



**Faculdade de Medicina
Doutoramento em Biociências e Saúde Pública**

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MANEJO DA VIOLÊNCIA
PELO PARCEIRO ÍNTIMO (VPI) EM UNIDADES
SANITÁRIAS SELECIONADAS DO SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE**

Joaquim Sebastião Matavel, MPH



Ilustração: Naguib

MAPUTO, Fevereiro de 2024



**Faculdade de Medicina
Doutoramento em Biociências e Saúde Pública**

Tese de Doutoramento (PhD)

*Digital Comprehensive Summaries of
Eduardo Mondlane University
from the
Faculty of Medicine No.002*

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MANEJO DA VIOLÊNCIA
PELO PARCEIRO ÍNTIMO (VPI) EM UNIDADES
SANITÁRIAS SELECIONADAS DO SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE**

NOME: JOAQUIM SEBASTIÃO MATAVEL, MPH

MAPUTO, Fevereiro de 2024

Por

Joaquim Sebastião Matavel, MPH

Supervisor Principal:

Prof. Doutora Khátia Munguambe, BSc, MSc, PhD

Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane (UEM)

Co-supervisores:

Prof. Doutor James G. Linn, MD, PhD

Optimal Solutions in Healthcare and International Development &
Meharry Medical College, USA

Prof. Doutor Osvaldo Loquiha, PhD

Faculdade de Ciências, Universidade Eduardo Mondlane (UEM)

Este estudo foi financiado pela Embaixada da Suécia - "Programa de Pesquisa Bilateral entre a Universidade Eduardo Mondlane e a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA), que concedeu uma bolsa para o estudante - pesquisador do Programa de Doutorado em Biociências e Saúde.

Declaro que esta tese nunca foi apresentada para obter qualquer grau ou em qualquer outro campo e é resultado do meu trabalho individual. Esta tese é apresentada em conformidade com os requisitos da Universidade Eduardo Mondlane para o grau de Doutor (PhD).

Assinatura : (Candidato)

Data: ___/___/2023

DEDICATÓRIA

À minha família,

Em especial ao meu Pai – Sebastião Matavel, fonte de inspiração e motor desta busca incessante de conhecimentos.

Pai, sei que estás sempre comigo!

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível graças a colaboração e apoio de muita gente, entre instituições, personalidades, familiares e colegas, a quem expresso a minha gratidão e reconhecimento.

Agradecimento especial a todos profissionais de saúde e ainda todos pacientes que aceitaram embarcar nesta aventura e participaram neste estudo em geral.

Agradecimento ao Programa de Pesquisa Bilateral entre a Universidade Eduardo Mondlane e a Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional (SIDA), pela bolsa para o programa de Doutoramento que culmina com esta tese.

Aos Professores Doutores Baltazar Chilundo e Eugénio Zacarias (em memória) pelo acolhimento e direcção no início do Programa de Doutoramento.

À Professora Doutora Khátia Munguambe, pela sua direcção, tutoria, disponibilidade contínua e todo ensinamento, críticas construtivas e reflexões profundas para garantir a precisão e qualidade do meu trabalho.

Aos Professores Doutores Osvaldo Loquiha e James G. Linn pela sua tutoria, inestimável apoio e contributo para este estudo.

À Professora Doutora Esperança Sevene, coordenadora do Doutoramento em Biociências e Saúde Pública da Faculdade de Medicina, pela paciência, aconselhamento e direcção ao longo do Programa.

Aos colegas do programa CHAMPS no Centro de Investigação em Saúde da Manhica, pelo acolhimento e apoio durante o período do estágio de Especialidade.

Agradecimentos especiais aos meus “co-cobaias”, companheiros na primeira coorte (C1) do Programa de Doutoramento em Biociências e Saúde Pública da Faculdade de Medicina: Ana Paula Abílio, Lúcia Chambal e Leonardo Cherene, pelo companheirismo e suporte mútuo durante todo período do programa de Doutoramento.

Um agradecimento particular à Direcção e corpo docente da Faculdade de Medicina da UEM, especialmente aos Professores Doutores Jahit Sarcarlal, Moshin Sidat, Ana Olga Mocumbi, Humberto Muquingue, e ainda ao corpo administrativo em particular a Ana Sofia, pelo apoio durante todo período do programa de Doutoramento.

Agradecimento especial aos meus pais Sebastião Matavel e Feliciano Mahlahla, por me terem trazido ao mundo.

Aos meus irmãos Maria Olga, Antonieta, Sebastião, Gil, Alexandre, Nilza e Hortência;

À Miranda Pedro, minha esposa, pelo suporte e paciência em todos os momentos deste Doutoramento.

Aos meus filhos Kelvin, Kleia, Kinyo e Kraliane.

Aos meus amigos.

Ao Naguib pela cedência da imagem de sua obra para capa desta tese.

RESUMO EM INGLÊS

Intimate Partner Violence (IPV) is a sub-type of interpersonal violence, characterized by behaviors within an intimate relationship that cause physical, sexual, or psychological harm, including acts of physical aggression, coercion, psychological abuse and behavior control. Despite being considered a public health problem, in Mozambique the management of IPV including its screening and diagnosis in the National Health Service (NHS) is deficient. This thesis brings together the results of the evaluation of the intimate partner violence (IPV) management process in selected health facilities in the provinces of Maputo and Gaza - Mozambique, and of the adaptation and validation of IPV screening tool. It consists of three (3) interconnected studies.

Study I (Paper I) aimed to determine the frequency of different types of IPV among the cases reported in the selected health facilities and to identify associated sociodemographic factors, using a retrospective approach. It was concluded that sexual IPV is the most prevalent, followed by physical and psychological IPV, especially among adolescents and young people in urban areas. Factors such as gender, age and area of origin are associated with the occurrence of IPV.

Study II (Paper II and III) described and characterized the management and diagnosis of IPV in the National Health Service in Mozambique. The qualitative approach showed that the clinical management of IPV is problematic due to the lack of protocols and guidelines for care, poor technical training of health professionals, absence of screening instruments and difficulties related to the hospital environment.

Study III aimed to adapt and validate the WAST - Women Abuse Screening Tool as an instrument for screening IPV. It was divided into two sub-studies. The sub-study I (Paper IV) sought to adapt the WAST to the Mozambican context, resulting in a version with good internal consistency and that does not present differences between men and women. The sub-study II (Paper V) validated the short version of the WAST for use in the NHS of Mozambique, demonstrating that the tool is more reliable than the standard clinical interview and can be applied efficiently in primary health care units.

In general, the thesis addressed the issue of Intimate Partner Violence (IPV) in Mozambique, identifying challenges in the management and diagnosis of this type of violence and also resulted in the proposal of a validated tool for screening IPV in the country's health system. The results of this thesis will contribute to improve the approach and management of IPV in the clinical context in the country and, consequently, ensure the timely detection of cases of IPV, ensuring the assistance and promotion of the victim's well-being of victims, as well as awareness of the problem.

Keywords: *Violence, IPV, Screening, Diagnosis, Partners, Intimate Partners, WAST, WAST-S*

RESUMO EM PORTUGUÊS

A Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI) é um sub-tipo da violência interpessoal, caracterizado por comportamentos dentro de um relacionamento íntimo que causem problemas físicos, sexuais, ou danos psicológicos, incluindo actos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controlo de comportamentos, sendo considerada um problema de saúde pública. Entretanto, em Moçambique o manejo de VPI incluindo o seu rastreio e diagnóstico no serviço nacional de saúde (SNS) é deficitário. Esta tese tem como objectivo apresentar os resultados da avaliação do processo de manejo da VPI em unidades sanitárias seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza - Moçambique, e da adaptação e validação de uma ferramenta de rastreio da VPI. A mesma é constituída por três (3) estudos (I, II, III) interligados.

O estudo I (Manuscrito I) tinha como objectivo determinar a frequência dos diferentes tipos de VPI entre os casos relatados nas unidades de saúde seleccionadas e identificar os factores sócio-demográficos associados, usando uma abordagem retrospectiva. Concluiu-se que a VPI de tipo sexual é a mais predominante, seguida pela VPI de tipo física e psicológica, principalmente entre adolescentes e jovens de zonas urbanas. Factores como sexo, idade e zona de proveniência estão associados à ocorrência de VPI.

O estudo II (Manuscritos II e III) identificou as barreiras enfrentadas pelos profissionais para o rastreio de VPI, descreveu e caracterizou o manejo e diagnóstico da VPI no serviço nacional de saúde em Moçambique. Deste estudo concluiu-se que o manejo clínico da VPI é deficitário devido à falta de protocolos e directrizes de atendimento, pouca formação técnica dos profissionais de saúde, ausência de instrumentos de rastreio e dificuldades relacionadas ao ambiente hospitalar.

O estudo III teve como objectivo adaptar e validar o WAST - Women Abuse Screening Tool como instrumento para rastreio de VPI. Foi dividido em dois sub-estudos. O sub-estudo I (Manuscrito IV) buscou adaptar o WAST para o contexto moçambicano, resultando em uma versão com boa consistência interna e que não apresenta diferenças entre homens e mulheres. O sub-estudo II (Manuscrito V) validou a versão curta do WAST para uso no SNS de Moçambique, demonstrando que a ferramenta é mais confiável que a entrevista clínica padrão e pode ser aplicada eficientemente em unidades de cuidados primários de saúde. Em geral, a tese abordou a problemática da VPI em Moçambique, identificando desafios no seu manejo e diagnóstico e ainda resultou na proposta de uma ferramenta validada para o rastreio da VPI no serviço nacional de saúde do país. Os resultados desta tese irão contribuir para melhorar a abordagem e o manejo da VPI em contexto clínico no país e, conseqüentemente, permitir a detecção atempada de casos de VPI, garantido a assistência e promoção do bem-estar das vítimas, assim como a conscientização sobre o problema.

Palavras-Chave: *Violência, VPI, Rastreio, Diagnóstico, Parceiros, Parceiros Íntimos, WAST, WAST-S*

ÍNDICE

CAPÍTULO 1.	17
CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1. Introdução.....	17
2. Revisão da Literatura.....	21
2.1. Conceito de Violência	21
2.2. Tipologia da Violência	22
2.3. Determinantes Sociais de Saúde e Factores de Risco para a Violência.....	25
2.4. Violência pelo Parceiro Íntimo	26
2.4.1. Consequências da VPI	29
2.5. Serviços de Saúde em Resposta à VPI	31
2.6. Rastreo da VPI	35
2.6.1. Instrumentos de rastreio e diagnóstico da VPI	37
2.7. O Modelo Conceitual.....	42
CAPÍTULO 2.	46
JUSTIFICATIVA E OBJECTIVOS	46
1. Motivação	46
2. Justificativa e problema	47
3. Contribuição	49
4. Objectivos	50
4.1 Objectivos Gerais	50
4.2. Objectivos Específicos.....	50
CAPÍTULO 3.	51
MATERIAL E MÉTODOS	51
1. Desenho de estudo	51
2. Descrição dos Estudos.....	54
2.1. Estudo I - Frequência dos diferentes tipos de VPI em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo retrospectivo	55
2.2. Estudo II - Manejo de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo qualitativo.....	57

2.3. Estudo III – Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo quasi-experimental cruzado.....	61
3. Locais de estudo	69
4. Limitações do estudo.....	71
5. Considerações éticas	73
5.1. Potenciais riscos e como foram minimizados	74
5.2. Consentimento Livre e Informado	74
5.3. Confidencialidade	74
5.4. Potenciais benefícios	75
CAPÍTULO 4.	76
RESULTADOS	76
1. ESTUDO I.....	76
1.1. Manuscrito 1 - Frequência dos diferentes tipos de violência pelo parceiro íntimo em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: Um estudo retrospectivo.....	76
2. ESTUDO II.....	82
2.1. Manuscrito 2 – Barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para o rastreio de violência pelo parceiro íntimo (VPI) na África Sub-sahariana: Uma revisão da literatura	82
2.2. Manuscrito 3 - Manejo, rastreio e diagnóstico da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI), no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique: Um estudo qualitativo	83
3. ESTUDO III	95
3.1. Manuscrito 4 – Adaptação transcultural de uma ferramenta de rastreio da violência pelo parceiro íntimo (WAST) para o contexto moçambicano.....	95
3.1.1. Avaliação da equivalência semântica	96
3.1.2. Avaliação da equivalência conceitual e de itens.....	98
3.1.3. Pré-teste	99
3.1.4. Testagem	101
3.2. Manuscrito 5 – Validação do WAST-S em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique. Um estudo quasi-experimental cruzado	106
3.2.2. Concordância escalas do WAST-Curto e a Entrevista Clínica Adaptada.....	109
3.2.3. Efeito da abordagem na taxa de classificação incorrecta.....	111
CAPÍTULO 5.	113
DISCUSSÃO	113

1. Frequência dos diferentes tipos de Violência pelo Parceiro Íntimo (física, psicológica e sexual), no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique	115
2. Manejo da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI), incluindo o seu diagnóstico, no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique.....	119
3. Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio de VPI no SNS de Moçambique.....	123
CAPÍTULO 6.	127
1. CONCLUSÃO	127
2. RECOMENDAÇÕES	129
CAPÍTULO 7.	131
REFERÊNCIAS.....	131
Anexos.....	149
Anexo 1 - Manuscrito I (Publicado)	149
Anexo 2 - Manuscrito II.....	156
Anexo 3 - Manuscrito III	160
Anexo 4 - Manuscrito IV	172
Anexo 5 - Manuscrito V	191
Anexo 6 - Guião de Entrevista.....	200
Anexo 7 - Consentimento Livre e Informado	201
Anexo 8 – Entrevista Clínica Adaptada.....	202
Anexo 9 - Aprovação Conselho Científico	203
Anexo 10 - Aprovação Ética	204
Anexo 11 - Autorização WAST	205
Anexo 12 - Folha de Informação ao Participante	206
Anexo 13 - Autorização - Cidade de Maputo	208
Anexo 14 - Autorização – Província de Maputo.....	209
Anexo 15 – Autorização – Província de Gaza	210
Anexo 16 – WAST – Woman Abuse Screening Tool	211

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1	Tipologia da violência..... 24
Figura 2	Consequências da VPI..... 30
Figura 3	Modelo ecológico para o entendimento da violência..... 43
Figura 4	Procedimentos de selecção de artigos..... 57
Figura 5	Mapa da Província de Gaza..... 69
Figura 6	Mapa da Província de Maputo..... 71
Figura 7	Ciclo de Atendimento à vítima de violência..... 84
Figura 8	Algoritmo de rastreio de violência baseada no género..... 86
Figura 9	Ficha de notificação de casos de violência..... 87
Figura 10	Fluxograma de atendimento à vítima de violência..... 88
Figura 11	Processo de adaptação, testagem e validação do WAST..... 95
Figura 12	Instrumento de Rastreio da Violência pelo Parceiro Íntimo (WAST-M)..... 100
Figura 13	Gráfico de Média \pm 2 erro padrão para as 8 questões do questionário WAST-M..... 102
Figura 14	Gráfico de correlação para as 8 questões do questionário WAST-M..... 102
Figura 15	Gráfico Biplot de uma análise dos componentes principais nas 8 perguntas do questionário WAST-M..... 103
Figura 16	Gráfico de Correlações canônicas para a função discriminante do WAST-M categorizado..... 106
Figura 17	Intervenção de validação do WAST..... 107

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1	Alguns instrumentos de rastreio da VPI..... 39
Tabela 2	Domínio Teórico vs Objectivos e Construtos/Variáveis do Estudo..... 53
Tabela 3	Resumo dos sub-estudos..... 54
Tabela 4	Características sócio-demográficas (Estudo I)..... 77
Tabela 5	Frequência dos diferentes tipos de violência..... 78
Tabela 6	Avaliação das diferenças entre registos de VPI nas US..... 78
Tabela 7	Associação entre o tipo de violência e as características sócio-demográficas..... 80
Tabela 8	OR de Modelo não ajustado..... 81
Tabela 9	OR de Modelo ajustado..... 81
Tabela 10	Características sócio-demográficas (Estudo II)..... 89
Tabela 11	Avaliação da equivalência semântica do instrumento WAST na versão original em inglês e duas versões em Português.... 97
Tabela 12	Características sócio-demográficas (Estudo III -Testagem WAST)..... 101
Tabela 13	Análise de confiabilidade: consistência interna e ICC..... 104
Tabela 14	Análise discriminante: Teste Lambda de Wilks de igualdade de médias..... 105
Tabela 15	Características sócio-demográficos (Estudo III - Validação WAST-S)..... 108
Tabela 16	Medidas de concordância para a abordagem AB..... 109
Tabela 17	Medidas de concordância para a Abordagem BA..... 110
Tabela 18	Medidas de concordância geral..... 111
Tabela 19	Estimativas de odds ratio ajustadas para classificação incorrecta de VPI..... 112

LISTA DE MANUSCRITOS

Nº	Manuscrito	Status	Factor de impacto
I.	Matavel, J., Bila, G., Munguambe, K., Wilson, D. R., Linn, J. G., & Loquiha, O. (2023). Frequency of different types of Intimate Partner Violence in selected health units of the National Health Service of Mozambique: A retrospective study. <i>Journal of Public Health and Epidemiology</i> , 15(4), 247-253 https://doi.org/10.5897/JPHE2023.1459	Publicado	Sem FI
II.	Matavel, J.S. (2020). Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. 4. https://doi.org/10.15413/mms.2020.0109	Publicado	1.843
III.	Matavel, J., Linn, J. G., & Loquiha, O., Munguambe, K. (2023).. Intimate Partner Violence management in health facilities of the National Health Service in Mozambique: A qualitative study	Submetido; Em Revisão	
IV.	Matavel, J., Munguambe, K., Wilson, D. R., Linn, J. G., & Loquiha, O. (2023). Cross-cultural adaptation of an intimate partner violence screening tool (WAST) for the Mozambican context; implications for more effective HIV prevention and treatment counseling. <i>Scientific African</i> , 20, e01664. https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2023.e01664	Publicado	3.33
V.	Matavel, J., Munguambe, K., Loquiha, O. (2023). Validation of Woman Abuse Screening Tool (WAST-S) in Mozambican National Health Service (significance for HIV prevention and ART treatment Adherence): A quasi-experimental crossover study. <i>Journal of AIDS and HIV Research</i> , 15(2), 48-56. https://doi.org/10.5897/JAHR2023.0561	Publicado	1.5

LISTA DE ABREVIATURAS

CAI	Centro de Atendimento Integrado
CAIV	Centro de Atendimento Integrado à Violência
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CIBS	Comité Inter-institucional de Bioética para Saúde
DHS	Demographic Health Survey
DVIS	Domestic Violence Initiative Screening
EUA	Estados Unidos de América
FM	Faculdade de Medicina
GAIIV	Gabinete de Atendimento Integrado à Vítima de Violência
HCM	Hospital Central de Maputo
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCg	Pergunta Cognitiva
SISMA	Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género
VPI	Violência pelo Parceiro Íntimo
WAST	Woman Abuse Screening Tool
WAST - S	Woman Abuse Screening Tool - Short Form

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Violência pelo Parceiro Íntimo	Violência física ou sexual, comportamento de perseguição e/ou agressão psicológica por parte de um(a) parceiro(a) íntimo(a)
Parceiro Íntimo	Pessoa com quem um indivíduo mantém uma relação pessoal próxima, que pode incluir muitos dos seguintes elementos (nem todos são obrigatórios): conexão emocional, contacto regular, incluindo contacto físico, identidade do casal, conhecimento da vida um do outro
Violência Física	Uso intencional da força com potencial para causar morte, invalidez, ferimentos
Violência Sexual	Realização ou tentativa de acto sexual em que a vítima não forneceu consentimento ou é incapaz de consentir ou recusar
Agressão Psicológica	Uso de comunicação, tanto verbal quanto não-verbal, para fins mentais ou prejudicar emocionalmente outra pessoa ou exercer controlo sobre outra pessoa
Perseguição	Atenção e/ou contacto repetido e indesejado que causa medo a segurança própria ou de outra pessoa
Consentimento	Palavras ou acções evidentes de uma pessoa que seja legal ou funcionalmente competente para dar aprovação informada, indicando um acordo dado livremente para ter relações sexuais ou contacto sexual
Vítima	Pessoa que é alvo de VPI
Perpetrador	Pessoa que inflige a VPI
Episódio Violento	Um único acto ou uma série de actos de violência que são percebidos como estando conectados entre si e que podem persistir durante um período de minutos, horas ou dias. Pode envolver um ou vários tipos de violência

CAPÍTULO 1.

CONTEXTUALIZAÇÃO

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como sendo o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, danos físicos e psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (Krug et al., 2002; World Health Organization, 2013).

A Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI) é um subtipo da violência interpessoal onde ameaças ou actos físicos, sexuais, emocionais e psicológicos são perpetrados pelo(a) actual ou ex-parceiro(a) íntimo(a), tendo sido declarada como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos (Harvey et al., 2007; Kebede et al., 2022; United Nations, 2015).

A VPI é a forma mais prevalente de violência contra a mulher (Kebede et al., 2022; Krug et al., 2002). A OMS estima que globalmente 30% de mulheres entre 15 e 49 anos de idade sofrem de violência física e/ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo, e na África Subsaariana as estatísticas apontam para 27% (Aboagye et al., 2022; World Health Organization, 2013a). A África Subsaariana é a região mais afectada a nível mundial, com estimativas apontando para uma prevalência de VPI ao longo da vida de 19% a 66% entre mulheres jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (Stöckl et al., 2014).

Embora qualquer indivíduo envolvido ou previamente envolvido em relacionamento íntimo esteja em risco de VPI, independentemente do género, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer VPI, bem como dos resultados adversos associados, entre os quais problemas de saúde do fórum reprodutivo,

cardiovascular, neurológico e mental, incluindo o suicídio e danos sociais adicionais (Miller et al., 2021). Além disso, a VPI que se manifesta na forma de abuso sexual tende a resultar em gravidezes indesejadas, abortos inseguros e facilita a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (Bolarinwa et al., 2023).

Ao se considerar a violência como um problema de saúde pública (Kebede et al., 2022; World Health Organization, 2013), o seu rastreio, diagnóstico com ferramentas específicas, bem como o atendimento com protocolos e normas padronizadas são elementos essenciais nos cuidados de saúde primários.

Mecanismos eficazes de rastreio para VPI podem contribuir significativamente para identificação de indivíduos vítimas de VPI, permitindo que os mesmos sejam submetidos a intervenções assistenciais para melhorar a sua saúde, pelo que, por exemplo nos Estados Unidos de América, o rastreio de rotina para VPI é recomendado e apoiado por associações de profissionais, como a Força-tarefa de Serviços Preventivos dos EUA, incluindo o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, a Associação Médica Americana, a Associação Americana de Médicos de Família, a Academia Americana de Pediatria e a Associação Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (US Preventive Services Task Force et al., 2018).

Em Moçambique a abordagem à violência enfatiza a VBG, sendo considerada dentro do Plano Nacional de Acção para resposta à violência baseada no género no sector de saúde (2019 - 2022), no âmbito do fortalecimento da capacidade do sistema de saúde na oferta de serviços de atendimento humanizado e de qualidade às vítimas (MISAU, 2019).

No entanto, o processo de manejo da VPI é deficitário, devido sobretudo à inexistência de estratégias claras para intervenção neste sub-tipo de violência, e ainda de directrizes ou protocolos de atendimento a nível das unidades

sanitárias, incluindo para a identificação precoce das vítimas. Por outro lado, o facto de este tipo de violência envolver parceiros íntimos, o que implica cumplicidade entre os mesmos, cria barreiras à sua revelação espontânea. A VPI é muitas vezes tratada como um assunto de família que deve ser resolvido entre os casais, existindo assim uma cultura de silêncio sobre a violência em África, especialmente aquela que ocorre dentro do casamento (Okedare & Fawole, 2023). Este posicionamento é devido, em parte, ao afecto residual da vítima em relação ao/à perpetrador/a e ainda à falta de preparação dos profissionais para a assistência. A violência entre parceiros íntimos (VPI) é considerada um tema complexo e muitos médicos evitam abordá-lo (Manuel et al., 2021).

Em Moçambique alguns médicos sentem-se sobrecarregados com as informações fornecidas pelas sobreviventes de VPI, especialmente quando não sabem como responder ou a quem encaminhá-las (Manuel et al., 2019), o que torna ainda mais problemático o processo de intervenção e assistência às vítimas de VPI.

Esta tese resulta da culminação de três estudos com o objectivo de avaliar o processo de manejo de casos de violência pelo parceiro íntimo (VPI) em unidades sanitárias seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza - Moçambique, e ainda adaptar e validar uma ferramenta de rastreio da VPI com potencial uso pelo Serviço Nacional de Saúde de Moçambique.

Os três estudos estão interligados com enfoque específico para os seguintes temas:

- **Estudo I** - Frequência dos diferentes tipos de VPI em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo descritivo retrospectivo;

- **Estudo II** – Manejo de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo qualitativo;
- **Estudo III** - Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo quasi-experimental cruzado.

2. Revisão da Literatura

2.1. Conceito de Violência

Violência consiste em acções humanas de indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afectam sua integridade física, moral, mental ou espiritual (Minayo & Souza, 1997).

Para a OMS, violência consiste no uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, danos físicos e psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (Krug et al., 2002; World Health Organization, 2013b). A definição de violência proposta pela OMS associa a intencionalidade ao cometimento do acto em si, independentemente do resultado que produz, excluindo da definição os incidentes não intencionais – como as lesões causadas pelo trânsito e queimaduras (Krug et al., 2002).

Para Walters & Parke (1964), a violência é culturalmente determinada, sendo que algumas pessoas prejudicam outras mas, com base nos seus antecedentes culturais e crenças, não percebem os seus actos como violentos. Alguns comportamentos - tais como agredir fisicamente o cônjuge - podem ser considerados como práticas culturais aceitáveis em alguns contextos, mas são considerados em outros contextos como actos violentos com importantes implicações para a saúde do indivíduo (Krug et al., 2002). Outros aspectos da violência, embora não explicitamente declarados, sejam eles públicos ou privados, quer sejam reactivos (em resposta a eventos anteriores, tais como provocação) ou proactivos (instrumental – exibição relativamente não emocional de poder direccionado a algum objectivo externo como por exemplo comida) estão também incluídos na definição da OMS (Dodge & Coie, 1987).

Minayo & Souza (1997) referem existir dificuldades para se alcançar definições consensuais de violência, sobretudo devido ao reconhecimento da

complexidade, polissemia e controvérsia do objecto, o que resulta em muitas teorias, todas parciais, tendo em conta que se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades e interpretação de sua pluricausalidade necessitam de ser conhecidas.

Do conjunto dessas teorias, os consensos alcançados em relação à definição de violência variam entre os que sustentam que a violência resulta de necessidades biológicas, psicológicas ou sociais, fundamentando-se na sociobiologia ou na etologia, e outros que explicam a violência como fenómeno de causalidade social, provocada quer pela dissolução da ordem, quer pela “vingança” dos oprimidos, quer ainda pela fraqueza do Estado (Minayo & Souza, 1997).

A exposição a maus-tratos e violência na infância aumentam significativamente o risco de perpetração e vitimização numa variedade de contextos. Indivíduos que sofreram violência na sua infância ou juventude têm maior probabilidade de exibir ou vivenciar violência quando adultos, e este ciclo continua dentro de suas próprias famílias ou comunidades (Dickson et al., 2023).

Estes aspectos são importantes na compreensão das causas da violência e na concepção e implementação de políticas e acções de prevenção e mitigação. Entretanto, para que os programas de prevenção e intervenção sejam eficazes deve-se tomar em consideração o facto de que maior parte das vítimas e perpetradores de uma forma de violência, foram vítimas ou perpetradores em outros contextos (Grych & Swan, 2012).

2.2. Tipologia da Violência

A OMS ao declarar a violência como um problema de saúde pública adoptou em Assembleia Geral uma das tipologias de violência que a sub-divide em três categorias (Krug et al., 2002), tendo em conta as características e inter-

relações entre o(s) sujeito(s) que comete(m) o acto violento e a(s) vítima(s), nomeadamente:

- Violência auto-infligida;
- Violência interpessoal;
- Violência colectiva.

As três categorias propostas diferenciam entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos, e a violência infligida por grupos maiores, como Estados, organizações políticas organizadas, grupos de milícias e organizações terroristas. Estas categorias também se subdividem para reflectir tipos mais específicos de violência (figura 1).

- **Violência auto-infligida**, refere-se à violência que uma pessoa inflige a si própria e está subdividida em (1) comportamentos suicidas (que contemplam o suicídio, a ideação e tentativas de suicídio), e (2) os auto-abusos (que se referem às agressões a si próprio e as automutilações);
- **Violência interpessoal**, aquela infligida por outro indivíduo, subdivide-se em (1) violência comunitária (da qual fazem parte a violência juvenil, os actos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos), e a (2) violência familiar (que inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os idosos).
- **Violência colectiva**, contempla os actos violentos que decorrem nas esferas macrossociais, políticas e económicas e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Neste tipo estão inclusos os crimes cometidos por grupos organizados, os actos terroristas, os crimes

praticados por multidões, os genocídios e as guerras. Pode ser (1) violência política que inclui guerra e conflitos violentos relacionados, violência estatal e actos semelhantes realizadas por grupos maiores e (2) violência económica que inclui ataques de grupos maiores motivados por ganho económico – como ataques realizados com o propósito de interromper a actividade económica, negando o acesso a serviços essenciais, ou criando divisão e fragmentação.

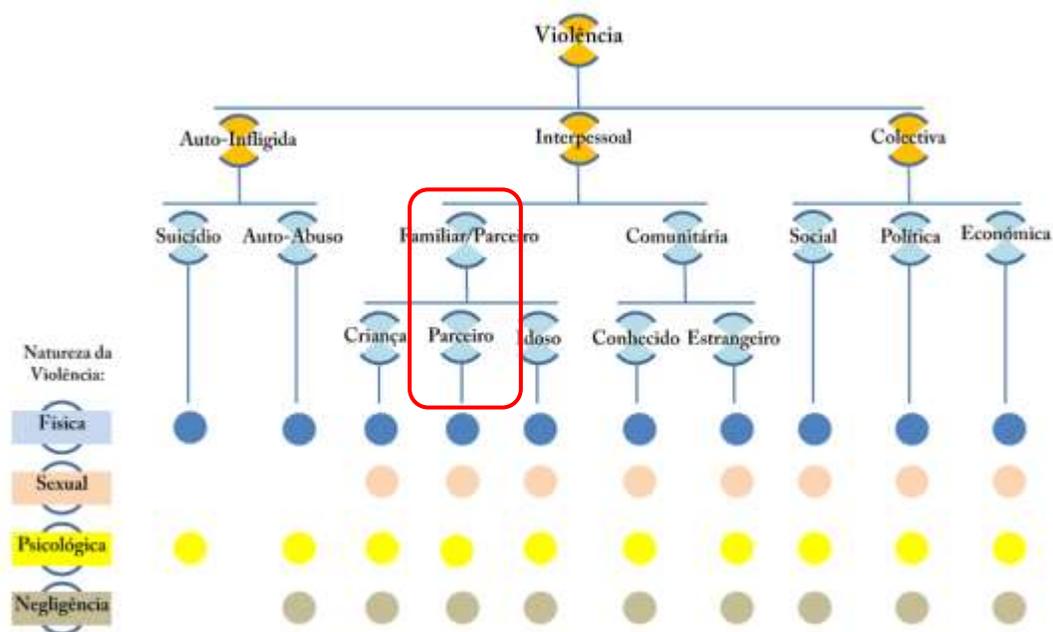


Figura 1 - Tipologia da Violência (adaptado de Krug et al., 2002)

A tipologia apresentada na figura 1 considera também a tipificação da violência quanto a natureza dos actos violentos, nomeadamente:

- Violência Física;
- Violência Sexual;
- Violência Psicológica, envolvendo privação ou negligência.

Esses quatro tipos de actos violentos ocorrem em cada uma das subcategorias descritas anteriormente, com excepção da violência auto-infligida.

A tipologia proposta pela OMS apresenta-nos a natureza dos actos violentos, a relação entre o perpetrador e a vítima, incluindo o ambiente e as motivações em que a violência ocorre. Com efeito, embora com as suas limitações e longe de ser universalmente aceite, a tipologia da OMS fornece uma estrutura útil para entender os padrões complexos de violência que ocorre em todo o mundo, bem como violência na vida quotidiana dos indivíduos, família e comunidades, superando as limitações de outras tipologias (Krug et al., 2002).

Com base nesta tipologia, a VPI enquadra-se na violência interpessoal, e pode adoptar todas as formas de violência: física, sexual, psicológica e por negligência, o que a torna um conceito complexo de definir, detectar e endereçar.

2.3. Determinantes Sociais de Saúde e Factores de Risco para Violência

Determinantes sociais de saúde referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária, que incluem políticas e sistemas económicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos (Andermann, 2016).

A saúde e o bem-estar de indivíduos e populações são influenciados por uma multiplicidade de factores dentro e fora do controlo do indivíduo, explicitados através do “modelo de Dahlgren e Whitehead” que conceitua os principais determinantes da saúde para toda a população, como aqueles que podem diferir dos determinantes mais significativos das desigualdades sociais em saúde observadas nessa mesma população (Dahlgren & Whitehead, 2021).

A violência está intensamente concentrada em populações de alto risco em locais específicos (Mikhail et al., 2018). Por sua vez, a VPI que afecta mais mulheres que homens com maior incidência em países de baixa e média renda

é um problema de saúde pública com efeitos desastrosos a médio e curto prazo.

As desigualdades sociais onde se incluem as condições económicas dos indivíduos, o acesso aos recursos, a baixa qualidade de educação, a falta de emprego e outras condições sociais colocam os indivíduos em situação de vulnerabilidade para a VPI, tanto como perpetradores ou como vítimas. A privação económica, um nível educacional mais baixo e a falta de apoio social podem aumentar a duração da VPI, bem como a probabilidade de sobreposição de tipos de abuso (Vives-Cases et al., 2011a).

2.4. Violência pelo Parceiro Íntimo

Um sub-tipo da violência interpessoal, refere-se a experiência de um ou mais actos de violência física e/ou sexual por um actual ou ex-companheiro desde os 15 anos de idade (World Health Organization, 2013a).

É um tipo de comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause problemas físicos, sexuais, ou danos psicológicos, incluindo actos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controlo de comportamentos (World Health Organization, 2010). Esta definição abrange a violência por ambos, os actuais e ex-cônjuges e parceiros (Kebede et al., 2022).

É violência física, violência sexual, perseguição e agressão psicológica (incluindo tácticas coercitivas) por um parceiro íntimo actual ou anterior, como cônjuge, namorado/namorada, noivo/noiva, parceiro ou parceiro sexual actual (Breiding et al., 2015; World Health Organization, 2013a), constituindo uma preocupação de direitos humanos e saúde pública global (Rahman et al., 2022). Qualquer pessoa pode sofrer VPI, independentemente da sua proveniência, estatuto sócioeconómico, filiação religiosa ou origem cultural, embora as mulheres sejam mais vítimas de VPI em comparação com os homens (Dickson et al., 2023). Embora a maioria das vítimas de VPI sejam

mulheres e a maioria dos perpetradores sejam homens, os homens podem sofrer de VPI em relações tanto homossexuais como heterossexuais (Li et al., 2023).

Os perpetradores de VPI exibem comportamentos de controlo, tais como restrição do movimento do parceiro e relações com a família e amigos (Cruz et al., 2014).

Parceiros Íntimos podem ou não estar a coabitar e podem ser do sexo oposto ou do mesmo sexo. Se a vítima e o perpetrador têm ou não um filho em comum e um relacionamento anterior, mas nenhum relacionamento actual, por definição eles se enquadram na categoria de ex-parceiro Íntimo (Breiding et al., 2015).

De uma forma geral, a VPI manifesta-se em 4 principais formas:

- Violência física: Uso intencional de força física com potencial para causar morte, incapacidade, lesão ou dano;
- Violência sexual que se divide em três categorias: (i) Uso de força física para obrigar uma pessoa a se envolver num acto sexual contra sua vontade, seja ou não o acto concluído; (ii) acto sexual tentado ou consumado envolvendo uma pessoa incapaz de entender a natureza ou condição do acto, de recusar a participação, ou de comunicar a falta de vontade de se envolver no acto sexual, por exemplo, por causa de doença, deficiência ou influência de álcool ou outras drogas, ou por causa de intimidação ou pressão; e (iii) contacto sexual abusivo.
- Ameaças de violência física ou sexual que se referem a: "Uso de palavras, gestos ou armas para comunicar a intenção de causar morte, incapacidade, lesão ou dano físico".

- Violência psicológica/emocional: “Envolve trauma para a vítima causado por actos, ameaças de actos ou táticas coercitivas. Pode incluir, mas não se limita a, humilhar a vítima, controlo pelo/a parceiro/a que é caracterizado pelo isolamento da vítima, incluindo o impedimento da vítima se relacionar com familiares e amigos, controlo e monitoramento dos seus movimentos, restrição do acesso a recursos financeiros, emprego, educação ou assistência médica (World Health Organization, 2013b). Este tipo de VPI pode ser considerada a forma mais prejudicial para os sobreviventes, pois desestabiliza a identidade e a autoimagem da vítima e pode resultar em *perspectivismo* - situação em que a vítima muda sua forma de agir e de pensar sendo influenciada e dominada pelo seu agressor (Renzetti et al., 2011).

A VPI é mais provável de ocorrer entre pares (Mikhail et al., 2018), sendo multicausal, significando a existência de vários determinantes que podem influenciar a ocorrência deste fenómeno, particularmente os aspectos culturais e desigualdades de género.

Nesse sentido, Lourenço & Costa (2020) referem que a desigualdade das relações de género podem ser a causa e a consequência de, por exemplo, as mulheres terem maior risco de serem violentadas em suas relações familiares, embora alertem que a posição de agressor não é ocupada somente por homens. As mulheres, em menor proporção, também assumem, algumas vezes, o papel de agressoras, dada a complexidade das interações entre os casais. Ainda segundo Lourenço & Costa (2020), embora se considere a existência de relações de dominação num relacionamento, esta não é absoluta, existindo violências recíprocas entre alguns parceiros.

Nos países africanos a vulnerabilidade das mulheres para sofrer VPI está ligada à sua relativa falta de recursos materiais, o que supostamente cria

dependência aos parceiros masculinos, bem como às normas comunitárias de dominação masculina e aceitação da violência, com ideologias culturais que colocam as mulheres em posições subordinadas (Sikweyiya et al., 2020).

Sociedades patriarcais também foram relatadas como as que promovem VPI contra mulheres. Um estudo realizado na Nigéria refere que a VPI é predominante naquele país, devido ao patriarcado dominante e às normas sociais que apoiam o controlo masculino na tomada de decisões, dos recursos familiares, da economia e da reprodução (Okedare & Fawole, 2023).

Com efeito, em muitas sociedades africanas figuras masculinas ocupam posições de destaque nas suas famílias e comunidades, sendo as mulheres socializadas para aceitar a antiguidade de seus parceiros masculinos e obrigadas a obedecer (Maguele et al., 2020).

