

An overview of violence and sexual abuse in children: global data, policy responses, and multidisciplinary approaches in health care

Uma perspetiva geral da violência e do abuso sexual em crianças: dados globais, respostas políticas e abordagens multidisciplinares no contexto dos cuidados de saúde

Nuno Coelho^{1,2,3}, Anabela Neves⁴, and João Gregório^{1*}

¹CBIOS – Universidade Lusófona's Research Center for Biosciences & Health Technologies, Campo Grande 376, 1749-024 Lisboa, Portugal; ²Health Sciences PhD Program -U Alcalá, Madrid, Spain; ³Polícia Judiciária, Lisboa, Portugal; ⁴Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), I.P., Portugal

*corresponding author / autor para correspondência: joao.gregorio@ulusofona.pt

Abstract

News of sexual abuse against children is increasingly common. This paper aims to describe the historical and social progress of sexual violence against children through a narrative review of the literature, with the goal of understanding how health systems deal with sexual violence against children, as well as to identify the costs to society and to children's personal lives. The history and latest global and national data on sexual abuse against children are presented, revealing that violence against children is emerging as an endemic threat worldwide, resulting in serious social and health problems, with higher prevalence in low- and middle-income countries than in high-income countries. In these higher-resource countries, understanding and detecting what is abuse and what is not abuse in a given situation is supported by a multidisciplinary team, involving professionals from different sectors. Thus, it is important that all actors be enabled to articulate their actions, working with the goal of safeguarding well-being and development of children.

Keywords: Child; Sexual abuse; Violence; Health professionals

Resumo

A sociedade é frequentemente confrontada com notícias de abuso sexual contra crianças. Através de uma revisão narrativa da literatura, este artigo pretende descrever o tema e o percurso histórico e social da violência sexual contra crianças, com objetivo de compreender como os sistemas de saúde lidam com a violência sexual contra crianças, bem como identificar os custos para a sociedade e para a vida pessoal das crianças. É apresentada a história e os últimos dados globais e nacionais sobre o abuso sexual contra crianças que nos revelam que a violência contra crianças está a emergir como uma ameaça endémica em todo o mundo, resultando em graves problemas sociais e de saúde, tendendo a ser mais elevada nos países de baixo e médio rendimento do que nos países de alto rendimento. Nestes países de maiores recursos, compreender e detetar o que é abuso e o que não é abuso numa dada situação é suportado por uma equipa multidisciplinar, envolvendo profissionais de setores diversos. Assim, é importante que todos os atores sejam capazes de articular as suas ações, de forma a garantir que o bem-estar da criança e o seu desenvolvimento esteja assegurado.

Palavras-chave: Criança; Abuso sexual; Violência; Profissionais de saúde

Introduction

According to the World Health Organization (WHO), child abuse or maltreatment constitutes “all forms of physical and/or emotional maltreatment, sexual abuse, neglect or negligent treatment or commercial or other exploitation, resulting in actual or potential harm to the Child’s health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power”(1).

To Carder (2), the sexually abused child develops unique physical, mental and behavioral health weaknesses, with implications for their life course, often resulting in post-traumatic stress disorder. Several studies show that traumatic experiences that occur in the early years of life are directly related to future behaviors, correlating childhood violence and leading causes of mortality in adulthood (3). Thus, childhood sexual abuse is possibly the most severe form of abuse or neglect, due to the identity-destroying nature of the child (4).

There are numerous definitions of what constitutes child abuse, with various terminologies used, such as child sexual abuse, child sexual assault, child sexual victimization, child sexual exploitation, adverse sexual experiences, and unwanted sexual experiences (5). Sexual abuse against children is a common form of violence which has endured throughout the ages. Only very recently this form of abuse has been considered a crime. For most of our human existence, these behaviors were not considered criminal, and often were even allowed. While this is not a new phenomenon, its visibility as a social problem is recent. This visibility has helped reveal the sexual abuse of children that occurs in child support institutions such as schools, youth sports institutions, religious institutions, and other youth support organizations (6).

Most victims of child sexual abuse never disclose the abuse, and as a result do not receive the treatment they need (7). Often they may take many years to seek help due to a lack of trust and emotional safety. When reporting does occur, victims disclose to informal sources of support, such as health care professionals and other support services (8,9). Others carry the trauma of their abuse “to the grave”, although reporting of sexual abuse in childhood has been reported in palliative care, weeks to months before death (10).

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), constituem abuso ou maus tratos de crianças “todas as formas de maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou exploração comercial ou outra, resultando em danos reais ou potenciais para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder” (1).

Para Carder (2), a criança abusada sexualmente desenvolve fraquezas únicas de saúde física, mental e comportamental, com implicações no seu curso de vida, resultando frequentemente em distúrbios de stress pós-traumático. Diversos estudos mostram que as experiências traumáticas que ocorrem nos primeiros anos de vida estão diretamente relacionadas com comportamentos futuros, correlacionando a violência infantil e as principais causas de mortalidade na idade adulta (3). Assim, o abuso sexual infantil é possivelmente a forma mais grave de abuso ou negligência, devido à natureza destrutiva da identidade da criança (4).

Existe uma miríade de definições sobre o que constitui abuso de crianças, com diversas terminologias utilizadas, tais como abuso sexual infantil, agressão sexual infantil, vitimização sexual infantil, exploração sexual infantil, experiências sexuais adversas, e experiências sexuais indesejadas (5). O abuso sexual contra crianças é uma forma comum de violência que perdurou ao longo dos tempos. Só muito recentemente é que esta forma de abuso foi considerada um crime. Durante a maior parte da nossa existência humana, estes comportamentos não eram considerados crimes, e muitas vezes eram mesmo permitidos. Embora não se trate de um fenómeno novo, a sua visibilidade como problema social é recente. Esta visibilidade ajudou a revelar o abuso sexual de crianças que ocorre em instituições de apoio à criança tais como escolas, instituições desportivas juvenis, instituições religiosas e outras organizações de apoio à juventude (6).

A maioria das vítimas de abuso sexual infantil nunca o revela, e como resultado não recebe o tratamento necessário (7). Muitas vezes podem levar muitos anos a procurar ajuda devido a falta de confiança e segurança emocional e, quando a denúncia ocorre, revelam a fontes informais de apoio, tais como profissionais de saúde e outros serviços de apoio (8,9). Outras levam o trauma do seu abuso para a sepultura, embora a denúncia do abuso sexual infantil tenha sido relatada nos cuidados paliativos, semanas a meses antes da morte (10).

