, um estudo realizado em 2004⁶ demonstrou que 54% das mulheres são ou foram vítimas de violência física ou sexual. Outros trabalhos⁷ indicam também que são poucas as mulheres que denunciam e mesmo as que se dirigem à Polícia vão mais para pedir pensão de alimentos para as crianças, ainda que sejam vítimas de violência física, sexual e psicológica.

Para fazer face a este problema que afecta principalmente as mulheres e as crianças, o Governo está a organizar-se para providenciar cuidados de forma integrada. O Ministério do Interior criou os Gabinetes de Atendimento da Mulher e da Criança, que têm por objectivo providenciar cuidados de qualidade às vítimas de violência doméstica, garantindo a criminalização do agressor e lutando contra os preconceitos que existem na instituição em relação a esta forma de violência. Na mesma linha de acção, o Ministério da Saúde pretende agora dispensar cuidados de melhor qualidade, integrados, tendo em atenção as necessidades das vítimas, na área psicológica e médico-legal, para além das físicas que têm sido mais frequentemente tratadas.

Paralelamente, a recentemente aprovada Lei sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher (Lei n.º 29/2009) coloca desafios ao Sector de Saúde, que deve estar preparado para assumir as responsabilidades atribuídas pelo Governo no combate e prevenção da violência, como forma de repor os direitos humanos dos seus cidadãos, quando os mesmos são violados.

ANEXO B – Acções Prioritárias

Melhorar a qualidade de serviços

- Garantir a disponibilidade de equipamento básico e exigências de exame, incluindo sala privada e aspectos de segurança.
- Melhorar os cuidados nas Urgências, incluindo:
 - Disponibilidade de contraceptivos de emergência;
 - Acesso à interrupção de gravidez.

Desenvolvimento de capacidades

- Orientar os trabalhadores da saúde em assuntos do género, direitos humanos e violência.
- Organizar formação específica para médicos e outros quadros que estão directamente envolvidos nos cuidados das vítimas da violência sexual.
- Investir num centro ou instituição médica para desenvolver como um centro de excelência. Isso facilita a expansão de conhecimentos, formação e cria oportunidades para pesquisa e estudos experimentais.
- Integrar questões da violência no currículo dos institutos de ciências de saúde, centros de formação e Faculdades de medicina, bem como academias da polícia.

Melhorar o sistema de referência

- Os serviços devem ser coordenados de tal forma que o número de exames e entrevistas para vítimas sejam minimizadas.
- A interacção mais próxima e o estabelecimento de redes melhoradas entre as diferentes entidades, em primeiro lugar entre polícia, ONG e hospital, o que irá permitir não só o uso máximo de recursos financeiros e humanos disponíveis a nível local mas beneficiará uma abordagem mais abrangente das necessidades das vítimas.

Serviços médicos-legais

- Um bom serviço de medicina legal reforça o processo de investigação e um compromisso para melhorar a justiça. As unidades forenses praticamente não existem e a especialização na medicina legal é escassa. Neste aspecto, os investimentos necessários para criar serviços funcionais no País constituem um desafio.
- Um ponto de partida poderia ser o desenvolvimento de normas mínimas para exame e registo de resultados. Isso envolve a identificação e formação dos quadros nos exames elementares médico-legais, elaboração do relatório e comparência no tribunal bem como o desenvolvimento de formato de relatório padronizados.

Advocacia

- O sector da saúde tem um papel na actividade de quebrar o silêncio em volta da violência em geral e da sexual em especial. Ainda existe pouca sensibilidade sobre a questão, daí a necessidade de aumentar a advocacia.

ANEXO D — Mapa para registo de lesões físicas no processo clínico