Apesar de a VPI afectar ambos os sexos, contextualizando com a realidade sócio-cultural moçambicana, há que considerar a existência de factores típicos da África Subsaariana que agravam a vulnerabilidade das mulheres. Por exemplo, em Moçambique, a prevalência de práticas que decorrem do contexto sócio-cultural tradicional, como normas e valores culturais - os ritos de iniciação, os casamentos prematuros e formas de casamento tradicionalmente estabelecidas, o poder sócio-económico do homem para com a mulher, a pobreza, o desemprego, o analfabetismo, que colocam as mulheres numa posição de subordinação permanente (Zacarias et al., 2012; Jewkes et al., 2002; Osório & Macuácuá, 2013).

2.4.1. Consequências da VPI

A VPI tem consequências na saúde física, sexual e psicossocial dos sobreviventes (Tenkorang et al., 2021). As sequelas estão presentes durante os tempos de violência quanto depois do fim da violência, associando-se a uma

série de consequências negativas para a saúde a curto e longo prazo (Kyle, 2023), como representado na figura 2 abaixo.



Figura 2 - Consequências da VPI, adaptado de Yonga et al., (2022)

As consequências para a saúde física incluem lesões físicas; doenças agudas, incluindo doenças respiratórias, doenças do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis; condições físicas que afectam os sistemas cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo e músculo-esquelético e ainda distúrbios relacionados à menstruação, distúrbios de dor pélvica, doenças gastrointestinais funcionais, enxaqueca e dor de cabeça (Dichter et al., 2018; Rebbe et al., 2022; Yonga et al., 2022).

Mulheres vítimas de VPI encontram-se em maior risco de apresentar outros problemas de saúde, como infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, complicações obstétricas e doenças crónicas resultado do stress (Alhusen et al., 2015; Hill et al., 2016). A VPI está associada a muitos resultados negativos da gravidez, como baixo ganho de peso materno, crianças

com baixo peso à nascença, parto prematuro, natimorto e morte fetal, ruptura uterina, descolamento da placenta e hemorragia (El Kady et al., 2005; Rebbe et al., 2022; Yonga et al., 2022).

As consequências para a saúde mental e o uso de substâncias também são frequentemente relatadas entre pacientes que sofrem VPI, como depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de stress pós-traumático, suicídio e uso de drogas (Rebbe et al., 2022; World Health Organization, 2013a; Yonga et al., 2022). Quanto a associação da VPI com o uso de substâncias, as mulheres que actualmente sofrem violência apresentam seis vezes mais chances de ter um diagnóstico de transtorno por uso de substâncias psicoactivas (Bonomi, 2009). Essas condições de saúde persistem mesmo após o término da exposição à violência.

A depressão é duas vezes mais comum em mulheres que vivenciam VPI em comparação com mulheres que nunca vivenciaram VPI (Kyle, 2023). Um estudo transversal na Inglaterra constatou que entre as vítimas de VPI que haviam tentado suicídio no último ano, quase 50% sofreram VPI durante a vida. Pessoas com tentativa de suicídio no ano anterior ao estudo apresentaram duas vezes mais probabilidade de ter sofrido VPI (McManus et al., 2022). O risco dos efeitos negativos para a saúde mental piora com o aumento da gravidade da VPI (Ferrari et al., 2016).

Além da pessoa que sofre VPI, há também um custo social em termos da carga financeira da VPI. Serviços médicos e de saúde mental para pacientes com histórico de VPI nos EUA custavam em 2012 cerca de US\$ 10,4 biliões por ano (Liebschutz & Rothman, 2012).

2.5. Serviços de Saúde em Resposta à VPI

A abordagem da saúde pública a qualquer problema deve ser interdisciplinar e científica (Mercy et al., 1993). Uma abordagem de saúde pública para a

prevenção da violência, particularmente a interpessoal onde se enquadra a VPI, envolve quatro etapas distintas.

A primeira consiste em definir a magnitude, alcance, características e consequências dessa violência por meio da colecta sistemática de informações. A segunda, identificar e investigar os factores de risco e protecção que aumentam ou reduzem a probabilidade de violência, incluindo aqueles que podem ser modificados por meio de intervenções. A terceira etapa envolve determinar o que funciona para prevenir a violência, desenvolvendo e avaliando intervenções adaptadas às características demográficas e sócio-económicas dos grupos nos quais serão aplicadas. Por fim, a quarta etapa consiste na aplicação de intervenções promissoras e eficazes numa variedade de cenários e por meio de monitoria contínua de seus efeitos sobre os factores de risco e o problema em questão, avaliar o seu impacto e custo-efectividade (World Health Organization, 2004).

O manejo da VPI no SNS em Moçambique é considerado dentro do contexto do manejo da violência. Para responder à magnitude do problema da violência, Moçambique dispõe de um vasto leque de medidas legislativas, produzidas e aprovadas pelo governo moçambicano (Jethá et al., 2021). Entretanto, as mesmas têm como foco a violência baseada no género (VBG) e violência doméstica, negligenciando outras formas de violência como a VPI, o que por um lado mascara a magnitude do problema da VPI, e por outro direcciona o manejo de todas as formas de violência para o lado da mulher como vítima.

De uma forma geral, as Políticas Nacionais de Protecção aos Direitos Humanos e Violência são regidas através de: Constituição da República; Lei da Família (Lei n.º 22/2019 de 11 de Dezembro, 2019); Lei sobre o Tráfico de Pessoas em Particular Mulheres e Crianças (Lei n.º 6/2008 de 9 de Julho, 2008); Lei de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras (Lei n.º 19/2019 de 22 de Outubro, 2019); Lei sobre a Violência Doméstica Praticada contra a Mulher (Lei

n.º 29/2009 de 29 de Setembro, 2009); Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança (Lei n.º 7/2008 de 9 de Julho, 2008), instrumentos que se inter-relacionam na sua aplicação.

Para Chambal (2013), sendo o crime de violência doméstica um crime público (Artigo 21 da Lei n.º 29/2009) significa desde logo que o exercício da acção penal em casos de violação nos casos tipificados na Lei sobre Violência Doméstica e outras nomeadas acima, pode ser despoletado por todo aquele que tiver conhecimento da ocorrência de tal facto e o Ministério Público deve, necessariamente, promover todas as diligências necessárias para dar seguimento ao processo, expressando o cumprimento do princípio de legalidade.

Os instrumentos legais que servem de base para a implementação das medidas de prevenção e resposta à VBG são o Código Penal de Moçambique – Lei n.º 24/2019 de 24 de Dezembro (Lei n.º 24/2019 de 24 de Dezembro, 2019), e a Lei sobre a Violência Doméstica Praticada contra a Mulher (Lei n.º 29/2009 de 29 de Setembro, 2009). O artigo 21 da Lei sobre a Violência Doméstica Praticada contra a Mulher categoriza a violência doméstica como crime (Lei n.º 29/2009 de 29 de Setembro, 2009), com as especificidades resultantes da mesma. Tendo em conta questões relacionadas à igualdade de género, as disposições da mesma lei aplicam-se ao homem, em igualdade de circunstâncias e com as necessárias adaptações.

O Governo de Moçambique, na sequência da sua adesão à estratégia global de combate à violência contra a mulher, definiu a prevenção e o combate contra a violência como uma das prioridades nacionais, tendo aprovado em 2019, entre outros, o Plano Nacional de Acção para a Resposta à Violência Baseada no Género no Sector de Saúde (2019 - 2022).

O referido plano tem como objectivo contribuir para a redução da frequência, da gravidade e do impacto da VBG, através da melhoria nas acções de prevenção e da qualidade do atendimento prestado às vítimas, descrevendo o enquadramento da resposta do sector de Saúde ao 1º. Plano de Acção para a Prevenção e Combate à Violência contra a Mulher (2008-2012), ao Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Baseada no Género (2018-2021) e ao Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (2008) do Ministério do Género, Criança e Acção Social (MISAU, 2019).

O Plano Nacional de Acção para a resposta à violência baseada no género no sector de saúde (2019 - 2022) descreve ainda as áreas estratégicas de implementação, nomeadamente: (1) Fortalecimento da Liderança e Governação do Sistema Nacional de Saúde como requisito para a formulação e implementação de políticas públicas, coordenação intra e multisectorial e, dotação orçamental para acções de prevenção e mitigação da VBG; (2) Fortalecimento da capacidade do sistema de saúde na oferta de serviços de atendimento humanizado e de qualidade às vítimas, através da formação em serviço dos profissionais de saúde em VBG, melhoria do acesso e disponibilidade dos serviços de saúde a todos os níveis; (3) Prevenção da Violência através do envolvimento da sociedade civil e comunidades nas acções de prevenção primária; Melhoria da Coordenação Multisectorial e; (4) Melhoria do Sistema de Vigilância Epidemiológica, Monitoria e Avaliação dos Cuidados Prestados às Vítimas de VBG no Sector de Saúde (MISAU, 2019).

Assim, o Ministério da Saúde iniciou um processo gradual de implementação de medidas para prevenção e resposta à VBG, incluindo a violência doméstica, a nível dos hospitais centrais, provinciais e distritais (MISAU, 2019), através da aprovação, em 2011, de um Mecanismo Multisectorial de Atendimento à Mulher Vítima de Violência. O mecanismo integra os sectores da Saúde, do

Género, Criança e Acção Social, do Interior e da Justiça, o que levou à criação dos Centros de Atendimento Integrado à Violência (CAIV) e aprovação das normas de atendimento integrado às vítimas de violência baseada no género, materializando o Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (MISAU, 2012).

O acesso ao Mecanismo Multisectorial de Atendimento à Mulher Vítima de Violência é possível através de três portas de entrada: (i) o Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIV), nos quais estão integrados serviços de saúde, sociais, policiais e jurídicos, disponíveis para todas as vítimas de violência, embora em muitos contextos não existam condições para a operacionalização; (ii) o Gabinete de Atendimento à Família e Menor Vítima de Violência (GAFMVV) e (iii) os serviços de urgência das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Do conjunto de medidas de coordenação sectorial entre as diferentes instituições e níveis de implementação (Central, Provincial, Distrital e Unidade Sanitária) destacam-se, entre outras, a: (1) Advocacia para a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Combate à VBG; (2) Advocacia para a integração da prevenção da violência nas políticas sociais, educativas e promover igualdade social e de género; e (3) Revisão e actualização das normas e protocolos do sector de saúde relativos à VBG (MISAU, 2019).

2.6. Rastreio da VPI

Rastreio refere-se ao exame de indivíduos assintomáticos para a identificação presuntiva de uma doença previamente não reconhecida, por meio de exames, exames clínicos ou laboratoriais, que subsidiam a classificação dos indivíduos quanto à presença ou não de determinada doença ou condição (Eluf-Neto & Wunsch-Filho, 2000).

Para Phelan (2007), rastreio é um serviço relativamente breve de colecta de informações e cuidados de saúde preventivos, no qual “testes específicos, perguntas padronizadas ou procedimentos de exame são usados rotineiramente para identificar indivíduos que requerem intervenções específicas para melhorar a saúde”.

Para vítimas de violência, o rastreio visa melhorar a detecção de casos, bem como contribuir para intervenções mais adequadas no contexto da violência e, assim, reduzir a exposição à violência e problemas relacionados. Ferramentas para o rastreio da violência devem abranger diferentes aspectos da violência, incluindo dimensões físicas, psicológicas e sexuais, com sua psicométrica avaliada na mesma população (Krug et al., 2002). Evidências indicam que o rastreio da VPI reduz eficazmente os sintomas depressivos, por exemplo em mulheres grávidas (Chisholm et al., 2017).

Nos Estados Unidos de América, o rastreio de VPI permitiu aumentar o número de casos identificados, o que levou a Associação Médica Americana a recomendar o rastreio de rotina em todas as mulheres nas consultas externas de pediatria, cirurgia e em pacientes atendidos nos serviços de emergência (Nelson et al., 2012), considerando-se que o rastreio para VPI seja eficaz quando realizado de maneira terapêutica e sistemática. Entretanto, uma revisão de 32 estudos descritivos indicou que 3% a 41% dos médicos, nos Estados Unidos de América, não conduzem exames rotineiros de VPI (Stayton & Duncan, 2005).

Embora as unidades sanitárias constituam o ambiente preferencial para o rastreio de VPI (Das et al., 2022), o rastreio universal ou de rotina da VPI em ambientes de cuidados de saúde primários não reúne consenso a nível mundial (World Health Organization, 2013b), os méritos do rastreio são inconclusivos (Todahl & Walters, 2011) e resultados de ensaios clínicos não demonstraram

qualquer benefício em termos de diminuição da vitimização futura ou de melhoria da qualidade de vida (Das et al., 2022).

A directriz prática da OMS de 2013 não recomenda o rastreio de rotina de VPI, citando a sobrecarga do provedor e do paciente, principalmente quando os recursos são limitados (World Health Organization, 2013b). Existe também uma série de barreiras sistêmicas, incluindo limitações de tempo (Erickson et al., 2001; Sprague et al., 2012), falta de protocolos, políticas e procedimentos de rastreio (Waalén et al., 2000), percepção dos profissionais de saúde sobre VPI (Matavel, 2020), desconforto pessoal com o assunto, recursos inadequados, falta de tempo, treinamento ou privacidade para o rastreio, percepções de que o rastreio para VPI não é uma função do clínico, medo de ofender os pacientes, e desconhecimento de como lidar com uma mulher que revela resultado positivo para VPI (Sprague et al., 2012).

Webster & Holt (2004), sugerem que o rastreio universal seja feito quando os profissionais de saúde tiverem recebido treinamento sobre violência e tiverem conhecimento suficiente sobre os recursos locais para poder responder de forma adequada.

2.6.1. Instrumentos de rastreio e diagnóstico da VPI

Apesar de existirem recomendações para o rastreio da VPI, há pouca orientação ou consenso sobre a melhor ferramenta, ambiente e pessoas mais adequadas, o que pode deixar os profissionais desconfortáveis sobre como abordar o rastreio no seu ambiente de atendimento (Kyle, 2023).

Alguns instrumentos de rastreio e diagnóstico de VPI mais conhecidos são o *Abuse Assessment Screen (AAS)*, *American Medical Association Screening Questions*, *Violence Screening*, *Domestic Violence Initiative Screening Questions*, *Hurt, Insult, Threaten, and Scream (HITS)*, *Woman Abuse*

Screening Tool (WAST) e Woman Abuse Screening Tool-Short Form (WAST-SF), Partner Violence Screen (PVS). (Tabela 1).

Entretanto, estes instrumentos de rastreio foram concebidos em contextos americanos e europeus, maioritariamente testados e validados para os mesmos contextos com realidades sócio-culturais diferentes da realidade africana e da África Subsahariana, em particular.

Tabela 1 - Alguns instrumentos de rastreio da VPI (Basile et al., 2007)

Instrumento	Características	População estudada	Validade	Precisão diagnóstica
Abuse Assessment Screen (AAS)	Avalia a frequência e o perpetrador de abuso físico, sexual e emocional por qualquer pessoa	Mulheres afro-americanas, hispânicas e brancas grávidas e não grávidas abusadas em clínicas de saúde, pré-natal e departamentos de emergência	A confiabilidade do teste/reteste no mesmo trimestre para mulheres grávidas foi de 83%	Sensibilidade: 93%; Especificidade: 55% (usando o índice de abuso do cônjuge [ISA] como padrão-ouro)
American Medical Association Screening Questions	10 itens que indagam sobre VPI física, sexual e emocional a serem feitas com as próprias palavras do médico	Pacientes mulheres em ambientes de cuidados de saúde	Indisponível	Indisponível
Domestic Violence Initiative Screening Questions	6 itens que avaliam VPI física, emocional e desejo de assistência profissional	Pacientes obstétricas durante sua visita inicial a uma maternidade hospitalar	Indisponível	Indisponível
HITS	4 itens que avaliam a frequência de VPI	Pacientes do sexo feminino em ambientes de prática familiar; pacientes do sexo masculino em ambientes de cuidados de saúde	Para mulheres: consistência interna 0,80; validade concorrente: correlação com o CTS de 0,85. Consistência interna 0,76 para versão em inglês e 0,61 para espanhol; correlação de 0,76 com ISA-P e 0,75 com Woman Abuse Screening Tool (WAST). Para homens: validade concorrente: correlação com CTS de 0,86	Para mulheres: versão em inglês, Sensibilidade: 86%-96%; Especificidade: 91%-99% (usando pontuação de corte de 10,5, usando CTS ou ISA como padrão-ouro); Versão em espanhol, Sensibilidade: 100%; Especificidade: 86% (usando pontuação de corte de 5,5, usando WAST como padrão-ouro). Para homens: versão em inglês, Sensibilidade: 88%; Especificidade: 97% (usando pontuação de corte de 11, usando CTS como padrão-ouro)
Women Abuse Screening Tool (WAST)	8 itens que avaliam VPI física, sexual e emocional.	Mulheres falantes de inglês abusadas e não abusadas em ambientes clínicos de saúde e abrigos para mulheres	Alfa de Cronbach: 0,75; validade de constructo: correlação com Abuse Risk Inventory (ARI) de 0,69; Validade discriminante: diferenças significativas entre mulheres abusadas e não abusadas para cada item	Sensibilidade: 92%, Especificidade: 100%
WAST – Short	2 itens que avaliam a tensão no relacionamento e como o entrevistado e o parceiro resolvem os seus problemas	Mulheres falantes de inglês abusadas e não abusadas em ambientes clínicos de saúde e abrigos para mulheres	Validade de constructo: correlação com WAST de 7 itens de 0,86 e com ARI de 0,90	Sensibilidade: 91,7%; Especificidade: 100% (usando uma pontuação de corte de critério de 1)
Partner Violence Screen (PVS)	3 itens que avaliam a VPI física no último ano e a segurança actual	Mulheres e homens em salas de emergência nos Estados Unidos e Canadá	Indisponível	Sensibilidade: 64,5%-71,4% Especificidade: 80,3%-84,4% (usando ISA e CTS, respectivamente, como padrões ouro)

Dos instrumentos de rastreio e diagnóstico de VPI, o WAST - *Women Abuse Screening Tool*, no seu formato completo de oito itens, tem sido considerado a melhor ferramenta para uso em cuidados de saúde primários, pois rastreia todos os tipos de violência - psicológica, física e sexual (Iskandar et al., 2014).

Desenvolvido nos Estados Unidos de América (EUA) para rastrear mulheres expostas a abuso físico, psicológico e sexual (Brown et al., 1996), o WAST é curto, composto por 8 perguntas do tipo Likert sobre (a) o grau de stress no relacionamento; (b) a dificuldade em resolver discussões e; (c) a existência de episódios violentos a nível emocional, psicológico, físico ou sexual (Binfa et al., 2018). É de fácil compreensão, sendo que 90% dos usuários relataram que se sentiram confortáveis ou muito confortáveis com as questões (Brown et al., 2000). A validade e a confiabilidade da versão original do WAST foram confirmadas em diferentes estudos, conforme demonstrado pela alta consistência interna – alfa de Cronbach: 0,75, sensibilidade: 92%, especificidade: 100% (Brown et al., 1996).

O WAST tem três categorias de resposta (1 a 3) para cada pergunta relacionada à violência ou sua previsão. As 2 primeiras, conhecidas como WAST-Short (WAST-Curto), são utilizadas para rastrear a presença de abuso, avaliando o nível de tensão que a mulher sente na relação com o marido/parceiro e a dificuldade em resolver as discussões, numa escala de 1 (sem tensão/sem dificuldade/sem problemas) a 3 (muita tensão/muita dificuldade/muito problemático). As 6 perguntas seguintes, conhecidas como WAST-Long (WAST-Longo), são usadas para a obtenção de uma avaliação completa da frequência de abuso nas três áreas da VPI (física, sexual e psicológica), no caso da presença de tensão no relacionamento de acordo com as respostas às perguntas 1 e 2 numa escala de 1 (nunca) a 3 (frequentemente/muitas vezes) (Salahi et al., 2017).

A pontuação total para o WAST varia de 8 a 24, variando de 2 a 6 para o WAST-Curto. Os desenvolvedores da ferramenta propuseram uma pontuação de 13 para casos positivos de VPI na pontuação geral de 8 itens (Brown et al., 1996). Na pontuação dicotómica do WAST-Curto, uma pontuação de 0 é considerada como “sem tensão/sem dificuldade/sem problema” (Brown et al., 2000).

Resultados de um estudo de validação na África do Sul demonstram que o WAST-Curto detectou que 15% dos participantes (n=400) sofreram VPI durante os 12 meses anteriores ao estudo. Demonstraram ainda que o WAST-Curto possui uma sensibilidade de 45,2% e especificidade de 98%. No mesmo estudo, o alto PPV de 98% indica que aqueles que apresentaram resultados positivos para VPI usando o WAST-Curto teriam uma pontuação no WAST-Longo positiva ≥ 13 . Este valor correlaciona-se com a alta especificidade e razão de verossimilhança positiva do WAST como ferramenta de rastreio de VPI. Ademais, o NPV indicou uma probabilidade de 21% daquelas com resultado negativo no rastreio usando o WAST-Curto que teriam resultado positivo na pontuação do WAST-Longo, ou seja, realmente são positivos para VPI (Saimen et al., 2016).

Numa revisão sistemática de 33 estudos, o WAST foi considerado, entre 4 instrumentos de rastreio da violência (HITS, WAST/WAST-SF, PVS e AAS), o mais confiável e válido para o rastreio da violência, com sensibilidade de 47% e especificidade de 96% (Rabin et al., 2009). Foi também usado com sucesso para rastrear VPI em mulheres na Malásia, tendo encontrado uma prevalência de VPI de 5,6% numa amostra de 710 pacientes do sexo feminino (Yut-Lin & Othman, 2008).

Entretanto, estes resultados apresentam limitações derivadas da possibilidade de artigos científicos elegíveis poderem ter sido excluídos, *viés* relacionado a elegibilidade e qualidade dos estudos seleccionados. O facto de o instrumento

original ter sido concebido em língua inglesa, em contexto ocidental, pode limitar a sua aplicação em outros contextos, em particular com relação ao entendimento das questões, tendo em conta a VPI no contexto cultural africano.

Com efeito, Saimen et al., (2016) referem que para a diferença na sensibilidade em comparação com os resultados de outros estudos, deve-se levar em conta que o WAST foi desenvolvido para uma população de língua inglesa, possivelmente reflectindo a violência conforme definida em sociedades ocidentais. Por outro lado, existem muitas ferramentas de rastreio de VPI, com diferenças na população aplicável, em contextos diferentes, com qualidade desigual em termos de metodologia, o que torna difícil aos pesquisadores escolher uma ferramenta de rastreio de VPI com uma elevada qualidade metodológica que seja adequada aos contextos-alvo (Li et al., 2023).

De uma maneira geral, tanto a prática clínica como a pesquisa são dificultadas pela falta de avaliação abrangente das propriedades psicométricas dos instrumentos de VPI existentes.

2.7. O Modelo Conceitual

A violência é resultado de uma complexa interacção entre o indivíduo, as suas relações, o meio social, cultural e factores ambientais. Entender como esses factores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para prevenção da violência.

Para uma melhor compreensão e abrangência dos factores de risco para a VPI, um conjunto de teorias que tentam abordar a compreensão de diversos problemas de saúde, incluindo a problemática da violência no geral e da VPI em particular, têm sido usadas. As referidas teorias, especificamente as conceptualizadas e adaptadas para o contexto sócio-cultural da África Sub-sahariana, entre elas a teoria de aprendizagem social (Bandura, 1977; Bell &

Naugle, 2008; White & Widom, 2003) e o modelo ecológico (Zacarias et al., 2012; Heise, 1998), analisam a conexão entre os factores de risco/protecção individuais e contextuais e/ou macrosociais.

O modelo ecológico, introduzido pela primeira vez no final de 1970 e inicialmente aplicado ao abuso infantil (Krug et al., 2002), auxilia o entendimento da natureza multifacetada da violência, e de como pode ser causada por diferentes factores em diferentes fases da vida (Figura 3).

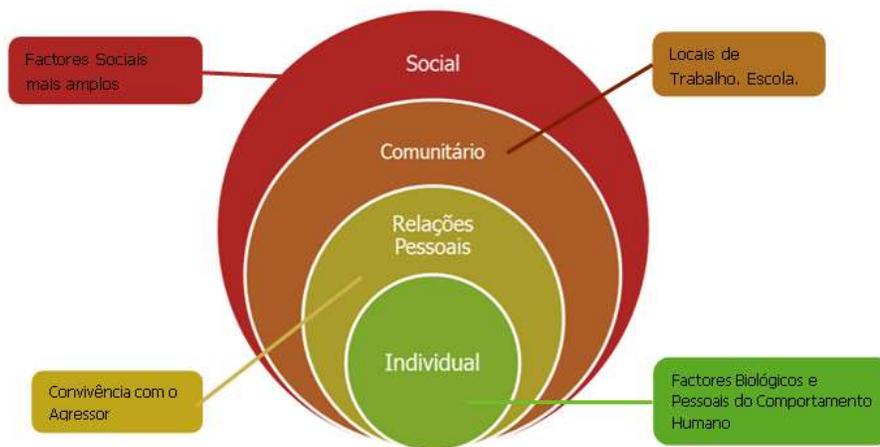


Figura 3 – Modelo ecológico para o entendimento da violência (adaptado de Krug et al., 2002)

a) No nível individual, a história médica pessoal e os factores biológicos influenciam a maneira como as pessoas se comportam e sua probabilidade de se tornarem vítimas ou perpetradores de violência. Esses factores incluem o abuso na infância, distúrbios psicológicos ou de personalidade, abuso de álcool ou outras substâncias e histórico de comportamento agressivo ou práticas abusivas;

b) As relações pessoais, como as relações com familiares, amigos, parceiros e colegas, também podem influenciar o risco de se tornar vítima ou perpetrador de violência. Por exemplo, um jovem que tem pouco relacionamento com o pai ou a mãe e que tem amigos violentos pode correr mais riscos de se envolver ou ser vítima de violência;

c) Os contextos comunitários nos quais as relações sociais são criadas (como escolas, bairros e locais de trabalho) também influenciam a probabilidade de violência. Nesse caso, alguns dos factores de risco são o nível de desemprego, a densidade e mobilidade da população e a existência de tráfico local de drogas ou armas.

d) Factores relacionados à sociedade influenciam na incitação ou inibição da violência. Esses factores incluem as políticas económicas e sociais que mantêm as desigualdades sócio-económicas entre as pessoas, a facilidade de acesso a armas, as normas sociais e culturais, como as relacionadas ao domínio dos homens sobre as mulheres e dos pais sobre os filhos, e as normas culturais que aprovam a violência como um método aceitável de resolução de conflitos (World Health Organization, 2004).

O modelo ecológico tem sido utilizado por pesquisadores para entender a VPI (Heise, 1998), explorando a relação entre o indivíduo – vítima ou perpetrador e os factores contextuais, considerando a violência como um fenómeno multifacetado, produto de uma complexa interacção entre o indivíduo, as suas relações, o meio social, cultural e factores ambientais (Garcia-Moreno & et al., 2005; OMS, 2012; Uthman et al., 2009). Com base no modelo, a nível individual foram identificados: o baixo nível de escolaridade, a juventude, uso abusivo de álcool e outras drogas, exposição a maus tratos infantis e a aceitação da violência como factores de risco para VPI (OMS, 2011, 2012).

Quanto a aceitação da violência, existe evidência que esta é comum na África Sub-sahariana, conforme atestam os resultados de um estudo através de dados secundários do Inquérito Demográfico e de Saúde (DHS) em 17 países Africanos - Benin, Burkina Faso, Etiópia, Gana, Quênia, Lesotho, Libéria, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Ruanda, E-Swathini, Tanzania, Uganda e Zimbabwe (Uthman et al., 2009), que constatou que a VPI era aceite por parte considerável dos homens e mulheres participantes em todos os países estudados (Cools & Kotsadam, 2017).

Disparidades no nível de escolaridade entre os parceiros e os desentendimentos conjugais contínuos, foram apontados como factores de risco a nível relacional para praticar ou sofrer VPI. A violência é usada como forma de resolver os conflitos ou desentendimentos conjugais (OMS, 2012). Alguns factores a nível comunitário e social foram associados a maior risco para ocorrência da VPI, tais como: maior nível de pobreza, menor proporção de mulheres com alto nível de escolaridade e autonomia; altas taxas de analfabetismo em ambos sexos; comunidades com visão positiva sobre a violência e maior proporção de domicílios que usam a punição corporal (Garcia-Moreno & et al., 2005; OMS, 2012).

Contextualizando com a realidade moçambicana, o risco de ocorrência de VPI está associado, tal como em outros países da África Sub-sahariana, a factores sócio-culturais e económicos, incluindo a baixa escolaridade. Entretanto, persistem disparidades de género no acesso a educação, acesso ao emprego e meios financeiros, o que agrava a possibilidade de ocorrência de VPI.

Para Bengesai & Khan (2023) factores de nível individual, como idade da mulher, educação, uso de álcool, diferença de idade do cônjuge, idade do primeiro casamento e autonomia de tomada de decisão, entre outros, constituem preditores a serem associados ao risco de VPI.

Apesar da existência de leis, planos, estratégias, directrizes e protocolos para o atendimento à violência (Jethá et al., 2021), as intervenções para o manejo da VPI ao nível do SNS continuam escassas e mascaradas dentro do contexto da VBG, apresentando limitações tanto a nível da organização dos serviços, capacitação dos profissionais, incluindo protocolos, ferramentas para o rastreio e diagnóstico da VPI.

CAPÍTULO 2.

JUSTIFICATIVA E OBJECTIVOS

1. Motivação

A violência afigura-se como um dos sérios problemas de saúde pública (Aboagye et al., 2022), e estudos sobre a prevalência e correlações da VPI apontam uma distribuição desigual deste problema que afecta particularmente as mulheres com um estatuto social e económico mais baixo (Vives-Cases et al., 2011b). Moçambique, um país da África Sub-sahariana, situa-se entre os países de baixa e média renda onde a prevalência de VPI é maior que a média global (Bengesai & Khan, 2023). Entretanto, os casos de VPI continuam subnotificados, mascarados dentro da notificação de casos de VBG, devido sobretudo à ausência de ferramentas de rastreio da VPI e de protocolos e directrizes para intervenção.

A motivação para este estudo surge da constatação pelo proponente do estudo, no âmbito da sua prática profissional como Psicólogo afecto à área de Saúde Mental no Ministério da Saúde, do deficiente processo de manejo da VPI, particularmente o rastreio e diagnóstico no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique. Outra constatação refere-se às lacunas no processo de intervenção em contexto clínico, incluindo nos programas e estratégias relacionadas com a violência no geral, e especificamente à VPI.

Assim, a necessidade de analisar o processo de manejo dos casos de VPI no SNS, reconhecendo as limitações existentes, e ainda a possibilidade de proposta de uma ferramenta para o rastreio da VPI, de modo a melhorar o processo de seu manejo nos níveis programático, preventivo, assistencial e reabilitativo, constituem motivação para este estudo. Os resultados poderão contribuir para o aumento das evidências em relação às intervenções na área de saúde, particularmente de saúde pública, o que poderá enriquecer o debate e justificar a necessidade de mais estudos específicos na área de VPI.

2. Justificativa e problema

A violência é provavelmente parte da experiência humana e assume-se como um problema de saúde pública generalizado (Concha-Eastman, 2001; Jansen & Agadjanian, 2020), constituindo um factor de risco potencial à obstrução do desenvolvimento integral humano (Barros et al., 2009; Lopes et al., 2003), devido sobretudo aos impactos a nível físico, psicológico e social da violência.

Dados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) de 2015 referem que uma em cada quatro mulheres (24%) admitiu ter sido vítima de algum tipo de violência, sendo a violência física a mais predominante (18%), seguida pela violência emocional (15%) e por fim a violência sexual (3%). O mesmo inquérito refere que cerca de 13% dos homens inquiridos relataram também terem sofrido algum tipo de violência (MISAU et al., 2015).

A VPI é um sub-tipo da violência interpessoal (World Health Organization, 2013b), e evidências mostram que qualquer pessoa pode sofrer VPI, independentemente da área de residência, estatuto sócio-económico, religião ou origem cultural (Dickson et al., 2023). Entretanto, afecta mais mulheres que homens (Zacarias et al., 2012). A prevalência de VPI varia de país para país, sendo mais alta em países de média e baixa renda, especialmente na África Sub-sahariana, onde varia de 9,4% nas Comores, 45% no Zimbabwe, para 78% na Etiópia, com uma prevalência regional de 36%, que supera a média global (Bengesai & Khan, 2023). Entretanto, estes dados consideram a existência de variações regionais, pois em comparação com a média global (30%), a prevalência de VPI é menor (23,2%) em países de alta renda (23,2%) e mais elevada nos países de média e baixa renda (36,6% - 37,7%) (World Health Organization, 2013a).

Mulheres expostas à VPI experimentam uma série de resultados adversos de

saúde comparativamente àquelas que não foram expostas à VPI, estando estes associados à dor crónica, depressão, ansiedade, transtorno de stress pós-traumático, uso de substâncias psicoactivas (Paterno & Draughon, 2016), sintomas agravados de menopausa, infecções transmitidas sexualmente, incluindo HIV e SIDA (Stubbs & Szoeki, 2022)

Em Moçambique registam-se avanços a nível programático, que incluem a criação e funcionamento dos centros de atendimento integrado à violência e existência de fluxogramas e outros instrumentos para o registo e notificação de casos de violência, particularmente a VBG, sem no entanto abordar a VPI como um tipo distinto de violência interpessoal. A cobertura de oferta de cuidados de VBG que abrange 70% das unidades sanitárias de todo país, com 97% das mesmas unidades sanitárias a reportarem os dados no SISMA (MISAU, 2022), não inclui de forma objectiva a VPI em todo processo de intervenção.

Apesar de muitas vítimas de violência, incluindo a VPI, frequentarem os serviços de rotina nas diversas consultas gerais ou de especialidade, os quais só em 2021 reportaram cerca de 55.000 utentes, registados como casos de VBG (MISAU, 2022), os mesmos não estão preparados para a intervenção clínica e psicossocial em contexto de VPI. Existem lacunas a nível de organização do ambiente hospitalar, ferramentas para o rastreio e diagnóstico, protocolos e directrizes e ainda capacidade técnica para intervenção, que tornam deficitário o processo de manejo da VPI, incluindo o seu rastreio e diagnóstico que não têm sido rotineiro a nível do Serviço Nacional de Saúde.

Entretanto, as pesquisas na área de VPI e sobretudo acerca das intervenções que têm sido feitas a nível do SNS ainda escasseiam. Deste modo, torna-se pertinente a análise do processo de manejo de VPI no SNS de Moçambique, bem como a introdução de ferramentas para o seu rastreio, de modo a possibilitar a detecção precoce dos casos e o consequente encaminhamento e assistência, minimizando as consequências a curto, médio e longo prazo.

3. Contribuição

Em Moçambique, a comunicação social tem reportado o número crescente de casos reportados de violência nas US/CAIV/outros, o que indica melhoria na busca de cuidados perante casos de violência. No entanto, não se conhece a magnitude de VPI entre os casos de violência, em parte pelas limitações nos meios de rastreio. É de particular importância avaliar o processo de manejo da VPI no SNS, através da determinação da frequência dos diferentes tipos de VPI, da caracterização do seu manejo, incluindo o diagnóstico, da identificação e análise das limitações e constrangimentos enfrentados pelos profissionais de saúde no rastreio da VPI em contexto clínico. Existe também a necessidade de avaliar a aplicabilidade de novas ferramentas no contexto nacional. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a implementação de procedimentos de rastreio e diagnóstico fiáveis de VPI no SNS, de modo a contribuir para a implementação de programas efectivos de intervenção assertiva em relação a VPI nas comunidades. A detecção precoce de casos suspeitos de VPI, de uma forma rotineira, pelos profissionais de saúde, com recurso a instrumentos de rastreio específicos e contextualizados, pode servir de base para abordagens mais detalhadas que garantam a geração de elementos para a identificação de situações reais e posterior intervenção, bem como para a melhoria das estratégias e redução das taxas de morbimortalidade por VPI.

Espera-se ainda que os resultados possibilitem o alargamento do debate sobre a VPI em Moçambique, de modo que se intensifique a inclusão desta matéria nas políticas, estratégias e programas da saúde em geral, particularmente de prevenção e atendimento dos casos de violência no SNS. O estudo permitirá também a melhoria e o aumento dos conhecimentos sobre os procedimentos de rastreio e diagnóstico de VPI no SNS e sobre esta temática de saúde pública na literatura da África Sub-sahariana e Moçambicana, em particular.

4. Objectivos

4.1 Objectivos Gerais

a. Primário

- Analisar o processo de manejo de casos de violência pelo parceiro íntimo (VPI) em unidades sanitárias seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza.

b. Secundário

- Testar a efectividade da versão adaptada e traduzida do WAST no rastreio de VPI nas unidades sanitárias do SNS de Moçambique.

4.2. Objectivos Específicos

- Determinar a frequência dos diferentes tipos de VPI (física, psicológica e sexual), entre os casos registados pelos serviços disponíveis nas unidades sanitárias seleccionadas para o estudo;
- Determinar os factores sócio-demográficos associados a VPI entre os casos que dão entrada nas unidades sanitárias do estudo;
- Caracterizar o manejo da VPI nas unidades sanitárias seleccionadas;
- Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre VPI;
- Identificar as barreiras que os profissionais de saúde enfrentam para o rastreio e diagnóstico de VPI em contexto clínico;
- Adaptar e testar uma versão adaptada da ferramenta de rastreio e diagnóstico de VPI (WAST – *Woman Abuse Screening Tool*);
- Validar a ferramenta de rastreio e diagnóstico de VPI (WAST – *Woman Abuse Screening Tool*).

CAPÍTULO 3.

MATERIAL E MÉTODOS

1. Desenho de estudo

Para responder aos objectivos do presente trabalho foi aplicado um estudo de natureza mista, que usou tanto a abordagem qualitativa como quantitativa. A metodologia aplicada para a abordagem qualitativa e para a quantitativa complementa todo um processo de intervenção, através do qual foi possível proceder à análise do processo de manejo da VPI em unidades sanitárias seleccionadas, adaptar uma ferramenta de rastreio, testar e finalmente validar para ser proposto ao uso no SNS de Moçambique.

O estudo iniciou por uma componente de pesquisa documental para analisar a literatura existente sobre o tema e informar os passos subsequentes do estudo.

Seguiu-se a pesquisa qualitativa que por um lado serviu para adaptar o instrumento para o contexto local e por outro lado para analisar a perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao manejo da VPI, de modo a complementar a informação sobre as lacunas nas práticas existentes de rastreio e oportunidades para intervenção. A adopção da abordagem qualitativa prendeu-se com a natureza subjectiva do objecto do estudo (VPI), havendo a destacar o facto de abordagem qualitativa ser actualmente bastante difundida na saúde colectiva, tendo em vista os seus aportes à compreensão dos fenómenos.