Sexual abuse crimes adapt and evolve following the development of social norms and standards, finding a place in the present, in new technologies (e.g., the internet) and in the new forms of criminality that may result from them (11), resulting in high mental and social health consequences, and high economic costs to society (12). The reality of the numbers can be visualized as an iceberg, as they remain shrouded in a culture of silence, hidden by shame, guilt, and social stigma. Moreover, the statistical reality is either under-represented in official figures, or these vary depending on the definitions used and how the information is collected.

Health care providers frequently encounter child victims of sexual abuse. Health care systems play a crucial role in the prevention and care of these victims. Some countries have guidelines or protocols that aim to articulate the roles of different health care and other professionals (e.g., police investigation), but, generally, the development and implementation of these protocols have been slow (13). In addition, the role that individual health care providers can play in curbing violence against children is often not recognized or adequately highlighted.

Thus, this article aims to present the problem of child sexual abuse, starting with a historical contextualization to the latest known data on the subject, and to present the solutions that health systems have developed to mitigate this problem.

Historical Perspective

Child sexual abuse has been a problem of all nations and generations. Research of historical sources reveals the existence of child sexual abuse since ancient times and that State efforts to fight it have always been intense and systematic.

Roman law had defined the age of marriage as 12 for girls and 14 for boys. This law was assimilated by the Byzantine state with the premise that the husband should wait until the underage girl was 12 to have sex. Efforts to control child sexual abuse were based on the annulment of the marriage whenever the law was not followed. Rape, pederasty, and incest took the form of early marriages and state alliances as a way to circumvent the established laws (14).

Os crimes de abuso sexual adaptam-se e evoluem seguindo o desenvolvimento de normas e padrões sociais, encontrando um lugar no presente, nas novas tecnologias (por exemplo, na Internet) e nas novas formas de criminalidade que delas podem resultar (11), trazendo elevadas consequências para a saúde mental e social, e elevados custos económicos para a sociedade (12). A realidade dos números pode ser visualizada como um iceberg, uma vez que estes permanecem envoltos numa cultura de silêncio, escondidos pela vergonha, culpa e estigma social. Além disso, a realidade estatística ou está sub-representada nos números oficiais, ou estes variam dependendo das definições utilizadas e da forma como a informação é recolhida.

Os prestadores de cuidados de saúde encontram frequentemente crianças vítimas de abuso sexual. Os sistemas de saúde têm um papel crucial na prevenção e cuidados a estas vítimas. Alguns países têm diretrizes ou protocolos que visam articular os papéis dos diferentes profissionais de saúde e de outras áreas, mas geralmente o desenvolvimento e a implementação desses protocolos têm sido lentos a progredir (13). Além disso, o papel que cada prestador de cuidados de saúde pode desempenhar para combater a violência contra as crianças não é muitas vezes reconhecido ou devidamente realçado.

Assim, este artigo tem como objetivos apresentar o problema do abuso sexual de crianças, desde uma contextualização histórica até aos últimos dados conhecidos sobre o assunto, e apresentar as soluções que os sistemas de saúde desenvolveram para mitigar este problema.

Perspetiva Histórica

A investigação de fontes históricas revela a existência de abuso sexual de crianças desde a antiguidade e que os esforços do Estado para o combater sempre foram intensos e sistemáticos, pelo que o abuso sexual de crianças tem sido um problema de todas as nações e gerações.

A lei romana tinha definido a idade do casamento como 12 anos para as raparigas e 14 anos para os rapazes. Esta lei foi assimilada pelo Estado bizantino com a premissa de que o marido deveria esperar até que a menor tivesse 12 anos para ter relações sexuais. Os esforços para controlar o abuso sexual infantil baseavam-se na anulação do casamento sempre que a

The concern with education, and living a good childhood, emerged with Ariès (15) in his iconographic work on children, profiling their characteristics since the 12th century. With his work, it was possible to verify the role of children in society at that time, as well as the family and social relationships they maintained, revealing their fragility in the social network and their devaluation, and showing a social discourse that accepted situations of abuse against children. Part of this acceptance was related to the moment when children become physically independent, taking their place in the adult environment, being seen as miniature adults for the delight of adults. Until the 17th century, children were associated with adult sex games, and this practice was part of the customs of the time. In front of them, the adults allowed themselves to do everything: crude words, actions and scabrous situations; the children heard and saw everything (15). However, research on the subject has revealed that this medieval religious society, whose State, with its strict legislation, and the Church, with the spiritual pressures at its disposal, developed efforts to restrict child sexual abuse but failed to eradicate the behavior.

Looking at a child as a child was only possible when various movements, including the social movement for citizenship during the French Revolution of 1789, saw their demands recognized, including the acceptance of citizenship in childhood (16). The ideal of Democracy, at the basis of the French and American Revolution, eventually played a determining role in the construction of the standards of acceptable behavior that led to the conceptualization of childhood and adolescence as developmental periods essential for the maturation of personality. In the early 19th century, a group of church workers in New York, USA, resorted to laws written by the Society for the Prevention of Cruelty to Animals (SPCA) to protect a child (named Mary Ellen) from abuse by her foster parents, claiming that the child was a member of the animal kingdom and should be protected under animal protection laws (17). However, with the evolution of thought and the creation of norms and conduct in modern society from the 19th century onward, sexual activity with children became a highly condemnable crime punishable by imprisonment.

lei não fosse cumprida. Como forma de contornar as leis estabelecidas, a violação, a pederastia e o incesto assumiram a forma de casamentos precoces e alianças estatais (14).

A preocupação com a educação, com deixar viver a infância, são ideias que surgiram com Ariès (15), no seu trabalho iconográfico sobre crianças, tendo traçado um perfil das suas características desde o século XII. Com o seu trabalho, foi possível verificar o papel das crianças na sociedade naquela época, bem como as relações familiares e sociais que mantinham, revelando a sua fragilidade na rede social e a sua desvalorização, mostrando um discurso social que aceitava situações de abuso contra crianças. Parte desta aceitação estava relacionada com o momento em que as crianças se tornam fisicamente independentes, tomando o seu lugar no ambiente adulto, sendo vistas como adultos em miniatura para o deleite dos adultos. Até ao século XVII, as crianças eram associadas aos jogos sexuais dos adultos, e esta prática fazia parte dos costumes da época. À sua frente, os adultos permitiam-se fazer tudo: palavras grosseiras, ações e situações escabrosas; as crianças ouviam e viam tudo (15). No entanto, a investigação sobre o tema elucidou que essa sociedade religiosa medieval, cujo Estado, com a sua legislação rigorosa e a Igreja, com as pressões espirituais à sua disposição, desenvolveram esforços para restringir comportamentos de abuso sexual infantil que não conseguiram erradicar este tipo de comportamento.

Olhar para uma criança, como uma criança, só foi possível quando vários movimentos, incluindo o movimento social pela cidadania durante a Revolução Francesa de 1789, viram as suas reivindicações reconhecidas, incluindo a aceitação da cidadania na infância (16). O ideal da Democracia, na base da Revolução Francesa e Americana, acabou por desempenhar um papel determinante na construção dos padrões de comportamentos aceitáveis que levaram à conceptualização da infância e da adolescência como períodos de desenvolvimento imprescindíveis para a maturação da personalidade. No início do século XIX, um grupo de trabalhadores da igreja em Nova Iorque, EUA, teve de recorrer a leis escritas pela *Society for the Prevention of Cruelty to Animals* para proteger a criança Mary Ellen dos abusos dos seus pais adotivos, alegando que a criança era um membro do reino animal e deveria ser protegida ao abrigo das leis de proteção dos animais (17). Contudo, com a evolução do pensamento e a criação de normas e condutas na sociedade moderna a partir do século XIX, a atividade sexual com crianças tornou-se um crime altamente condenável e punível com prisão.

Current Knowledge & Policies

Currently, the WHO defines violence as “the intentional use of physical force or power, actual or threatened, against oneself, another person, or against a group or community, that results in or is likely to result in injury, death, psychological harm, developmental disability or deprivation” (1).

Depending on their age, a child may experience one or more types of violence (Figure 1). It is estimated that one in two children aged 2-17 experience some form of violence each year, and approximately 300 million children aged 2-4 experience regular violence at the hands of their caregivers (12). In addition, it is estimated that by early 2020, one-third of 11- to 15-year-olds worldwide will have been bullied by their peers and that 120 million girls will have experienced some form of forced sexual contact before the age of 20 (12).

Violence against children is emerging as an endemic threat worldwide (18), resulting in severe health and social problems (Figure 2) (19–23). The existence of violence against children can cause traumatic events called Adverse Childhood Experiences, and impact of these events will be reflected in future perpetration of violence and victimization, as well as in health status (24). Some meta-analyses have shown that approximately 23% of children have experienced physical abuse, 36.3% have experienced emotional abuse, and 13% of children worldwide have experienced sexual abuse (25–27). Worldwide, rates of violence against children are highest in Africa, Asia, and North America. In 2015, approximately 50% of children in these continents experienced violence (3). The prevalence of violence tends to be higher in low- and middle-income countries

Conhecimentos e Políticas Atuais

Atualmente, a OMS define violência como “o uso intencional de força ou poder físico, real ou ameaçado, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou é suscetível de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, incapacidade de desenvolvimento ou privação”(1).

De acordo com a idade, uma criança pode experimentar um ou mais tipos de violência (figura 1). Estima-se que uma em cada duas crianças de 2 a 17 anos sofre alguma forma de violência todos os anos, e cerca de 300 milhões de crianças de 2 a 4 anos sofrem violência regular às mãos dos seus cuidadores (12). Além disso, estima-se que no início de 2020, um terço das crianças de 11 a 15 anos de idade em todo o mundo terá sido intimidado pelos seus pares e que 120 milhões de raparigas tenham experimentado alguma forma de contacto sexual forçado antes dos 20 anos de idade (12).

A violência contra crianças está a emergir como uma ameaça endémica em todo o mundo (18), resultando em graves problemas sociais e de saúde (Figura 2) (19–23). A existência de violência contra crianças pode causar eventos traumáticos chamados Experiências Adversas da Infância, cujo impacto se refletirá na vitimização e perpetração futura de violência, bem como na saúde (24). Algumas meta-análises mostraram que aproximadamente 23% das crianças sofreram abuso físico, 36,3% sofreram abuso emocional e 13% das crianças em todo o mundo sofreram abuso sexual (25–27). A nível mundial, as taxas de violência contra crianças são mais elevadas em África, na Ásia e na América do Norte, com cerca de 50% das crianças em 2015 a serem vítimas de violência (3). A prevalência

Age / Idade (in years / em anos)	<5	5-10	11-17	≥18
Types of violence / Tipo de violência	Child maltreatment / Maus-tratos a crianças			
	Bullying			
	Youth violence / Violência Juvenil			
	Intimate partner violence / Violência infligida por parceiro íntimo			
	Sexual Violence / Violência Sexual			
	Emotional or psychological violence and witnessing violence / Violência emocional ou psicológica e testemunhar violência			

Source: Adapted from INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children. Washington, D.C.: PAHO, 2017 /
Fonte: Adaptado de INSPIRE. Sete estratégias para por fim à violência contra crianças. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

Figure 1 - Type of violence by age group affected.
Figura 1 - Tipo de violência por faixa etária.

than in high-income countries (28,29). The highest prevalence of child sexual abuse is found in the African continent (34.4%), while in Europe, the prevalence is much lower (9.2%) (30). More than 80% of children in the world live in low- and middle-income countries (31), with a marked difference in demographic profiles. According to the WHO (32), over 94% of DALYs* due to interpersonal violence against children aged 0-15 years occurred in low- and middle-income countries in 2016. The investment made by these countries in social protection policies for children (0-14 years) is lower than in high-income countries (33). Sociodemographic factors associated with sexual and emotional violence include lower socioeconomic status of the household, being female, and the primary education of mothers and adults in the household (34).

de violência tende a ser mais elevada nos países de baixo e médio rendimento do que nos países de alto rendimento (28,29), sendo observável que a maior taxa de prevalência de abuso sexual de crianças se verifica no continente africano (34,4%), enquanto na Europa, a taxa de prevalência é mais baixa (9,2%)(30). Mais de 80% das crianças no mundo residem em países de baixo e médio rendimento (31), com uma marcada diferença nos perfis demográficos. Segundo a OMS (32), mais de 94% dos DALYs* devido à violência interpessoal contra crianças de 0-15 anos, ocorreu em países de baixo e médio rendimento em 2016. O investimento feito por estes países em políticas de proteção social para crianças (0-14 anos) é mais baixo do que nos países de alto rendimento (33). Entre os fatores sociodemográficos associados à violência sexual e emocional encontra-se o estatuto socioeconómico inferior do agregado familiar, o facto de ser rapariga, e a educação primária das mães e dos adultos do agregado familiar (34).

*DALY (disability-adjusted life years) combines estimates of years of life lost to premature death (YLL, years of life lost) and years of life lost to illness and/or disability (YLD, years of life with disability).

*Este indicador (DALY, anos de vida ajustados por deficiência) combina estimativas de anos de vida perdidos até à morte prematura (YLL, anos de vida perdidos) e anos de vida perdidos por doença e/ou deficiência (YLD, anos de vida com deficiência).