A abordagem quantitativa teve em vista a execução de procedimentos estatísticos não só para estabelecer a magnitude do problema da VPI reportada ao nível dos serviços, através da análise de dados secundários de rotina da unidade sanitária colhidos de forma retrospectiva, como para testar e validar uma versão adaptada do instrumento para o rastreio de VPI - WAST – *Woman Abuse Screening Tool* (anexo 1), através de um desenho quasi-experimental.

Um modelo conceitual capaz de auxiliar a compreensão dos processos associados à integração do rastreio e diagnóstico de VPI e práticas de resposta em ambientes de cuidados de saúde é o CFIR - *Consolidated Framework for Implementation Research*, desenvolvido por (Damschroder et al., 2009), um dos modelos mais citados na ciência da implementação desde a sua publicação em 2009 (Damschroder et al., 2022).

O CFIR é composto por cinco domínios, nomeadamente as características de intervenção, o ambiente externo, o ambiente interno, as características dos indivíduos envolvidos na implementação e o processo de implementação (Damschroder et al., 2009), sendo representado por uma forma irregular que lembra uma célula (a interior e exterior, a organização e os indivíduos envolvidos na realização da intervenção; a intervenção, seus principais componentes e o processo de implementação) e organismo externo que inclui as forças, eventos e características do ambiente fora da unidade sanitária, isto é, a nível do Serviço Nacional de Saúde.

No caso concreto do presente estudo, a intervenção em questão é a implementação da ferramenta WAST em unidades sanitárias de nível primário.

A tabela 2 esquematiza os diferentes elementos teóricos em relação aos objectivos do estudo e variáveis ou construtos que cada um destes poderá gerar.

Tabela 2 – Domínio Teórico vs Objectivos e Construtos/Variáveis do Estudo

Domínio Teórico	Objectivos Relacionados	Construtos e Variáveis relacionadas
Características da intervenção	Caracterizar o manejo da VPI nas unidades sanitárias seleccionadas	Práticas de intervenção
Processo de implementação	Testar e validar uma versão adaptada da ferramenta de rastreio e diagnóstico de VPI (WAST)	Resultados da intervenção
Ambiente interno e externo	Identificar as barreiras que os profissionais de saúde enfrentam para o rastreio e diagnóstico da VPI em contexto clínico	Barreiras Facilitadores Recursos existentes
Características dos indivíduos envolvidos	Determinar a frequência dos diferentes tipos de VPI, entre os casos registados pelos serviços disponíveis nas unidades sanitárias seleccionadas para o estudo Determinar os factores sócio-demográficos associados a VPI entre os casos que dão entrada nas unidades sanitárias do estudo; Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre VPI.	Frequência de VPI Perfil sócio-demográfico das vítimas Percepções dos profissionais de saúde

2. Descrição dos Estudos

Os tópicos e questões de cada estudo estão resumidos na tabela abaixo (Tabela 3), seguindo-se posteriormente a descrição detalhada de cada estudo.

Tabela 3 - Resumo dos sub-estudos

Estudo	Tópico	Pergunta de Estudo	Desenho de Estudo e Recolha de Dados	Participantes	Análise
I	Frequência dos diferentes tipos de VPI (física, psicológica e sexual), no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique	Qual é a frequência dos diferentes tipos de VPI (física, psicológica e sexual) entre os pacientes atendidos no Serviço Nacional de Saúde?	Estudo descritivo retrospectivo Livros e fichas de registo de consultas referentes ao ano anterior ao estudo	Pacientes vítimas de VPI registados nos livros de registo de 3 US das províncias de Maputo e Gaza N=253 pacientes	Análise descritiva dos dados – Pacote estatístico R versão 4.3.0 (Qui-quadrado de Pearson e regressão logística binária múltipla, considerando um nível de significância de 5%.)
II	Manejo de VPI no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique	Como se caracteriza o processo de manejo de VPI, incluindo o diagnóstico de VPI no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique? Quais as percepções dos profissionais de saúde sobre a VPI?	Estudo qualitativo Pesquisa documental Entrevistas aos Profissionais de Saúde	Profissionais de Saúde de US das províncias de Maputo e Gaza N= 21 Profissionais (Médicos, Psicólogos, Técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental, Enfermeiros)	Análise de conteúdo Nvivo, versão 12
III	Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio da VPI no SNS de Moçambique	Qual é a efectividade da versão adaptada e traduzida do WAST no rastreio de VPI nas unidades sanitárias do SNS de Moçambique?	Adaptação e Testagem: Estudo analítico transversal	Adaptação: Painel de Especialistas N= 05 profissionais de saúde Testagem: Pacientes de 2 US de Maputo e Gaza N = 96 pacientes	Adaptação: Avaliação da Equivalência Semântica, Conceitual e de Termos; Testagem: SPSS (Correlação de Pearson, Alfa de Cronbach, Coeficiente Intraclasse, Análise de variância – ANOVA, Análise discriminatória Canónica)
			Validação: Estudo prospectivo quasi-experimental cruzado	Pacientes de 04 US das províncias de Maputo e Gaza N = 360 pacientes	Intervenção: WAST-Curto/DVIS (Padrão de Ouro); SPSS, 24.0 e RStudio (Coeficiente Kappa de Cohen, Regressão Logística)

2.1. Estudo I - Frequência dos diferentes tipos de VPI em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo retrospectivo

Tipo de estudo: Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa de tipo descritivo e retrospectivo, onde a recolha de dados foi feita num único momento em cada local de estudo.

Perguntas de pesquisa:

- Qual é a frequência dos diferentes tipos de VPI (física, psicológica e sexual) entre os pacientes atendidos no Serviço Nacional de Saúde?
- Que factores sóciodemográficos estão associados a VPI entre os casos registados nas unidades sanitárias do estudo?

População de estudo, amostra e amostragem: A população de estudo foi constituída pelo total de pacientes vítimas de violência registados nos livros de registo dos casos de violência na US, agregados das diferentes portas de entrada - Serviços de Urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de atendimento a vítimas de violência, referentes ao último ano anterior ao estudo (de Fevereiro de 2022 a Fevereiro de 2023).

O tamanho da amostra foi determinado por um processo de amostragem probabilística (estratificada e sistemática), tendo em conta os diferentes tipos de VPI, considerando como parâmetros: a proporção de pacientes que sofreram os diferentes tipos de VPI e a precisão ou margem de erro desejável.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}; n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2} = 384$$

Crítérios de selecção: Foram considerados como critérios de inclusão, ser paciente registado no livro de registo como vítima de violência e com indicação

de parceiro(a) como perpetrador(a) - marido/esposa, namorado(a), durante o último ano anterior ao estudo (de Fevereiro de 2022 a Fevereiro de 2023), com idade igual ou superior a 15 anos.

Recolha de dados: Os dados foram colhidos nos livros de registo de casos de violência nas unidades sanitárias do estudo, onde foram extraídos dados referentes ao sexo, idade e proveniência da vítima, e ainda o tipo de violência registada.

Gestão e análise de dados: Os dados colhidos foram compilados e armazenados electronicamente num ficheiro Excel. Posteriormente, e com recurso ao pacote estatístico R versão 4.3.1, foi feita uma análise descritiva que gerou frequências absolutas e relativas percentuais para a descrição das características sócio-demográficas da amostra em relação a ocorrência de VPI e seus tipos.

Foram também realizados testes de dependência estatística através do teste Qui-quadrado e teste exacto de Fisher com o objectivo de verificar a existência de uma distribuição homogênea ou heterogênea entre as variáveis sócio-demográficas e a ocorrência de VPI e seus tipos. As variáveis foram consideradas significativas se valor de $p < 0.05$. Por fim foram extraídos os modelos de regressão logística OR (Odd Ration = razão de chance), considerando OR significativo sempre diferente de 1.

2.2. Estudo II - Manejo de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo qualitativo

Tipo de estudo: Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa constituído por pesquisa documental (revisão bibliográfica, revisão documental) e entrevistas a profissionais de saúde.

2.2.1. Revisão Bibliográfica

i. Metodologia

- Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica indexada no *PubMed*, que enfoca na VPI, tendo como descritores principais em língua inglesa as palavras: rastreio, diagnóstico, barreiras e África Sub-sahariana. Prioridade foi dada aos artigos mais recentes na altura da pesquisa (2019 - 2020), que foram agrupados por área temática tendo em conta o título, o resumo e a leitura do texto completo, que serviu para a análise final.

ii. Procedimentos

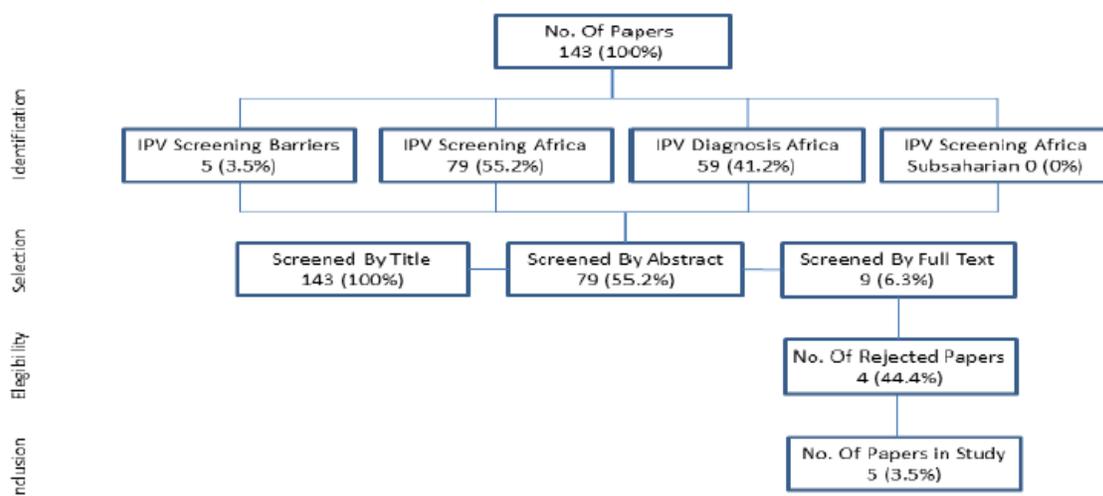


Figura 4 - Procedimentos de selecção dos artigos (Matavel, 2020)

2.2.2. Revisão documental

i. Metodologia

- Tratou-se de uma pesquisa documental (legislação, planos, estratégias, relatórios, guiões) que enfoca no processo de manejo da violência em geral e da VPI em particular, disponível nos arquivos electrónicos e físicos das instituições públicas.

2.2.3. Entrevistas aos Profissionais de Saúde

Perguntas de pesquisa:

- Como se caracteriza o processo de manejo de VPI, incluindo o diagnóstico de VPI no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique?
- Quais as percepções dos profissionais de saúde em relação a VPI?
- Que barreiras específicas os profissionais de saúde enfrentam para o rastreio e diagnóstico de VPI em contexto clínico e como as mesmas interferem no processo de assistência às vítimas?

População de estudo, amostra e amostragem: A população de estudo foi constituída por profissionais de saúde dos Serviços de Urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de atendimento a vítimas de violência envolvidos no atendimento de casos de violência nas unidades sanitárias seleccionadas para o estudo. Os profissionais seleccionados foram estratificados entre: técnicos de medicina, técnicos de psiquiatria e saúde mental, enfermeiras de saúde materno infantil, psicólogos e médicos, onde de forma intencional foram seleccionados 12 profissionais, numa razão de 03 profissionais em cada uma das 04 unidades sanitárias seleccionadas para o estudo.

Crêterios de selecc o: Foram considerados como cr terios de inclusão ser Profissional de Saúde especializado (Enfermeiro/a, Técnico/a, Médico/a, Psicólogo/a); em serviço e afecto há pelo menos um ano, nos Serviços de Urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de atendimento a vítimas de violência das unidades sanitárias escolhidas; que participa no processo de atendimento às vítimas de violência há pelo menos um ano; que assine o termo de consentimento livre e esclarecido.

Recolha de dados: Os respondentes foram convidados a participar em sessões de entrevistas individuais com perguntas abertas, durante o período laboral, com base num guião de entrevista (anexo 2) concebido para o efeito. As entrevistas, com a dura o aproximada de 20 a 30 minutos, decorreram nos locais de trabalho (salas de consulta) dos respondentes, facilitadas pelo pesquisador, depois de terem aceite participar voluntariamente no estudo e assinar os termos de consentimento livre e informado.

Gestão e análise de dados: De modo a conferir solidez no processo de recolha das informa es e da sua análise, e permitir a elabora o de um relatório do conteúdo das entrevistas com base no cruzamento das informa es reveladas e anotadas pelo pesquisador, as entrevistas foram gravadas usando um gravador de voz digital, transcritas para ficheiros em word, codificadas e analisadas com recurso ao programa Nvivo, versão 12, considerando os seguintes construtos:

- Caracteriza o do processo de manejo da VPI;
- Percep es sobre a violência em geral e VPI em particular;
- Dificuldades para o rastreio e diagnóstico de violência em geral e VPI em particular.

Foi realizada uma análise do conteúdo das respostas das entrevistas, num processo que compreendeu a identificação e leitura preliminar dos documentos, a criação das categorias de análise com base nos objectivos do estudo e por fim a interpretação dos resultados.

Os resultados obtidos geraram um relatório descritivo e crítico tendo em conta a literatura e os elementos programáticos do manejo da violência no SNS.

2.3. Estudo III – Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio de VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: um estudo quasi-experimental cruzado

Tratou-se de um estudo de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), que subdividiu-se em 3 sub-estudos, para responder à seguinte pergunta:

- Qual é a efectividade da versão adaptada e traduzida do WAST no rastreio de VPI nas unidades sanitárias do SNS de Moçambique?
- **Sub-Estudo 1** - Adaptação transcultural de uma ferramenta de rastreio da violência pelo parceiro íntimo (WAST) para o contexto moçambicano

Tipo de estudo: A adaptação transcultural adoptou uma abordagem qualitativa.

Amostra e amostragem: Esta componente incluiu um painel de especialistas composto por 05 (cinco) profissionais de Saúde (Psicólogos Clínicos), com experiência clínica de atendimento de casos de violência, aplicação de testes psicológicos e conhecimentos de psicometria.

Recolha e análise de dados: O processo de adaptação transcultural consistiu de três etapas, nomeadamente:

(1) Avaliação da equivalência semântica

Foi feita sob a óptica do referencial do significado (as ideias ou objectos do mundo que um único ou um conjunto de palavras aludem). Se o significado referencial no original e na versão traduzida for o mesmo há uma correspondência literal entre eles (Reichenheim et al., 2000). Este processo compreendeu 4 passos:

Passo 1 - Tradução: Duas traduções independentes e paralelas do instrumento foram realizadas por tradutores profissionais de Inglês para Português (Trad 1 e Trad 2).

Passo 2 - Síntese: As traduções (Trad 1 e Trad 2) foram entregues a um tradutor para harmonização e comparação com a versão original em Inglês. O resultado foi um único instrumento harmonizado e traduzido para o Português (Trad A).

Passo 3 – Retro-tradução: A tradução harmonizada (Trad A) foi entregue a um tradutor, cujo idioma nativo é o Inglês, que traduziu o instrumento em Português (Trad A) para Inglês (Ret A).

Passo 4 – Equivalência Semântica: O instrumento (Ret A) foi submetido a outro tradutor independente dos anteriores, que procedeu com a tradução para Português (Trad A_1). Posteriormente, a equivalência semântica entre o original e a retrotradução Trad A_1 foi verificada.

(2) Avaliação da equivalência conceitual e de termos

Foi baseada no modelo proposto por Herdman et al., (1998) que explicita que os conceitos e dimensões originais devem ser estudados em relação ao enquadramento cultural da nova versão, o que assegura a equivalência.

Assim, a equivalência entre a primeira harmonização - Tradução para o Português (Trad A) e a retrotradução final para o Português (Trad A_1) foi avaliada tendo em conta o significado dos termos ou palavras (equivalência conceitual e de termos).

O significado geral de cada pergunta ou opção de resposta do WAST na versão em Português foi comparada ao original em Inglês, de modo a garantir uma correspondência, tendo em conta o significado das perguntas no contexto cultural.

Com base nos conceitos de violência, seus tipos e curso, que foram utilizados nos documentos orientadores do Ministério da Saúde de Moçambique e prática clínica em Psicologia, o painel de especialistas verificou e discutiu as dimensões e o conteúdo do instrumento original traduzido para o Português para adaptação cultural.

Após este processo e tendo sido confirmada a existência de uma correspondência entre palavras, termos ou conceitos da Trad A e Trad A_1, foi possível propor uma versão preliminar do WAST traduzida para o Português e para uso em Moçambique.

(3) Pré-Teste

Com o objectivo de testar o grau de compreensão e aceitabilidade da versão proposta foi realizado um pré-teste em 10 participantes: 04 profissionais de saúde (1 homem e 3 mulheres), e 06 jovens estudantes (3 homens e 3 mulheres).

Embora o WAST seja um instrumento projectado para rastrear VPI em mulheres, para os propósitos deste estudo foi considerado testar o mesmo para ambos os sexos, a fim de avaliar a possibilidade de um rastreio inclusivo de género.

Os participantes da pré-testagem foram convidados a marcar as perguntas ou termos que considerassem culturalmente incompatíveis ou difíceis de entender. No final responderam a uma pergunta cognitiva única (PCg) para todo instrumento, adicionada para avaliar o nível de compreensão das perguntas.

Para a pergunta cognitiva (PCg) os entrevistados tinham três opções de resposta: (1) Bom, (2) Normal, (3) Mau. Se a maioria considerasse as opções de resposta 2 e/ou 3 na pergunta cognitiva, o instrumento seria devolvido para reavaliação pelo painel de especialistas. O mesmo procedimento seria seguido

se qualquer termo fosse contestado por mais de metade dos participantes, independentemente do seu perfil ou sexo.

As respostas às perguntas do WAST, bem como as perguntas incompatíveis ou de difícil percepção foram devolvidas ao painel de especialistas, para discussão e harmonização, antes de recomendar uma versão preliminar do WAST para o contexto cultural moçambicano.

- **Sub-Estudo 2** - Testagem do instrumento WAST traduzido e adaptado para o contexto cultural moçambicano

Tipo de estudo: Tratou-se de um estudo com abordagem quantitativa de tipo analítico, transversal e retrospectivo.

População de Estudo, Amostra e Amostragem: A população de estudo foi constituída por todos os usuários dos serviços de urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno-Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência.

Através de um processo de aleatorização simples, uma amostra constituída por 96 pacientes foi seleccionada em 2 (duas) unidades sanitárias das cidades de Maputo e Xai-Xai (uma na zona urbana e outra na zona periurbana/rural), para o rastreio da VPI usando a versão do WAST adaptada para o contexto cultural moçambicano.

Crítérios de selecção: Foram considerados como critérios de inclusão: (a) paciente na unidade de saúde, (b) idade 18 anos ou mais, (c) casado ou num relacionamento íntimo, (d) desacompanhado do marido/esposa ou companheiro/a, (d) em boa condição física (observada e auto-reportada), (e) compreensão, fala e leitura de língua portuguesa, (f) disponibilidade para dedicar 5 a 10 minutos respondendo a entrevista que seria conduzida pelo pesquisador.

Como critérios de exclusão foram considerados: (a) pacientes com diagnóstico de perturbação mental e de comportamento, (b) iletrado/a, (c) com sinais de violência (objectiva ou autodeclarada), e (d) acompanhado pelo marido/esposa ou companheiro/a.

Recolha de dados: Os dados foram colhidos nos pontos de entrada de cada unidade sanitária e gabinetes de consulta em que o instrumento, por meio de formulários em papel do instrumento adaptado (WAST), foi aplicado. As respostas foram posteriormente digitalizados e armazenados com recurso ao programa estatístico SPSS.

Gestão e análise de dados: A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS, aplicando-se um nível de significância de 0,05 em todos os testes. Médias e erros padrão, correlações de Pearson (R) e principais componentes de análise foram usados para determinar o número de dimensões inter-relacionadas subjacentes aos construtos no WAST.

A consistência interna das escalas do instrumento foi avaliada com recurso ao cálculo do Alfa de Cronbach (α). Uma classificação de $\alpha < 0,6$ seria considerada inaceitável; entre 0,6 e 0,8 boa e $\alpha \geq 0,8$ excelente (DeVellis, 2012). A escala do WAST curto foi categorizada usando um valor de corte de 4 para positivo (se a escala ≤ 4) e negativo (se a escala > 4).

O Coeficiente Intraclasse (ICC) foi calculado para verificar a consistência ou concordância de valores entre os casos, com base em um modelo de análise de variância de medidas repetidas (ANOVA) com efeitos mistos para consistência, usando medidas médias (Qin et al., 2019). Os valores de ICC são classificados como fracos se ICC $< 0,40$; moderados se entre 0,40 e 0,75; e excelente se ICC $\geq 0,75$. Um teste de aditividade de Turkey foi usado para produzir um teste da suposição de que não existia interação multiplicativa entre itens ou questões. Por fim, uma análise discriminante canônica foi aplicada para

investigar se os itens e a escala de classificação VPI poderiam discriminar entre sexo e entre as categorias curtas do WAST.

- **Sub-Estudo 3** - Validação da versão curta do Woman Abuse Screening Tool (WAST-Short) para uso no SNS de Moçambique: Um estudo quasi-experimental

Tipo de estudo: Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, tendo sido prospectivo quasi-experimental cruzado, no qual as unidades sanitárias foram alocadas para duas abordagens de intervenção em momentos diferentes.

População de Estudo, Amostra e amostragem: A população de estudo foi constituída por todos os usuários dos serviços de urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno-Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência, tendo como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos e estar ou ter mantido relacionamento íntimo nos últimos 6 meses.

Todos os indivíduos tiveram que concordar voluntariamente em participar do estudo e assinar um termo de consentimento informado (anexo 3). Foram excluídos pacientes menores de 18 anos ou que não tiveram relacionamento íntimo nos últimos 6 meses anteriores à intervenção.

Recolha de dados: Os dados foram colhidos nos pontos de entrada em cada unidade sanitária e gabinetes de consulta em que os instrumentos, por meio de formulários em papel dos instrumentos adaptados (WAST e Entrevista Clínica), foram aplicados. Estes foram posteriormente digitalizados e armazenados com recurso ao programa estatístico SPSS.

2.3.1. Intervenção

Consistiu na validação da versão do WAST adaptada culturalmente ao contexto moçambicano (Matavel et al., 2023), através do rastreio de VPI em pacientes

atendidos nas unidades sanitárias seleccionadas para o estudo. Tendo em conta que os resultados da testagem indicaram que as duas escalas do WAST não eram discriminatórias em termos de sexo (WAST-Curto $p = 0,204$, WAST-Long $p = 0,271$), e não são sensíveis aos itens individuais que compõem as escalas ($p > 0,05$) (Matavel et al., 2023), embora o WAST seja um instrumento originalmente concebido para o rastreio de VPI em mulheres, a intervenção envolveu ambos os sexos.

O rastreio de VPI também foi realizado nos mesmos indivíduos por meio de uma entrevista clínica adaptada para efeitos deste estudo (anexo 4), à qual foram adicionadas perguntas específicas sobre VPI, como: (a) medo em relação ao parceiro/a; (b) história de agressões físicas por parte do/a parceiro/a no último ano; (c) história de abuso psicológico ou emocional no último ano por parte do/a parceiro/a e, (d) história de abuso ou ameaça de abuso sexual no último ano por parte do/a parceiro/a, extraídas do instrumento DVIS – *Domestic Violence Initiative Screening* (Iskandar et al., 2015).

O DVIS é uma ferramenta de rastreio da VPI proposta por Basile et al., (2007), para uso pelos profissionais de saúde, às quais o entrevistado deve responder apenas com sim ou não. As respostas para cada pergunta são pontuadas de forma isolada, caracterizando a tipologia da VPI correspondente a cada pergunta (física, emocional/psicológica/sexual).

Tanto o WAST quanto a entrevista clínica adaptada foram aplicados duas vezes durante um período de 4 meses nas quatro unidades sanitárias seleccionadas para o estudo (US I, II, III e IV). As unidades sanitárias foram seleccionadas por conveniência nas províncias de Maputo (US I e IV) e Gaza (US II e III). Os sujeitos do estudo nas unidades sanitárias incluíram todos os usuários dos serviços de urgência, Ginecologia/Obstetrícia ou Maternidade, Saúde Materno-Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental e Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência.

As unidades sanitárias foram designadas aleatoriamente para implementar uma das duas abordagens: AB e BA, duas para cada abordagem (ver detalhes abaixo) durante os primeiros 2 meses, antes de mudar (*crossover*) para a outra abordagem durante os 2 meses seguintes.

De acordo com a ordem de chegada, os participantes (pacientes) de ambos os sexos foram entrevistados para o rastreio da VPI usando as seguintes abordagens:

- **Abordagem AB** – pacientes que respondiam primeiro ao WAST e depois à entrevista clínica adaptada. Esta abordagem iniciou a sua implementação nas US I (Maputo) e US III (Gaza);
- **Abordagem BA** – pacientes que respondiam primeiro à entrevista clínica adaptada e depois ao WAST. Esta abordagem iniciou a sua implementação nas US II (Gaza) e US IV (Maputo).

3. Locais de estudo

O estudo foi realizado no Sul do país, nomeadamente nas províncias de Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade, cobrindo 07 (sete) unidades sanitárias, das quais 03 para o estudo I e 04 para os estudos II e III.

A escolha da região Sul do país e das respectivas unidades sanitárias foi intencional, tendo em conta a proximidade geográfica, cultural e linguística com o pesquisador, mas também o facto de se situarem nas zonas urbanas e peri-urbanas de cada cidade e com serviços que normalmente constituem entradas para potenciais vítimas de VPI, nomeadamente Serviços de urgência, Maternidade, Saúde Materno-Infantil, Estomatologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de atendimento a vítimas de violência. Por outro lado, as unidades sanitárias escolhidas têm contacto com os casos do dia-a-dia, vindos directamente da comunidade e ainda não diagnosticados.

Província de Gaza:

Localiza-se no sul do país, ligada a norte à província de Manica, a nordeste à de Inhambane e a sul à província de Maputo. Também a sul faz fronteira com a África do Sul e a oeste com o Zimbabwe. Na parte sueste tem ainda cerca de 200 km de costa do Oceano Índico. A sua capital é a cidade de Xai-Xai. Possui uma área de 75.709 Km², dividida em 14 distritos com 7 municípios: Chibuto, Chókwè, Macia, Manjacaze, Praia do Bilene, Massingir e Xai-Xai (Figura 5).



Figura 5 – Província de Gaza

De acordo com os resultados do censo de 2017, a província de Gaza possui um total de 1.422.460 habitantes (INE, 2019).

O estudo abrangeu a cidade de Xai-Xai e o distrito de Chókwè.

A cidade de Xai-Xai, com uma superfície de 1.865 Km², é a capital da província de Gaza, geograficamente limitada a sul por Chilaulene e pelo Oceano Índico, a este por Chongoene, a oeste por Chicumbane e a norte pelos rios Limpopo e Ponela. De acordo com os dados do censo populacional de 2017, a cidade de Xai-Xai possui uma população de 141.963 habitantes (INE, 2019).

Por sua vez, o distrito de Chókwè situa-se a sul da província de Gaza, com uma superfície total de 2.600 Km², geograficamente limitada a norte pelo distrito de Mabalane, a nordeste pelo distrito de Guijá, a leste pelo distrito de Chibuto, a sul pelos distritos de Limpopo e Bilene e a oeste pelo distrito de Magude, da província de Maputo. Possui uma população de 192.556 habitantes (INE, 2010).

Na província de Gaza, o estudo foi realizado nas seguintes unidades sanitárias:

- Hospital Provincial de Xai-Xai e Hospital Rural de Chókwè (estudo I);
- Centro de Saúde Marien Ngouabi e Centro de Saúde de Xai-Xai (estudo II e III).

Província e Cidade de Maputo:

A província de Maputo tem como capital a cidade da Matola, situada 10 Km a oeste da cidade de Maputo, a capital do país. Com uma área de 26.058 km², a província de Maputo está dividida em 8 distritos e 4 municípios: Boane, Manhica, Matola e Namaacha (Figura 6). Segundo dados do censo populacional de 2017, a província de Maputo possui 1.968.906 habitantes (INE, 2019).

A cidade de Maputo é a capital do país e detém o estatuto de província desde 1980. Possui uma área de 346,77 Km² e faz fronteira com o distrito de Marracuene, a norte; o município da Matola, a noroeste e oeste; o distrito de Boane, a oeste, e o distrito de Matutuíne, a sul. É composta por sete (7) unidades autárquicas: KaMpfumo, Nlhamankulu, KaMaxaquene, KaMavota, KaMubukwana (distritos urbanos), KaTembe e KaNyaka (distritos municipais). Dados do censo populacional 2017 indicam que a cidade de Maputo possui 1.120. 867 habitantes (INE, 2019).



Na província e cidade de Maputo o estudo foi realizado nas seguintes unidades sanitárias:

- Hospital Geral de Mavalane (estudo I);
- Centro de Saúde 1º de Maio e Centro de Saúde da Machava II (estudos II e III).

4. Limitações do estudo

3.1. Uma das grandes limitações deste estudo em geral prende-se com a natureza do seu objecto, que é subjectiva, sensível e com repercursões para a vítima e perpetrador, o que podia inibir e/ou retrair a disponibilidade dos sujeitos (utentes) participarem e por essa via, fornecerem respostas enviesadas.

3.2. O estudo II sobre o manejo da VPI está focalizado na perspectiva dos serviços e do provedor de saúde, não permitindo analisar o problema sob ponto de vista do utente (vítima de violência em geral e de VPI em particular).

3.3. Os estudos I sobre a frequência dos diferentes tipos de VPI e III de adaptação e validação da ferramenta de rastrio da VPI, apesar de envolverem os utentes, por não serem de natureza qualitativa, não permitem explorar em profundidade a problemática da VPI na perspectiva dos utentes.

3.4. Dificuldade para generalização dos resultados, pelo facto do tipo da amostra que, representando utentes de algumas unidades sanitárias de apenas 02 províncias da região sul do país, não permite uma visão mais alargada dos contextos culturais em que ocorrem as relações íntimas, o que pode remeter a relatividade dos actos que se podem considerar abusivos ou de violência entre parceiros, tendo em conta os diferentes contextos culturais.

3.5. Para o estudo II a limitação está relacionada com a possibilidade de os respondentes, profissionais da saúde, poderem se sentir inibidos e fornecerem respostas enviesadas, minimizando ou ocultando os reais constrangimentos que enfrentam no manejo da VPI, tendo em conta a possibilidade de as informações prestadas poderem ser consideradas igualmente de avaliação da sua competência técnica e qualidade do seu trabalho.

3.6. A característica do estudo III, um estudo quasi-experimental cruzado em que os participantes foram submetidos aos mesmos instrumentos de rastreio nas duas abordagens, coloca a possibilidade de contaminação, pois os participantes podem interagir entre si.

Apesar destas limitações, minimizadas em grande parte pelo cumprimento dos princípios éticos da pesquisa como garantia de anonimato e confidencialidade, tanto dos utentes como dos profissionais e das informações que prestavam, particularmente sobre o funcionamento dos serviços e suas dificuldades de intervenção em contexto clínico, e ainda a impossibilidade de generalização dos resultados, este estudo é de muita relevância para a área de saúde pública e poderá servir de elemento de suporte para o reforço dos planos e estratégias de intervenção no âmbito do combate da VPI.

Por outro lado, os resultados poderão ser usados ou suportar a pertinência de mais estudos e intervenções abrangentes sobre o manejo, rastreio e diagnóstico da VPI no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique.

5. Considerações éticas

Este estudo foi realizado depois da aprovação do respectivo protocolo pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (anexo 5) e pelo Comité Inter-Institucional de Bioética (CIBS) da Faculdade de Medicina e do Hospital Central de Maputo (CIBS-FM&HCM), registado sob referência: CIBS FM&HCM/032/2018 for 10/05/2019 (anexo 6).

Uma autorização para a tradução e adaptação transcultural do instrumento WAST foi solicitada e disponibilizada pela autora do instrumento original (anexo 7).

O estudo está em conformidade com a declaração de Helsinki e todos os participantes concordaram em participar no mesmo e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecimento (anexo 3).

Por outro lado, o estudo obedeceu aos princípios de anonimato mantendo-se anónimos todos os sujeitos (profissionais de saúde e pacientes). A confidencialidade foi garantida pelo compromisso do pesquisador em usar as informações recolhidas apenas para este estudo. Os participantes do estudo gozaram de autonomia para aceitar ou não fazer parte do estudo, sendo que o mesmo obedeceu ao princípio de não-maleficência, tendo em conta que a não participação não poderia prejudicar ou afectar de qualquer jeito o seu trabalho na US, assim como não iria afectar o atendimento e o funcionamento do serviço.

5.1. Potenciais riscos e como foram minimizados

Por se tratar de um estudo que não envolve nenhum tipo de experimento, acarretou riscos mínimos aos participantes. Entretanto, consideração foi dada à possibilidade real de risco de ocorrência do processo de revitimização das vítimas no acto da aplicação e resposta às perguntas do instrumento de rastreio. Este risco foi minimizado com a garantia do seguimento integrado e apoio psicológico da vítima, pós-resultado positivo para VPI. Embora os entrevistados tivessem que fornecer informações e opiniões sobre os serviços, procedimentos e instrumentos de trabalho, não incorreram em riscos de sanções ou outro tipo de medidas disciplinares, pois as informações foram prestadas depois de assinado o termo de consentimento e com a observância de todos os princípios éticos, nomeadamente anonimato, confidencialidade, justiça social, não maleficiência, autonomia e beneficência.

5.2. Consentimento Livre e Informado

Os participantes do estudo foram convidados a assinar os termos de consentimento livre e informado depois da leitura da folha de informação ao participante (anexo 8), seguida pela explicação detalhada sobre a natureza e objectivos do mesmo, com a garantia da observação dos princípios éticos.

5.3. Confidencialidade

Todos os dados e informações colhidas através dos instrumentos de pesquisa foram usados pelo pesquisador apenas para este estudo e exclusivamente para os objectivos do mesmo.

5.4. Potenciais benefícios

Este estudo irá beneficiar o Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta que os resultados servirão para melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de rastreio e diagnóstico prestados na área de violência em geral e VPI em particular. Igualmente, a participação e os resultados do estudo irão beneficiar os participantes - profissionais de saúde envolvidos nesta matéria, que terão a oportunidade de experimentar novas abordagens e reflectir sobre as mesmas, inculcando-se neles a possibilidade de contribuírem para melhorar os procedimentos de rastreio, diagnóstico e manejo da violência no SNS.

Aos utentes com resultados positivos para VPI foi providenciada uma intervenção breve, conduzida pelo profissional de saúde mental da unidade sanitária e na ausência deste, referidos para a unidade sanitária mais próxima para atendimento psicológico, que incluiu o aconselhamento, com oferta de informações sobre os serviços de VPI, ajuda para o desenvolvimento de um plano de segurança e outros comportamentos e atitudes de promoção de segurança necessários, conforme cada caso.

Como benefícios indirectos e na eventualidade da implementação do instrumento de rastreio de VPI (WAST) e das recomendações gerais do estudo, os resultados do mesmo poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, da qualidade e da eficácia do rastreio e diagnóstico da VPI, bem como dos serviços prestados a nível do SNS e das políticas macrosociais.

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS

1. ESTUDO I

1.1. Manuscrito 1 - Frequência dos diferentes tipos de violência pelo parceiro íntimo em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique: Um estudo retrospectivo

No período em estudo foi registado nas 03 unidades sanitárias (Hospital Geral de Mavalane, Hospital Provincial de Xai-Xai e Hospital Rural de Chókwè) um total de 109.416 (100%) utentes nas consultas externas gerais, incluindo serviços de urgência e CAIV, dos quais 1.880 (1.71%) foram vítimas de violência.

Do total das vítimas de violência, 253 (13.4%) foram vítimas de VPI, segundo os critérios definidos na metodologia do estudo.

1.1.1. Características sócio-demográficas

Dos dados colhidos nas unidades sanitárias do estudo, grande parte das vítimas de VPI eram do sexo feminino (n=243; 96%), a faixa etária predominante situava-se entre 15 e 19 anos de idade (n= 126; 49.8%), com a frequência mais alta proveniente das áreas urbanas (n=165; 65.2%), com o Hospital Geral de Mavalane a apresentar maior número de vítimas registadas (n=149; 58.9%). (ver Tabela 4).

Tabela 4. Características sócio-demográficas das vítimas de VPI registadas nos locais de estudo (n = 253)

	n=253	%
Sexo da vítima		
Feminino	243	96.0
Masculino	10	4.0
Faixa Etária		
15–19	126	49.8
20-24	39	15.4
25-29	37	14.6
30-34	20	7.9
35-39	10	4.0
40-44	9	3.6
45-49	5	1.9
> 50	7	2.8
Proveniência da vítima		
Urbano	165	65.2
Rural	88	34.8
Unidade Sanitária		
HG Mavalane	149	58.9
HD Chókwè	74	29.2
HP Xai-Xai	30	11.9
Total	253	100.0

1.1.2. Frequência e caracterização dos casos reportados de VPI

Foi reportado um total de 253 casos de VPI nas 03 US do estudo, onde a VPI de tipo sexual foi a mais predominante (n=169; 66.8%). (ver Tabela 5)

Tabela 5. Frequência dos tipos de VPI

Tipos de VPI	Unidade Sanitária			Total
	HR Chókwè	HGM	HP Xai-Xai	
Física	46 (62.1%)	14 (9.4%)	7 (23.3%)	67 (26.5%)
Sexual	22 (29.8%)	127 (85.2%)	20 (66.7%)	169 (66.8%)
Psicológica	6 (8.1%)	8 (5.4%)	3 (10.0%)	17 (6.7%)
Total das vítimas	74 (29.2%)	149 (58.9%)	30 (11.9%)	253 (100%)

1.1.3. Avaliação das diferenças entre os registos de VPI nas US

A Tabela 6 apresenta os resultados da avaliação das diferenças de registo de casos de VPI nas US, onde se verificam diferenças significativas na ocorrência de VPI nas 03 US avaliadas, indicando que a chance de ocorrer VPI é 4 vezes maior no HGMavalane e 2 vezes maior no HP Xai-Xai em comparação com o HR Chókwè (p=0.040).

Tabela 6 – Avaliação das diferenças entre os registos de violência nas US

Características	OR ¹	95% IC ¹	p-value
Local de recolha			
HR Chókwè	—	—	
HG Mavalane	4.18	2.29, 7.88	<0.001
HP Xai-Xai	2.53	1.04, 6.20	0.040

1.1.4. Associação entre cada tipo de VPI e as características sócio-demográficas

A Tabela 7 apresenta a associação entre cada tipo de VPI e as características sócio-demográficas, onde se pode verificar a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de VPI e a proveniência (rural ou urbana), o que significa que o tipo de VPI relatada pode variar dependendo da proveniência da vítima.

Verifica-se também uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre o tipo de VPI e a faixa etária, que se deve ao facto de diferentes faixas etárias apresentarem diferentes tipos de VPI. Por exemplo, a faixa etária de 15 a 19 apresenta maior taxa de reporte de VPI, observando-se que com o aumento da idade a taxa diminui dependendo da proveniência.