Figure 2 - Potential health consequences of violence against children.
Figura 2 - Possíveis consequências para a saúde da violência contra crianças

The Convention on the Rights of the Child defines in particular that "the child, because of his physical and intellectual immaturity, needs special protection and care, including appropriate legal protection, both before and after birth" and therefore a safe and happy family environment must be ensured for the proper development of their personality (35). It has also been defined in the Convention that a Child is every human below the age of 18 years unless, under the law applicable to them, they reach adulthood earlier. With the publication of the 2002 World Report on Violence and Health, the worldwide visibility of sexual violence crimes against children has increased. It is now recognized that it is the responsibility of the State to protect the child from all forms of maltreatment by parents or others responsible for the child, and to establish social programs for the prevention of abuse and for the treatment of victims (36). Because of its importance, it was recently as (UN) Sustainable Development Goal 16.2, which aims to end all forms of violence against children by 2030 (37).

According to the United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF), child protection is done through philosophies, policies, standards, guidelines, and procedures to protect children from intentional and unintentional harm. In that sense, the responses to build the national child protection system are broad and include legislative reforms, strategy development and planning, coordination, mapping of needs and gaps in services, capacity building and development of service structures, acting to change attitudes and behaviors (36).

Another policy to curb violence against children was presented by the WHO in 2016, with the publication of seven strategies with the acronym INSPIRE: **I**mplementation and enforcement of laws; **N**orms and values; **S**afe environments; **P**arent and caregiver support; **I**ncome and economic strengthening; **R**esponse and support services; and **E**ducation and life skills (38).

In 2007, the Council of Europe indicated the importance of the topic with the organization of a convention with special standards to prevent and protect children from sexual exploitation and sexual abuse: the "Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse", which became known as the Lanzarote convention (39).

A Convenção sobre os Direitos da Criança define em particular que "a criança, devido à sua imaturidade física e intelectual, necessita de proteção e cuidados especiais, incluindo proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento", pelo que deve-se assegurar um ambiente familiar seguro e feliz para o desenvolvimento adequado da sua personalidade (35). Foi também definido nesta Convenção que uma Criança é todo o ser humano com menos de 18 anos de idade, a menos que, nos termos da lei que lhe é aplicável, atinja a maioridade mais cedo. Com a publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2002, a visibilidade mundial dos crimes de violência sexual contra crianças aumentou. Reconhece-se agora que é responsabilidade do Estado proteger a criança de todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou outros responsáveis pela criança, e estabelecer programas sociais para a prevenção de abusos e para o tratamento das vítimas (36). Devido à sua importância, foi recentemente consagrado no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 16.2, que visa acabar com todas as formas de violência contra crianças até 2030 (37).

De acordo com o Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a proteção infantil faz-se através de Filosofias, políticas, padrões, diretrizes e procedimentos para proteger crianças de danos intencionais e não intencionais e nesse sentido, as respostas de construção do sistema nacional de proteção à criança são amplas e incluem: reformas legislativas; desenvolvimento e planeamento de estratégias; coordenação; mapeamento de necessidades e lacunas nos serviços; capacitação e desenvolvimento de estruturas dos serviços; atuação para mudar atitudes e comportamentos (36).

Outra política de combate à violência contra crianças foi apresentada pela OMS em 2016, com a publicação de sete estratégias com o acrónimo INSPIRE: **I**mplementação e vigilância do cumprimento das leis; **N**ormas e valores; **S**egurança do ambiente; **P**ais, mães e cuidadores recebem apoio; **I**ncremento de renda e fortalecimento económico; **R**esposta de serviços de atenção e apoio; e **E**ducação e habilidades para a vida (38).

Em 2007 o Conselho da Europa considerou importante elaborar uma convenção com normas especiais para prevenir e proteger as crianças contra a exploração sexual e os abusos sexuais: a "Convenção do Conselho da Europa para a Proteção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais", que ficou conhecida como a convenção de Lanzarote (39).

The Comparing Sexual Assault Interventions (COSAI) project was also created in Europe with funding from the European Union (EU) through the DAPHNE III program, with the aim of improving services for victims of sexual abuse (40). This project has mapped national strategies in 34 European countries, presenting evidence that of the 34 countries, 11 (33%) have protocols and strategies that address sexual violence, while 7 (20.5%) have no protocols or strategies implemented that address sexual violence against women over 16 (40). This finding is not surprising, since in the Global Report on Preventing Violence Against Children 2020 (12), is reported that although most countries present some kind of law to protect children against violence, about half of these countries declare that those laws are not heavily enforced.

In Portugal, sexual crimes were viewed as crimes against freedom and against the sexual self-determination of the person only after 1995 (41). Currently child protection policies in Portugal are assisted via the Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (42) and the health programs of Direção Geral de Saúde (43,44) with the goals of early detection and intervention of children at risk of violence and sexual abuse.

A culture of acceptance of interpersonal violence against family members and other close acquaintances still prevails in some social circles, keeping the rates of this type of crime high (45).

In the first six months of 2018, five children were victims of sexual crimes and more than one rape was reported per 24 hours (46). According to investigative police sources cited by Moreira (46), of the 1,518 cases related to sexual abuse and coercion, pimping, pornography, prostitution, or rape, 885 involved children and adolescents and that most were perpetrated by family members or someone close. After child sexual abuse (665 cases), rape (231 cases) and sexual harassment (97 cases) top the list of the most committed (reported) sexual crimes, followed by sexual acts with teenagers (83 cases). According to data from the Portuguese Association for Victim Support (APAV) (47), in 2018, a total of 46,371 attendances were recorded, a 31% increase compared to 2016. These attendances reflect 11,795 new cases and cases in follow-up, where it was possible to identify 9,344 victims and 20,589 crimes and other forms of violence. These results are not different from the figures on a global scale (48), referring that women, children and the elderly suffer the most physical, psychological and sexual abuse.

Ainda na Europa foi criado o projeto Comparing Sexual Assault Interventions (COSAI), com financiamento da União Europeia (UE) através do programa DAPHNE III, com o objetivo de melhorar os serviços envolvidos com vítimas de abusos sexuais (40). Ainda a mesma fonte e após um mapeamento de estratégias nacionais em 34 países europeus, verifica-se que dos 34 países, 11 (33%) têm protocolos e estratégias que abordam violência sexual e 7 (20,5%) não têm protocolos e estratégias implementadas que abordam a violência sexual contra mulheres com mais de 16 anos (40). Esta descoberta não é surpreendente, uma vez que no Relatório Global sobre a Prevenção da Violência contra Crianças 2020 (12), é já relatado que embora a maioria dos países apresentem algum tipo de lei para proteger as crianças contra a violência, cerca de metade desses países declaram que essas leis não são fortemente aplicadas.