Em relação ao sexo, os resultados indicaram que não houve significância estatística entre o tipo de VPI e o sexo das vítimas ($p = 0.316$), o que sugere que o tipo de VPI relatada não difere significativamente entre homens e mulheres que são vítimas.

Tabela 7 – Associação entre o tipo de VPI e as características sócio-demográficas

Características	Física, N = 67 ¹	Psicológica, N = 17 ¹	Sexual, N = 169 ¹	p-value ²
Sexo				0.316
Feminino	63 (94%)	16 (94%)	164 (97%)	
Masculino	4 (6.0%)	1 (5.9%)	5 (3.0%)	
Idade				<0.001
15 - 19	13 (19%)	6 (35%)	107 (63%)	
20 - 24	9 (13%)	4 (24%)	26 (15%)	
25 - 29	16 (24%)	2 (12%)	19 (11%)	
30 - 34	12 (18%)	2 (12%)	6 (3.6%)	
35 - 39	6 (9.0%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
40 - 44	5 (7.5%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
45 - 49	3 (4.5%)	0 (0%)	2 (1.2%)	
50+	3 (4.5%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
Proveniência				<0.001
Rural	48 (72%)	6 (35%)	34 (20%)	
Urbano	19 (28%)	11 (65%)	135 (80%)	
¹ n (%)				
² Teste exacto de Fisher; Teste Qui-quadrado de Pearson				

1.1.5. Análise das características demográficas associadas à ocorrência de VPI

A Tabela 8 com os resultados da análise das características sócio-demográficas associadas à ocorrência de VPI demonstra que não existem diferenças de casos para o sexo masculino e feminino quando associados à ocorrência da VPI ($p=0.5$), o mesmo observado para as faixas etárias. Porém, para a proveniência das vítimas existem diferenças significativamente estatísticas entre o urbano e rural, quando associadas à ocorrência da VPI. As áreas urbanas têm duas vezes mais chances de reportar casos de VPI ($OR=2.05$) em comparação com as áreas rurais (Tabela 9).

Tabela 8: OR de modelo não ajustado

Características	OR ¹	95% IC ¹	p-value
Sexo			
Masculino	—	—	
Feminino	1.64	0.39, 8.42	0.5
Proveniência			
Rural	—	—	
Urbano	1.88	1.06, 3.35	0.031
Idade			
50+	—	—	
15 – 19	1.08	0.22, 5.79	>0.9
20 – 24	1.75	0.33, 10.1	0.5
25 – 29	1.32	0.25, 7.63	0.7
30 – 34	0.63	0.10, 4.17	0.6
35 – 39	0.35	0.03, 3.05	0.4
40 – 44	0.70	0.08, 5.72	0.7
45 – 49	0.84	0.07, 10.1	0.9

¹ OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confiança

Tabela 9: OR do modelo ajustado

Características	OR ¹	95% IC ¹	p-value
Proveniência			
Rural	—	—	Ref
Urbano	2.05	1.21, 3.51	0.008

¹ OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confiança

2. ESTUDO II

2.1. Manuscrito 2 – Barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para o rastreio de violência pelo parceiro íntimo (VPI) na África Sub-sahariana: Uma revisão da literatura

Através de uma pesquisa de publicações indexadas no PubMed tendo como descritores: rastreio, diagnóstico, barreiras e África Sub-sahariana, foi encontrado um total de 143 estudos, dos quais foram seleccionados pelo título (143/143) - 100%, com base na leitura do resumo (79/143) - 55,2% e leitura do artigo completo (9/143) - 6,3%.

Da análise dos estudos seleccionados, constatou-se que embora a consciencialização sobre o rastreio de VPI nas US esteja a aumentar, a sua implementação varia entre os países, apontando-se para o caso da África Sub-sahariana barreiras a nível pessoal, programático e organizacional.

No nível pessoal, as barreiras incluem aspectos como a sensibilidade do assunto, a formação, bem como a carga e actividade diária dos profissionais de saúde. A nível programático, as barreiras incluem o facto de a VPI ainda não constituir uma prioridade para os serviços de saúde, especialmente no campo da saúde mental. Por fim, as barreiras organizacionais incluem a configuração dos sistemas de saúde como um todo.

2.2. Manuscrito 3 - Manejo, rastreio e diagnóstico da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI), no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique: Um estudo qualitativo

2.2.1. Pesquisa documental

Para o manejo da violência em Moçambique existe, desde 2011, um Mecanismo Multisectorial de Atendimento à Mulher vítima de Violência, integrando os sectores da Saúde, do Género, Criança e Acção Social, do Interior e da Justiça, que levou à criação dos Centros de Atendimento Integrado à Violência (CAIV), materializando o Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (MISAU, 2012).

O acesso ao referido mecanismo é possível através de três portas de entrada: (i) o Centro de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência (CAIV), nos quais estão integrados serviços de saúde, sociais, policiais e jurídicos, disponíveis para todas as vítimas de violência, embora em muitos contextos não existam condições para a sua operacionalização; (ii) o Gabinete de Atendimento à Família e Menor Vítima de Violência (GAFMVV) e (iii) os serviços de urgência das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Do conjunto de medidas de coordenação sectorial entre as diferentes instituições e níveis de implementação: Central, Provincial, Distrital e Unidade Sanitária, destacam-se, entre outras: (i) Advocacia para a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Combate à VBG; (ii) Advocacia para a integração da prevenção da violência nas políticas sociais, educativas e promover igualdade social e de género; (iii) Revisão e actualização das normas e protocolos do sector de saúde relativos à VBG, e a necessidade de assumir a VBG como um programa do Sistema Nacional de Saúde onde o atendimento às vítimas é uma questão de cuidados primários de saúde.

Em unidades sanitárias sem CAIV's, como as seleccionadas para o presente estudo, o atendimento às vítimas de violência é possível através do mecanismo de "paragem única", através do qual os diversos serviços disponíveis de apoio à vítima de violência são prestados num único gabinete ou sala de consulta, pelos diferentes profissionais de saúde de cada especialidade (ver Figura 7). Os registos dos casos são feitos através dos instrumentos de recolha e gestão de dados como a ficha única de notificação de casos de violência (MISAU, 2012).

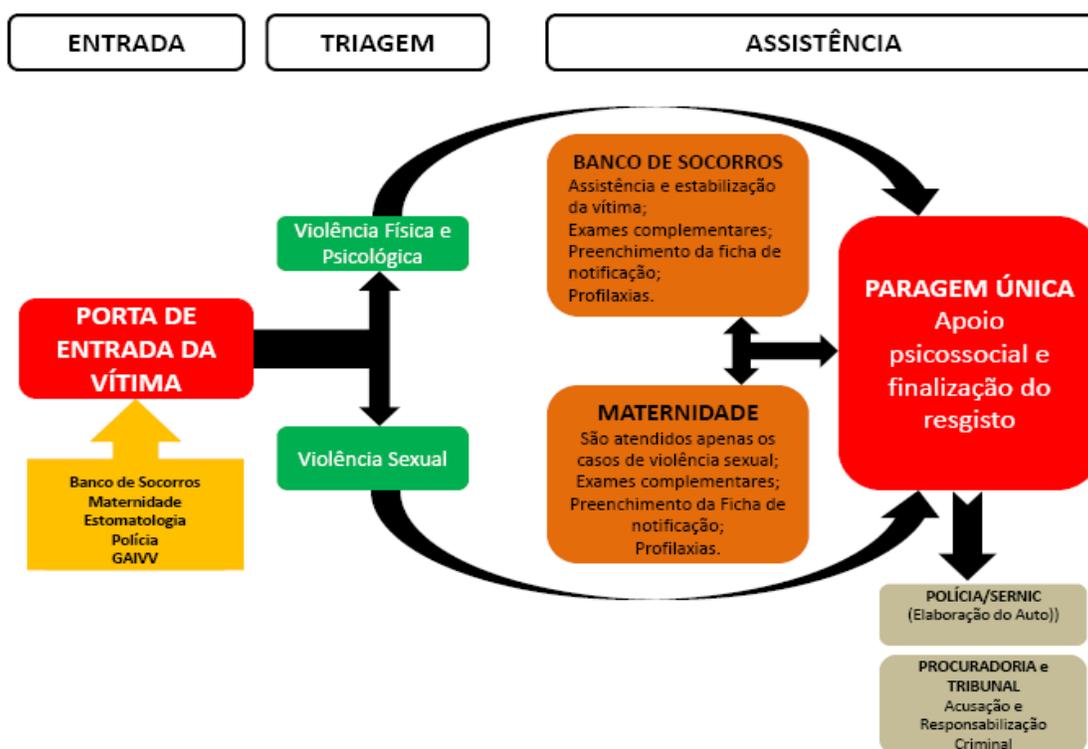


Figura 7 – Ciclo de Atendimento à Vítima de Violência

O Plano Nacional de Acção para resposta à VBG no sector de saúde engloba todas as formas de violência física, sexual, psicológica/emocional em todos os grupos populacionais (mulheres, adolescentes e jovens, populações vulneráveis, populações especiais), mas não inclui a VPI.

Entretanto, o plano aponta para a necessidade de melhoria da coordenação entre as diferentes portas de entrada e seguimento das vítimas, através do aumento da colaboração e troca de informação sobre a prevenção e o tratamento da violência, ou seja, uma maior articulação entre as áreas assistencial das vítimas, saúde pública e formação.

Ainda de acordo com o mesmo plano, a coordenação multisectorial deverá estar orientada para a harmonização e valorização do trabalho conjunto, de modo que a vítima receba um tratamento humanizado e de qualidade ao nível da Saúde, Polícia, Acção Social e Justiça, onde cada um dos actores deve sentir-se parte do processo de prevenção e promoção de mudança de comportamento face à violência. Pressupõe também uma componente de monitoria e avaliação, incluindo de análise das lacunas detectadas na implementação das acções de prevenção e mitigação da VBG, assim como o estabelecimento de um mecanismo eficaz e efectivo de partilha e retro-alimentação de dados sobre a VBG.

De uma forma geral, o manejo dos casos de violência, particularmente nas unidades sanitárias, é descrito no “Guia para o Atendimento Integrado às Vítimas de Violência”, elaborado pelo Ministério da Saúde, que descreve os protocolos específicos de atendimento para casos de violência psicológica, sexual e física, operacionalizados por um “algoritmo de rastreio de violência baseada no género” (Figura 8).

Através da “paragem única” também é feita referência à medicina legal, antes da alta. A consulta de seguimento é marcada para a terceira ou quarta semana, geralmente para a consulta de psiquiatria e saúde mental.

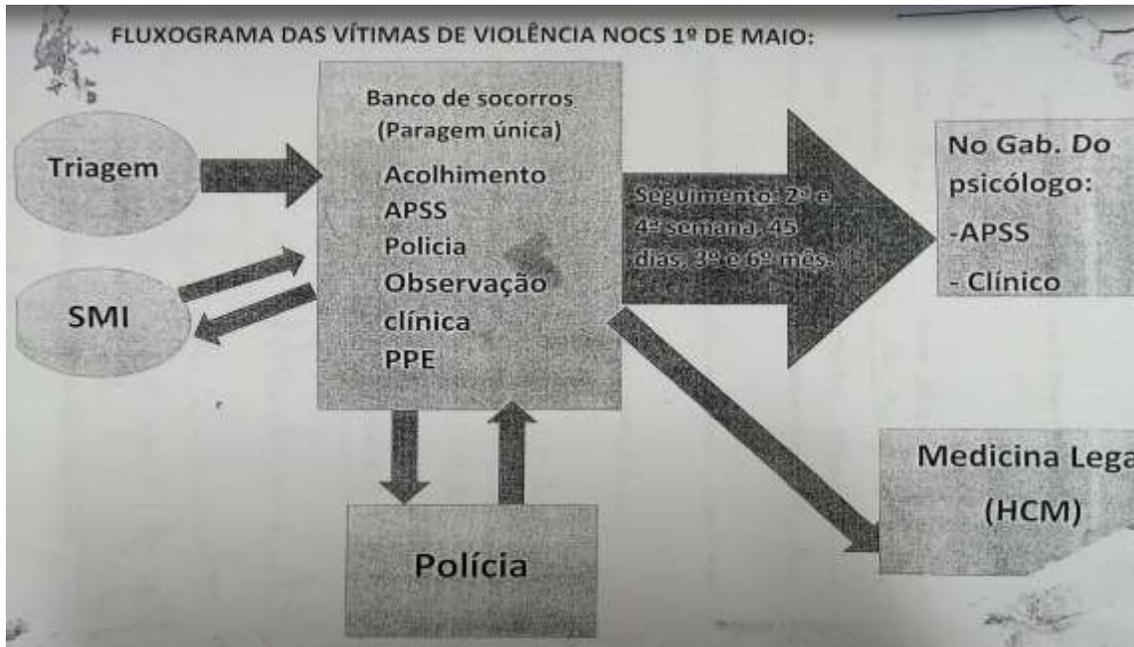


Figura 10 - Fluxograma de atendimento à vítima de violência - Extraído dos documentos do Gabinete de Atendimento às Vítimas de Violência, no Centro de Saúde 1º de Maio – Cidade de Maputo

2.2.2. Entrevistas aos Profissionais de Saúde

2.2.2.1. Características Sócio-demográficas

Foram entrevistados 21 profissionais em 04 unidades sanitárias das províncias de Maputo e Gaza, região sul de Moçambique. Dos 21 profissionais entrevistados, 14 (66.6%) foram do sexo feminino e 7 (33.3%) do sexo masculino (Ver Tabela 10).

Tabela 10 – Características Sócio-demográficas dos entrevistados

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	07	66.6
	Feminino	14	33.3
Profissão	Médicos	02	9.5
	Psicólogos	06	29.0
	Enfermeiros	05	23.8
	Téc. Psiq e S. Mental	08	38.1
Capacitação	VBG	09	42.8
	VPI	00	00.0
Total		21	100.0

2.2.2.3. Percepções dos profissionais de saúde em relação à VPI

Os entrevistados apresentaram fraca familiarização com o termo “Violência pelo Parceiro Íntimo” ou “VPI”, independentemente da categoria profissional. A evidência indica que foram expostos ao conceito no âmbito do estudo, e mesmo os que já tinham ouvido falar mostraram dificuldades com o termo, o que resulta na dificuldade em dar uma definição clara,

“Violência pelo parceiro íntimo? Sim, já ouvi falar. Não sabia muito bem. Mas como falou naquele dia, já sei.....” Ent.3_MPT_1M

“Violência pelo parceiro íntimo... Não,... acho que se lembra que o Doutor já veio falar sobre isso...” Ent.2_XX_CS

“Hummm, eu o termo nunca ouvi, só posso imaginar o que é, mas nunca falamos disso aí.” Ent.7_MPT_1M

“Violência de... hannn, parceiro? Hummm, eu acho que é VBG entre casais”. Ent.6_XX_CS

“Eu ouvi assim ao alto antes, mas eu tive um pouquinho mais de conhecimento e interação quando começamos a interagir”.

Ent.2_XX_MG

Assim, a tentativa de definição de “violência pelo parceiro íntimo” ou VPI pelos entrevistados resultou num tipo de violência que acontece entre parceiros e que pode ser física, sexual e psicológica:

“Por exemplo assim, eu tenho o meu marido, então ele quer manter relações comigo mas não entra em consenso comigo, ele quer manter à força...” Ent.3_MPT_1M

“Só posso imaginar o que é, mas nunca falamos disso aí. É violência entre casados e namorados; violência na intimidade, força na intimidade, uso de palavras na intimidade” Ent.9_XX_CS

“É violência também, entre pessoas íntimas, que são casais ou namorados.”. Ent.7_XX_MG

“Bem, não sei muito bem, mas é... é o mesmo que violência baseada no género, sabe quando os parceiros se envolvem na violência”.

Ent.6_XX_CS

2.2.2.4. Rastreio, diagnóstico e práticas de intervenção em contexto clínico

Embora os entrevistados não conheçam os procedimentos para o atendimento específico de casos de VPI, e não utilizem nenhum instrumento específico para o rastreio e/ou diagnóstico da VPI, referem conhecer os procedimentos de atendimento e referência de casos de violência no geral e VBG, que se baseiam num atendimento integrado na chamada “paragem única”:

“Quando chega um utente normal, entra aqui na consulta, começamos a fazer anamnese, então ele diz o que leva a ele a vir aqui no hospital, então nós pensamos que isso é uma violência. Então quando nós achamos que é violência, nós levamos o paciente para o gabinete onde se atende a violência, quer dizer, casos de VBG porque tem um gabinete específico. E lá, chegado lá, tem que estar lá o clínico, tem que estar o psicólogo, qualquer intervenção que precisa-se fazer com aquele paciente tem que se chamar o clínico para aquele gabinete. O paciente não pode andar de gabinete em gabinete, é paragem única”. Ent.1_XX_CS

“...Quando descobrimos que a pessoa sofreu violência, levamos a paciente para o gabinete que é paragem única, onde se atende a violência. Lá tem todos, aliás, fazemos a interconsulta neh, tem psicólogo, polícia, também tem um agente da Acção Social, um clínico, também atende...” Ent.8_MPT_M2

As práticas de intervenção resumem-se à implementação da directiva de atendimento de casos de violência no sistema de “paragem única”, que se resume ao atendimento de cada caso num único gabinete, onde se encontram concentrados todos os profissionais de saúde de diversas especialidades, entre eles, médicos, psicólogos, técnicos de medicina, assistentes sociais, e ainda um sistema de referência e contra-referência entre a “paragem única” e a unidade policial mais próxima, evitando a movimentação da vítima entre os gabinetes de atendimento da unidade sanitária, como citado a seguir:

“...nós temos um ponto fixo, por exemplo que neste caso aqui é o SAAJ, onde todo o tipo de violência é encaminhado para lá (é o modelo de paragem única) sim, sim, está lá o psicólogo, está lá alguém da Acção Social, solicitamos a polícia, então quando o paciente chega, todos nós nos encontramos para atender”. Ent.3_XX_CS

"...geralmente, na maioria das vezes, as vítimas já vêm com o parecer da polícia, então chegam aqui, o gabinete número 1, no qual são atendimentos, é o gabinete de VBG (violência baseada no gênero) que é paragem única, e são atendidos em função das necessidades, são encaminhados para acompanhamento psicológico, mas também para ver se podem também haver uma necessidade de assistência social, portanto são encaminhados para o sector de assistência social... praticamente é um ciclo neh... polícia, gabinete médico ou das consultas clínicas, depois apoio psicológico, acção social e depois volta de novo para a polícia, apresentar..." Ent.4_MPT_1M

Na paragem única o diagnóstico é muitas vezes objectivo, dependendo dos sinais existentes de violência, ou auto-reportada. Outros casos chegam aos gabinetes por encaminhamento dos familiares, referência da polícia, e outros ainda por suspeita do profissional durante a entrevista clínica por outras queixas, dependendo muitas vezes da "intuição" e da experiência de cada profissional.

"...através da anamnese, ou a história que a paciente vai contar... ou através de uma avaliação clínica, nesse caso até pode até não contar, mas podemos ver que tem um sinal, ou um hematoma, que nos pode fazer chegar que pode estar a mentir, mas que é uma vítima de VBG"
Ent.5_MPT_M2

*"...segundo o que o nosso paciente conta, nós vamos chegar a um consenso que isto aqui é uma violência"*Ent.12_MPT_M2

*"...em função da história, muitas das vezes os pacientes já dizem eu fui agredida, eu fui violada ou violentada."*Ent.11_XX_MG

2.2.2.5. Barreiras enfrentadas para o rastreio e diagnóstico de VPI em contexto clínico nas US seleccionadas

A principal barreira enfrentada pelos profissionais prende-se com a fraca percepção dos profissionais em relação à VPI, associada à ausência de instrumentos específicos de rastreio e diagnóstico da violência,

..."Acho que o banco de socorros deve ter aquele, hummm, como posso dizer, é um formulário, não é bem bem um formulário, tem um, uma ficha que se preenche..." Instrumento de diagnóstico como tal, não tem"

Ent.3_XX_CS

... "Para te ser sincero nós não temos uma directriz eh, escrita ou fixada neh, já procuramos exigir isso mas nunca nos foi facultado pela responsável mesmo distrital, não sei se ela também tem ou não, mas já procuramos, não tem"

Ent.6_XX_MG

..."De momento como não temos material, não é fácil descobrir, mas no interrogamento dá para descobrir que essa pessoa sofre violência"

Ent.2_MPT_1M

Por outro lado, os profissionais referem-se às dificuldades que as vítimas apresentam para revelar as agressões e os seus contextos, devido a falta de privacidade, a dificuldade em prestar assistência pela carga de trabalho e ainda à percepção da sua fraca capacidade técnica para o manejo dos casos de forma satisfatória para o utente.

"...mas alguns têm receio de falar, acho que porque às vezes somos mais de uma pessoa na sala"

Ent.8_MPT_1M

"...eu acho que é difícil a pessoa se abrir sem saber se vai ter ajuda ou não. Porque uma pessoa quando te fala do seu problema, quer dizer, do seu caso, está à procura de ajuda"

Ent.5_MPT_M2

"...as nossas salas de consulta não ajudam, e por causa do APSS não temos muito tempo para tratar de outros assuntos que não seja apoio psicossocial"
Ent.7_XX_MG

*"...outras quando começa a perguntar o que se passa, começa logo a chorar. Aí, hummm, não tenho tempo para atender choro, mando logo para a psicóloga. Temos muitos pacientes, esperar alguém terminar de chorar, os outros pacientes não vão gostar"*Ent.3_XX_CS

3. ESTUDO III

3.1. Manuscrito 4 – Adaptação transcultural de uma ferramenta de rastreio da violência pelo parceiro íntimo (WAST) para o contexto moçambicano

O processo de adaptação, testagem e validação do WAST compreendeu inicialmente as etapas apresentadas no diagrama abaixo (Figura 11) e descritas a seguir.

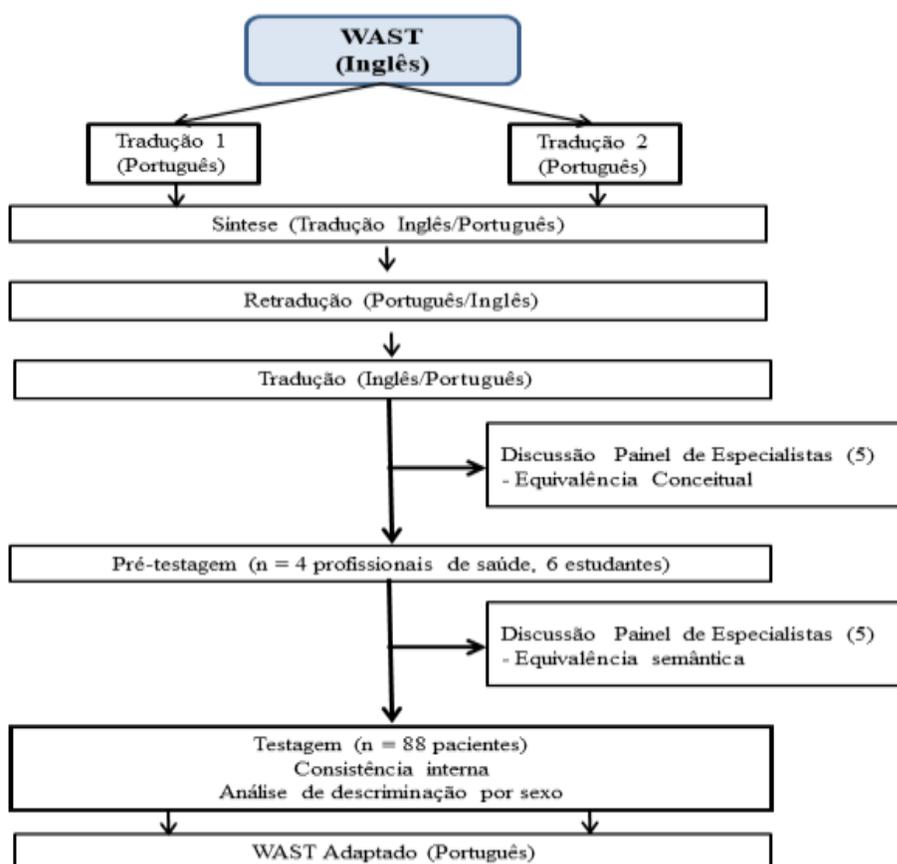


Figura 11 - Processo de adaptação, testagem e validação do WAST (Matavel et al., 2023)

A adaptação transcultural consistiu em duas etapas, nomeadamente: (1) Avaliação da equivalência semântica e (2) Avaliação da equivalência conceitual e de termos usando o modelo proposto por (Herdman et al., 1998), que considera a possibilidade de correspondência sem assumir a equivalência entre

os construtos das diferentes culturas, devendo ser confirmados para que se considere completo o processo de adaptação transcultural.

3.1.1. Avaliação da equivalência semântica

A Tabela 11 resume os resultados dos passos 1 a 3, com os itens do instrumento original em Inglês, as duas traduções, a síntese das traduções, a retradução e a tradução final em Português. Ainda na mesma Tabela, é apresentado o resultado final - o instrumento adaptado resultante da avaliação das equivalências semântica, conceitual e de termos.

Tabela 11 - Avaliação da equivalência semântica do instrumento WAST na versão original em Inglês e duas versões em Português

Perg	Instrumento original WAST	Tradução 1 (Ing-Port)	Tradução 2 (Ing-Port)	Tradução A Síntese (Ing-Port)	Retradução A (Port – Ing)	Tradução A 1 (Ing – Port)	Instrumento Adaptado WAST
P1	In general, how would you describe your relationship?	Em geral, como descreves o seu relacionamento com o teu parceiro?	Em geral como poderias descrever o teu relacionamento ?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu parceiro?	In general, how do you describe your relationship with your partner?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu parceiro?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu/sua parceiro/a?
P2	Do you and your partner work out arguments with discussion	Tu e o teu parceiro discutem os assuntos com	Você e o seu parceiro discutem os assuntos com	Você e o seu parceiro discutem os vossos assuntos com	You and your partner discuss your arguments with	Você e seu parceiro discutem os vossos assuntos com	Você e seu/sua parceiro/a discutem os vossos assuntos (complicados/problemáticos) com:
P3	Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?	As discussões que já tiveram no passado tem sempre resultado na tua má disposição ?	As vossas discussões sempre terminam consigo se sentindo mal ou para baixo?	As vossas discussões terminam sempre mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo?	Do your discussions always end badly for both of you or you feeling bad about yourself?	As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo?	As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo/a?
P4	Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?	Será que as discussões que tiveram resultaram em pontapés, chutos ou empurrões?	As vossas discussões sempre resultam em pontapés, chutos ou empurrões?	As vossas discussões resultam em agressões físicas?	Do your discussions result in physical aggression?	As vossas discussões resultam em agressões físicas?	As vossas discussões resultam em agressões físicas (ser batido/a, baterem-se, chutarem-se ou empurrarem-se)?
P5	Do you ever feel frightened by what your partner says or does?	Já te sentiste assustado com o que teu parceiro diz ou faz?	Você já se sentiu assustado com o que o seu parceiro diz ou faz?	Já se sentiu assustado com o que seu parceiro diz ou faz?	Have you ever been scared of what your partner says or does?	Você já se sentiu assustado com o que seu parceiro diz ou faz?	Você já se sentiu assustado com o que seu/sua parceiro/a diz ou faz?
P6	Has your partner ever abused you physically?	Já sofreu violência física por parte do teu parceiro?	O seu parceiro já abusou fisicamente de si?	Seu parceiro já abusou fisicamente de si	Your partner has already physically abused you	Seu parceiro já abusou fisicamente de si	Seu/sua parceiro/a já abusou fisicamente de si (bater, chutar, usar força física)?
P7	Has your partner ever abused you emotionally?	Alguma vez o teu parceiro te abusou psicologicamente?	O seu parceiro já abusou emocionalmente e de si?	Seu parceiro já abusou emocionalmente de si?	Has your partner ever abused you emotionally?	Seu parceiro já abusou de si emocionalmente?	Seu/sua parceiro/a já abusou de si emocionalmente (insultar, falar mal)?
P8	Has your partner ever abused you sexually?	Alguma vez sofreu violência sexual por parte do teu parceiro?	O seu parceiro já abusou sexualmente de si?	Seu parceiro já a obrigou a manter relações sexuais?	Has your partner ever forced you to have sex?	Seu parceiro já obrigou a manter relações sexuais?	Seu/sua parceiro/a já o/a obrigou a manter relações sexuais?

3.1.2. Avaliação da equivalência conceitual e de itens

Após a combinação das duas primeiras traduções Inglês-Português (Trad A), o painel de discussão concluiu que não havia dificuldades aparentes na compreensão das perguntas. No entanto, sugeriu a alteração de alguns itens de resposta:

- Em relação a primeira pergunta (P1) sobre a descrição geral do relacionamento (Tabela 11), alteração das respectivas opções de resposta da palavra "tensão" para "problema", por se considerar a palavra "tensão" não muito esclarecedora e de difícil compreensão, particularmente para pessoas menos escolarizadas, enquanto a palavra "problema" foi considerada mais adequada e de fácil compreensão tanto sob ponto de vista do significado como do contexto.

Assim, as opções de resposta para a primeira questão (P1) passaram a ser: "Muito Problemática", "Pouco Problemática", "Sem Problemas".

Outra questão discutida foi em relação ao termo "abuso" (P6, P7), onde um dos membros do painel de discussão sugeriu a possibilidade de alteração do mesmo, por achar ser de interpretação relativa no contexto moçambicano:

- "Muitas vezes o marido não abusa, pode sim obrigar ou forçar a mulher a manter relações sexuais" – Especialista #3.

Entretanto, depois da discussão, o painel decidiu manter o termo "abuso" como forma de consciencializar os profissionais e a sociedade para reconhecer que o acto de forçar ou obrigar o outro configura uma forma de abuso:

- "De uma ou de outra forma, obrigar, forçar a mulher ou o homem a manter relações sexuais ou cópula não consentida, como queiramos dizer, é sim uma forma de abuso e prefiro que deixemos assim" – Especialista #1.

Por fim, o painel de discussão sugeriu e concordou que nas perguntas relativas aos abusos físico, emocional e sexual (P6, P7, P8) fossem colocados os

respectivos exemplos, isto é, como os actos poderiam ser caracterizados para melhor compreensão, descriminadamente:

- a) Abuso físico - bater, empurrar, chutar;
- b) Abuso sexual - forçar a manter relações sexuais, forçar a aceitar posições ou práticas sexuais;
- c) Abuso emocional - insultar, falar mal, desprezar, humilhar.

3.1.3. Pré-teste: 10 participantes (04 profissionais da saúde - 1 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) e 06 jovens estudantes (03 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), escolhidos de forma aleatória e contactados de forma individual, responderam ao instrumento numa média de tempo entre 4 e 7 minutos, tendo sido o tempo máximo para os casos em que o respondente teve necessidade de reflectir um pouco mais na pergunta e sobre o seu relacionamento.

Deste grupo, 05 (50%), sendo 03 do sexo masculino e 02 do sexo feminino, contestaram o termo "abuso", sugerindo por exemplo "relações sexuais forçadas" quando se tratasse de abuso sexual.

Em relação a pergunta cognitiva - PCg todos respondentes consideraram "Bom" o nível de compreensão das questões.

Com estes resultados, o painel de discussão considerou satisfatória a tradução e adaptação transcultural do WAST (**Trad A_1**) para o contexto moçambicano, e concordou assumir a versão harmonizada e final do instrumento – WAST-M (ver Figura 12).

Instrumento de Rastreo da Violência pelo Parceiro Íntimo (WAST-M)

1. Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu/sua parceiro/a?
 Muita Problemático Um Pouco Problemático Sem Problemas

2. Você e seu/sua parceiro/a discutem os vossos assuntos (complicados/problemáticos) com:
 Grande dificuldade Alguma dificuldade Sem dificuldade

3. As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo/a?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

4. As vossas discussões resultam em agressões físicas (ser batido/a, baterem-se, chutar ou empurrar)?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

5. Você já se sentiu assustado/a com o que seu/sua parceiro/a diz ou faz?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

6. Seu/sua parceiro/a já abusou fisicamente de si (bater, chutar, usar força física)?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

7. Seu/sua parceiro/a já abusou de si emocionalmente (insultar, falar mal, desprezar, humilhar)?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

8. Seu/sua parceiro/a já o/a obrigou a manter relações sexuais?
 Muitas vezes Às vezes Nunca

Idade: 18 – 21Anos 22 – 25Anos 26 – 29Anos Mais de 30Anos

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteira (o) Casada (o) ou União de facto Divorciada(o) ou Separada (o) Viúva (o)

Ocupação: Estudante Doméstica (o) Assalariada (o) Conta Própria

Escolaridade: Iltrado Primário Secundário Superior

Adaptado de: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). application of the woman abuse screening tool (wast) and wast-short in the family practice setting. *Journal of family practice*, 49, 896-903.

Figura 12 - Instrumento de Rastreo da Violência pelo Parceiro Íntimo (WAST-M)

3.1.4. Testagem

Um total de 88 pacientes foram avaliados, dos quais 48 (54,5%) eram do sexo feminino e 40 (45,5%) do masculino, a maioria na faixa etária de 26 a 29 anos (67%). Quase metade (46.1%) possuía algum grau de instrução e 28.1% estavam desempregados (Ver Tabela 12).

Tabela 12 – Características Sócio-demográficas dos participantes

	n = 88	%
Idade		
18-21	7	7.9
22-25	16	18.0
26-29	59	66.3
Mais de 30 Anos	6	6.7
Sexo		
Masculino	40	45.5
Feminino	48	54.5
Estado Civil		
Solteiro(a)	36	40.4
Casado(a)/União Facto	37	41.6
Divorciado(a)/Separado(a)	8	9.0
Viúvo(a)	7	7.9
Ocupação		
Estudante	22	24.7
Doméstico	25	28.1
Assalariado(a)	20	22.5
Conta Própria	21	23.6
Escolaridade		
Iletrado(a)	6	6.7
Primário	26	29.2
Secundário	41	46.1
Superior	15	16.9

As pontuações médias para Q1, Q2 e Q3 foram relativamente baixas, indicativo de que uma grande parte de pacientes sofreu VPI (ver Figura 13).

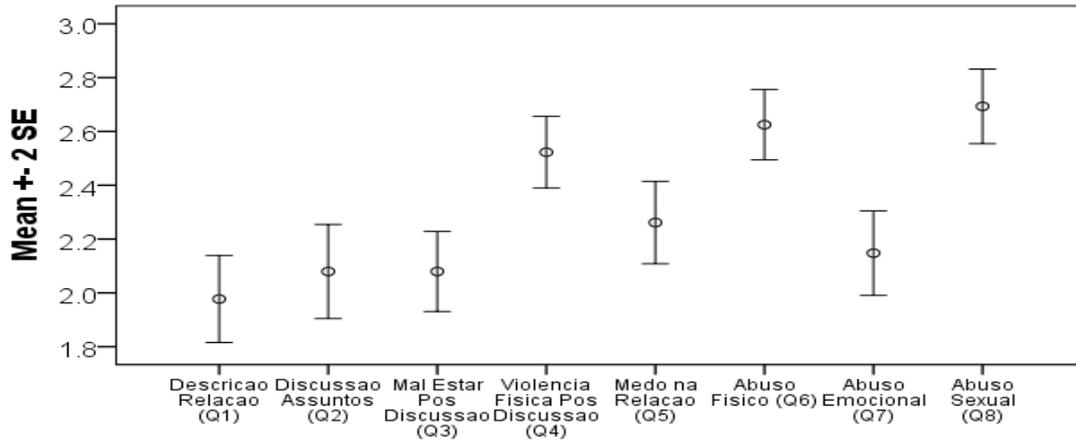


Figura 13 – Gráfico de Média ± 2 erro padrão (se) para as 8 questões do questionário WAST-M

As correlações foram de baixas a moderadas para a maioria dos pares de questões (ver Figura 14), com a correlação mais alta observada para os pares Q1 e Q2 ($R = 0.69$, $p < 0.001$) e Q4 e Q6 ($R = 0.67$, $p < 0.001$).

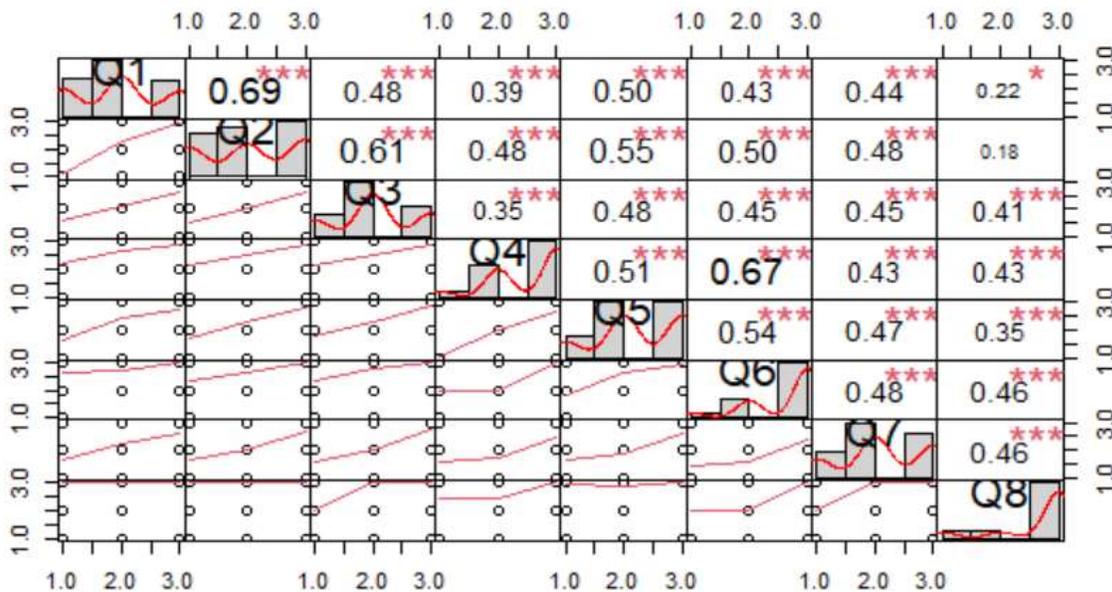


Figura 14 - Gráfico de correlação para as 8 questões do questionário WAST-M. As estrelas indicam o nível de significância da correlação R de Pearson ($p < 0.001$ ***, $p < 0.01$ ** , $p < 0.05$ *)

3.1.4.1. Determinação do número de escalas no questionário WAST-M

As correlações também indicam a existência de dois construtos subjacentes, conforme mostrado pelos resultados da análise de componentes principais (PC) abaixo (ver Figura 15), onde os dois primeiros componentes principais explicaram quase 70% da variação total nas 8 questões, e tiveram desvios padrão maiores do que 1.

PC1 foi altamente correlacionado com Q1 e Q2, enquanto PC2 foi altamente correlacionado com Q4, Q6 e Q8. Isso indicou claramente que, embora o instrumento seja geralmente implementado usando as 8 questões, existem duas escalas que podem ser avaliadas separadamente: WAST-M curto (Q1 e Q2) e avaliação VPI ou WAST-M longo (Q3 - Q8).