Em Portugal, só a partir de 1995 (41), é que os crimes sexuais são vistos como crimes contra a liberdade e contra a autodeterminação sexual da pessoa. Presentemente assistimos a políticas de proteção à criança como é o caso da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (42), e os Programas de Saúde da Direção Geral de Saúde (43,44), no âmbito da deteção e intervenção de crianças em risco.

Uma cultura de aceitação da violência interpessoal contra familiares e outras pessoas próximas ainda prevalece em alguns círculos sociais, mantendo as taxas deste tipo de crime elevadas (45).

Nos primeiros seis meses de 2018, todos os dias, cinco crianças foram vítimas de crimes sexuais e mais de uma violação por 24 horas era registada (46). Segundo fontes policiais de investigação citadas por Moreira (46), dos 1.518 casos relacionados com abuso sexual e coação, proxenetismo, pornografia, prostituição ou violação, 885 envolveram crianças e adolescentes e a maioria foi perpetrada por membros da família ou por alguém próximo. Após o abuso sexual infantil (665 casos), a violação (231 casos) e o assédio sexual (97 casos) ocupam o pódio da lista dos crimes sexuais mais cometidos, seguido de atos sexuais com adolescentes (83 casos). De acordo com dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (47), em 2018, foram registados um total de 46.371 atendimentos, o que resultou num aumento de 31% em relação a 2016. Estes atendimentos refletem 11.795 novos casos e casos em acompanhamento, onde foi possível identificar 9.344 vítimas e 20.589 crimes e outras formas de violência. Estes resultados não são diferentes dos números à escala global (48), referindo que as mulheres, as crianças e os idosos são os que mais sofrem abusos físicos, psicológicos e sexuais.

Table 1 - Warning signs to be evaluated by health professionals for the detection of child maltreatment (Source: Direcção-Geral da Saúde) (44)).

Tabela 1 - Sinais de alerta a valorizar profissionais de saúde para deteção de maus tratos em crianças (Fonte: Direcção-Geral da Saúde (44)).

From 0 to 5 years old / Dos 0 aos 5 anos
Feeding disturbances / Perturbações na alimentação Sleep disturbances / Perturbações do sono Behavior and relationship disturbances / Perturbações do comportamento e da relação Psychomotor development disturbances / Perturbações do desenvolvimento psicomotor Fear and/or phobias of minor intensity / Medo e/ou fobias de pequena intensidade
Children aged > 5 years / Crianças com idade > 5 anos
School difficulties/underachievement / Dificuldades/insucesso escolar Relationship/communication disorders / Perturbações da relação/comunicação Behavior disorders / Perturbações do comportamento Anxiety / Ansiedade Emotional disorders (sadness, fatigue, aggression) / Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, agressividade) Somatic manifestations / Manifestações somáticas Eating disorders / Perturbações do comportamento alimentar Psychotic disorders / Perturbações psicóticas Adolescent substance abuse / Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes

Health systems and the role of professionals in dealing with victims of child abuse

Health professionals, as frontline health care providers for children, play an extremely important role in the detection of these crimes, and therefore should value the main warning signs for the detection of child maltreatment (Table 1) (44).

The approach, treatment, and care of child victims of sexual abuse begin with the medical intervention for the treatment of injuries, prevention of unwanted pregnancy, diagnosis and treatment of sexually transmitted infections (49) maltreatment and sexual crimes. The victim should be subsequently referred to psychosocial support to help cope with the traumatic episode, ensuring the safety and protection of the victim and with the support of the criminal system in the investigation of the crime, collection of evidence, trial, and punishment of the perpetrator. Collecting trace evidence and recording injuries that may exist is done by forensic medicine experts (50).

Os sistemas de saúde e o papel dos profissionais na abordagem às vítimas de abuso infantil

Os profissionais de saúde, como elementos na linha da frente para prestação de cuidados de saúde a crianças, desempenham um papel de enorme relevância na deteção destes crimes, e por isso devem valorizar os principais sinais de alerta para a deteção de maus tratos em crianças (Tabela 1) (44).

A abordagem, o tratamento e o cuidado a crianças vítimas de abuso sexual inicia-se com a intervenção médica no tratamento de lesões, prevenção de gravidez indesejada, diagnóstico e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis (49), maltreatment and sexual crimes. Depois deve a vítima ser encaminhada para o apoio psicossocial para ajudar a lidar com o episódio traumático e garantir a segurança e proteção da vítima e ter o apoio do sistema criminal na investigação do crime, na recolha de vestígios, julgamento e punição do autor. A recolha de vestígios e o registo de possíveis lesões que possam ter existido faz-se pelos peritos forenses da medicina legal (50).

Understanding and detecting what is and is not abuse in a given situation then requires multidisciplinary work. Thus, coordinated action between different family doctors, pediatricians, childhood and adolescent psychiatry doctors, psychologists, family nurses, forensic nurses, the investigative police, and the courts is essential. For this reason, it is important that all actors are able to articulate actions so that the well-being of the child or young person is guaranteed, avoiding interventions that lead to secondary victimization (51). It should also be noted that other professionals can intervene, such as educators and teachers, due to their direct contact with children (52–55).

Historically, the reality of the response of the legal, medical, mental health, and social support teams to victims of sexual assault has been uncoordinated. These systems respond in isolation to survivors of sexual assault, with role confusion and/or conflict between the different actors about who should do what and when to respond to the assault. In order to find solutions to this problem, North American communities have developed Sexual Assault Response Teams (SARTs), a model which was quickly spread around the world, for example, in the United Kingdom, with the creation of the so-called SARC (Sexual Assault Referral Centres). These teams and centers intervene in the community and aim to build positive professional relationships and increase collaboration between stakeholders in response to sexual violence, improving the procedural effectiveness of sexual assault cases in the courts.

The core team of the SARTs includes police officers, prosecutors, physicians, social workers and Sexual Assault Nurse Examiners (SANE), and in this context, these SANE are usually the first specialized line of contact with sexual assault victims in the health care system (56). SANE are a specialty of forensic nursing. Forensic nursing originated in the United States, later expanding to countries including England, Canada, Australia, and Northern Europe (57). Forensic nurses are at the front line of contact with the victims of sexual abuse. They also have an important role in educating parents, community members, and other healthcare professionals about sexual abuse (58). The goal of the SANE is to protect the sexual assault victim from secondary victimization; intervene in crisis situations; collect documentation and preserve evidence, evaluate and prophylactically treat sexually transmitted diseases (STDs), assess pregnancy risk and offer prevention, evaluate, document and provide care

Compreender e detetar o que é abuso e o que não é abuso numa dada situação requer então um trabalho multidisciplinar. É, assim, fundamental uma ação coordenada entre médicos de família, médicos pediatras, médicos de psiquiatria da infância e adolescência, psicólogos, enfermeiros de família, enfermeiros forenses, a polícia de investigação e os tribunais. Por esta razão, é importante que todos os atores sejam capazes de articular ações para que o bem-estar da criança ou do jovem seja garantido, evitando intervenções que conduzam à vitimização secundária (51). Deve também notar-se que outros profissionais podem intervir, tais como educadores e professores devido ao seu contacto direto com as crianças (52–55).