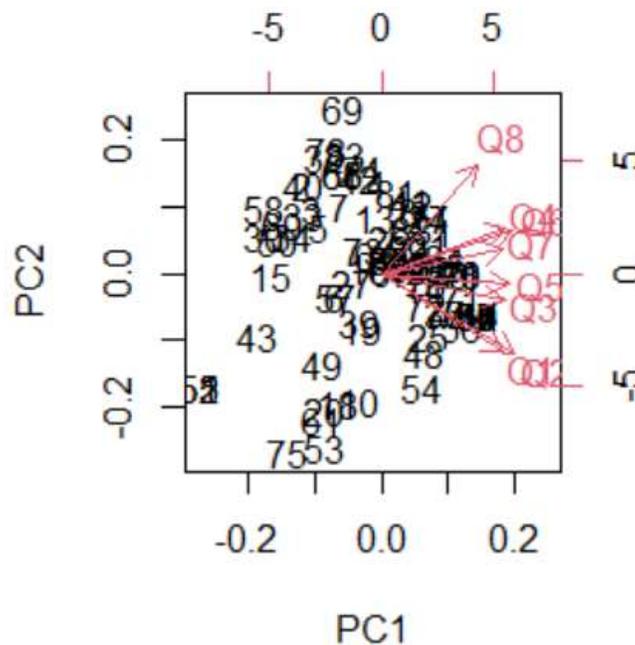


Figura 15 - Gráfico Biplot de uma análise dos componentes principais nas 8 perguntas do questionário WAST-M. Desvio padrão para PC1 = 2.06 e para PC2 = 1.02

3.1.4.2. Confiabilidade das escalas

O Alpha de Cronbach (α) para ambas as escalas foi superior a 0.8, o que indica boa consistência interna, ou seja, que os itens das escalas WAST-M curto ($\alpha = 0.813$) e da avaliação VPI ou WAST-M longo ($\alpha = 0.834$) são altamente relacionados entre si. Além disso, a correlação intraclass foi excelente para ambas as escalas ($ICC > 0.8$), indicação de uma boa consistência interpaciente ou repetibilidade do questionário (ver Tabela 13).

O teste de aditividade de Tukey para ambas as escalas falhou em rejeitar o nulo, implicando que o item em ambas as escalas não tem interação multiplicativa e pode ser acumulado.

A pontuação média para o WAST-M curto foi de 4,06 com desvio padrão de 1,45. Usando esse valor médio como ponto de corte para uma versão dicotomizada desse construto, 53 pacientes (50,9% homens e 49,1% mulheres) tiveram escore positivo (VPI positivo) e 35 pacientes (62,9% mulheres e 37,1% masculino) com escore negativo (VPI negativo).

Tabela 13 - Análise de confiabilidade: consistência interna e ICC

Escalas	Média	DP	Alpha α	ICC (p-value)	Não aditividade p-value
WAST-M curto (itens=2)	4.06	1.45	0.813	0.813 (p<0.001)	0.318
WAST-M longo (itens = 6)	14.33	2.99	0.834	0.835 (p<0.001)	0.188

DP = Desvio-padrão

ICC = Correlação Intra-classe (do Inglês, *Intra-class correlation*)

3.1.4.3. Discriminação por Género

Os resultados da análise discriminante, apresentados na Tabela 14 abaixo, mostram que ambas as escalas não puderam discriminar entre homens e mulheres (WAST-M curto $p = 0.204$, avaliação de VPI ou WAST-M longo $p = 0.271$), nem os itens individuais que compõem essas escalas ($p > 0.05$).

Tabela 14 - Análise discriminante: Teste Lambda de Wilks de igualdade de médias de grupo

Escalas e itens	Sexo (feminino=48, masculino=40)	WAST-M categorizado (positivo=53, negativo=35)
WAST-M Curto	0.963 ($p = 0.204$)	---
Q1	0.966 ($p = 0.085$)	---
Q2	0.992 ($p = 0.409$)	---
WAST-M Longo	0.913 ($p = 0.271$)	0.650 ($p < 0.001$)
Q3	0.995 ($p = 0.507$)	0.774 ($p < 0.001$)
Q4	0.994 ($p = 0.477$)	0.840 ($p < 0.001$)
Q5	0.979 ($p = 0.177$)	0.852 ($p < 0.001$)
Q6	0.978 ($p = 0.163$)	0.820 ($p < 0.001$)
Q7	0.991 ($p = 0.371$)	0.859 ($p < 0.001$)
Q8	0.977 ($p = 0.160$)	0.982 ($p = 0.212$)

No entanto, os escores médios da avaliação de VPI para pacientes com um positivo categorizado para WAST-M (VPI positivo) foram significativamente diferentes daqueles com um negativo categorizado para WAST-M (VPI negativo) ($p < 0,001$).

Na verdade, os três (3) melhores discriminadores entre uma experiência de VPI ou não, são os itens ou perguntas Q3, Q6 e Q4, respectivamente (ver Figura 16).



Figura 16 - Gráfico de Correlações canônicas para a função discriminante do WAST-M categorizado

3.2. Manuscrito 5 – Validação do WAST-S em unidades sanitárias seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique. Um estudo quasi-experimental cruzado

Este sub-estudo consistiu numa intervenção com vista à validação da versão do WAST adaptada culturalmente ao contexto moçambicano (Matavel et al., 2023). Adoptou uma abordagem quantitativa, tendo sido prospectivo quasi-experimental cruzado, no qual 04 (quatro) unidades sanitárias foram alocadas para duas abordagens de intervenção - rastreio de VPI em pacientes atendidos, em momentos diferentes.

Embora o WAST seja um instrumento originalmente concebido para o rastreio de VPI em mulheres, para esta intervenção foi aplicado a ambos os sexos, tendo em conta os resultados da testagem efectuada por (Matavel et al., 2023) que indicaram que as duas escalas do WAST não eram discriminatórias em termos de sexo (WAST-Curto $p = 0,204$, WAST-Longo $p = 0,271$), e não são sensíveis aos itens individuais que compõem as escalas ($p > 0,05$).

O rastreio de VPI também foi realizado nos mesmos indivíduos por meio de uma entrevista clínica adaptada do DVIS – *Domestic Violence Initiative Screening* (Iskandar et al., 2015), uma ferramenta de rastreio da VPI proposta

por Basile et al., (2007), para uso pelos profissionais de saúde, às quais o entrevistado deve responder apenas com sim ou não.

Tanto o WAST quanto a entrevista clínica adaptada foram aplicados duas vezes durante um período de 4 meses nas quatro unidades sanitárias seleccionadas para o estudo (US I, II, III e IV). As unidades sanitárias foram seleccionadas por conveniência nas províncias de Maputo (US I e IV) e Gaza (US II e III).

As unidades sanitárias foram designadas aleatoriamente para implementar uma das duas intervenções: AB e BA, duas para cada abordagem (Figura 17) durante os primeiros 2 meses, antes de mudar (*crossover*) para a outra abordagem durante os 2 meses seguintes.

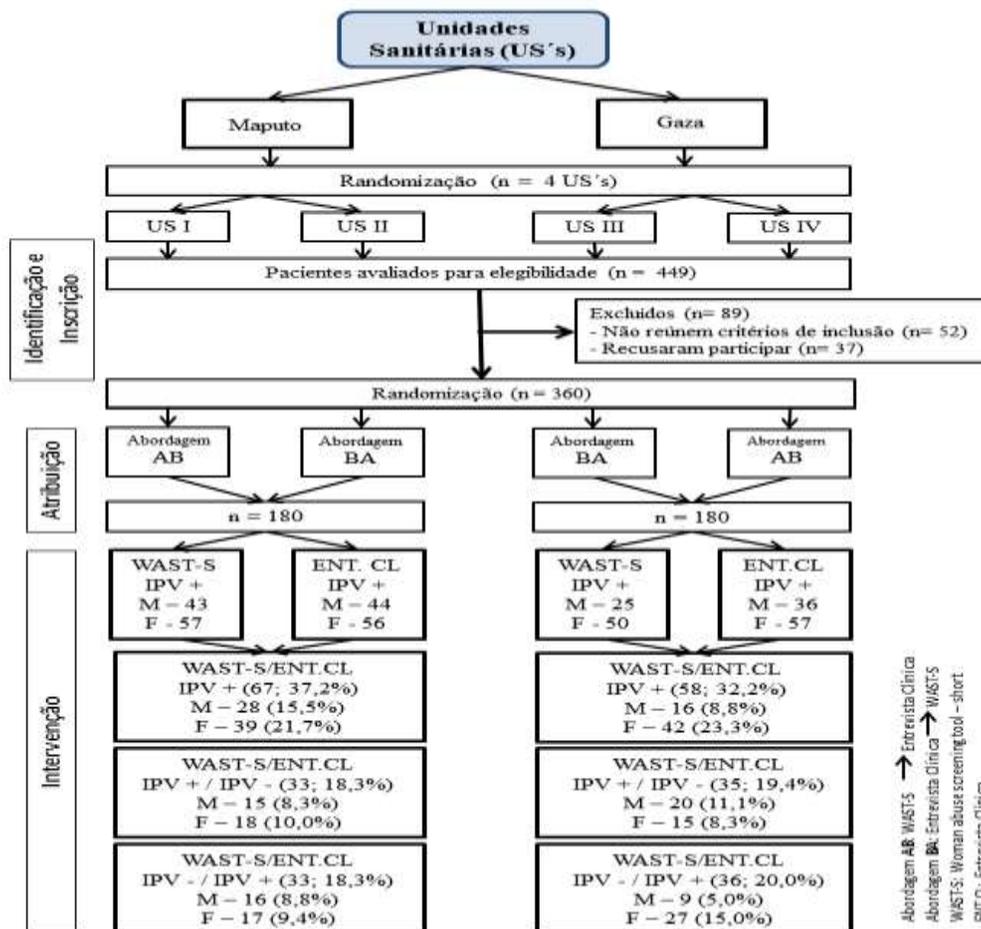


Figura 17 - Intervenção de validação do WAST

3.2.1. Características dos participantes

Dos 440 pacientes avaliados para elegibilidade, 89 foram excluídos: não preencheram os critérios de inclusão (n= 52), recusaram-se a participar (n= 37). Do total de participantes do estudo (n=360) que concordaram em participar, 220 (61,1%) eram do sexo feminino e 140 (38,9%) do sexo masculino. A maioria dos participantes (175 - 48,6%) tinha entre 26 e 29 anos e eram legalmente casados (168 - 46,7%) ou legalmente solteiros, mas vivendo em regime de união de facto (144 - 40,0%) e com ensino médio completo (178 - 49,4%), como apresentado na tabela 15 abaixo.

Tabela 15 - Características sócio-demográficas dos participantes

		n = 360	%
Idade	18-21	28	7.8
	22-25	66	18.3
	26-29	175	48.6
	Mais de 30 Anos	91	25.3
Sexo	Masculino	140	38.9
	Feminino	220	61.1
Estado Civil	Solteiro(a) em união de facto	144	40.0
	Casado(a)	168	46.7
	Divorciado(a)	29	8.1
	Viúvo(a)	19	5.3
Ocupação	Estudante	64	17.8
	Doméstico	89	24.7
	Assalariado	137	38.1
	Conta própria	70	19.4
Escolaridade	Iletrado	22	6.1
	Primária	90	25.0
	Secundária	178	49.4
	Superior	70	19.4

3.2.2. Concordância entre as escalas do WAST-Curto e a Entrevista Clínica Adaptada

Usando a abordagem AB, a taxa de classificação incorrecta foi de 36,9% (IC 95%: 29,4 - 44,9%) e a concordância geral medida pelo Kappa de Cohen de 0,258 (IC 95%: 0,224 - 0,292), indicativo de concordância razoável entre as escalas.

A proporção da entrevista clínica adaptada com pontuação positiva de VPI e com pontuação positiva de VPI no WAST - curto ou PPA foi estimada em 65,9% (IC 95%: 57,7 - 74,1%) e NPA estimada em 59,9% (IC 95%: 50,5 - 69,2%), ambos valores indicando uma fraca concordância entre as escalas (ver Tabela 16).

Tabela 16 - Medidas de concordância para a abordagem AB

Resultados WAST-M Curto				
		Abusivo	Não-Abusivo	Total
Entrevista Clínica Adaptada	Abusivo	57	30	87
	Não-abusivo	29	44	73
	Total	86	74	160
		95%	I.C.	
Medidas	Estimativa	Erro Padrão	Abaixo	Acima
Taxa de Classificação Incorrecta	0.369	0.038	0.294	0.449
Kappa de Cohen	0.258	0.017	0.224	0.292
Concordância Observada	0.631	0.038	0.346	0.706
Chance de Concordância	0.503			
Positive agreement	0.659	0.042	0.577	0.741
Concordância Negativa	0.599	0.048	0.505	0.692

Uma taxa de erro de classificação ligeiramente maior de 39,0% (IC de 95%: 32,2 - 46,1%) e concordância geral de 0,216 (IC de 95%: 0,189 - 0,244) foi encontrada para a abordagem BA. Os resultados implicam

concordância razoável entre as escalas (ver Tabela 17). O PPA foi estimado em 63,6% (IC 95%: 56,0 - 71,1%) e o NPA estimado em 58,1% (IC 95%: 49,6 - 66,5%).

Tabela 17 - Medidas de concordância para a Abordagem BA

Resultados do WAST-Curto				
		Abusivo	Não-Abusivo	Total
Entrevista Clínica Adaptada	Abusivo	68	39	107
	Não-abusivo	39	54	93
	Total	107	93	200
		95%	I.C.	
Medidas	Estimativa	Erro Padrão	Abaixo	Acima
Taxa de Classificação Incorrecta	0.390	0.034	0.322	0.461
Kappa de Cohen	0.216	0.014	0.189	0.244
Concordância Observada	0.610	0.034	0.341	0.678
Chance de Concordância	0.502			
Positive agreement	0.636	0.038	0.560	0.711
Concordância Negativa	0.581	0.043	0.496	0.665

No geral, a taxa de classificação incorrecta foi de 38,1% (IC 95%: 33,0 - 43,3%) e concordância geral de 0,235 (IC 95%: 0,219 - 0,250), ou seja, concordância justa entre as escalas (ver Tabela 18). O PPA foi de 64,6% (IC 95%: 59,1 - 70,1%) e o NPA estimado em 58,9% (IC 95%: 52,6 - 65,1%).

Tabela 18 - Medidas de concordância geral

Geral				
Resultados WAST-Curto				
		Abusivo	Não-abusivo	Total
Entrevista Clínica Adaptada	Abusivo	125	69	194
	Não-abusivo	68	98	166
	Total	193	167	360

Medidas	Estimativa	Erro Padrão	95%	I.C.
			Abaixo	Acima
Taxa de Classificação Incorrecta	0.381	0.026	0.330	0.433
Kappa de Cohen	0.235	0.008	0.219	0.250
Concordância Observada	0.619	0.026	0.360	0.670
Chance de Concordância	0.503			
Positive agreement	0.646	0.028	0.591	0.701
Concordância Negativa	0.589	0.032	0.526	0.651

3.2.3. Efeito da abordagem na taxa de classificação incorrecta

Conforme as tabelas acima, as taxas de classificação incorrecta diferiram ligeiramente entre as duas abordagens usadas. Na verdade, antes de qualquer ajuste, as chances de classificação incorrecta da VPI usando a abordagem AB ou BA eram semelhantes (Odds ratio, OR = 1,09; IC 95%: 0,78 - 1,51).

Após o ajuste para a idade, sexo e estado civil, a chance de erro de classificação para VPI usando a abordagem BA foi mais baixa (OR = 0,59; IC 95%: 0,41 - 0,84) do que a da abordagem AB, e foi modificada pela idade. Por exemplo, a chance de classificação incorrecta de VPI usando a abordagem BA aumentou em 14%, para pacientes na faixa etária dos 26 a 29 anos (p-value = 0,003), e foi duas vezes maior para a faixa etária dos 30 ou mais anos (p-value = 0,001) do que abordagem AB (ver Tabela 19).

Além disso, a classificação incorrecta de VPI foi menos provável em mulheres do que nos homens (OR = 0,78, IC 95%: 0,69 - 0,86), para um determinado método, idade e estado civil. Também foi menos provável para pacientes com mais de 30 anos em comparação com os de 18 - 21 anos (OR = 0,49, IC 95%: 0,43 - 0,57) ao usar a abordagem AB, mas cerca de 3 vezes maior para divorciados em comparação com pacientes solteiros (OR = 2,5, IC 95%: 2,36 - 2,81).

Tabela 19 - Estimativas de odds ratio ajustadas para classificação incorrecta de VPI

Efeito	OR	95% IC		p-value
		Abaixo	Acima	
Abordagem				
AB	1			
BA	0.588	0.411	0.839	0.003
Idade (Anos)				
18-21	1			
22-25	0.939	0.717	1.229	0.645
26-29	1.181	0.838	1.664	0.342
30+	0.496	0.431	0.570	0.000
Sexo				
Masculino	1			
Feminino	0.775	0.698	0.860	0.000
Estado Civil				
Solteiro(a)	1			
Viúvo(a)	0.681	0.308	1.509	0.344
Divorciado(a)	2.507	2.235	2.812	0.000
Casado(a)	0.862	0.553	1.341	0.509
Método Idade				
2 30+	3.572	1.696	7.523	0.001
2 26-29	1.938	1.259	2.982	0.003
2 22-25	0.862	0.462	1.608	0.641

OR – Odds Ratio

CAPÍTULO 5.

DISCUSSÃO

Nesta tese, apresentamos os resultados da avaliação do processo de manejo de casos de VPI em unidades sanitárias do SNS seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza - Moçambique, e ainda da adaptação e validação de uma ferramenta de rastreio da VPI a ser proposta para uso no SNS de Moçambique.

Nossos resultados indicaram que:

- Grande parte das vítimas de VPI eram do sexo feminino, faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, maioritariamente provenientes das áreas urbanas;
- A violência sexual é a mais predominante, seguida pela violência física e violência psicológica;
- Não existe associação entre o sexo da vítima, a faixa etária e a ocorrência de VPI, enquanto a proveniência e ocorrência de VPI apresentam uma associação significativa;
- Existem diferenças significativas na ocorrência de VPI nas 03 US avaliadas, indicando que a chance de ocorrer VPI é 4 vezes maior no HGMavalane e 2 vezes maior no HP Xai-Xai em comparação com HR Chókwe;
- A implementação do rastreio de VPI nas unidades sanitárias varia entre os países, devido a barreiras a nível pessoal, programático e organizacionais;
- O manejo da violência no SNS de Moçambique é garantido através de um Mecanismo Multisectorial de Atendimento à Mulher vítima de Violência;
- O algoritmo de rastreio de VBG descreve o processo de rastreio e manejo de casos de violência nas unidades sanitárias;

- Nas unidades sanitárias a assistência às vítimas de violência obedece um sistema de “paragem única”, através do qual os diversos serviços disponíveis de apoio à vítima de violência são prestados num único gabinete ou sala de consulta, pelos diferentes profissionais de saúde de cada especialidade;
- A ausência de um instrumento específico, testado e validado para o rastreio e/ou diagnóstico da VPI;
- Os profissionais de saúde possuem fraca percepção sobre VPI e procedimentos para assistência e não utilizam nenhum instrumento específico para o seu rastreio;
- Os profissionais possuem fraca capacidade técnica para o manejo dos casos de VPI;
- As barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para o rastreio da VPI incluem questões relacionadas com a fraca percepção sobre VPI, ausência de capacitação específica para o atendimento de casos de VPI, falta de directrizes ou protocolos clínicos, a carga de trabalho e a falta de espaços para o atendimento em ambiente de privacidade;
- A versão do WAST traduzida e adaptada ao contexto moçambicano tem boa consistência interna, e confirma que as suas duas escalas WAST-Curto e WAST-Longo se relacionam e não discriminam entre homens e mulheres;
- O WAST provou ser um instrumento confiável do que uma entrevista clínica adaptada, podendo ser aplicado no rastreio de VPI em ambientes de alto volume de pacientes.

Segue agora uma interpretação/discussão dos resultados para cada um dos objectivos de pesquisa abordados nos três estudos.

1. Frequência dos diferentes tipos de Violência pelo Parceiro Íntimo (física, psicológica e sexual), no Serviço Nacional de Saúde de Moçambique

Do total de 253 casos reportados de VPI nas US do estudo, grande parte das vítimas era do sexo feminino (n=243; 96%). Com efeito, e como abordado na literatura, as mulheres são as que habitualmente utilizam os serviços de saúde em relação aos homens e são as mais vulneráveis para sofrerem actos de VPI, com uma estimativa na África Sub-sahariana de cerca de 30% (World Health Organization, 2013a).

A vulnerabilidade das mulheres para a violência, principalmente em África, associa-se aos contextos sócio-culturais, sendo esta vivenciada desde a infância (Cools & Kotsadam, 2017), devido ao papel de subordinação a que são destinadas e a dependência económica em relação aos seus parceiros homens (Bolarinwa et al., 2023).

Um aspecto curioso é o baixo número de casos do sexo masculino (n=10; 4%), que pode ser associado ao facto de os serviços de atendimento à violência estarem a ser promovidos sob ponto de vista de atendimento à mulher e criança, associado à configuração dos serviços de saúde nas US, que é mais amigável para o atendimento à mulher, não sendo certo que o homem aceite ser questionado sobre VPI nas unidades sanitárias (Walsh et al., 2020).

Ademais, devido a factores sócio-culturais relacionados às masculinidades, que se referem a noções culturais específicas, assumpções, atributos e papéis associados ao homem e ao comportamento masculino (Adjei, 2023), este raramente revela os seus episódios de violência, seja de que tipo fôr a familiares ou amigos, devido por exemplo a posições de destaque que ocupa nas suas famílias e comunidades (Maguele et al., 2020).

Ao discutir a questão da vulnerabilidade da mulher para a VPI e o baixo número de vítimas do sexo masculino, há que referir que se trata de uma análise baseada em relações íntimas heterossexuais. Entretanto, contextualizando para as minorias sexuais, onde ocorrem relações íntimas homossexuais, a VPI ocorre em taxas semelhantes, se não mais elevadas, entre parceiros homossexuais (LGBT+) em relação a parceiros heterossexuais e em taxas mais elevadas entre transexuais em comparação com indivíduos cisgénero (Cannon, 2023).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência de VPI e factores relacionados em transgéneros concluiu não existirem diferenças na prevalência para vítimas designadas do sexo masculino no nascimento e do sexo feminino no nascimento, e igualmente na vitimização física da VPI entre participantes transgéneros não-binários e binários (Peitzmeier et al., 2020).

Nas relações íntimas heterossexuais, a VPI pode ser perpetrada tanto pelo homem como pela mulher, o mesmo acontecendo em relações íntimas homossexuais, onde a VPI é bi-direccional, os perpetradores de violência também são frequentemente vítimas dela (Langhinrichsen-Rohling et al., 2012)

Em relação à idade, a faixa etária dos 15 aos 19 anos de idade foi a mais prevalente (n=126; 49.8%). Este é um aspecto alarmante porque mostra uma tendência de abaixamento da faixa etária em que os casos de VPI se evidenciam, diferente dos achados de estudos anteriores realizados em África em que maior parte das vítimas de VPI possuíam idades acima dos 21 anos (Bolarinwa et al., 2023). Estes resultados sugerem uma crescente vulnerabilidade dos adolescentes para a violência em geral e VPI em particular, o que levanta a necessidade de se reforçar as campanhas de informação, educação e comunicação sobre violência e suas consequências, incluindo de educação sexual nas comunidades e escolas, bem como de educação sexual.

Quanto à natureza, a VPI de tipo sexual (n=141; 55.8%) foi a mais notificada, um padrão que tem se verificado em sociedades patriarcais como das áreas do nosso estudo. Com efeito, neste tipo de sociedades aspectos relacionados com os papéis sociais de homem e mulher que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade, contribuem para a ocorrência de casos de coerção reprodutiva, que muitas vezes resultam em violência sexual nos relacionamentos íntimos. Em contextos altamente patriarcais, as normas de género muitas vezes impulsionam expectativas comportamentais de masculinidade dominante e passividade feminina (Boyce et al., 2023), crenças que são moldadas e reforçadas por normas sociais (Miller & McCauley, 2013).

Entretanto, tanto a coerção reprodutiva como a VPI sexual resultam em consequências negativas para a saúde e o bem-estar das mulheres, incluindo as gravidezes indesejadas, principalmente em idades mais jovens, elevado número de partos, depressão, ITS e HIV (Pearson et al., 2017; Silverman et al., 2019).

Registou-se uma baixa notificação de casos de VPI de tipo psicológico (n=17; 6.7%), seguida pela VPI de tipo física (n=67; 26.5%), diferindo dos resultados de estudos anteriores que apontam a VPI de tipo psicológica e física como sendo as mais registadas entre parceiros íntimos (Esie et al., 2019; Zacarias et al., 2012). Uma hipótese que se pode avançar é o fraco entendimento que a população tem em relação à VPI de tipo psicológica, o que reduz as probabilidades de os casos chegarem às US. Muitos factos que podem ser entendidos como sendo sinais e manifestação de violência psicológica são mascarados dentro dos contextos sócio-culturais e particularmente das dinâmicas próprias dos relacionamentos (Boyce et al., 2023). Por outro lado, a ausência de instrumentos específicos de diagnóstico, o que propicia que o mesmo seja feito através do auto-relato ou da identificação de sinais objectivos, negligencia os sinais ou manifestações da violência psicológica, o que uma vez mais reforça a necessidade de existência de instrumentos de

rastreio da violência, que não só podem identificar a existência de VPI, mas igualmente fazer a avaliação para a indicação do tipo de VPI presente.

Os HG Mavalane e HD Chókwè apresentaram frequências elevadas de registo de VPI em relação ao HPXai-Xai que registou apenas 11.9% das vítimas, uma diferença que suscita um questionamento em relação à dinâmica do funcionamento das US e desempenho dos profissionais de saúde, desde a oferta de serviços de rastreio, passando pela assistência até ao registo e notificação dos casos. A ficha de notificação de casos que se refere apenas a casos de VBG está disponível em todas as US, mas o sistema de rastreio é ineficiente e conseqüentemente o nível de registo de casos é insatisfatório, continuado a ser um dos maiores desafios devido à falta de provedores bem capacitados e focados para extracção dos dados das vítimas (Jethá et al., 2021).

Os resultados não apresentam associação estatisticamente significativa entre o sexo e a faixa etária em que ocorrem os actos de VPI. A VPI afecta todos os indivíduos, independentemente do sexo, com conseqüências nefastas a nível social, económico e para a saúde. Entretanto, a proveniência da vítima está associada à ocorrência da VPI, com maior parte das vítimas oriundas das zonas urbanas, um aspecto que contrasta com estudos anteriores sobre violência contra mulheres que apontam que o risco de VPI é maior nas áreas rurais do que nas urbanas (Garcia-Moreno & et al., 2005).

É um facto que as US deste estudo são de nível terciário e quaternário e situadas nas zonas urbanas, à excepção do HGMavalane, localizado numa zona peri-urbana da cidade de Maputo. Em teoria, as populações das zonas urbanas estão mais escolarizadas, com melhor acesso aos meios de comunicação, o que aumenta o seu conhecimento e consciência sobre a violência, suas conseqüências e disponibilidade de serviços de atendimento a nível das unidades sanitárias. Este aspecto sustenta também a existência de diferenças significativas na ocorrência de VPI nas 03 US avaliadas, com o HG Mavalane

com chances 4 vezes maior e o HP Xai-Xai duas vezes maior que o HD Chókwè. Contudo, limitar as estimativas de prevalência de VPI à residência “urbana” e “rural” esconde variações e desigualdades dentro dos ambientes, e oportunidades para intervenções direccionadas que podem ser perdidas (Ringwald et al., 2023).

2. Manejo da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI), incluindo o seu diagnóstico, no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique

O rastreio da violência em geral e do VPI em particular é recomendado por associações de profissionais de saúde, entretanto a implementação desta prática varia entre os países e não tem sido rotina nos sistemas de saúde dos países da África Subsaariana, onde a configuração dos sistemas de saúde parece ser uma das maiores barreiras para o processo de rastreio da VPI que poucos profissionais fazem (Todahl & Walters, 2011).

Essa dificuldade está relacionada sobretudo com uma série de barreiras de nível pessoal, programático e organizacional. As barreiras pessoais para o processo de VPI relatadas estão relacionadas com a forma como os profissionais de saúde entendem a VPI, carga de trabalho e ainda à percepção da sua fraca capacidade técnica para o manejo dos casos de forma satisfatória para o utente.

Muitos deles sentem desconforto pessoal com o assunto, têm falta de conhecimento, referem-se a restrições de tempo (Williams et al., 2017), e consideram que as ferramentas de rastreio de VPI são difíceis e demoradas, consumindo tempo para aplicar (Higgins et al., 2016; Husso et al., 2012).

Os resultados deste estudo mostram que em Moçambique há evidências de um esforço para a integração da componente violência nos programas, planos e estratégias dos sectores do governo de uma forma multisectorial (MISAU,

2019, 2022), o que permite, embora ainda de forma incipiente, uma abordagem abrangente do fenómeno violência. A inclusão da componente violência e seus tipos, principalmente a VBG e a violência doméstica nos serviços assistenciais, a nível das unidades sanitárias do SNS, se evidenciam pela criação e funcionamento dos gabinetes de atendimento à vítima de violência e dos centros de atendimento integrado à violência. Entretanto, a generalização para VBG coloca em causa a possibilidade de um atendimento cada vez mais assertivo para cada tipo de violência, tendo em conta as suas características, contextos, consequências e impacto na vida da vítima.

Actos que configuram VPI, objecto do nosso estudo, embora sejam apontados no algoritmo de atendimento à vítima de VBG (Figura 8), a VPI como tipo de violência não é mencionada em grande parte dos documentos, planos e estratégias de combate e assistência às vítimas de violência, num contexto em que as estratégias da OMS apontam, por exemplo, para a ampliação dos serviços de VPI em ambientes de saúde pública, incluindo uma resposta abrangente (Dutton et al., 2015).

Esta omissão resulta na exclusão das vítimas deste tipo particular de violência, dos cuidados e assistência específica necessários, e representa um desalinhamento com as estratégias cada vez mais eficazes de prevenção e intervenção sugeridas pela OMS, que reconhecem a VPI como um problema de saúde pública (Butchart et al., 2010), evidenciando uma deficiência no processo de manejo da VPI no SNS de Moçambique.

Esta deficiência é caracterizada pelas barreiras ou omissões acima mencionadas, a nível programático, pois embora existam planos e estratégias, são evidentes as lacunas para a sua transformação em directrizes e/ou protocolos claros de implementação a nível das unidades sanitárias. Por exemplo, o fluxograma de atendimento às vítimas de violência (Figura 10), uma adaptação para uso naquela unidade sanitária, é apenas o reflexo de interpretações isoladas das directrizes de atendimento à mulher vítima de

violência doméstica, com fraca possibilidade de ser seguido de forma uniformizada em todas as unidades sanitárias e respectivos sectores.

As barreiras a nível pessoal, caracterizadas pela fraca percepção dos profissionais de saúde em relação à VPI, bem como a sua fraca preparação para intervenção, destacada, por exemplo, pela tendência de compartilhamento de responsabilidades pelo rastreio, diagnóstico e manejo para sectores diferentes do seu, evidencia a percepção de que os mesmos estão preparados apenas para intervenções em contexto de VBG e apoio psicossocial relacionado com o HIV. Ademais, alinhado com os achados da revisão bibliográfica, os profissionais referiram escassez de tempo nas US e a carga de trabalho, além da ausência de instrumentos específicos para o rastreio e diagnóstico da VPI, como barreiras para o seu trabalho.

Este aspecto foi também assinalado nos achados de um estudo envolvendo 402 provedores de 13 clínicas nos EUA (Renner et al., 2019), que revelou que os profissionais de saúde não estavam especialmente preparados para fazer o rastreio e responder à VPI, devido a falta de instrumentos específicos, e ainda que apresentavam atitudes negativas em relação à VPI, incluindo limitações de tempo (Hamberger et al., 2015).

A necessidade de capacitação dos profissionais, para em contexto clínico melhor prestarem assistência aos casos de VPI, desde o rastreio até à assistência, incluindo o seguimento e apoio psicossocial adequado, pressupõe a inclusão de matérias relacionadas com a VPI nos currícula de formação em saúde, de modo a diminuir a lacuna existente no manejo de VPI. Como apontado por Renner et al., (2019), embora permaneça o debate sobre a utilidade do rastreio universal em comparação com outras formas de identificação (por exemplo, rastreio selectivo e educação universal), o conforto e a preparação para identificar e apoiar as vítimas é um conjunto de habilidades essenciais para profissionais de saúde. Assim, os provedores que fazem o rastreio para VPI e aconselham os utentes, podem ajudar a reduzir a

vitimização subsequente e afectar positivamente a saúde do paciente, estratégias alinhadas com as recomendações da OMS sobre o treino em VPI nas escolas de formação em saúde (Butchart et al., 2010).

Além das limitações de tempo e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, existem a nível das unidades sanitárias barreiras estruturais relacionadas como a falta de ambientes propícios para o atendimento dos casos com garantia de privacidade, tendo em conta a sensibilidade de cada caso e a incerteza em relação a capacidade dos serviços de saúde endereçarem os problemas de forma assertiva. Inclui-se o facto de muito provavelmente os profissionais de saúde não poderem ter habilidades que permitam a divulgação do abuso ou da VPI (Rodríguez et al., 2001).

Embora alguns casos, resultado de auto-relato ou suspeita devido a sinais objectivos de violência sejam identificados e encaminhados, as vítimas geralmente têm receio de revelar a VPI devido também a factores sócio-culturais, relacionados por exemplo com a aceitação cultural ou normalização da violência, e também dependendo das alternativas económicas que elas têm no caso de ter que sair de um relacionamento abusivo (Okenwa et al., 2009). Por outro lado, a falta de preparo dos profissionais faz com que os casos de VPI que aparecem nos serviços de saúde não sejam rastreados e atendidos pelos profissionais de saúde (Rodríguez et al., 2009).

A melhoria das infra-estruturas e o suporte organizacional, que inclui o tempo e espaço privado sensível, as especificidades sócio-culturais para trabalhar com as vítimas, e ainda recursos prontamente disponíveis, melhoraria bastante o ambiente para a prática clínica, de modo a providenciar um atendimento e encaminhamento aprimorados às vítimas ou sobreviventes de VPI (Feder et al., 2009).

No contexto clínico, a falta de protocolos de atendimento e de instrumentos para o rastreio e diagnóstico foram apontados como parte das dificuldades

para a prestação dos cuidados de VPI nas unidades sanitárias. Os sistemas de saúde devem, além do desenvolvimento de planos e estratégias de intervenção, criar condições e ambiente propício para o atendimento de VPI nas unidades sanitárias, que pressupõem a já referida formação e capacitação dos profissionais de saúde, disponibilização de protocolos de atendimento e introdução de instrumentos de rastreio e diagnóstico, adequados ao contexto.

Embora os actuais instrumentos de rastreio de VPI em uso em diversos países ainda necessitem de aperfeiçoamento (Iskandar et al., 2014), uma boa abordagem é desenvolver, ou escolher entre os que já existem, um instrumento que possa ser adaptado, testado e validado para o contexto social e cultural do país em que o instrumento vai ser aplicado (Fogarty & Brown, 2002).

3. Adaptação e Validação do WAST – Women Abuse Screening Tool, como instrumento para o rastreio de VPI no SNS de Moçambique

O rastreio de rotina para violência em geral e VPI em particular é recomendado e a existência de instrumentos específicos é importante para o efeito. De facto, é fundamental escolher um instrumento que se adapte ao contexto sócio-cultural de cada país. Entretanto, pesquisas sugerem que não existe um instrumento perfeito para rastrear a VPI (Iskandar et al., 2015).

Os resultados da testagem do WAST adaptado para o contexto Moçambicano, como parte integrante deste estudo, apontam para 54.5% participantes do sexo feminino e 45.5% do sexo masculino (Matavel et al., 2023), e 61,1% para o sexo feminino e 39.9% para o sexo masculino na validação do mesmo. Este aparente desequilíbrio reflecte, muito provavelmente, a disponibilidade das mulheres em frequentar os serviços de saúde em relação aos homens.

Por outro lado, as portas de entrada têm sido estabelecidas em serviços hospitalares que são exclusivamente ou majoritariamente frequentados por mulheres e, conseqüentemente, mais mulheres relatam e discutem a sua experiência de VPI com profissionais de saúde nestes contextos (Yut-Lin & Othman, 2008) quando interrogados de uma forma respeitosa e atenciosa (Brown et al., 2000).

As correlações efectuadas no processo de testagem permitiram concluir que apesar de o WAST ser usualmente aplicado na versão longa, com 8 perguntas, na versão adaptada as duas escalas podem ser avaliadas em separado, o WAST-Curto (Questão 1 e Questão 2) e WAST-Longo (Questões 3 a 8). Estes dados confirmam a caracterização do WAST como um instrumento único dividido em duas partes, onde o WAST-Curto constituído pelas duas primeiras questões, foi usado para o rastreio da presença de abuso, enquanto as restantes seis questões (WAST-Longo) foram usadas para uma avaliação completa em relação as três áreas de VPI - física, sexual e psicológica (Salahi et al., 2017).

Os resultados do Alfa de Cronbach's (α) para as duas escalas estiveram acima de 0.8, o que indica que o instrumento adaptado possui boa consistência interna, com uma grande correspondência entre os itens das duas escalas: WAST-Curto ($\alpha=0.813$), assim como WAST-Longo ($\alpha=0.834$), bem como uma excelente correlação intra-classes ($ICC>0.8$), um indicador de boa consistência inter-pacientes ou repetitividade do questionário, corroborando com os achados de (Basile et al., 2007), reportando que o WAST possui uma alta confiabilidade, boa especificidade e sensibilidade, sendo que adicionalmente possa ser aplicado nas suas versões curta e longa.

Um outro dado assinalável nos resultados da testagem foi a não discriminação das escalas entre sexos (WAST-Curto $p=0.204$, WAST-Longo $p=0.271$), nem os itens individuais que compõem as escalas ($p>0.05$), o que significa que o WAST pode ser utilizado para o rastreio de IPV em ambos os sexos. Entretanto,

este indicador deverá estar sujeito a crítica e revisão com base em resultados de estudos posteriores.

Ademais, os resultados deste estudo sugerem estudos adicionais, particularmente destinados à validação do instrumento adaptado em relação a outros instrumentos ou procedimentos que possam ser considerados padrão-ouro, de modo a permitir o seu uso no contexto do SNS de Moçambique.

Apesar dos resultados terem revelado o WAST como um instrumento de rastreio da VPI simples, de fácil aplicação e percepção, podendo ser usado por qualquer profissional de saúde, em qualquer serviço de atendimento a partir dos cuidados de saúde primários, o desafio continua a ser o desenvolvimento de políticas consistentes e efectivas de prevenção da violência e atendimento às vítimas, incluindo a coordenação intersectorial (Binfa et al., 2018).

A análise dos dados de validação do instrumento culturalmente adaptado tendo a entrevista clínica adaptada como padrão-ouro (Matavel et al., 2023) revelou um acordo justo entre o WAST-Curto e as escalas de entrevista clínica adaptadas no que diz respeito à detecção de VPI. Além disso, a fiabilidade do WAST-Curto produziu os coeficientes Alfa de Cronbach como os reportados por Iskandar et al., (2015): 0,667 para os itens 1 a 2, e todas as correlações significativas a $p < 0,001$ (Iskandar et al., 2015).

Surpreendentemente, os resultados sugerem que o WAST é uma ferramenta de rastreio de VPI mais eficaz do que a entrevista clínica adaptada, porque o WAST-Curto baseado em duas perguntas dá uma visão da relação íntima, confirmando ou não a ocorrência de um único acto de violência numa relação, informação não facilmente acessível pela entrevista clínica-padrão. Entretanto, usando a abordagem metodológica proposta por Aerts et al., (2019), em estudos posteriores pode ser incluída a avaliação da concordância entre as duas questões no WAST-Curto entre si, e em relação a entrevista clínica.

Os resultados obtidos nas unidades sanitárias seleccionadas para o estudo em ambas as províncias, provaram ser altamente consistentes. Contudo, a generalização dos resultados para outras províncias de Moçambique deve ser evitada, atendendo às potenciais diferenças de contextos socioculturais, incluindo diferenças na prevalência da VPI (Feinstein & Cicchetti, 1990) e na disponibilidade de serviços.

Embora os resultados obtidos nos testes indiquem que o WAST é um instrumento adequado de rastreio da VPI no contexto em que foi testado, o desafio continua a ser o de desenvolver acções preventivas consistentes e eficazes contra a violência e políticas de assistência às vítimas, incluindo a coordenação intersectorial (Binfa et al., 2018).

Atingir o objectivo final de prevenir e reduzir a VPI dependerá fortemente das ferramentas de rastreio para aumentar a consciência do problema e estabelecer serviços de encaminhamento para que as vítimas recebam apoio especializado às vítimas.

CAPÍTULO 6.

1. CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que cerca de 13% dos utentes vítimas de violência no ano anterior ao estudo foram vítimas de VPI, com maior registo de VPI do tipo sexual, em adolescentes e jovens provenientes das zonas urbanas. Na relação entre as variáveis, os resultados sugerem a existência de associação entre o tipo de violência e a faixa etária, e ainda, entre a zona de proveniência da vítima (rural ou urbana) e a ocorrência de VPI, com a área urbana a apresentar duas vezes mais chances de reportar casos de VPI em comparação com as áreas rurais; Ademais, os resultados sugerem não existir relação entre o sexo das vítimas com a ocorrência de qualquer tipo de VPI, e entre o sexo e a faixa etária com a ocorrência da VPI, o que significa que tanto homens quanto mulheres, independentemente da faixa etária, têm chances semelhantes de serem vítimas de VPI.

Os resultados do estudo sugerem ainda que apesar da demonstração de alguma capacidade de identificação de casos, o manejo da VPI no SNS é ainda deficitário, não existindo estratégias, directrizes e fluxogramas específicos estabelecidas, incluindo instrumentos para o seu rastreio. O atendimento de todos casos de violência, incluindo os com características de VPI é realizado no contexto de VBG, materializado pelos CAIW – Centro de Atendimento Integrado à Vítima de Violência, ou através, na maior parte das US do SNS, particularmente dos cuidados de saúde primários, do sistema denominado “paragem única”, onde estão concentrados todos os serviços de assistência à vítima admitida em qualquer porta de entrada das US. Em relação às percepções, os resultados das entrevistas sugerem que os profissionais de saúde possuem fraco entendimento sobre a VPI e procedimentos para assistência e não utilizam instrumentos específicos para o seu rastreio; Apresentam como barreiras para a sua intervenção em contexto clínico a fraca

capacidade técnica, o volume de trabalho, a configuração física dos ambientes de trabalho e a inexistência de um instrumento específico para o rastreio da VPI.

Quanto a adaptação transcultural, testagem e validação do instrumento de rastreio de VPI para o contexto moçambicano, os resultados sugerem que o WAST é um instrumento com potencial de uso para o rastreio de VPI em unidades sanitárias de nível dos cuidados primários, com boa consistência interna, escalas relacionadas entre si, e válidas para o rastreio de VPI tanto em homens como em mulheres.

2. RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo sugerem que embora se registem avanços a nível programático e assistencial na abordagem da violência, entre eles o funcionamento de um mecanismo multisectorial de atendimento à mulher vítima de violência, a criação e funcionamento de centros de atendimento integrado a vítimas de violência, a existência de algoritmos para o rastreio da violência baseada no género, em geral o processo de manejo da VPI em contexto clínico é deficitário. Igualmente, este estudo permitiu adaptar, testar e validar um instrumento para o rastreio de VPI nas US do SNS de Moçambique.

Perante estes resultados recomenda-se:

1. O alargamento do debate sobre a VPI em Moçambique, de modo que se intensifique a inclusão desta matéria nas políticas, estratégias e programas da saúde em geral, particularmente de prevenção e atendimento dos casos de violência no SNS;
2. A inclusão da prevenção, rastreio e atendimento de casos de VPI nos serviços e directrizes de atendimento, aconselhamento e apoio psicossocial no âmbito do HIV;
3. A adopção do instrumento adaptado e validado pelo SNS para o seu uso em fase piloto nas US e a realização de estudos adicionais, particularmente na perspectiva do utente, bem como os destinados à validação do instrumento a nível nacional, de modo a permitir o seu uso efectivo no SNS de Moçambique;
4. A criação de condições físicas ou melhoria das infra-estruturas para que permitam o atendimento de casos de VPI em contexto de segurança e confidencialidade, atendendo as especificidades sócio-culturais de modo a providenciar um atendimento e encaminhamento aprimorados às vítimas de VPI;

5. A capacitação dos profissionais, para em contexto clínico melhor prestarem assistência aos casos de VPI, desde o rastreio até à assistência, incluindo o seguimento e apoio psicossocial adequado;
6. A inclusão da componente VPI nos currícula escolares do ensino básico, de formação de profissionais de saúde, e ainda, a formação em serviço dos profissionais;
7. O desenvolvimento de acções preventivas consistentes e eficazes contra a VPI, bem como de estratégias de assistência e protecção das vítimas;
8. O estabelecimento de programas e iniciativas de prevenção e combate a VPI entre adolescentes e jovens nos estabelecimentos escolares, incluindo instituições de ensino técnico profissional e ensino superior;
9. A inclusão das associações de profissionais, académicos, sociedade civil, organizações comunitárias de base, organizações juvenis no debate sobre as estratégias de prevenção e combate a VPI;

CAPÍTULO 7.

REFERÊNCIAS

- Aboagye, R. G., Seidu, A.-A., Asare, B. Y.-A., Adu, C., & Ahinkorah, B. O. (2022). Intimate partner violence and timely antenatal care visits in sub-Saharan Africa. *Archives of Public Health, 80*(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00853-y>
- Adjei, S. B. (2023). Personhood, Masculinity, and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence: Understanding the Centrality of Culture and Context in Violence Research. *HARM – Journal of Hostility, Aggression, Repression and Malice, 1*.
<https://doi.org/10.46586/harm.2023.9769>
- Aerts, M., Juga, A. J., & Hens, N. (2019). Measures for concordance and discordance with applications in disease control and prevention. *Statistical Methods in Medical Research, 28*(10–11), 3086–3099. <https://doi.org/10.1177/0962280218796252>
- Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Women’s Health, 24*(1), 100–106.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal, 188*(17–18), E474–E483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Basile, K., Hertz, M., & Back, S. (2007). *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
<http://www.cdc.gov/NCIPC/pub-res/images/IPVandSVscreening.pdf>

- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2008). Intimate partner violence theoretical considerations: Moving towards a contextual framework. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1096–1107.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.003>
- Bengesai, A. V., & Khan, H. T. A. (2023). Exploring the association between attitudes towards wife beating and intimate partner violence using a dyadic approach in three sub-Saharan African countries. *BMJ Open, 13*(6), e062977. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062977>
- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., & Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Rev Med Chile, 146*, 331–340.
- Bolarinwa, O. A., Tessema, Z. T., Okyere, J., Ahinkorah, B. O., & Seidu, A.-A. (2023). Spatial distribution and predictors of lifetime experience of intimate partner violence among women in South Africa. *PLOS Global Public Health, 3*(1), e0000920.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000920>
- Bonomi, A. E. (2009). Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Archives of Internal Medicine, 169*(18), 1692.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.292>
- Boyce, S. C., Minnis, A. M., Deardorff, J., McCoy, S. I., Challa, S., Johns, N., Aliou, S., Brooks, M., Nouhou, A.-M., Gochyyev, P., Wilson, M., Baker, H., & Silverman, J. G. (2023). Measuring social norms of intimate partner violence to exert control over wife agency, sexuality, and reproductive autonomy: An item response modelling of the IPV-ASRA scale. *Reproductive Health, 20*(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01632-w>

- Breiding, M., Basile, K., Smith, S., & Mahendra, R. (2015). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine, 28*(6), 422–428.
- Brown, J. B., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *The Journal of Family Practice, 49*(10), 896–903.
- Butchart, A., Garcia-Moreno, C., Mikton, C., World Health Organization, & London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Global trends and determinants of prevalence, safety, and acceptability*. World Health Organization.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf
- Cannon, C. E. B. (2023). Improving Policy and Treatment Interventions for Sexual and Gender Minority Perpetrators of Intimate Partner Violence to Reduce Adverse Health Outcomes. *LGBT Health, 10*(S1), S6–S9. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0011>
- Chambal, H. (2013). *A natureza pública do crime de violência doméstica e a salvaguarda da família*. Outras Vozes.
- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. (Jef). (2017). Intimate partner violence and pregnancy: Screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 217*(2), 145–149. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
- Concha-Eastman, A. (2001). Violence: A challenge for public health and for all. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*(8), 597–599.
<https://doi.org/10.1136/jech.55.8.597>

- Cools, S., & Kotsadam, A. (2017). Resources and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa. *World Development*, *95*, 211–230. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.027>
- Cruz, G. V., Domingos, L., & Sabune, A. (2014). The Characteristics of the Violence against Women in Mozambique. *Health*, *06*(13), 1589–1601. <https://doi.org/10.4236/health.2014.613192>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, *199*, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, *17*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Das, K. J. H., Peitzmeier, S., Berrahou, I. K., & Potter, J. (2022). Intimate Partner Violence (IPV) Screening and Referral Outcomes among Transgender Patients in a Primary Care Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(13–14), NP11720–NP11742. <https://doi.org/10.1177/0886260521997460>
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and application* (Newbury Park). <https://fliphtml5.com/wmkd/bibu/basic>
- Dichter, M. E., Thomas, K. A., Crits-Christoph, P., Ogden, S. N., & Rhodes, K. V. (2018). Coercive control in intimate partner violence: Relationship with women’s experience of violence, use of violence, and danger. *Psychology of Violence*, *8*(5), 596–604. <https://doi.org/10.1037/vio0000158>

- Dickson, K. S., Boateng, E. N. K., Adzrago, D., Addo, I. Y., Acquah, E., & Nyarko, S. H. (2023). Silent suffering: Unveiling factors associated with women's inability to seek help for intimate partner violence in sub-Saharan Africa (SSA). *Reproductive Health, 20*(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01651-7>
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(6), 1146–1158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1146>
- Dutton, M. A., James, L., Langhorne, A., & Kelley, M. (2015). Coordinated Public Health Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents. *Journal of Women's Health, 24*(1), 80–85. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4884>
- El Kady, D., Gilbert, W. M., Xing, G., & Smith, L. H. (2005). Maternal and Neonatal Outcomes of Assaults During Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 105*(2), 357–363. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000151109.46641.03>
- Eluf-Neto, J., & Wünsch-Filho, V. (2000). Screening faz bem à saúde? *Revista Da Associação Médica Brasileira, 46*(4), 310–311. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000400028>
- Erickson, M. J., Hill, T. D., & Siegel, R. M. (2001). Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *PEDIATRICS, 108*(1), 98–102. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.98>
- Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R., & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - Population Health, 7*, 100368. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100368>
- Eugenio Zacarias, A., Macassa, G., & Soares, J. J. F. (2012). Women as perpetrators of IPV: The experience of Mozambique. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research, 4*(1), 5–27. <https://doi.org/10.1108/17596591211192966>

- Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., Kuntze, S., Spencer, A., Bacchus, L., Hague, G., Warburton, A., & Taket, A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment, 13*(16).
<https://doi.org/10.3310/hta13160>
- Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low Kappa: I. the problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology, 43*(6), 543–549.
[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90158-L](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90158-L)
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Sardinha, L., & Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action, 9*(1), 29890.
<https://doi.org/10.3402/gha.v9.29890>
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice, 15*(2), 101–111.
- Garcia-Moreno, C., & et al.,. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>
- Grych, J., & Swan, S. (2012). Toward a more comprehensive understanding of interpersonal violence: Introduction to the special issue on interconnections among different types of violence. *Psychology of Violence, 2*(2), 105–110. <https://doi.org/10.1037/a0027616>
- Hamberger, L. K., Rhodes, K., & Brown, J. (2015). Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs. *Journal of Women's Health, 24*(1), 86–91. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4861>

- Harvey, A., Garcia-Moreno, C., & Butchart, A. (2007). *Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: Background paper for WHO expert meeting May 2–3, 2007*.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women, 4*(3), 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 7*(4), 323–335. <https://doi.org/10.1023/a:1024985930536>
- Higgins, A., Doyle, L., Downes, C., Morrissey, J., Costello, P., Brennan, M., & Nash, M. (2016). There is more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses' risk assessment and safety-management practice: Risk Assessment and Safety Planning. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(2), 159–170.
<https://doi.org/10.1111/inm.12180>
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 133*(3), 269–276.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care: Making sense of domestic violence intervention. *Health & Social Care in the Community, 20*(4), 347–355.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x>
- INE. (2010). *III RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO 2007 INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DISTRITAIS*.

INE. (2019). *IV RECENSEAMENTO GERAL DA POPULAÇÃO E HABITAÇÃO 2017—RESULTADOS DEFINITIVOS MOÇAMBIQUE.*

Iskandar, L., Braun, K. L., & Katz, A. R. (2014). Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence*.
<https://doi.org/10.1177/0886260514539844>

Iskandar, L., Braun, K. L., & Katz, A. R. (2015). Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(7), 1208–1225. <https://doi.org/10.1177/0886260514539844>

Jansen, N., & Agadjanian, V. (2020). Polygyny and Intimate Partner Violence in Mozambique. *Journal of Family Issues*, 41(3), 338–358. <https://doi.org/10.1177/0192513X19876075>

Jethá, E., Keygnaert, I., Martins, E., Sidat, M., & Roelens, K. (2021). Domestic violence in Mozambique: From policy to practice. *BMC Public Health*, 21(1), 772.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10820-x>

Jewkes, R., Levin, J., & Penn-Kekana, L. (2002). Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 55(9), 1603–1617.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00294-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00294-5)

Kebede, S., Van Harmelen, A.-L., & Roman-Urrestarazu, A. (2022). Wealth Inequality and Intimate Partner Violence: An Individual and Ecological Level Analysis Across 20 Countries. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17–18), NP15568–NP15593.
<https://doi.org/10.1177/08862605211016337>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 22(0), 327. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1182>

Kyle, J. (2023). Intimate Partner Violence. *Med Clin N Am* 107.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.10.012>

Langhinrichsen-Rohling, J., Misra, T. A., Selwyn, C., & Rohling, M. L. (2012). Rates of Bidirectional Versus Unidirectional Intimate Partner Violence Across Samples, Sexual Orientations, and Race/Ethnicities: A Comprehensive Review. *Partner Abuse, 3*(2), 199–230.

<https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.199>

Li, Y., Zhou, K., Tang, S., & Chen, J. (2023). Intimate Partner Violence Screening Instruments: A Protocol for a COSMIN-Based Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(2), 1541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021541>

Liebschutz, J. M., & Rothman, E. F. (2012). Intimate-Partner Violence—What Physicians Can Do. *New England Journal of Medicine, 367*(22), 2071–2073.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp1204278>

Lourenço, L. M., & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia, 13*(1), 1–18.

<https://doi.org/10.36298/gerais2020130109>

Maguele, M. S., Tlou, B., Taylor, M., & Khuzwayo, N. (2020). Risk factors associated with high prevalence of intimate partner violence amongst school-going young women (aged 15–24years) in Maputo, Mozambique. *PLOS ONE, 15*(12), e0243304.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243304>

Manuel, B., Roelens, K., Valcke, M., Tiago, A., & Keygnaert, I. (2019). 1 Addressing intimate partner violence: Implications for medical curricula in mozambique. *Poster Presentations, A42.1-A42*. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-EBMLive.82>

Manuel, B., Valcke, M., Keygnaert, I., & Roelens, K. (2021). Improving medical students' communication competencies to deal with intimate partner violence using clinical simulations in Mozambique. *BMC Medical Education, 21*(1), 126.

<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02560-8>

- Matavel, J. (2020). Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. *Medicine and Medical Sciences, 8*(6), 052–055. <https://doi.org/10.15413/mms.2020.0109>
- Matavel, J., Munguambe, K., Wilson, D. R., Linn, J. G., & Loquiha, O. (2023). Cross-cultural adaptation of an intimate partner violence screening tool (WAST) for the Mozambican context; implications for more effective HIV prevention and treatment counseling. *Scientific African, 20*, e01664. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2023.e01664>
- Matavel, J. S. (2020). *Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. 4.* <https://doi.org/10.15413/mms.2020.0109>
- McManus, S., Walby, S., Barbosa, E. C., Appleby, L., Brugha, T., Bebbington, P. E., Cook, E. A., & Knipe, D. (2022). Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: A probability sample survey of the general population in England. *The Lancet Psychiatry, 9*(7), 574–583. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00151-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00151-1)
- Mercy, J. A., Rosenberg, M. L., Powell, K. E., Broome, C. V., & Roper, W. L. (1993). Public Health Policy for Preventing Violence. *Health Affairs, 12*(4), 7–29. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.4.7>
- Mikhail, J. N., Nemeth, L. S., Mueller, M., Pope, C., & NeSmith, E. G. (2018). The Social Determinants of Trauma: A Trauma Disparities Scoping Review and Framework. *Journal of Trauma Nursing, 25*(5), 266–281. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000388>
- Miller, C. J., Adjognon, O. L., Brady, J. E., Dichter, M. E., & Iverson, K. M. (2021). Screening for intimate partner violence in healthcare settings: An implementation-oriented systematic review. *Implementation Research and Practice, 2*, 263348952110398. <https://doi.org/10.1177/26334895211039894>

- Miller, E., & McCauley, H. L. (2013). Adolescent relationship abuse and reproductive and sexual coercion among teens. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 25(5), 364–369.
<https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328364ecab>
- Minayo, M. C. de S., & Souza, E. R. de. (1997). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(3), 513–531.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>
- Ministério da Saúde (MISAU) - Direcção Nacional da Assistência Médica. (2019). *PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A RESPOSTA À VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO NO SECTOR DE SAÚDE 2019-2022*.
- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), & ICF. (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique, 2015*. Rockville, Maryland.
- MISAU. (2012). *Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência*.
- MISAU. (2019). *PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A RESPOSTA À VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO NO SECTOR DE SAÚDE 2019 -2022*.
- MISAU. (2022). *RELATÓRIO DE ACTIVIDADES NA ÁREA DA VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO (VBG)*. MISAU/Direcção Nacional da Assistência Médica 2022.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 156(11), 796. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447>
- Okedare, O. O., & Fawole, O. I. (2023). Intimate partner violence among young women in Ibadan, Nigeria: Are there slum and non-slum differences? *BMC Women's Health*, 23(1), 290.
<https://doi.org/10.1186/s12905-023-02446-5>

- Okenwa, L. E. E., Lawoko, S., & Jansson, B. (2009). Factors associated with disclosure of intimate partner violence among women in lagos, Nigeria. *Journal of Injury and Violence Research*, 1(1), 37–47. <https://doi.org/10.5249/jivr.v1i1.15>
- OMS. (2011). *Mulheres e Saude-Evidências de hoje agenda de amanhã* (I. de Z. e C. G. M. Carla AbouZahr, Ed.; WHO Press,). WHO Press, World Health Organization.
- OMS. (2012). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência. In *Organização Mundial da Saúde*.
- Osório, C., & Macuácuá, E. (2013). *Os ritos de iniciação no contexto actual: Ajustamentos, rupturas e confrontos: construindo identidades de género*. WLSA Moçambique.
- Paterno, M. T., & Draughon, J. E. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(3), 370–375. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12443>
- Pearson, E., Andersen, K. L., Biswas, K., Chowdhury, R., Sherman, S. G., & Decker, M. R. (2017). Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(3), 290–297. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12070>
- Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reisner, S. L. (2020). Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. *American Journal of Public Health*, 110(9), e1–e14. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774>
- Phelan, M. B. (2007). Screening for Intimate Partner Violence in Medical Settings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 199–213. <https://doi.org/10.1177/1524838007301221>
- Qin, S., Nelson, L., McLeod, L., Eremenco, S., & Coons, S. J. (2019). Assessing test–retest reliability of patient-reported outcome measures using intraclass correlation coefficients:

- Recommendations for selecting and documenting the analytical formula. *Quality of Life Research*, 28(4), 1029–1033. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2076-0>
- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate Partner Violence Screening Tools. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 439-445.e4. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>
- Rahman, L., Du Mont, J., O'Campo, P., & Einstein, G. (2022). Intersectional inequalities in younger women's experiences of physical intimate partner violence across communities in Bangladesh. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01587-z>
- Rebbe, R., Adhia, A., Eastman, A. L., Chen, M., & Winn, J. (2022). The Measurement of Intimate Partner Violence Using International Classification of Diseases Diagnostic Codes: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802210909. <https://doi.org/10.1177/15248380221090977>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610–616. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600008>
- Renner, L. M., Wang, Q., Logeais, M. E., & Clark, C. J. (2019). Health Care Providers' Readiness to Identify and Respond to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051986770. <https://doi.org/10.1177/0886260519867705>
- Renzetti, C., Edleson, J., & Bergen, R. (2011). *Sourcebook on Violence against Women*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452224916>
- Lei n. 6/2008 de 9 de Julho, 6/2008 (2008).
- Lei n. 7/2008 de 9 de Julho, 7/2008, I Série (2008).

Lei n. 29/2009 de 29 de Setembro, 29/2009, I Série (2009).

Lei n. 19/2019 de 22 de Outubro, 19/2019, I Série (2019).

Lei n.º 22/2019 de 11 de Dezembro, 22/2019, I Série (2019).

Lei n.º 24/2019 de 24 de Dezembro, 24/2019, I Série (2019).

Ringwald, B., Tolhurst, R., Taegtmeier, M., Digolo, L., Gichuna, G., Gaitho, M. M., Phillips–Howard,

P. A., Otiso, L., & Giorgi, E. (2023). Intra-Urban Variation of Intimate Partner Violence

Against Women and Men in Kenya: Evidence from the 2014 Kenya Demographic and

Health Survey. *Journal of Interpersonal Violence, 38*(5–6), 5111–5138.

<https://doi.org/10.1177/08862605221120893>

Rodríguez, M. A., Sheldon, W. R., Bauer, H. M., & Pérez-Stable, E. J. (2001). The factors associated

with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *The Journal of Family Practice,*

50(4), 338–344.

Rodríguez, M., Valentine, J. M., Son, J. B., & Muhammad, M. (2009). Intimate Partner Violence and

Barriers To Mental Health Care for Ethnically Diverse Populations of Women. *Trauma,*

Violence, & Abuse, 10(4), 358–374. <https://doi.org/10.1177/1524838009339756>

Saimen, A., Armstrong, E., Manitshana, C., & Govender, I. (2016). Evaluation of a two-question

screening tool in the detection of intimate partner violence in a primary healthcare setting

in South Africa. *South African Family Practice, 58*(5), 172–178.

<https://doi.org/10.1080/20786190.2016.1223796>

Salahi, B., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Ranjbar, F., Sattarzadeh-Jahdi, N., Abdollahi, S.,

Nikan, F., & Alizadeh-Asl, R. (2017). Psychometric Characteristics of an Intimate Partner

Violence Screening Tool in Women With Mental Disorders. *International Journal of*

Women’s Health and Reproduction Sciences, 6(2), 204–210.

<https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.34>

- Sikweyiya, Y., Addo-Lartey, A. A., Alangea, D. O., Dako-Gyeke, P., Chirwa, E. D., Coker-Appiah, D., Adanu, R. M. K., & Jewkes, R. (2020). Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate partner violence against women in the central region of Ghana. *BMC Public Health*, *20*(1), 682. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08825-z>
- Silverman, J. G., Boyce, S. C., Dehingia, N., Rao, N., Chandurkar, D., Nanda, P., Hay, K., Atmavilas, Y., Saggurti, N., & Raj, A. (2019). Reproductive coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and associations with partner violence and reproductive health. *SSM - Population Health*, *9*, 100484. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100484>
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., & Goslings, J. C. (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health*, *52*(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>
- Stayton, C. D., & Duncan, M. M. (2005). Mutable Influences on Intimate Partner Abuse Screening in Health Care Settings: A Synthesis of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *6*(4), 271–285.
- Stöckl, H., March, L., Pallitto, C., & Garcia-Moreno, C. (2014). Intimate partner violence among adolescents and young women: Prevalence and associated factors in nine countries: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *14*(1), 751. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-751>
- Stubbs, A., & Szoek, C. (2022). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(4), 1157–1172. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Tenkorang, E. Y., Asamoah-Boaheng, M., & Owusu, A. Y. (2021). Intimate Partner Violence (IPV) Against HIV-Positive Women in Sub-Saharan Africa: A Mixed-Method Systematic Review

and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1104–1128.

<https://doi.org/10.1177/1524838020906560>

Todahl, J., & Walters, E. (2011). Universal Screening for Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 355–369.

<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x>

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.

<https://sdgs.un.org/2030agenda>

US Preventive Services Task Force, Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Grossman, D. C., Kemper, A. R., Kubik, M., Kurth, A., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C.-W., & Wong, J. B. (2018). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement. *JAMA*, 320(16), 1678. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>

Uthman, O. A., Moradi, T., & Lawoko, S. (2009). The independent contribution of individual-, neighbourhood-, and country-level socioeconomic position on attitudes towards intimate partner violence against women in sub-Saharan Africa: A multilevel model of direct and moderating effects. *Social Science & Medicine*, 68(10), 1801–1809.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.02.045>

Vives-Cases, C., Torrubiano-Domínguez, J., Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., & Gil-González, D. (2011a). Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology*, 21(12), 907–913.

<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.02.003>

Vives-Cases, C., Torrubiano-Domínguez, J., Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., & Gil-González, D. (2011b). Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity

- Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology*, 21(12), 907–913.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.02.003>
- Waalens, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 230–237. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00229-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00229-4)
- Walsh, T. B., Seabrook, R. C., Tolman, R. M., Lee, S. J., & Singh, V. (2020). Prevalence of Intimate Partner Violence and Beliefs About Partner Violence Screening Among Young Men. *The Annals of Family Medicine*, 18(4), 303–308. <https://doi.org/10.1370/afm.2536>
- Walters, R. H., & Parke, R. D. (1964). Social Motivation, Dependency, and Susceptibility to Social Influence. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 1, pp. 231–276). Elsevier.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60053-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60053-2)
- Webster, J., & Holt, V. (2004). Screening for Partner Violence: Direct Questioning or Self-Report? *Obstetrics & Gynecology*, 103(2), 299–303.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000110245.83404.3d>
- White, H. R., & Widom, C. S. (2003). Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems. *Aggressive Behavior*, 29(4), 332–345.
<https://doi.org/10.1002/ab.10074>
- Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koermer, N. (2017). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2192–2201. <https://doi.org/10.1111/jocn.13353>
- World Health Organization. (2004). Prevención de la violencia: Guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Preventing Violence : A*

Guide to Implementing the Recommendations of the World Report on Violence and Health.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43439>

World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. 94.

World Health Organization. (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

World Health Organization (Ed.). (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.

Yonga, A. M., Kiss, L., & Onarheim, K. H. (2022). A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 22(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12619-w>

Yut-Lin, W., & Othman, S. (2008). Early Detection and Prevention of Domestic Violence Using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in Primary Health Care Clinics in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 20(2), 102–116.
<https://doi.org/10.1177/1010539507311899>

Anexos

Anexo 1 - Manuscrito I (Publicado)

Vol. 15(4), pp. 247-253, October-December 2023
DOI: 10.5897/JPHE2023.1459
Article Number: 153D66B71379
ISSN 2141-2316
Copyright ©2023
Author(s) retain the copyright of this article
<http://www.academicjournals.org/JPHE>



Journal of Public Health and
Epidemiology

Full Length Research Paper

Frequency of different types of intimate partner violence in selected health units of the National Health Service of Mozambique: A retrospective study

Joaquim Matavel^{1,2*}, Gércio Bila¹, Khátia Munguambe^{1,3}, James G. Linn⁴ and Osvaldo Loquiha⁵

¹Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Mozambique.

²Departamento de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Maputo, Mozambique.

³Centro de Investigação em Saúde da Manhica, Mozambique.

⁴Optimal Solutions in Healthcare and International Development & Meharry Medical College, USA.

⁵Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique.

Received 21 August, 2023; Accepted 5 October, 2023

Intimate partner violence (IPV) includes a wide range of abusive behaviours perpetrated by someone involved or who was involved in an intimate relationship with the victim, and is a serious and preventable public health problem globally. This article reports on the frequency of different types of IPV in selected health units of the Mozambican National Health Service. The study was based on a cross-sectional and retrospective quantitative approach, where the data referring to the year prior to the study, was collected in a single moment in each study location, based on the records of the cases of violence. Sexual violence was the most prevalent, among adolescents and young people from urban areas; sociodemographic factors such as gender, age and origin are associated with the occurrence of IPV. There is a strong association between the type of IPV and the victim's origin, and people from urban areas are twice as likely to experience IPV compared to rural areas. The association between IPV and the gender of victims, and between gender and age group with the occurrence of IPV, has not been proven.

Key words: Violence, domestic violence, partner, abuse, frequency.

INTRODUCTION

Intimate partner violence (IPV), a serious and preventable public health problem worldwide (Tjaden et al., 2000; Yount et al., 2022), is classified by the World Health Organization as a subset of gender-based violence in which acts or threats of physical, sexual and emotional violence are perpetrated by a current or former intimate

partner of the victim (Righi et al., 2019). Despite numerous intervention efforts over the last decade, the burden of IPV continues to grow (Stöckl et al., 2014). IPV is particularly prevalent in sub-Saharan Africa where the overall prevalence is 36%; compared to the rest of the world, sub-Saharan African women are more affected by

*Corresponding author. E-mail: jmatavel@gmail.com

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

domestic violence than men (Jethá et al., 2021), and women are more likely to be injured by intimate partners, suffer from more severe IPV types, and are more likely to fear for their lives than male victims (Fanslow et al., 2023).

In Mozambique, for example, 40% of women of reproductive age (15-49 years) reported the experience of physical, sexual or emotional violence perpetrated by an intimate male partner in the last 12 months (Tura and Licoze, 2019). Violence in intimate partner relationships is usually attributed to gender norms that promote male dominance over women and women's acquiescence to male power (Shai et al., 2019), and is also linked to their relative lack of material resources, which supposedly creates dependence on male partners, as well as community norms of male dominance and acceptance of violence, with cultural ideologies that place women in subordinate positions (Sikweyiya et al., 2020).

Patriarchal societies have also been reported to promote IPV against women, given that in many African societies, male figures occupy prominent positions in their families and communities, with women being socialized to accept the seniority of their male partners and are forced to obey (Maguele et al., 2020). Research shows that tolerance and acceptability of IPV against women in many sub-Saharan African settings contribute to the high occurrence of the problem in the region (Dickson et al., 2023). Although the position of women is improving substantially in many countries over the time, progress has been uneven and many challenges remain, for example, women earn less than men, even for equivalent work (Marmot et al., 2008).

The negative health consequences of IPV include adverse physical health outcomes, poor mental health, sexual health risks, and reproductive health risks. IPV also leads to negative social consequences such as substance abuse which include alcohol misuse and drug use (Mthembu et al., 2021). Psychological consequences of IPV include depression, post-traumatic stress disorder, and substance use disorders, and women with IPV histories have been shown to have symptoms of mental health disorders (Shamu et al., 2018).

Although the lack of standardized instruments for systematic IPV screening in Mozambique, self-reported cases of violence perpetrated by intimate partners, are frequently treated and registered in health units. However, the magnitude of IPV is likely underestimated.

Thus, the aim of this study was to determine the frequency of different types of IPV among victims treated at health units of the Mozambican National Health Service in order to provide evidence for further studies, particularly the adaptation and validation of IPV screening instruments.

MATERIALS AND METHODS

It was a cross-sectional and retrospective study with a quantitative approach. The study population consisted of the total number of

victims of violence assisted and registered in the records of the selected health units from Maputo and Gaza provinces, in southern Mozambique, referring to the last year prior to the study. The selection of the provinces and health units was intentional among those that have violence attendance victim centres, in the southern Mozambique. The sample size was determined by a probabilistic sampling process, taking into account the different types of IPV (physical, psychological and sexual), considering as parameters: the proportion of patients who suffered the different types of IPV and the desired accuracy or margin of error.

Inclusion criteria were to be a patient and a victim of violence during the last year prior to the study, aged 15 years or over, who were involved in an intimate relationship. Data were collected from the records of the violence cases in the health units under study, and extracted regarding the sex, age and origin of the victim, as well as the type of violence recorded.

Data were collected on February/March, 2023 and stored in an Excel file. Descriptive analysis based on Fisher's Exact test and Pearson's Chi-squared test was carried out using the statistical package R version 4.3.0. The descriptive analysis generated frequency tables of socio-demographic characteristics, types of violence and proportion of confirmed cases of violence by type, with a significance level of 5%.

RESULTS

Characteristics of participants

From the data collected in the health units of the study, most of the victims of violence were female (n=243; 96%), the predominant age group was between 15 and 19 years old (n= 126; 49.8%), and mostly from urban areas (n=165; 65.2%), with the Hospital Geral de Mavalane having the highest number of registered victims (n=149; 58.9%) (Table 1).

Frequency and characterization of reported cases of violence

A total of 253 cases of violence were reported, distributed as follows: HG de Mavalane (n= 149; 58.9%), HR de Chókwe (n= 74; 29.2%), and HP de Xai-Xai (n= 30; 11.9%).

Of the data compiled during data collection, sexual violence was the most prevalent (n=141; 55.8%), followed by physical violence (n=75; 29.6%) and psychological violence (n=37; 14.6%) (Table 2).

Association between the variables

Table 3 presents the descriptive statistics for the occurrence of violence in all health units of the study, using the Fisher's Exact test and Pearson's Chi-squared, where it can be seen that there is no association between gender and age group (p=0.339 and p=0.255, respectively) with the occurrence of violence.

Association between each type of violence and socio-demographic characteristics

Table 4 presents the association between each type of

Table 1. Characteristics of the participants (n = 253).

Variable	Violence cases	
	No.	%
Sex		
Female	243	96.0
Male	10	4.0
Age		
15-19	126	49.8
20-24	39	15.4
25-29	37	14.6
30-34	20	7.9
35-39	10	4.0
40-44	9	3.6
45-49	5	1.9
>50	7	2.8
Provenience		
Urban	165	65.2
Rural	88	34.8
Health unit		
HG Mavalane	149	58.9
HR Chókwe	74	29.2
HP Xai-Xai	30	11.9

Table 2. Frequency of the IPV cases.

Type of IPV	Health unit			Total
	HR Chókwe (%)	HGM (%)	HP Xai-Xai (%)	
Physical	46 (82.1%)	14 (9.4%)	7 (23.3%)	67 (26.5%)
Sexual	22 (29.8%)	127 (85.2%)	20 (66.7%)	169 (66.8%)
Psychological	6 (8.1%)	8 (5.4%)	3 (10.0%)	17 (6.7%)
Total	74 (29.2%)	149 (58.9%)	30 (11.9%)	253 (100%)

violence and the socio-demographic characteristics. Analysis based on Fisher's Exact test and Pearson's Chi-squared, shows the existence of a statistically significant association between the type of violence and the origin (rural or urban), which means that the type of violence reported may vary depending on the victim's residential location and background.

There is also a statistically significant association ($p < 0.001$) between the type of violence and the age group, which is due to the fact that different age groups present different types of violence. For example, the age group from 15 to 19 has a higher rate of reporting violence in all types of violence highlighted. It is observed that with increasing age the rate decreases depending on the origin. Regarding the sex of the respondent, the

results indicated that there was no statistical significance between the type of violence and the gender of the victims ($p = 0.316$), which suggests that the type of violence reported does not differ significantly between men and women who are victims of violence.

Assessment of differences between records of violence in US

Table 5 presents the results of the evaluation of the differences in the records of violence cases in the health units, where significant differences in the occurrence of violence are verified in the 03 health units evaluated, indicating that the chance of occurrence of violence is 4

Table 3. Association between the variables.

Characteristics	No, N= 121 ¹	Yes, N= 132 ¹	p-value ²
Sex			0.339
Female	118 (98%)	125 (95%)	
Male	3 (2.5%)	7 (5.3%)	
Age			0.255
15 - 19	63 (52%)	63 (48%)	
20 - 24	23 (19%)	16 (12%)	
25 - 29	19 (16%)	18 (14%)	
30 - 34	6 (5.0%)	14 (11%)	
35 - 39	2 (1.7%)	8 (6.1%)	
40 - 44	3 (2.5%)	6 (4.5%)	
45 - 49	2 (1.7%)	3 (2.3%)	
50+	3 (2.5%)	4 (3.0%)	
Provenience			0.008
Rural	32 (26%)	56 (42%)	
Urban	89 (74%)	76 (58%)	

¹n (%). ²Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test**Table 4.** Association between the type of violence and socio-demographic characteristics.

Characteristics	Physical, N = 67 ¹	Psychological, N = 17 ¹	Sexual, N = 169 ¹	p-value ²
Sex				0.316
Female	63 (94%)	16 (94%)	164 (97%)	
Male	4 (6.0%)	1 (5.9%)	5 (3.0%)	
Age				<0.001
15 - 19	13 (19%)	6 (35%)	107 (63%)	
20 - 24	9 (13%)	4 (24%)	26 (15%)	
25 - 29	16 (24%)	2 (12%)	19 (11%)	
30 - 34	12 (18%)	2 (12%)	6 (3.6%)	
35 - 39	6 (9.0%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
40 - 44	5 (7.5%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
45 - 49	3 (4.5%)	0 (0%)	2 (1.2%)	
50+	3 (4.5%)	1 (5.9%)	3 (1.8%)	
Provenience				<0.001
Rural	48 (72%)	6 (35%)	34 (20%)	
Urban	19 (28%)	11 (65%)	135 (80%)	

¹n (%). ²Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test.**Table 5.** Evaluation of differences between records of violence in HU.