Historicamente, a realidade da resposta dos sistemas legal, médico e de saúde mental e equipas de apoio às vítimas de agressão sexual têm sido descoordenadas, pois os sistemas respondem isoladamente perante sobreviventes de agressão sexual, bem como a constatação de confusão de papéis e/ou conflitos entre os diferentes sistemas sobre quem deve fazer o quê e quando responder à agressão. Com a intenção de encontrar soluções para este problema, as comunidades norte-americanas desenvolveram equipas de resposta à agressão sexual (SARTs), cujo modelo foi rapidamente difundido pelo mundo, por exemplo, no Reino Unido, com a criação das denominadas SARC (Sexual Assault Referral Centre). Estas equipas e centros intervêm na comunidade e pretendem construir relações profissionais positivas e aumentar a colaboração entre os intervenientes na resposta à violência sexual, melhorando a eficácia processual de casos de agressão sexual na justiça.

Da equipa central dos SARTs fazem parte, polícias, procuradores, médicos, assistentes sociais e os Sexual Assault Nurse Examiner (SANE), e nesse contexto, são estes SANE usualmente a primeira linha especializada de contacto com vítimas de abuso sexual no sistema de saúde (56). Os SANE são uma especialidade da enfermagem forense. A enfermagem forense teve a sua origem nos Estados Unidos, expandindo-se mais tarde para países como Inglaterra, Canadá, Austrália e norte da Europa (57). Os enfermeiros forenses estão na linha da frente no contato com a vítima de abuso sexual. Têm também um papel importante na educação dos pais, membros da comunidade, e outros profissionais de saúde relativamente ao abuso sexual (58). O objetivo do SANE é proteger a vítima de agressão sexual de vitimização secundária; intervir em situações de crise; recolher documentação e preservação dos vestígios, avaliar e tratar profilaticamente de doenças sexualmente

for injuries, appropriately refer victims for medical and psychological follow-up, and work to increase conviction success in sexual assault cases. A SANE program provides 24 hour emergency services for all victims of sexual assault or abuse.

In Portugal, the SARTs teams are not yet a reality, despite the existence of the necessary resources for a multidisciplinary approach to the victim, because in the (hospital) emergency department, other professionals are involved along with doctors and nurses, such as social workers, criminal police bodies and experts from the National Institute of Forensic Medicine and Sciences (INMLCF) and psychologists. In fact, it is with the nurse at the triage of the Pediatric Emergency Department (UP) that the first contact with the health professional takes place, and the victim is subsequently referred to the pediatrician in charge of the team (59). Some data from the study of Vasconcelos et al. (59) reveals that in 31% of the cases, the first observation of the genitals was performed by the pediatrician at the UP and in 5.5% of cases by Gynecology; 70% of the cases were sent to the INMLCF for observation. Social Services took charge of the child in most of the cases (89%), studying and guiding the child; the Commission for the Protection of Children and Youngsters at Risk received referral in 63.7% of the cases; only 3% received support from Psychology. Finally, only 41% of the situations were reported to the police.

It is important to highlight the need for specific training for multidisciplinary teams working in this area to properly assess and address child sexual abuse. In fact, it is often the lack of professional training which limits the scope of action of nurses in the detection of sexual abuse preventing a timely intervention in these situations. Furthermore, interaction with police inspector teams also needs to be improved, as practices show that little or nothing is done to meet the needs of the investigation and that police inspectors often face contamination or destruction of evidence due to the procedures performed by emergency medical teams in providing assistance to victims (60).

transmissíveis (DSTs), avaliar o risco de gravidez e oferecer prevenção, avaliar, documentar e prestar cuidados em lesões, encaminhar adequadamente as vítimas para acompanhamento médico e psicológico, aumentar o sucesso de condenações nos casos de agressão sexual. Um programa SANE oferece serviços de urgência 24/24 horas para todas as vítimas de agressão sexual ou abuso.

Em Portugal, as equipas SARTs ainda não são uma realidade, não obstante a existência dos recursos necessários a uma abordagem multidisciplinar à vítima, pois no serviço de urgência, para além de médicos e enfermeiros, outros profissionais estão envolvidos, como os assistentes sociais, os órgãos de polícia criminal e os peritos do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) e psicólogos. De facto, verifica-se que é com o enfermeiro na triagem da Urgência Pediátrica (UP) que se dá o primeiro contato com o profissional de saúde, sendo posteriormente encaminhado para o pediatra chefe de equipa (59). Alguns dados do estudo realizado por Vasconcelos et al., (59) revelam que em 31% das situações a primeira observação dos genitais foi realizada pelo pediatra da UP e em 5,5% pela Ginecologia; 70% dos casos foram enviados ao INMLCF para observação. O Serviço Social, tomou a seu cargo a criança na maior parte dos casos (89%) estudando e orientando a criança; a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em risco recebeu referência em 63,7% dos casos; apenas 3% receberam apoio da psicologia. Por fim, apenas em 41% das situações houve denuncia junto das entidades policiais.

De realçar a necessidade de formação específica para avaliar e abordar adequadamente o abuso sexual infantil, das equipas multidisciplinares que atuam nesta área. Na realidade, é frequentemente a falta de formação profissional que limita o âmbito de ação dos enfermeiros na deteção do abuso sexual, impedindo uma intervenção atempada nestas situações. Além disso, a interação com as equipas de inspetores policiais também precisa de ser melhorada, pois as práticas mostram que pouco ou nada é feito para satisfazer as necessidades da investigação e que, na maioria das vezes, os inspetores da polícia são confrontados com a contaminação ou destruição de provas, devido aos procedimentos realizados pelas equipas de emergência médica na prestação de assistência às vítimas (60).

The recognition of Forensic Nursing as a differentiated nursing specialty is a very recent reality in Portugal (61). However, it is a topic that most nurses are aware of, even if there are still few nurses who have training in the area (62). Therefore, for the practice of SARTs teams with SANE-type nurses to be implemented in Portugal, it is necessary to provide nurses with forensic skills or knowledge of forensic sciences so that their application in clinical practice can be effective, in order to ensure an effective response to the victims of sexual abuse. Furthermore, it is also necessary to investigate how to best integrate these professionals into the current health care and victim support system in the Portuguese context.