Characteristics	OR ¹	95% (CI) ¹	p-value
Place of data collection			
HR Chókwe	-	-	
HG Mavalane	4.18	2.29 (7.88)	<0.001
HP Xai-Xai	2.53	1.04 (6.20)	0.040

Table 6. Analysis of demographic characteristics associated with the occurrence of IPV - No adjusted OR model.

Characteristics	OR ¹	95% (CI) ¹	p-value
Sex			
Male	-	-	
Female	1.64	0.39 (8.42)	0.5
Provenience			
Rural	-	-	
Urban	1.88	1.06 (3.35)	0.031
Age			
50+	-	-	
15 - 19	1.08	0.22 (5.79)	>0.9
20 - 24	1.75	0.33 (10.1)	0.5
25 - 29	1.32	0.25 (7.63)	0.7
30 - 34	0.63	0.10 (4.17)	0.6
35 - 39	0.35	0.03 (3.05)	0.4
40 - 44	0.70	0.08 (5.72)	0.7
45 - 49	0.84	0.07 (10.1)	0.9

¹OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval.

Table 7. Analysis of demographic characteristics associated with the occurrence of IPV - Adjusted OR model.

Characteristic	OR ¹	95% (CI) ¹	p-value
Provenience			
Rural	-	-	Ref
Urban	2.05	1.21 (3.51)	0.008

¹OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval.

times greater in the HG Mavalane and 2 times higher in HP Xai-Xai compared to HR Chókwe (p=0.040).

Analysis of demographic characteristics associated with the occurrence of IPV

Table 6 with the results of the analysis of the demographic characteristics associated with the occurrence of IPV, demonstrates that there are no differences between cases for males and females when associated with the occurrence of violence (p=0.5), the same observed for the age groups. However, for the origin of the victims, there are statistically significant differences between urban and rural areas, when associated with the occurrence of violence.

Urban areas are twice as likely to experience cases of violence (OR=2.05) compared to rural areas (Table 7).

DISCUSSION

Of the total of 253 cases of violence reported in the

health units, most of the victims were female (n=243; 96%). Indeed, women are the ones who use health services more than men and are the most vulnerable to suffer acts of IPV, estimated in sub-Saharan Africa of around 30% (World Health Organization, 2013). The vulnerability of women to violence, especially in Africa, is associated with socio-cultural contexts, which is experienced since childhood (Cools and Kotsadam, 2017), due to the subordination role that is destined to women, and the economic dependence relative to their male partners (Bolarinwa et al., 2023).

The low number of male cases (n=10; 5.3%), indicates that violence assistance services should be developed primarily for women and children. This may be explained by the prominent positions that they occupy in their families and communities (Maguele et al., 2020). The configuration of the health services seems friendlier for women, where most professionals are female and it is not certain that men will accept being asked about IPV by women (Walsh et al., 2020).

Regarding to the age, the group from 15 to 19 years old was the most prevalent (n=126; 49.8%). This is because

it shows a downward trend in the age group in which cases of violence are evident. Previous studies carried out in Africa reported most IPV victims were aged over 21 years (Bolaninwa et al., 2023). These results suggest a growing vulnerability of adolescents to violence in general and IPV in particular, which provide evidence on the early onset of violence in intimate relationships and indicates that young women are not protected from experience of IPV (Okedare and Fawole, 2023), and raises the need to reinforce information, education and communication campaigns on violence and its consequences in communities and schools.

There were few cases of psychological violence (n=17; 6.7%) and physical violence (n=67; 26.5%). This differs from the results of previous studies that point to psychological and physical violence as being the most registered among intimate partners (Esie et al., 2019; Eugenio Zacarias et al., 2012), and to physical IPV as commonly accompanied by psychological and sexual IPV (Fanslow et al., 2023). One hypothesis that can be advanced is the weak understanding about the psychological violence. Many facts that can be understood as signs and manifestations of psychological violence are masked within socio-cultural contexts and particularly within the dynamics of relationships.

The HG Mavalane and HD Chókwe had high frequencies of IPV records compared to the HP Xai-Xai which recorded only 11.9% of the victims, a difference that raises questions regarding the dynamics of the health units functioning and the performance of health professionals, since the offer of screening services, from assistance to the registration and notification of cases. A case notification form is available in all health units but the tracking system is inefficient and consequently the level of case registration is unsatisfactory, continuing to be one of the biggest challenges due to the lack of well-trained and focused providers to extract data from the violence victims (Jethá et al., 2021).

The results do not show any statistically significant association between sex and the age group in which acts of violence occur. Indeed, violence affects all individuals, regardless of gender, whether or not they are involved in intimate relationships, with harmful social, economic and health consequences. However, the origin of the victim is associated with the occurrence of the violence, with most victims coming from urban areas, an aspect that contrasts with some previous studies on violence against women that point out that the risk of IPV is greater in rural areas than in urban areas (Garcia-Moreno, 2005).

It is a fact that the health units in this study are tertiary and quaternary and located in urban areas, with the exception of HG Mavalane, located in a peri-urban area of Maputo city. This aspect supports the existence of significant differences in the occurrence of violence in the 3 health units evaluated, where the HG Mavalane has 4 times greater chances and the HP Xai-Xai two times greater than the HD Chókwe. However, limiting IPV

prevalence estimates to "urban" and "rural" origin hides variations and inequalities within settings, and opportunities for targeted interventions that may be missed (Ringwald et al., 2023).

Limitations

The study has certain limitations, which should be commented on. IPV is often masked, under or inaccurately reported due to cultural norms that discourage victims from being open about their experiences. This obstacle could mean that the cases recorded on the health units do not represent the really situation of the IPV in this province of Mozambique. Secondly, the present work was conducted in a single geographic area (albeit in 2 provinces) of Mozambique, a country with a heterogeneous population and diverse cultural norms. Thus, the present results are not necessarily generalizable to other areas of Mozambique without further location-specific investigations.

Conclusion

The frequencies of IPV cases reported in the health units of this study, show that sexual violence is the most predominant, followed by physical violence and finally psychological violence, mostly in adolescents and young people from urban areas. Sociodemographic factors such as sex, age and origin are associated with the occurrence of IPV. A strong association was found between the type of IPV and the victim's provenience (rural or urban), which means that the type of IPV may vary depending on the victim's provenience. Urban areas are twice as likely to experience cases of violence compared to rural areas.

Another association found was between the type of violence and age. IPV is not related to the sex of the victims, which means that the type of violence reported does not differ significantly between men and women and there is no association between gender and the age group with the occurrence of IPV. This means that both men and women, regardless of age, have similar chances of being victims of IPV. However, there are statistically significant differences between the origin of the victims and the occurrence of IPV.

Ethics Approval and consent to participate

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Bioethics Committee for Health of the Faculty of Medicine - Eduardo Mondlane University and of the Maputo Central Hospital (Maputo - Mozambique). All methods applied in this study were performed in accordance with the relevant guidelines and regulations. Formal

authorisation to conduct the study was previously requested firstly to the Ministry of Health then to Provincial and community authorities.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors have not declared any conflict of interests.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was funded by the Embassy of Sweden - "UEM-Sida Bilateral Research Program". Funding for a student researcher scholarship in the UEM Doctoral Program made this work possible in collaboration with Eduardo Mondlane University, Mozambique.

REFERENCES

- Bolarinwa OA, Tessema ZT, Okyere J, Ahinkorah BO, Seidu AA (2023). Spatial distribution and predictors of lifetime experience of intimate partner violence among women in South Africa. *PLOS Global Public Health* 3(1):e0000920. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000920>
- Cools S, Kotsadam A (2017). Resources and Intimate Partner Violence in Sub-Saharan Africa. *World Development* 95:211-230. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.027>
- Dickson KS, Boateng ENK, Adzrago D, Addo IY, Acquah E, Nyarko SH (2023). Silent suffering: Unveiling factors associated with women's inability to seek help for intimate partner violence in sub-Saharan Africa (SSA). *Reproductive Health* 20(1):110. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01651-7>
- Esie P, Osypuk TL, Schuler SR, Bates LM (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - Population Health* 7:100368. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100368>
- Eugenio Zacarias A, Maccassa G, Soares JFF (2012). Women as perpetrators of IPV: The experience of Mozambique. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 4(1):5-27. <https://doi.org/10.1108/17596591211192966>
- Fanslow JL, Mellar BM, Gulliver PJ, McIntosh TKD (2023). Evidence of Gender Asymmetry in Intimate Partner Violence Experience at the Population-Level. *Journal of Interpersonal Violence* 38(15-16):9159-9188. <https://doi.org/10.1177/08862605231163646>
- Garcia-Moreno C (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>
- Jethá E, Keygnaert I, Martins E, Sidat M, Roelens K (2021). Domestic violence in Mozambique: From policy to practice. *BMC Public Health* 21(1):772. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10820-x>
- Maguele MS, Tiou B, Taylor M, Khuzwayo N (2020). Risk factors associated with high prevalence of intimate partner violence amongst school-going young women (aged 15-24years) in Maputo, Mozambique. *PLOS ONE* 15(12):e0243304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243304>
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling T, Taylor S (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*.
- Mthemba J, Mabaso M, Reis S, Zuma K, Zungu N (2021). Prevalence and factors associated with intimate partner violence among the adolescent girls and young women in South Africa: Findings the 2017 population based cross-sectional survey. *BMC Public Health* 21(1):1160. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11183-z>
- Okedare OO, Fawole OI (2023). Intimate partner violence among young women in Ibadan, Nigeria: Are there slum and non-slum differences? *BMC Women's Health* 23(1):290. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02446-5>
- Righi MK, Orchowski LM, Kuo C (2019). Integrated Intimate Partner Violence and Human Immunodeficiency Virus Interventions in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review Targeting or Including Adolescents. *Violence and Gender* 6(2):92-104. <https://doi.org/10.1089/vio.2018.0027>
- Ringwald B, Tolhurst R, Taegtmeier M, Digolo L., Gichira G, Gaithe MM, Philips-Howard PA, Otiso L, Giorgi E (2023). Intra-Urban Variation of Intimate Partner Violence Against Women and Men in Kenya: Evidence from the 2014 Kenya Demographic and Health Survey. *Journal of Interpersonal Violence* 38(5-6):5111-5138. <https://doi.org/10.1177/08862605221120893>
- Shai N, Pradhan GD, Chirwa E, Shrestha R, Adhikari A, Kerr-Wilson A (2019). Factors associated with IPV victimisation of women and perpetration by men in migrant communities of Nepal. *PLOS ONE* 14(7):e0210258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210258>
- Shamu S, Shamu P, Machisa M (2018). Factors associated with past year physical and sexual intimate partner violence against women in Zimbabwe: Results from a national cluster-based cross-sectional survey. *Global Health Action* 11(sup3):1625594. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1625594>
- Sikweyiya Y, Addo-Lartey AA, Alangea DO, Dako-Gyeke P, Chirwa ED, Coker-Appiah D, Adanu RMK, Jewkes R (2020). Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate partner violence against women in the central region of Ghana. *BMC Public Health* 20(1):682. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08925-z>
- Stöckl H, March L, Pallitto C, Garcia-Moreno C (2014). Intimate partner violence among adolescents and young women: Prevalence and associated factors in nine countries: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 14(1):751. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-751>
- Tjaden P, Thoennes N, US Department of Justice: Office of Justice Programs: National Institute of Justice (2000). Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: (300342003-001) [dataset]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e300342003-001>
- Tura H, Licoze A (2019). Women's experience of intimate partner violence and uptake of Antenatal Care in Sofala, Mozambique. *PLOS ONE* 14(5):e0217407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217407>
- Walsh TB, Seabrook RC, Tolman RM, Lee SJ, Singh V (2020). Prevalence of Intimate Partner Violence and Beliefs About Partner Violence Screening Among Young Men. *The Annals of Family Medicine* 18(4):303-308. <https://doi.org/10.1370/afm.2536>
- World Health Organization (2013). Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84388>
- Yount KM, Cheong YF, Khan Z, Bergenfeld I, Kaslow N, Clark CJ (2022). Global measurement of intimate partner violence to monitor Sustainable Development Goal 5. *BMC Public Health* 22(1):465. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12822-9>

Anexo 2 - Manuscrito II (Publicado)

Medicine and Medical Sciences 8(6): 052-055, August 2020
DOI: 10.15413/mms.2020.0109
ISSN 2682-5759
©2020 Academia Publishing



Research Paper

Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature

Accepted 29th June, 2020

ABSTRACT

Intimate Partner Violence (IPV), a subtype of interpersonal violence, occurs within an intimate relationship causing physical and psychological harm and it is an international priority. Although screening in health settings, especially for women, has been recommended by professionals associations, national and international policies and programs on violence, the African Sub-Saharan countries are still experiencing many barriers. Data and systematic synthesis on this matter are still scarce. The aim of the present study was to describe the barriers that health professionals face for IPV screening in Sub-Saharan African countries. As a result, a literature search - scoping review was conducted in PubMed, using the following terms - screening, diagnosis, barriers and Sub-Saharan Africa and considering specific inclusion and exclusion criteria. In the studies analyzed, it was found that in Africa the Intimate Partner screening process faces barriers related to health personnel training, organization of sectorial programs and health systems, including lack of consensus on good practice and the type of screening instruments.

Key words: Violence, intimate partner violence, IPV, screening barriers, IPV screening.

Joaquim Sebastião Matavel^{1,2}

¹Faculty of Medicine – Eduardo Mondlane University, Maputo, Mozambique.

²Mental Health Department, Ministry of Health, Eduardo Mondlane Av. 264, Maputo, Mozambique.

E-mail: jmatavel@gmail.com.

INTRODUCTION

World Health Organization defines violence as the use of physical force or power, threatening or in practice, against yourself, another person, or against a group or community that results in or may result in suffering, death, psychological harm, impaired development or deprivation, and is assumed to be a public health problem (WHO, 2002).

The typology of violence incorporates three categories, namely: Self-inflicted Violence, Interpersonal Violence, and Collective Violence. Interpersonal violence category includes, among others, the Intimate Partner Violence (IPV), which refers to any type of violence committed by the spouse, former spouse, boyfriend, ex-boyfriend (WHO, 2012), affecting more women than men, in countries where gender disparity is stark, particularly in sub-Saharan African countries (Zacarias, 2012).

Prevalence of IPV varies substantially depending on the methodological aspects, the type of sample and type of violence studied (Zacarias, 2012). Therefore, the

phenomenon of violence is a potential risk factor for the obstruction of integral human development (Barros et al., 2009).

Data from the Mozambique Immunization, Malaria and HIV / AIDS Indicator Survey (IMASIDA) report that one in four women (24%) admitted to being victim of physical, sexual or emotional violence, with physical violence being the most prevalent (18%), followed by emotional violence (15%) and sexual violence (3%). The same survey states that about 13% of men surveyed also reported having suffered physical, sexual or emotional violence, with the most common type of IPV being emotional violence, which is about 10% (MISAU, INE and ICF, 2015).

These data show an increase in the prevalence of violence, given that the previous survey, reported three years earlier, pointed to a prevalence of physical violence corresponding to one in three women aged 15-49 (MISAU, INE and ICF, 2012).

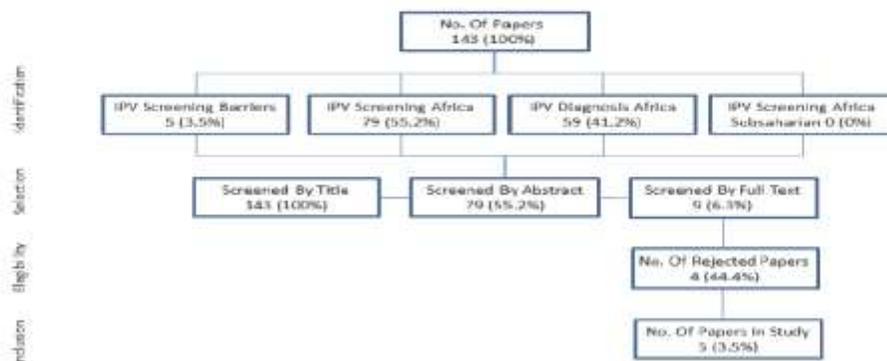


Figure 1: Study selection process.

However, the actual prevalence of violence in Mozambique, particularly against women, may be much higher, taking into account the stigma and underreporting, and widespread tolerance and acceptance of violence, given that the violence is viewed historically as a private family affair and only recently has it begun to gain recognition as a public health and human rights issue (Zacarias, 2012). Absolutely, in many situations, widespread beliefs about gender roles and violence perpetuate violence with partners (WHO/LSHTM, 2010; Swart et al., 2002; Heise et al., 1999).

Yet in Mozambique, the legal instruments considered to deal with violence are both the Penal Code because domestic violence has the category of public crime, and the Family Law, which aims to protect the physical, moral, psychological, patrimonial and sexual integrity of women against any form of violence by spouse, former spouse, partner, former partner, boyfriend, ex-boyfriend and family members (BR n°34, Iª Série de 25/08/2004). In the light of gender equality issues, the provisions of the Law apply to men on equal terms and with the necessary adaptations.

Currently, there is a Multisectoral Mechanism for Assistance to Women Victims of Violence, integrating the Health, Gender, Child and Social Action, Police and Justice sectors, which led to the creation of the Integrated Violence Care Centers (CAIV) materializing the Norms of Integrated Care to Victims of Gender Violence approved by the Ministry of Health of Mozambique (BR n°2, Iª Série de 12/01/2011).

However, the process of Violence screening in general and IPV screening specifically, remains deficient, not routine in the Mozambican National Health Service and when cases are identified and/or referred, the clinical treatment of physical trauma and the criminalization of perpetrators are often the priority, ignoring the problematic of re-victimization, psychological trauma and other holistically important socio-cultural factors to consider.

Due to the magnitude of the IPV problem, many organizations and associations of health professionals, including national and international policies, have recommended and advocate for IPV screening at the primary health care level, a process that has been having difficulties for implementation, particularly in Africa.

Aim

The purpose of this study is to describe the barriers that health professionals face for IPV screening in Sub Saharan African countries.

METHODS

A scoping review with scientific production indexed in PubMed was made, focusing on Intimate Partner Violence (IPV) and Violence, with the following main descriptors in English: *screening, diagnosis, barriers and Sub-Saharan Africa*.

Prioritizing was given to the most recent articles, which were grouped by thematic area taking into account the title, the abstract and the full text reading, which served for final analysis using the approach in IPV screening barriers in African Sub Saharan countries as a main criteria inclusion. Based on the descriptors, a total of 143 studies were found, of which selected through the title (143/143) - 100%, based on the reading of abstract (79/143) - 55.2% and reading the full article (9/143) - 6.3%.

Subsequently the studies were divided into groups, namely: IPV Screening Barriers (5/143) - 3.5%, IPV Screening Africa (79/143) - 55.2%, IPV Diagnosis Africa (59/143) - 41.2% and IPV Screening Africa Sub-Saharan (0/143) - 0% and IPV Screening Barriers (5/143) - 3.5%, these were considered for this review (Figure 1).

RESULTS

From the review of the studies, it was found that although awareness of IPV screening in health facilities is increasing, implementation of this practice varies across the countries, with barriers from personal, programmatic and organizational levels for the African case.

At a personal level, barriers include aspects such as subject sensitivity, training and daily activity. Programmatic barriers include the fact that IPV is not yet a priority for health services, particularly in the mental health field, and organizational barriers include the configuration of public health systems at whole.

DISCUSSION

Intimate Partner Violence (IPV) usually involves a combination of abuse behaviors, including threats and physical, sexual violence, emotionally abusive behaviors, economic restrictions and other controlling behaviors, with short and long term negative consequences for survivors even after termination of abuse (Campbell, 2002), being its screening in health facilities are recommended and advocated by various specialized medical institutions and organizations.

Studies on violence in Africa remain scarce, and WHO data point to a 36.6% prevalence of physical and/or sexual IPV among women, with South Africa and Zimbabwe being the countries with the highest prevalence of IPV against women, estimated in physics (55.5%) and (42.8%) respectively (Chaquisse, 2018). Although awareness of IPV screening in health facilities is increasing, implementation of this practice varies across the countries, and remains not a routine in Africa Sub Saharan country health systems. Absolutely, a recent systematic review reported only 9 to 40% of clinicians routinely screen for IPV (Todahl and Walters, 2011).

The personal barriers in IPV screening process reported in African Sub Saharan countries is regarding the way the health professionals understand the IPV. Many of them feel personal discomfort with subject matter, has lack of knowledge, refer to time constraints (Williams et al., 2016), and consider that IPV screening tools are difficult and time consuming to apply (Husso et al., 2012; Higgins et al., 2015).

The fact of IPV is not yet a priority for health services, particularly in the mental health field in Africa is a barrier on programmatic and organizational level, because the focus in mental health do not include the Intimate Partner Violence but currently has been on suicide and other forms of violence such as physical and sexual violence (Higgins et al., 2015).

The configuration of health systems appears to be one of the most barriers to IPV screening process. A systematic review reported only 9 to 40% of clinicians routinely screen for IPV (Todahl and Walters, 2011).

The major barriers to IPV screening process are regarding the infrastructures, limitations on trained human resources, lack of consensus on best practices for IPV screening, including the type of instruments, as well as difficulties in protecting the confidentiality of victims and socio-cultural norms that may make victims reluctant to seek institutional support for IPV without receiving the subsequent basic support and appropriate referral (Paul, 2016).

Conclusion

Studies on violence in Africa remain scarce, and although awareness of IPV screening in health facilities is increasing, implementation of this practice varies across the countries, and remains not a routine in Africa Sub Saharan country health systems.

Although the process of screening for IPV is currently recommended, it still faces multiple barriers in Africa, such as personal, programmatic and organizational barriers, which point to the need of determining the applicability and feasibility of the screening for intimate partner violence process in the African clinical context, characterized by limited resources and several limitations at the personal, programmatic and organizational levels.

Acknowledgments

The author would like to express deep gratitude to Prof. Doutor James G. Linn, MD, PhD and Doutora Khátia Munguambe, Bsc, Msc, PhD, the research supervisors, for their patient guidance, enthusiastic encouragement and useful critiques of this scope review article and for their advice and assistance in keeping his progress on schedule.

REFERENCES

- Barros, FC, Carvalho JE, Pereira MB (2009). Um estudo sobre o bullying no contexto escolar. IX Congresso nacional da educação: III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia.
- Campbell JC (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 359:1331-1336. DOI :10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Chaquisse E, Praga S, Meireles P, Macassa G, Soares J, Mbofana F, Barros H (2018). Sexual and physical intimate partner violence among women using antenatal care in Nampula, Mozambique. *J. Public Health in Africa*. 9(1): 744. DOI:10.4081/jphia.2018.744
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications.
- Higgins A et al (2015a). There is more to risk and safety planning than dramatic risks: mental health nurses' risk assessment and safety management practice. *Int. J. Ment. Health Nur.* DOI: 10.1111/inm.12180.
- Higgins A et al (2015a). There is more to risk and safety planning than dramatic risks: mental health nurses' risk assessment and safety management practice. *International J. Ment. Health Nur.* DOI: 10.1111/inm.12180.
- Husso M et al. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health & Social Care in the Community* 20:

- 347-355. DOI:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF. (2015) Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE, e ICF
- Moçambique Inquérito Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), and ICF International (ICFI), (2012) Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo, Moçambique. Calverton, MD: MISAU, INE, and ICFL 2012.
- Paul S (2016). Intimate Partner Violence and Womens Help-seeking Behaviour: Evidence from India. *J. Interdisciplinary Econ.* 28: 53-82. DOI: 10.1177/0260107915609810.
- República de Moçambique (2004). Lei n°10/2004 sobre a Família. In Boletim da República de Moçambique n°34. 1ª Série de 25/08/2004
- República de Moçambique (2010). Despacho Ministerial do Ministério da Saúde sobre as Normas de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência do Género In Boletim da República de Moçambique n°2. 1ª Série de 12/01/2011
- Swart LA et al. (2002). Violence in adolescents' romantic relationships: findings from a survey amongst school-going youth in a South African community. *J. Adolescence.* 25(4).
- Todahl J, Walters E (2011). Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. *J. Marital Fam. Ther.* 37 (3): 355-369.
- WHO/LSHTM (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva/London. World Health Organization/ London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Williams JR et al. (2016). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *J. Clin. Nur.* 26: 2192-2201. DOI: 10.1111/jocn.13353
- Williams JR et al. (2016). An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *J. Clin. Nur.* 26: 2192-2201. DOI: 10.1111/jocn.13353
- World Health Organization (2002). Understanding and addressing violence against women. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013). Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner sexual Violence. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Zacarias AE (2012). Women as Victims and perpetrators of Intimate Partner Violence (IPV) in Maputo City, Mozambique: Occurrence, Nature and Effects. Karolinska Institutet, Universitet services US - AB, Stockholm.

Cite this article as:

Matavel JS (2020). Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. *Med. Med. Sci.* 8(6): 052-055.

Submit your manuscript at

<http://www.academipublishing.org/journals/mms>

Anexo 3 - Manuscrito III (Submetido)

1 Intimate Partner Violence management in health facilities of
2 the National Health Service in Mozambique: A qualitative
3 study

4
5 Joaquim Matavel^{1,2*}, James G. Linn⁴, Osvaldo Loquiha⁵, Khátia Munguambe^{1,3}

6 ¹Faculty of Medicine, Eduardo Mondlane University; ²Mental Health Department, Ministry of Health,
7 Maputo, Mozambique; ³Manhiça Health Research Centre; ⁴Optimal Solutions in Healthcare and
8 International Development & Meharry Medical College, USA; ⁵Eduardo Mondlane University,
9 Maputo, Mozambique

10
11 *Correspondence Author: jmatavel@gmail.com

12
13 **Abstract:**

14 ***Introduction:** Intimate partner violence (IPV) includes a wide range of abusive*
15 *behaviors perpetrated by someone involved or who has been involved in an intimate*
16 *relationship with the victim, and is a widespread but preventable global health*
17 *problem. This article describes the IPV management process in the national health*
18 *service of Mozambique. **Methods:** Was a qualitative study consisting of documentary*
19 *research and interviews with health professionals who participate in the process of*
20 *caring for victims of violence in selected health facilities. **Conclusions:** The*
21 *management of IPV is guaranteed through a Multisectorial Assistance Mechanism for*
22 *Women Victims of Violence, but is deficient, with no strategies, guidelines and*
23 *practical flowcharts for this type of interpersonal violence, including instruments for*
24 *its screening. Health professionals have a poor understanding of IPV and procedures*
25 *for assistance and do not use specific instruments for screening, presenting as barriers*
26 *to their intervention the lack of technical capacity, the workload, the physical*
27 *configuration of work environments and the lack of a specific instrument for screening*
28 *IPV.*

29 **Keywords:** *Violence; IPV; Management; Perceptions; Barriers;*

30
31 **Introduction**

32 Intimate partner violence (IPV) is a serious and preventable public health problem
33 worldwide (1,2), which refers to actual or threatened abuse by an intimate partner
34 that can be physical, sexual, psychological or emotional in nature (3). Is classified by

35 the World Health Organization as a subset of gender-based violence in which acts c
36 threats of physical, sexual and emotional violence are perpetrated by a current c
37 former intimate partner of the victim (4).

38 Anyone can experience IPV, regardless of their background, socioeconomic statu
39 religious affiliation or cultural origin; however, women are generally victims of IP
40 compared to men (5). IPV is particularly prevalent in sub-Saharan Africa, where
41 ranges from 9.4% in the Comoros, 45% in Zimbabwe, to 78% in Ethiopia, with
42 regional prevalence of 36%, exceeding the global average (6). In Mozambique, 40% c
43 women of reproductive age (15-49 years) reported experiencing physical, sexual c
44 emotional violence perpetrated by a male intimate partner in the last 12 months (7).

45 IPV is generally attributed to gender norms that promote male dominance ove
46 women and women's acquiescence to male power (8), and African patriarch
47 societies have been reported to promote IPV against women, as in many of the
48 male figures occupy prominent positions in their families and communities, an
49 women are socialized to accept the dominance of their male partners and are force
50 to obey (9). This is also linked to women's relative lack of material resources, whic
51 supposedly creates dependency on their male partners, as well as community norm
52 of male domination and acceptance of violence (10). The tolerance and acceptabilit
53 of IPV against women in many sub-Saharan African contexts contributes to the hig
54 occurrence of the problem in the region (5).

55 In Mozambique, self-reported cases of IPV are often treated and recorded in healt
56 facilities, so the aim of this study was to describe the IPV management process i
57 Mozambique's National Health Service, through a document review and interview
58 with health professionals involved in the violence care process in selected healt
59 facilities.

60

61

62 **Material and Methods**

63 This was a qualitative study consisting of documentary research into legislation,
64 plans, strategies, reports and guidelines that focus on the process of violence
65 management, available in the electronic and physical archives of public institutions,
66 as well as interviews with 12 health professionals who have been involved in the
67 process of caring for victims of violence for at least a year, selected intentionally in
68 four health facilities in the provinces of Maputo and Gaza, southern Mozambique.

69 An analysis of the content of the responses to the interviews was carried out, in a
70 process which included the identification and preliminary reading of the documents,
71 the creation of categories of analysis based on the objectives of the study and finally
72 the interpretation of the results obtained.

73

74 **Results**

75 **1. Documentary Research**

76 In Mozambique, there has been a Multisectoral Mechanism for Attending Women
77 Victims of Violence since 2011, integrating the Health, Gender, Children and Social
78 Action, Interior and Justice sectors, which led to the creation of the Integrated
79 Attendance Centers for Violence (CAIV), materializing the Guide for Integrated
80 Attendance to Victims of Violence (11). Access to this mechanism is possible through
81 three entry points: (i) the Integrated Care Centre for Victims of Violence (CAIV),
82 which integrates health, social, police and legal services, available to all victims of
83 violence, although in many contexts there are no conditions for its operationalization;
84 (ii) the Office for Family and Minor Victims of Violence (GAFMVV) and (iii) the
85 emergency services of the health facilities.

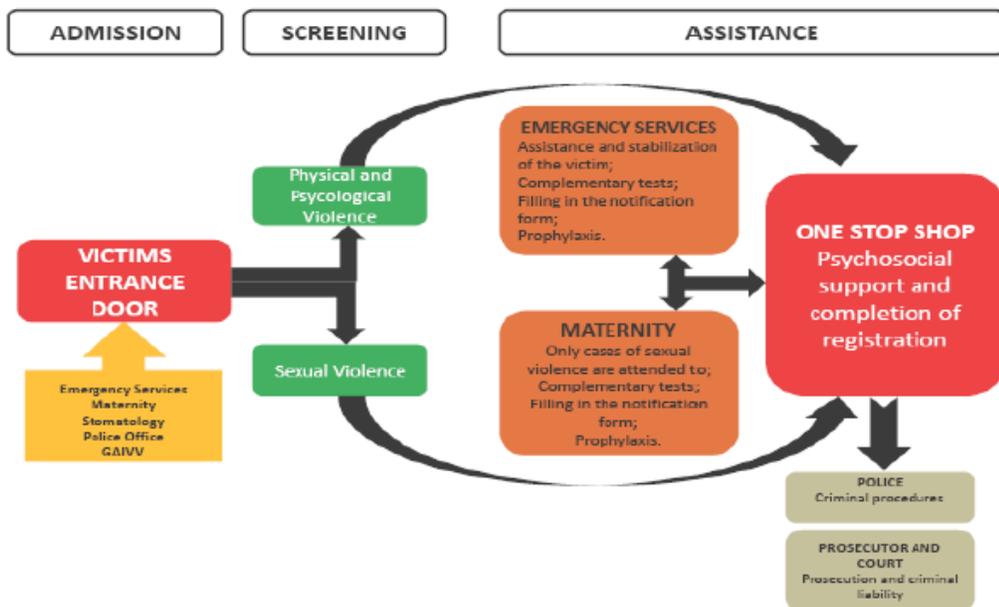
86

87 From the set of sectorial coordination measures between the different institutions and
88 levels of implementation: Central, Provincial, District and Health Facilities, the
89 following stand out, among others: (1) Advocacy for the creation of a National
90 Program to Prevent and Combat Gender Based Violence (GBV); (2) Advocacy for the

91 integration of violence prevention into social and educational policies and the
 92 promotion of social and gender equality; (3) Review and updating of health sector
 93 standards and protocols relating to GBV, and the need to assume GBV as a program
 94 of the National Health System where the care of victims is a matter of primary health
 95 care.

96

97 In health facilities without CAIVs, such as the ones selected for this study, care for
 98 victims of violence is possible through the "one-stop" mechanism, whereby the
 99 various services available to support victims of violence are provided in a single
 100 office or consultation room by the different health professionals in each specialty (see
 101 figure 1). Cases are recorded using data collection and management tools such as the
 102 single notification form for violence cases (11).



103

104 *Figure 1 – Cycle of Care for Victims of Violence*

105 The national action plan for gender-based violence response in the health sector
 106 encompasses all forms of physical, sexual, psychological/emotional violence in all
 107 population groups (women, adolescents and young people, vulnerable populations,
 108 special populations), but does not include IPV. Meanwhile, the plan points to the
 109 need to improve coordination between the different points of entry and follow-up for

110 victims, by increasing collaboration and the exchange of information on the
 111 prevention and treatment of violence, i.e. greater coordination between the areas of
 112 victim care, public health and training. Also according to the same plan,
 113 multisectoral coordination should be geared towards harmonizing and valuing joint
 114 work so that the victim receives humane and quality treatment from the health,
 115 police, social action and justice sectors, where each player should feel part of the
 116 process of preventing and promoting behavioural change in face of violence. It also
 117 presupposes a monitoring and evaluation component, including analysis of the gaps
 118 detected in the implementation of actions to prevent and mitigate GBV, as well as the
 119 establishment of an efficient and effective mechanism for sharing and feeding back
 120 data on GBV.

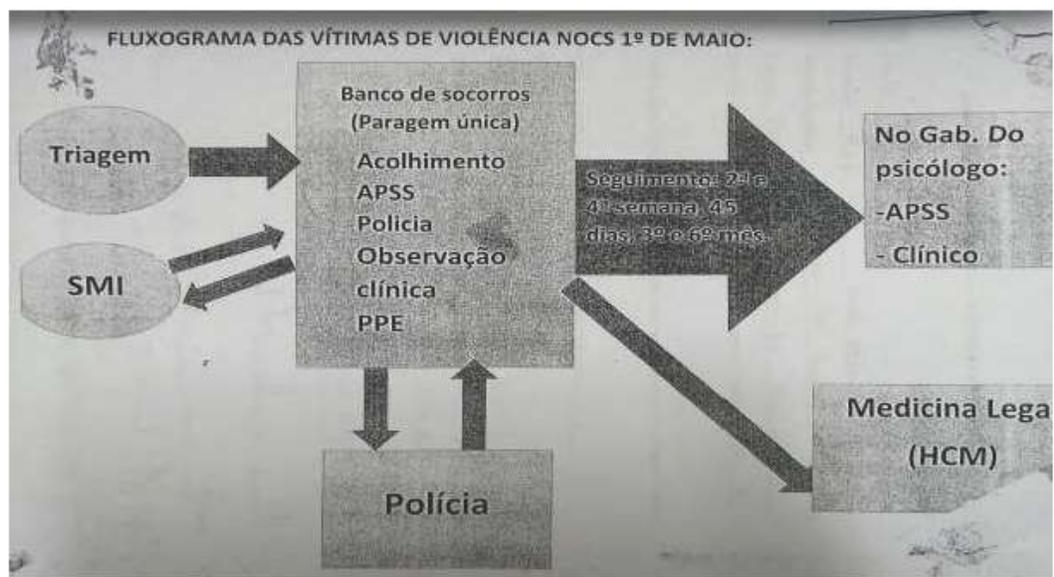
121

122 In general, the management of cases of violence, particularly in health facilities, is
 123 described in the "Guide for the Integrated Care of Victims of Violence" (GAIVV),
 124 drawn up by the Ministry of Health, which describes the specific care protocols for
 125 cases of psychological, sexual and physical violence, operationalized by a "gender-
 126 based violence screening algorithm" (Figure 2).



128 Figure 2 - Screening algorithm for gender-based violence (Source: Extracted from the documents of the Office for victims of
 129 violence at the Xai-Xai Health Center)

148 health facility's screening sector or women's health consultations. Victims, regardless
 149 of the type of violence, are referred to the "one-stop shop" where they are seen,
 150 receive clinical treatment, post-exposure therapy and psychosocial support, and there
 151 is a referral and counter-referral system with the police station. Through the "one-
 152 stop shop", a referral is also made to forensic medicine before discharge. The follow-
 153 up appointment is scheduled for the third or fourth week, usually for the psychiatry
 154 and mental health consultation.



155

156 *Figure 4 - Flowchart of care for victims of violence - Extracted from the documents of the Office of care for victims of violence*
 157 *at the 1º.de Maio Health Center - Maputo City*

158 **2. Interviews with health professionals**

159

160 **Socio-demographic characteristics**

161 A total of 21 professionals were interviewed in four health units in the provinces of
 162 Maputo and Gaza, in the southern region of Mozambique. Of the 21 professionals
 163 interviewed, 14 (66.6%) were female and 7 (33.3%) male (see Table 1).