Conclusion

Given the current reality, we conclude that child sexual abuse is a problem that cuts across societies and spills over borders imposed by different cultures. Although over the last few years, much has been done to help the victims, with the review, creation and implementation of different measures aimed at their protection, there is still a long way to go.

The complexity of this situation entails serious short- and long-term consequences, affecting not only children but also their caregivers, with high costs to economies, judicial systems, and societies. Health care systems and health care professionals can play an important role in both the prevention and detection of child sexual abuse. In this sense, further research in this area becomes a priority to make it possible to know which organizational and/or legislative measures should be implemented to improve the interaction between health professionals, social action professionals, and police investigators, in order to ensure an effective response to victims of sexual abuse.

Authors Contributions Statement

NC and JG, conceptualization and study design; NC, data analysis; NC, JG and AN, drafting, editing and reviewing; NC, figures and graphics; JG, supervision and final writing.

O reconhecimento da Enfermagem Forense como especialidade diferenciada de enfermagem é uma realidade muito recente em Portugal (61). No entanto é um tema de que a maioria dos enfermeiros já ouviu falar, mas ainda são poucos os que têm formação na área (62). Por conseguinte, para que a prática de equipas SARTs com enfermeiros tipo SANE possa ser implementada em Portugal, é necessário proporcionar aos enfermeiros competências forenses ou conhecimentos de ciências forenses para que a sua aplicação na prática clínica possa ser eficaz, a fim de assegurar uma resposta eficaz às vítimas de abuso sexual. Além disso, é igualmente necessário investigar qual a melhor forma de integração destes profissionais no atual sistema de cuidados de saúde e de apoio à vítima no contexto português.

Conclusão

Face a esta realidade, concluímos que o abuso sexual infantil é um problema que atravessa as sociedades e transborda as fronteiras impostas pelas diferentes culturas. Embora ao longo dos últimos anos, muito se tenha feito em prol das vítimas, com a revisão, criação e implementação de diferentes medidas que visam a sua proteção, ainda existe um longo caminho para desbravar.

A sua complexidade implica graves consequências a curto e longo prazo, que afetam não só as crianças, mas também os seus cuidadores, com elevados custos para as economias e sistemas judiciais e sociedades. Os sistemas de saúde, e os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante tanto na prevenção como na deteção do abuso sexual infantil, e nesse sentido torna-se prioritário mais investigação nesta área, para permitir conhecer que medidas organizacionais e/ou legislativas devem ser implementadas para melhorar a interação entre profissionais de saúde, de ação social e investigadores policiais, a fim de assegurar uma resposta eficaz às vítimas de abuso sexual.

Declaração sobre as contribuições do autor

NC e JG, conceção e desenho do estudo; NC, análise de dados; NC, JG e AN, redação, edição e revisão; NC, figuras e gráficos; JG, supervisão e redação final.

Funding

This study funded by national funds through FCT - Foundation for Science and Technology, I.P., under the UIDB/04567/2020 and UIDP/ 04567/2020 projects. João Gregório is funded by Foundation for Science and Technology (FCT) Scientific Employment Stimulus contract with the reference number CEEC/CBIOS/EPH/2018

Conflict of Interests

The authors declare there are no financial and/or personal relationships that could present a potential conflict of interests.

Financiamento

Este estudo foi financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., no âmbito dos projetos UIDB / 04567/2020 e UIDP / 04567/2020. João Gregório é financiado pelo contrato de Estímulo ao Emprego Científico da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) com o número de referência CEEC / CBIOS / EPH / 2018

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há relações financeiras e/ou pessoais que possam representar um potencial conflito de interesses.

References / Referências

1. WHO. (2002). *World report on violence and health*. doi:10.1007/bf03405037
2. Carder J. (2019). When a Childhood Sexual Abuse History Influences Patient Trust. *The American journal of nursing*, 119(10), 11. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000586088.17746.87>
3. Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
4. Drury, A. J., Elbert, M. J., & DeLisi, M. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. *Child abuse & neglect*, 95, 104035. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104035>
5. Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma, violence & abuse*, 20(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
6. Harris, A. J., & Terry, K. J. (2019). Child Sexual Abuse in Organizational Settings: A Research Framework to Advance Policy and Practice. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 31(6), 635–642. <https://doi.org/10.1177/1079063219858144>
7. Hornor, G., & Zeno, R. (2018). Child Sexual Abuse Perpetrators: What Forensic Nurses Need to Know. *Journal of forensic nursing*, 14(4), 206–213. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000222>
8. Cleary, M., West, S., McLean, L., Kezelman, C., Karacsony, S., & Kornhaber, R. (2018). Connecting past and present: Nurses' role in identifying signs of child sexual abuse in adults and supporting survivors. *International journal of mental health nursing*, 27(6), 1587–1591. <https://doi.org/10.1111/inm.12495>
9. Starzynski, L. L., Ullman, S. E., & Vasquez, A. L. (2017). Sexual Assault Survivors' Experiences with Mental Health Professionals: A Qualitative Study. *Women & therapy*, 40(1-2), 228–246. <https://doi.org/10.1080/02703149.2016.121360>
10. Wygant, C., Hui, D., & Bruera, E. (2011). Childhood sexual abuse in advanced cancer patients in the palliative care setting. *Journal of pain and symptom management*, 42(2), 290–295. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.11.011>
11. Almeida, A. Abuso sexual de crianças: Crenças sociais e discursos da Psicologia. (2003)
12. WHO. *Global status report on preventing violence against children*. (World Health Organization, 2020).
13. García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet (London, England)*, 385(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
14. Lascaratos, J., & Poulakou-Rebelakou, E. (2000). Child sexual abuse: historical cases in the Byzantine empire (324-1453 A.D.). *Child abuse & neglect*, 24(8), 1085–1090. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00156-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00156-3)
15. Ariès, P. *História Social da Criança e da Família*. (1986).
16. Minayo, MC de S. (2001). Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1, 91–102
17. Holter J. C. (1979). Child abuse. *The Nursing clinics of North America*, 14(3), 417–427.
18. Veenema, T. G., Thornton, C. P., & Corley, A. (2015). The public health crisis of child sexual abuse in low and middle income countries: an integrative review of the literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 864–881. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.017>
19. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
20. Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and anxiety*, 30(10), 955–964. <https://doi.org/10.1002/da.22102>
21. Fulu, E., Miedema, S., Roselli, T., McCook, S., Chan, K. L., Haardörfer, R., Jewkes, R., & UN Multi-country Study on Men and Violence study team (2017). Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *The Lancet. Global health*, 5(5), e512–e522. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30103-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30103-1)
22. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
23. Jovanovic, T., Vance, L. A., Cross, D., Knight, A. K., Kilaru, V., Michopoulos, V., Klengel, T., & Smith, A. K. (2017). Exposure to Violence Accelerates Epigenetic Aging in Children. *Scientific reports*, 7(1), 8962. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09235-9>
24. Struck, S., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, A., Asmundson, G., & Afifi, T. O. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) research: A bibliometric analysis of publication trends over the first 20 years. *Child abuse & neglect*, 112, 104895. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104895>
25. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, MJ, Alink, LRA & van IJzendoorn, MH. (2012) The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 21(8):870-890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
26. Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
27. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, MJ, Alink, LRA & van IJzendoorn, MH. (2015) The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses, *Child Abuse Review*, 24, 37– 50, <https://doi.org/10.1002/car.2353>
28. Averdijk, M., Müller-johnson, K & Eisner, M. (2011) *Sexual victimization of children and adolescents in Switzerland*. Final report for the UBS Optimus Foundation. Zurich, Switzerland: UBS Optimus Foundation.
29. Ward, C. L., Artz, L., Leoschut, L., Kassarjee, R., & Burton, P. (2018). Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *The Lancet. Global health*, 6(4), e460–e468. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30060-3)

30. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
31. UNICEF. The state of the world's children 2019 - Statistical tables. (2019). <https://data.unicef.org/resources/dataset/sowc-2019-statistical-tables/>
32. WHO. (2018). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2016*. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000-2016.pdf
33. ILO. (2017) *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_605078/lang--en/index.htm
34. Cerna-Turoff, I., Fang, Z., Meierkord, A., Wu, Z., Yanguela, J., Bangirana, C. A., & Meinck, F. (2021). Factors Associated With Violence Against Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Regression of Nationally Representative Data. *Trauma, violence & abuse*, 22(2), 219–232. <https://doi.org/10.1177/1524838020985532>
35. UNICEF. (1989) *Convention on the Rights of the Child*. 25, 1–23.
36. Comité Português para a UNICEF. (2019) *Convenção Sobre Os Direitos Da Criança*. UNICEF
37. United Nations. (2015) *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. 1–35
38. WHO. *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. (2016). <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
39. Convenção do Conselho da Europa. (2014) *Convenção do Conselho da Europa Para a Protecção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais*. http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/107789/convencao_lanzarote.pdf/354cb31c-c3e1-42ec-9e8e-455673485c2a
40. COSAI. (2012) *Policy briefing: Comparing Sexual Assault Interventions across Europe*. https://www.cosai.eu/fileadmin/user_upload/Pdf/COSAI_Policy_brief_FINAL.pdf
41. *Decreto-Lei n.º 48/95*. (Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15, 1995).
42. *Decreto-Lei n.º 159/2015*. (Diário da República n.º 154/2015, Série I de 2015-08-10, 2015).
43. DGS. (2021) Programas de Saúde Prioritários. <<https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
44. DGS. (2011) *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*.
45. Guerra, P. in *Violência Doméstica. Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno - Man. Pluridiscip.* (eds. Guerra, P. & Lopes, E.) 390–409 (Centros de Estudos Judiciários, 2016).
46. Moreira, RM. (2018) Há cinco crianças por dia vítimas de crimes sexuais. *Journal Notícias* <https://www.jn.pt/justica/ha-cinco-criancas-por-dia-vitimas-de-crimes-sexuais-9833186.html>
47. APAV. (2019) *Relatório Anual de Estatísticas da APAV - 2018*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anuar_2018.pdf
48. WHO. (2014) *Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014*
49. Magalhães, T, Ribeiro, CS, Jardim, P & Vieira, DN. (2011) Forensic procedures for interview physical exam and evidence collection in children and young people victims of physical and/or sexual abuse. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 339-348. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1613>
50. *Agressões sexuais: intervenção pericial integrada*. (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Abusada e Negligenciada, 2013).
51. Jordan, K. S., Steelman, S. H., Leary, M., Varela-Gonzalez, L., Lassiter, S. L., Montminy, L., & Bellow, E. F. (2019). Pediatric Sexual Abuse: An Interprofessional Approach to Optimizing Emergency Care. *Journal of forensic nursing*, 15(1), 18–25. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000232>
52. Magalhães, T. (2010) *Abuso de Crianças e Jovens - da suspeita ao diagnóstico*. LIDEL.
53. Loinaz, I., Bigas, N., & de Sousa, A.M. (2019). Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*, 31(3), 271–276. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
54. Harding, L., Davison-Fischer, J., Bekaert, S., & Appleton, J. V. (2019). The role of the school nurse in protecting children and young people from maltreatment: An integrative review of the literature. *International journal of nursing studies*, 92, 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.017>
55. Gregório, J., Ferreira, R., & Fernandes, A. S. (2021). The Perception of Primary School Teachers Regarding the Pharmacotherapy of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *International journal of environmental research and public health*, 18(12), 6233. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126233>.
56. Chandramani, A., Dussault, N., Parameswaran, R., Rodriguez, J., Novack, J., Ahn, J., Oyola, S., & Carter, K. (2020). A Needs Assessment and Educational Intervention Addressing the Care of Sexual Assault Patients in the Emergency Department. *Journal of forensic nursing*, 16(2), 73–82. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000290>
57. Lynch, Virginia A.; Duval, JB. *Forensic Nursing Science*. (2006).
58. Ceccucci J. (2018). Evaluating Nurse Practitioners Perceived Knowledge, Competence, and Comfort Level in Caring for the Sexually Abused Child. Ceccucci J. (2018). Evaluating Nurse Practitioners Perceived Knowledge, Competence, and Comfort Level in Caring for the Sexually Abused Child. *Journal of forensic nursing*, 14(1), 42–49. <https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000018>
59. Vasconcelos, A, Cardoso, BM, Barros, M & Almeida, H. (2011) Abordagem da criança vítima de maus tratos na Urgência Pediátrica - 5 anos de experiência do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. *Acta Pediátrica Portuguesa* 42(1), 8–11.
60. Coelho, N. (2017). *Procedimentos Das Equipas De Emergência Médica Pré-Hospitalar Na Investigação Criminal Do Homicídio*. (Master's Dissertation) UC - Dissertações de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10316/81408>
61. Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento nº 728/2021 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense*. (2021).
62. Santos, C. (2013). *Contributos para a implementação da enfermagem forense em Portugal*. (Master's thesis). FMUC Medicina - Teses de Mestrado <http://hdl.handle.net/10316/26042>