164

165 Table 1 - Socio-demographic characteristics of the interviewees

		N=21	%
Sex	Male	07	66.6
	Female	14	33.3
Profession	Physicians	02	9.5
	Psychologists	06	29.0
	Nurses	05	23.8
	Psychiatric and Mental Health Technicians	08	38.1
Training	GBV	09	42.8
	IPV	00	00.0
Total		21	100.0

166

167 **Health professionals' perceptions of IPV**

168 The interviewees had little familiarity with the term "Intimate Partner Violence" or
 169 "IPV", regardless of their professional category. The evidence indicates that they were
 170 exposed to the concept in the context of the study, and even those who had heard of
 171 it showed difficulties with the term, resulting in difficulty in giving a clear definition,

172 *"Intimate partner violence? Yes, I've heard of it. I didn't know much about it.
 173 But since you spoke that day, I now know....." Ent.3_MPT_1M*

174 *"Intimate partner violence... No,... I think you remember that the Doctor came
 175 to talk about it..." Ent.2_XX_CS*

176 *"Hummm, I've never heard the term, I can only imagine what it is, but we've
 177 never talked about it." Ent.7_MPT_1M*

178 *"Violence of... hannn, partner? Hummm, I think it's GBV between couples".
 179 Ent.6_XX_CS*

180 *"I heard it out loud before, but I had a bit more knowledge and interaction*

181 *when we started interacting." Ent.2_XX_MG*

182

183 Thus, the interviewees' attempt to define "intimate partner violence" or IPV, resulted
184 in a type of violence that happens between partners, and which can be physical,
185 sexual and psychological:

186 *"For example, I have my husband, so he wants to have sex with me but he*
187 *doesn't agree with me, he wants to do it by force...." Ent.3_MPT_1M*

188 *"I can only imagine what it is, but we never talk about it. It's violence*
189 *between married couples and boyfriends; violence in intimacy, force in*
190 *intimacy, the use of words in intimacy." Ent.9_XX_CS*

191 *"It's also violence between intimate people, who are couples or lovers."*
192 *Ent.7_XX_MG*

193 *"Well, I don't really know, but it's... it's the same as gender-based violence,*
194 *you know when partners get involved in violence." Ent.6_XX_CS*

195 **Screening, diagnosis and intervention practices in a clinical context**

196 Although the interviewees were not aware of the procedures for the specific care of
197 IPV cases, and did not use any specific instrument for screening and/or diagnosing
198 IPV, they did say they were aware of the procedures for the care and referral of cases
199 of violence in general and gender-based violence, which are based on integrated care
200 in the so-called "one-stop shop":

201 *"When a normal patient arrives, comes in for a consultation, we start taking*
202 *an anamnesis, then he tells us what leads him to come to the hospital, then we*
203 *think it's violence. Then, when we think it's violence, we take the patient to the*
204 *office where violence is dealt with, that is, cases of GBV, because there's a*
205 *specific office. And there, the clinician has to be there, the psychologist has to be*

206 *there, any intervention that needs to be done with that patient has to be called*
207 *to that office. The patient can't go from office to office, it's a one-stop shop.*
208 *Ent.1_XX_CS*

209 *"...When we discover that the person has suffered violence, we take the patient*
210 *to the office, which is a one-stop shop, where violence is dealt with. There's*
211 *everyone there, in fact we do inter-consultation, there's a psychologist, a police*
212 *officer, there's also a social worker, a clinician, they also attend..."*
213 *Ent.8_MPT_M2*

214 Intervention practices boil down to the implementation of the directive to attend to
215 cases of violence in the "one-stop" system, which involves attending to each case in a
216 single office, where all the health professionals from various specialties are
217 concentrated, including doctors, psychologists, medical technicians and social
218 workers, as well as a referral and counter-referral system between the "one-stop" and
219 the nearest police unit, avoiding the victim having to move between the health unit's
220 offices, as mentioned below:

221 *"...we have a fixed point, for example in this case it's the SAAJ, where all types*
222 *of violence are referred there (it's the one-stop model) yes, yes, the psychologist*
223 *is there, someone from social work is there, we request the police, so when the*
224 *patient arrives, we all meet to attend to them." Ent.3_XX_CS*

225
226 *"...generally, most of the time, the victims already come with the police's*
227 *opinion, so they arrive here, office number 1, where they are attended to, is the*
228 *GBV office which is a one-stop shop, and they are attended to according to their*
229 *needs, they are referred for psychological follow-up, but also to see if there may*
230 *also be a need for social assistance, so they are referred to the social assistance*
231 *sector. it's practically a cycle... police, doctor's office or clinical consultations,*
232 *then psychological support, social work and then it's back to the police again,*
233 *to present..." Ent.4_MPT_1M*

234 In the one-stop shop, the diagnosis is often objective, depending on the existing signs
235 of violence, or self-reported. Other cases come to our offices through family referrals,
236 police referrals, and still others due to the professional's suspicions during the clinical
237 interview about other complaints, often depending on the "intuition" and experience
238 of each professional.

239 *"...through the anamnesis, or the story that the patient will tell... or through a*
240 *clinical assessment, in which case she may not even tell us, but we can see that*
241 *she has a sign, or a bruise, which may make us realize that she may be lying,*
242 *but that she is a victim of GBV" Ent.5_MPT_M2*

243 *"...according to what our patient tells us, we'll come to a consensus that this is*
244 *violence" Ent.12_MPT_M2*

245 *"...depending on the history, the patients often say I've been assaulted, I've*
246 *been raped or violated." Ent.11_XX_MG*

247

248 **Barriers faced in screening and diagnosing IPV in clinical settings at the selected**
249 **Health Facilities**

250

251 The main barrier faced by professionals is related to their low perception of IPV,
252 coupled with the lack of specific tools for screening and diagnosing violence,

253

254 *..."I think the aid bank should have that, um, how can I say, it's a form, it's not*
255 *really a form, it has a, a form that you fill in..." It doesn't have a diagnostic*
256 *instrument as such" Ent.3_XX_CS*

257

258 *... "To be honest, we don't have a written or fixed guideline, we've tried to*
259 *demand it, but we've never been given it by the person in charge of the district,*
260 *I don't know if she has it or not, but we've looked, there isn't one"*
261 *Ent.6_XX_MG*

262

263 *... "At the moment, as we don't have any material, it's not easy to find out, but*
264 *during questioning you can find out that this person is suffering from*
265 *violence." Ent.2_MPT_1M*

266

267 On the other hand, professionals refer to the difficulties that victims have in revealing
268 the aggressions and their contexts, due to the lack of privacy, and also the difficulty
269 in providing assistance due to the workload and also the perception of their weak
270 technical capacity to handle cases in a way that is satisfactory for the user.

271

272 *"...but some are afraid to talk, I think because sometimes there's more than one*
273 *person in the room." Ent.8_MPT_1M*

274

275 *"...I think it's difficult for people to open up without knowing if they're going*
276 *to get help or not. Because when a person tells you about their problem, I mean,*
277 *their case, they're looking for help" Ent.5_MPT_M2*

278

279 *"...our consulting rooms don't help, and because of the APSS we don't have*
280 *much time to deal with matters other than psychosocial support"*
281 *Ent.7_XX_MG*

282

283 *"...others, when you start asking what's wrong, start crying. Then, hmm, I*
284 *don't have time to deal with crying, I send them straight to the psychologist.*
285 *We have a lot of patients, waiting for someone to finish crying, the other*
286 *patients won't like it." Ent.3_XX_CS*

287

288

289

290 **Discussion**

291

292 Screening for violence in general and IPV in particular is recommended by health
293 professional associations, however the implementation of this practice varies
294 between countries, and has not been routine in the health systems of sub-Saharan
295 African countries, where the configuration of health systems appears to be one of the
296 biggest barriers to the IPV screening process that few professionals carry out (12).
297 This difficulty is mainly related to a series of personal, programmatic and
298 organizational barriers. The personal barriers to the IPV process reported are related
299 to the way health professionals understand IPV, their workload and the perception of
300 their poor technical capacity to manage cases in a way that is satisfactory for the
301 patient.

302

303 Many of them feel personal discomfort with the subject, lack knowledge, refer to time
304 constraints (13), and consider IPV screening tools to be difficult and time-consuming
305 to apply (14,15).

306 The results of this study show that in Mozambique there is evidence of an effort to
307 integrate the violence component into the programs, plans and strategies of the
308 government sectors in a multisectoral way (16,17), which allows, albeit still in an
309 incipient way, a comprehensive approach to the phenomenon of violence. The
310 inclusion of the violence component and its types, especially GBV and domestic
311 violence, in care services at the level of the health units of the national health service,
312 is evidenced by the creation and operation of offices for the care of victims of
313 violence and integrated care centers for violence. However, the generalization to
314 GBV calls into question the possibility of increasingly assertive care for each type of
315 violence, taking into account its characteristics, contexts, consequences and impact on
316 the victim's life.

317

318 Acts that constitute IPV, the subject of our study, although they are pointed out in the
319 algorithm for caring for victims of gender-based violence (figure 8), IPV as a type of
320 violence is not mentioned in most of the documents, plans and strategies for
321 combating and assisting victims of violence, in a context where WHO strategies
322 point, for example, to the expansion of IPV services in public health settings,
323 including a comprehensive response (18).

324

325 This omission results in the exclusion of victims of this particular type of violence
326 from the specific care and assistance required, and represents a misalignment with
327 the increasingly effective prevention and intervention strategies suggested by the
328 WHO, which recognize IPV as a public health problem (19), highlighting a deficiency
329 in the IPV management process in Mozambique's National Health Service.

330

331 This deficiency is characterized by the barriers or omissions mentioned above, at the
332 programmatic level, because although there are plans and strategies, there are clear
333 gaps in transforming them into clear guidelines and/or protocols for implementation
334 at the health unit level. For example, the flowchart for the care of victims of violence
335 (figure 10), which was adapted for use in that health unit, is merely a reflection of
336 isolated interpretations of the guidelines for the care of women who are victims of
337 domestic violence, with little chance of being followed in a uniform manner in all
338 health units and their respective sectors.

339

340 The barriers at a personal level, characterized by health professionals' poor
341 perception of IPV, as well as their deficient preparation for intervention, highlighted,
342 for example, by the tendency to share responsibilities for screening, diagnosis and
343 management to sectors other than their own, shows the perception that they are only
344 prepared for interventions in the context of GBV and HIV-related psychosocial
345 support. In addition, in line with the findings of the literature review, the
346 professionals reported a shortage of time in the health centers and the workload, as

347 well as the lack of specific tools for screening and diagnosing IPV, as barriers to their
348 work.

349

350 This aspect was also pointed out in the findings of a study involving 402 providers
351 from 13 clinics in the USA (20), which revealed that health professionals were not
352 especially prepared to screen and respond to IPV, due to a lack of specific
353 instruments, and that they also had negative attitudes towards IPV, including time
354 constraints (21). The lack of training of professionals is an obstacle compromising not
355 only the understanding and applicability of policies and legislation for example on
356 domestic violence, but also the follow-up of Domestic violence cases (22).

357

358 The need to train professionals to better assist IPV cases in clinical settings, from
359 screening to care, including follow-up and adequate psychosocial support,
360 presupposes the inclusion of IPV-related subjects in health training curricula, in
361 order to close the existing gap in IPV management. As pointed out by Renner et al.,
362 (2019), although debate remains about the usefulness of universal screening
363 compared to other forms of identification (e.g. selective screening and universal
364 education), comfort and preparedness to identify and support victims is an essential
365 skill set for health professionals. Thus, providers who screen for IPV and counsel
366 users can help reduce subsequent victimization and positively affect the patient's
367 health, strategies in line with WHO recommendations on IPV training in health
368 training schools (19).

369

370 In addition to the time constraints and work overload of health professionals, there
371 are structural barriers at the health facility level, such as the lack of suitable
372 environments for attending to cases with a guarantee of privacy, taking into account
373 the sensitivity of each case and the uncertainty regarding the capacity of health
374 services to address problems assertively. This includes the fact that health
375 professionals are unlikely to have the skills to disclose abuse or IPV (23).

376 Although some cases are the result of self-reporting, suspicion due to objective signs
377 of violence and are identified and referred, victims are generally afraid to disclose
378 IPV due to socio-cultural factors, related for example to cultural acceptance or
379 normalization of violence, and also depending on the economic alternatives they
380 have in the event of having to leave an abusive relationship (24). On the other hand,
381 the lack of training of professionals means that cases of IPV that appear in health
382 services are not screened and attended to by health professionals (Rodríguez et al.,
383 2009).

384 Improved infrastructure and organizational support, which includes time and
385 private space sensitive to socio-cultural specificities to work with victims, as well as
386 readily available resources, would greatly improve the environment for clinical
387 practice in order to provide improved care and referral to victims or survivors of IPV
388 (26).

389 In the clinical context, the lack of care protocols and tools for screening and diagnosis
390 were pointed out as part of the difficulties in providing IPV care in health facilities. In
391 addition to developing intervention plans and strategies, health systems must create
392 conditions and an environment conducive to IPV care in health facilities, which
393 presupposes the aforementioned training and capacity-building of health
394 professionals, the provision of care protocols and the introduction of screening and
395 diagnostic tools appropriate to the context.

396

397 Although the current IPV screening instruments in use in several countries still need
398 improvement (27), a good approach is to develop, or choose from among those that
399 already exist, an instrument that can be adapted, tested and validated for the social
400 and cultural context of the country in which the instrument will be applied (28).

401 **Conclusion**

402 Despite demonstrating some ability to identify cases, the management of IPV in NHS
403 health units is deficient, with no strategies, guidelines or flowcharts established for

432

433 **Ethical approval and consent to participate:** The study was carried out in
434 accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional
435 Bioethics Commission for Health of the Faculty of Medicine - Eduardo Mondlane
436 University and Maputo Central Hospital (Maputo - Mozambique). All the methods
437 applied in this study were carried out in accordance with the relevant guidelines and
438 regulations. Formal authorization to carry out the study was previously requested,
439 first from the Ministry of Health and then from the provincial authorities.

440

441 **Informed consent:** Informed consent was obtained from all the subjects involved in
442 the study.

443

444 **Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

445

446 **References**

- 447 1. Tjaden P, Thoennes N, US Department of Justice: Office of Justice Programs:
448 National Institute of Justice. Extent, nature, and consequences of intimate partner
449 violence: (300342003-001) [Internet]. American Psychological Association; 2000
450 [cited 2021 Jul 17]. Available from: <http://doi.apa.org/get-pe->
451 [doi.cfm?doi=10.1037/e300342003-001](http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e300342003-001)
- 452 2. Yount KM, Cheong YF, Khan Z, Bergenfeld I, Kaslow N, Clark CJ. Global
453 measurement of intimate partner violence to monitor Sustainable Development
454 Goal 5. *BMC Public Health*. 2022 Dec;22(1):465.
- 455 3. Anguzu R, Cassidy LD, Beyer KMM, Babikako HM, Walker RJ, Dickson-Gomez J.
456 Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in
457 antenatal care settings in Uganda. *BMC Health Serv Res*. 2022 Mar 2;22(1):283.
- 458 4. Righi MK, Orchowski LM, Kuo C. Integrated Intimate Partner Violence and
459 Human Immunodeficiency Virus Interventions in Sub-Saharan Africa: A
460 Systematic Review Targeting or Including Adolescents. *Violence and Gender*.
461 2019 Jun;6(2):92–104.

- 462 5. Dickson KS, Boateng ENK, Adzrago D, Addo IY, Acquah E, Nyarko SH. Silent
463 suffering: unveiling factors associated with women's inability to seek help for
464 intimate partner violence in sub-Saharan Africa (SSA). *Reprod Health*. 2023 Jul
465 26;20(1):110.
- 466 6. Bengesai AV, Khan HTA. Exploring the association between attitudes towards
467 wife beating and intimate partner violence using a dyadic approach in three sub-
468 Saharan African countries. *BMJ Open*. 2023 Jun;13(6):e062977.
- 469 7. Tura H, Licoze A. Women's experience of intimate partner violence and uptake of
470 Antenatal Care in Sofala, Mozambique. Zweigenthal V, editor. *PLoS ONE*. 2019
471 May 24;14(5):e0217407.
- 472 8. Shai N, Pradhan GD, Chirwa E, Shrestha R, Adhikari A, Kerr-Wilson A. Factors
473 associated with IPV victimisation of women and perpetration by men in migrant
474 communities of Nepal. Seedat S, editor. *PLoS ONE*. 2019 Jul 30;14(7):e0210258.
- 475 9. Maguele MS, Tlou B, Taylor M, Khuzwayo N. Risk factors associated with high
476 prevalence of intimate partner violence amongst school-going young women
477 (aged 15–24years) in Maputo, Mozambique. Santana GL, editor. *PLoS ONE*. 2020
478 Dec 9;15(12):e0243304.
- 479 10. Sikweyiya Y, Addo-Lartey AA, Alangea DO, Dako-Gyeke P, Chirwa ED, Coker-
480 Appiah D, et al. Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate
481 partner violence against women in the central region of Ghana. *BMC Public
482 Health*. 2020 Dec;20(1):682.
- 483 11. MISAU. *Guia para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência*. 2012.
- 484 12. Todahl J, Walters E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: A
485 Systematic Review. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2011 Jul;37(3):355–69.
- 486 13. Williams JR, Halstead V, Salani D, Koermer N. An exploration of screening
487 protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study.
488 *J Clin Nurs*. 2017 Aug;26(15–16):2192–201.
- 489 14. Higgins A, Doyle L, Downes C, Morrissey J, Costello P, Brennan M, et al. There is
490 more to risk and safety planning than dramatic risks: Mental health nurses' risk
491 assessment and safety-management practice: Risk Assessment and Safety
492 Planning. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2016 Apr;25(2):159–70.
- 493 15. Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysaari M. Making sense of
494 domestic violence intervention in professional health care: Making sense of
495 domestic violence intervention. *Health & Social Care in the Community*. 2012
496 Jul;20(4):347–55.

- 497 16. MISAU. PLANO NACIONAL DE ACÇÃO PARA A RESPOSTA À VIOLÊNCIA
498 BASEADA NO GÉNERO NO SECTOR DE SAÚDE 2019 -2022. 2019.
- 499 17. MISAU. RELATÓRIO DE ACTIVIDADES NA ÁREA DA VIOLÊNCIA
500 BASEADA NO GÉNERO (VBG). Maputo: MISAU/Direcção Nacional da
501 Assistência Médica 2022; 2022.
- 502 18. Dutton MA, James L, Langhorne A, Kelley M. Coordinated Public Health
503 Initiatives to Address Violence Against Women and Adolescents. *Journal of*
504 *Women's Health*. 2015 Jan;24(1):80–5.
- 505 19. Butchart A, Garcia-Moreno C, Mikton C, World Health Organization, London
506 School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual
507 violence against women: global trends and determinants of prevalence, safety,
508 and acceptability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2021
509 Aug 1]. Available from:
510 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf
- 511 20. Renner LM, Wang Q, Logeais ME, Clark CJ. Health Care Providers' Readiness to
512 Identify and Respond to Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2019 Aug
513 12;088626051986770.
- 514 21. Hamberger LK, Rhodes K, Brown J. Screening and Intervention for Intimate
515 Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level
516 Programs. *Journal of Women's Health*. 2015 Jan;24(1):86–91.
- 517 22. Jethá E, Keygnaert I, Martins E, Sidat M, Roelens K. Domestic violence in
518 Mozambique: from policy to practice. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1):772.
- 519 23. Rodríguez MA, Sheldon WR, Bauer HM, Pérez-Stable EJ. The factors associated
520 with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *J Fam Pract*. 2001
521 Apr;50(4):338–44.
- 522 24. Okenwa LEE, Lawoko S, Jansson B. Factors associated with disclosure of intimate
523 partner violence among women in lagos, Nigeria. *J Inj Violence Res*. 2009 Jul
524 1;1(1):37–47.
- 525 25. Rodríguez M, Valentine JM, Son JB, Muhammad M. Intimate Partner Violence
526 and Barriers To Mental Health Care for Ethnically Diverse Populations of
527 Women. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009 Oct;10(4):358–74.
- 528 26. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does
529 screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings
530 meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme?
531 Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health*

532 Technol Assess [Internet]. 2009 Mar [cited 2021 Aug 1];13(16). Available from:
533 <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta13160/>

534 27. Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the Woman Abuse Screening Tool to
535 Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence*.
536 2014;

537 28. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am*
538 *Board Fam Pract*. 2002 Apr;15(2):101–11.

539

540

541

542

543

Anexo 4 - Manuscrito IV (Publicado)

Scientific African 20 (2023) e01664



Contents lists available at ScienceDirect

Scientific African

journal homepage: www.elsevier.com/locate/sciaf



Cross-cultural adaptation of an intimate partner violence screening tool (WAST) for the Mozambican context; implications for more effective HIV prevention and treatment counseling



Joaquim Matavel^{a,*}, Khátia Munguambe^b, Deborah R. Wilson^c, James G. Linn^d, Osvaldo Loquiha^e

^aFaculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Departamento de Saúde Mental, Ministério da Saúde, Maputo, Moçambique

^bFaculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane, Centro de Investigação em Saúde da Manhica, Moçambique

^cAustin Peay University, United States

^dOptimal Solutions in Healthcare and International Development & Meharry Medical College, USA, And University of Valparaiso, Chile

^eUniversidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique

ARTICLE INFO

Article history:

Received 14 October 2021

Revised 16 February 2023

Accepted 8 April 2023

Editor: DR B Gyampoh

Keywords:

Violence
Intimate partner
Instruments
Adaptation
Testing
Intimate partner violence
HIV prevention and treatment

ABSTRACT

This article aims to translate and carry out the cross-cultural adaptation of the WAST - Woman Abuse Screening Tool, designed in English and used to track violence by an intimate partner. For adaptation, the conceptual equivalence of terms and semantics between the original version in English and the version translated into Portuguese was evaluated, the result of two translations and back-translation, discussion by a panel of experts, establishment of the preliminary version and finally testing in 88 participants of both sexes, selected in two health units at the level of primary health care. The cross-cultural adaptation resulted in an equivalence of concepts and semantics between the initial translation and the final back-translation. From the testing it was concluded that the version of WAST translated and adapted to the Mozambican context, has good internal consistency, the scales of WAST-Short ($\alpha = 0.813$) such as those of IPV or WAST-Long ($\alpha = 0.834$) are highly related. The two scales do not discriminate between men and women (WAST-Short $p = 0.204$, WAST-Long $p = 0.271$). Implications are discussed for more effective HIV prevention and treatment counseling.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier B.V. on behalf of African Institute of Mathematical Sciences / Next Einstein Initiative.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Introduction

Violence refers to the use of physical force or power, in threat or in practice, against oneself (self-inflicted), another person (interpersonal) or against a group or community (extra-family/ community), which results or may result in suffering, death, psychological damage, impaired development or deprivation [1].

* Corresponding author.

E-mail address: jmatavel@gmail.com (J. Matavel).

<https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2023.e01664>

2468-2276/© 2023 The Author(s). Published by Elsevier B.V. on behalf of African Institute of Mathematical Sciences / Next Einstein Initiative. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Intimate partner violence (IPV), a subtype of interpersonal violence, is a global problem that occurs in all social, economic, religious and cultural groups, affecting more women and children, resulting in high rates of physical and psychological trauma. It has been declared a public health problem as well as a violation of human rights [2].

Surveys conducted in several countries in Asia, South America and Africa, identified high prevalence of physical (12.9% to 61.0%), sexual (6.2% to 58.6%) and psychological (19.6% to 75.1%) violence perpetrated by intimate partners against women [3]. Evidence has shown, for example, that there are different factors that influence IPV against women, such as patriarchal gender role norms, men's socio-economic power over women, poverty, unemployment, illiteracy (Eugenio [4]).

In addition to these risk factors, and although IPV affects both sexes, contextualizing with the Mozambican socio-cultural reality, there are others exclusively typical of Sub-Saharan Africa that exacerbate the vulnerability of women, specifically the prevalence of practices that arise from traditional socio-cultural norms and values such as rites initiation, premature marriages of girls and traditionally established forms of marriage, which place women in a position of permanent subordination (Eugenio [4,5,6]).

Screening refers to the examination of asymptomatic individuals for the presumptive identification of a disease not previously recognized, through tests, clinical or laboratory exams, which allow the classification of individuals into categories of suspected or not of having a certain disease or condition [7]. For victims of violence, screening aims to improve case detection, contribute to more appropriate interventions and thereby reduce exposure to violence and related problems. It is recommended for all women in external pediatric consultations, surgery, and those seen in the emergency services [8]. Screening is most effective when performed systematically.

However, a systematic review has documented that only 9% to 40% of clinicians screen for IPV [9]. More recent systematic reviews also identified other barriers to IPV screening including the perception of health professionals about IPV, personal discomfort with the subject, inadequate resources, lack of time, inadequate training or privacy for screening, perceptions that IPV screening is not the clinician's role, fear of offending patients, and lack of knowledge of how to deal with a woman who reveals positive results for IPV [10,11].

Some well-known IPV screening and diagnosis tools are the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), the Woman Abuse Screening Tool / Woman Abuse Screening Tool-Short Form (WAST / WAST-SF), Hurt, Insult, Threaten, and Scream (HITS), the Partner Violence Screen (PVS) and the Abuse Assessment Screen (AAS). The WAST - Women Abuse Screening Tool has been considered the most complete IPV screening tool for use in primary health care in developing countries, as it tracks all types of violence - psychological, physical and sexual [12]. Indeed, in a systematic review of 33 studies, WAST was considered, among 4 instruments for screening violence (HITS, WAST / WAST-SF, PVS and AAS), the most reliable and valid for screening violence, with sensitivity of 47% and specificity of 96% [13].

It is generally agreed that IPV is a public health problem, and its screening and diagnosis with specific tools, as well as compliance with standardized protocols, are essential elements in primary health care. However, despite the increasingly high rates of self-reported violence in Mozambican health facilities, the magnitude of IPV is still underestimated, due essentially, to the lack of screening and diagnostic tools in Mozambique's National Health Service. This gap can be filled with the introduction of effective screening instruments. Furthermore, considering the fact that women are only seen as victims and men as aggressors, it is necessary to consider the increasing number of cases of men who are victims of violence, particularly by their partners, which justifies the need of an IPV instrument for an inclusive screening.

Thus, this study aimed to translate and cross-culturally adapt an intimate partner violence screening tool (WAST) for men and women in the Mozambican context. Further, it discussed the implications of the availability of this culturally adapted tool for clinicians who can now more effectively provide HIV prevention and treatment counseling in Mozambique and other Portuguese speaking countries, e.g., Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Brazil, and Portugal.

Material and methods

The WAST - Woman Abuse Screening Tool, is a short and easy to understand instrument, developed in the United States of America by Brown and colleagues [14], consisting of 8 Likert-type questions, which measure (a) the degree of stress in the relationship, (b) difficulty in resolving discussions, and (c) existence of violent episodes at an emotional, psychological, physical or sexual level [15]. It is the instrument for IPV screening chosen for cross-cultural adaptation, assessment of conceptual and term equivalence, and evaluation of semantic equivalence in Mozambique.

This evaluative process was based on the assessment of a discussion panel made up of five mental health and psychosocial care professionals, who also work in violence and psychometric field.

A pre-test of the translated instrument was given to a group of participants who were interviewed individually. It consisted of four health professionals (1 male and 3 female) and six young students with higher education (3 male and 3 female). They were randomly chosen prior to the interview. The results were subsequently submitted to the discussion panel, and they certified the validity of the adapted instrument.

For testing of the adapted instrument, two health units in the city of Maputo were chosen for convenience. A total of 96 participants were randomly chosen. The participants represented the patients in the health units and were screened over three consecutive days.

Study design

The study consisted of a mixed approach with two components. The qualitative component completed the translation into Portuguese and assessed cross-cultural adaptation through the semantic and conceptual equivalence of the WAST instrument. It included a pre-test of the acceptability of the adapted version of WAST. The quantitative component consisted of testing the instrument using a cross-sectional study design. For its operationalization, the following techniques were used according to the type of approach:

Qualitative approach

Translation and cross-cultural adaptation of WAST for the Mozambican context

The cross-cultural adaptation included a discussion panel made up of (five) mental health and psychosocial care professionals who also work in violence and in the psychometric field. It consisted of two stages, namely the evaluation of semantic equivalence and the evaluation of conceptual and term equivalence using an adaptation model proposed by Herdman et al., [16]. It accepts the possibility of correspondence without assuming equivalence between the constructs of the different cultures [17]. Constructs can have different equivalences, which must be confirmed so that a cross-cultural adaptation can be concluded.

Furthermore, according to Moraes et al., [17] during the instrument adaptation process, the concepts and dimensions of the original measures must be studied in relation to the target culture of the new version. This will assure conceptual equivalence.

Evaluation of semantic equivalence

This assessment was made from the perspective of referential meaning (the ideas or objects of the world that a single or a set of words allude to). If the referential meaning in the original and in the translated version is the same, there is a literal correspondence between them [18]. This process consisted of 4 steps:

- Step 1 - Translation: Two independent and parallel translations of the instrument were carried out by professional translators from English to Portuguese (Trad 1 and Trad 2), after the objectives of the study had been explained to them. Although native to Mozambique, the translators are fluent in the English language, using it in their daily work both as translators and teachers of the English language.
- Step 2 - Synthesis: The translations (Trad 1 and Trad 2) were delivered to a professional, Mozambican translator for a parallel and independent translation. This was done without knowing the characteristics of the previous translators, but with the information of the study objectives. The two translations in Portuguese were then compared with the original English version. The outcome was a single instrument translated into Portuguese (Trad A).
- Step 3 - Back-translation: The harmonized translation (Trad A), was delivered to a translator whose native language was English, and he was and fluent in Portuguese. He translated the instrument in Portuguese (Trad A) into English (Ret A).
- Step 4 - The instrument (Ret A) was submitted to another translator who was independent of the previous expert and fluent in English and Portuguese. This individual proceeded with the translation into Portuguese (Trad A₁). Subsequently, the semantic equivalence between the original and the back translation Trad A₁ was verified.

Evaluation of conceptual and term equivalence

This step was made based on the model proposed by Herdman et al., [16]. The equivalence between the first harmonized Portuguese translation (Trad A) and the final back translation into Portuguese (Trad A₁) was evaluated taking into account the meaning of the terms or words (conceptual and term equivalence). The correspondence of the general meaning of each question or answer option of WAST in the Portuguese version was compared to the original in English. This assured a correspondence in addition to the literality of terms, which took into account different aspects such as the questions' impact on the cultural context of the target population.

The panel verified and discussed the dimensions of the original instrument translated into Portuguese, its content, and the conceptual and semantic equivalence for cultural adaptation. The verification was based on the concepts of violence, its types and course, which were used in the guiding documents of the Mozambican Ministry of Health and clinical practice in Psychology. The instrument was compared to those used in western countries including the country of origin of the author of the instrument.

After this process and having confirmed the existence of a literal correspondence between words, terms, or concepts Trad A and Trad A₁, it was possible to propose a preliminary version of WAST translated into Portuguese and for use in Mozambique (WAST - M).

Pre-Test - In order to test the degree of acceptability of the proposed version, a total of 10 participants, consisting of 4 health professionals (1 male and 3 female) and 6 young students in higher education (3 male and 3 female), were chosen at random and invited to self-administer the questionnaire questions as if they were suspected of victims of IPV. Although

WAST is an instrument designed to screen IPV in women, for the purposes of this study it was considered to test the same for both sexes in order to assess whether it could also be useful for a gender-inclusive screening process.

All participants were asked to mark the questions or terms they considered culturally incompatible or difficult to understand. After completing the 8 questions of the instrument, they answered a single cognitive question (PCg), at the end of the pre-test, which was added in order to assess the level of questions understanding.

For the cognitive question (PCg), which was a single question, respondents had three options: (1) Good, (2) Fair, (3) Bad. If most respondents considered options 2 and 3 in the cognitive question, the instrument would be returned for reassessment by the discussion panel. The same procedure would be followed if any term was contested by more than 50% of the participants regardless of their profile or gender.

The aggregated WAST-M responses were returned to the discussion panel, which read and considered the interviewees' reports of incompatible or difficult to perceive questions before recommending the preliminary version of the translated and adapted IPV tool (WAST) for the Mozambican cultural context.

Quantitative approach

Testing of the IPV instrument translated and adapted to the Mozambican cultural context (Portuguese)

Procedures

Through a simple randomization process, a sample was selected in 2 (two) health units in the cities of Maputo and Xai-Xai (one in the urban area and the other in the peri-urban / rural area). A total of 96 adults were selected to screen the culturally adapted WAST.

Of the total of invited participants, 88 (91.7%) agreed to participate in the study and the remaining 8 (8.3%) did not wish to participate. They presented justifications such as: conflicts with their jobs and unavailability to answer questions.

Inclusion criteria were: (a) patient in the health unit, (b) age 18 years or older, (c) married, or in an intimate relationship, (d) unaccompanied by the husband / wife or partner, (e) in good physical condition (observed and self-reported), (e) understands, speaks and reads the Portuguese language, (f) available to dedicate 5 to 10 minutes responding to interview that would be conducted by the researcher.

Exclusion criteria were: (a) patients diagnosed with mental and behavioral disorders, (b) illiterate, (c) exhibits signs of violence (objective or self-reported), and (d) accompanied by a husband / wife or partner.

Statistical analysis

The analysis was performed using the IBM® SPSS® statistical package. A significance level of 0.05 was applied in all tests. Means and standard errors, Pearson correlations (R), and principal component analysis were used to determine the number of interrelated dimensions underlying constructs in the WAST-M questionnaire.

The analysis yielded two scales based on the instrument's eight questions. Scale 1: WAST-M short (sum of questions 1 - 2) and Scale 2: IPV assessment or WAST-M long (sum of questions 3 - 8).

The WAST-M short scale ranged from 2 (very abusive) to 6 (not abusive). The IPV assessment or WAST-long rating scale ranged from 6 (very abusive) to 18 (not abusive).

The internal consistency of these scales was assessed using Cronbach's Alpha (α). A classification $\alpha < 0.6$ was unacceptable; between 0.6 and 0.8 was good, $\alpha \geq 0.8$ was excellent [19]. The scale of the shorter WAST-M was categorized using a cutoff value of 4 for positive (if the scale ≤ 4) and negative (if the scale > 4).

The Intra-Class Coefficient (ICC) was calculated to check the consistency or agreement of the values between the cases, based on a model of analysis of variance (ANOVA) of repeated measures with mixed effects, for consistency using average measures [20]. ICC values are classified as weak if ICC < 0.40 , moderate if between 0.40 and 0.75, and excellent if ICC ≥ 0.75 . Tukey's additivity test was used to produce a test of the assumption that there is no multiplicative interaction between items or questions.

A canonical discriminant analysis was applied to investigate whether the items and the IPV rating scale could discriminate between sex and between the short WAST-M categories (positive and negative).

Results

Evaluation of semantic equivalence

Table 1 below summarizes the results of steps 1 to 3, with the items of the original instrument in English, the two translations, the synthesis of the translations, the back translation and the final translation into Portuguese. Still in the same table, the final result is presented - the adapted instrument resulting from the evaluation of semantic, conceptual and term equivalences.

Table 1
Evaluation of the semantic equivalence of the WAST instrument in the original English version and two versions in Portuguese.

Perguntas	Original Instrument WAST	Tradução 1 (Ing-Port)	Tradução 2 (Ing-Port)	Tradução A Síntese (Ing-Port)	Retradução A (Port - Ing)	Tradução A_1 (Ing - Port)	WAST-M
P1	In general, how would you describe your relationship?	Em geral, como descreves o seu relacionamento com o teu parceiro?	Em geral como poderias descrever o teu relacionamento?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu parceiro?	In general, how do you describe your relationship with your partner?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu parceiro?	Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu/sua parceiro/a?
P2	Do you and your partner work out arguments with discussion	Tu e o teu parceiro discutem com	Você e o seu parceiro discutem os assuntos com	Você e o seu parceiro discutem os vossos assuntos com	You and your partner discuss your arguments with	Você e seu parceiro discutem os vossos assuntos com	discutem os vossos assuntos (complicados/problemáticos) com;
P3	Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?	As discussões que já tiveram no passado tem sempre resultado na tua má disposição ?	As vossas discussões sempre terminam consigo se sentindo mal ou para baixo?	As vossas discussões terminam sempre mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo?	Do your discussions always end badly for both of you or you feeling bad about yourself?	As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo?	As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo?
P4	Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?	Será que as discussões que tiveram resultaram em pontapés, chutos ou empurrões?	As vossas discussões sempre resultam em pontapés, chutos ou empurrões?	As vossas discussões resultam em agressões físicas?	Do your discussions result in physical aggression?	As vossas discussões resultam em agressões físicas?	As vossas discussões resultam em agressões físicas (ser batido/a, baterem-se, chutarem-se ou empurrarem-se)?
P5	Do you ever feel frightened by what your partner says or does?	Já te sentiste assustado com o que teu parceiro diz ou faz?	Você já se sentiu assustado com o que o seu parceiro diz ou faz?	Já se sentiu assustado com o que seu parceiro diz ou faz?	Have you ever been scared of what your partner says or does?	Você já se sentiu assustado com o que seu parceiro diz ou faz?	Você já se sentiu assustado com o que seu/sua parceiro/a diz ou faz?
P6	Has your partner ever abused you physically?	Já sofreu violência física por parte do teu parceiro?	O seu parceiro já abusou fisicamente de si?	Seu parceiro já abusou fisicamente de si?	Your partner has already physically abused you	Seu parceiro já abusou fisicamente de si?	Seu/sua parceiro/a já abusou fisicamente de si (bater, chutar, usar força física)?
P7	Has your partner ever abused you emotionally?	Alguma vez o teu parceiro te abusou psicologicamente?	O seu parceiro já abusou emocionalmente de si?	Seu parceiro já abusou emocionalmente de si?	Has your partner ever abused you emotionally?	Seu parceiro já abusou de si emocionalmente?	Seu/sua parceiro/a já abusou de si emocionalmente (insultar, falar mal)?
P8	Has your partner ever abused you sexually?	Alguma vez sofreu violência sexual por parte do teu parceiro?	O seu parceiro já abusou sexualmente de si?	Seu parceiro já a obrigou a manter relações sexuais?	Has your partner ever forced you to have sex?	Seu parceiro já obrigou a manter relações sexuais?	Seu/sua parceiro/a já o/a obrigou a manter relações sexuais?

Conceptual and item equivalence assessment

After combining of the first two English-Portuguese translations (Trad A), the discussion panel concluded that there were no apparent difficulties in understanding the questions. However, it suggested to change of some response items:

Regarding the first question (P1) about the general description of the relationship (Fig. 1), the response "tension" was changed to "problem" because the word "tension" is considered difficult to understand, particularly for less educated people. The word "problem" was considered more appropriate and easy to understand both from the point of view of meaning and of context.

Thus, the answer options for the first question (P1), became: "Very problematic", "Occasionally problematic", "Without problems".

Another issue discussed was in relation to the term "abuse" (P6, P7) where one of the experts on the discussion panel suggested the possibility of changing it, as he thought it was of relative interpretation in the Mozambican context:

"Often the husband does not abuse, he can compel or force the woman to have sex" - Panel Member # 3.

Instrumento de Rastreamento da Violência pelo Parceiro Íntimo – Moçambique – (WAST-M)

IPV Screening Tool – Mozambique (WAST-M)

.....

1. Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu/sua parceiro/a?

Muita Problemática Um Pouco Problemática Sem Problemas

2. Você e seu/sua parceiro/a discutem os vossos assuntos (complicados/problemáticos) com:

Grande dificuldade Alguma dificuldade Sem dificuldade

3. As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo/a?

Muitas vezes Às vezes Nunca

4. As vossas discussões resultam em agressões físicas (ser batido/a, baterem-se, chutar ou empurrar)?

Muitas vezes Às vezes Nunca

5. Você já se sentiu assustado/a com o que seu/sua parceiro/a diz ou faz?

Muitas vezes Às vezes Nunca

6. Seu/sua parceiro/a já abusou fisicamente de si (bater, chutar, usar força física)?

Muitas vezes Às vezes Nunca

7. Seu/sua parceiro/a já abusou de si emocionalmente (insultar, falar mal, desprezar, humilhar)?

Muitas vezes Às vezes Nunca

8. Seu/sua parceiro/a já o/a obrigou a manter relações sexuais?

Muitas vezes Às vezes Nunca

.....

Idade: 18 – 21Anos ; 22 – 25Anos ; 26 – 29Anos ; Mais de 30Anos

Sexo: Masculino ; Feminino

Estado Civil: Solteira (o) ; Casada(o)/União de facto ; Divorciada(o)/Separado ; Viúva(o)

Ocupação: Estudante ; Doméstico ; Assalariado ; Conta Própria

Grau de Escolaridade: Iltrado ; Primário ; Secundário ; Superior

Adaptado de: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). application of the woman abuse screening tool (wast) and wast-short in the family practice setting. journal of family practice, 49, 896-903.

Fig. 1. Intimate Partner Violence Screening Tool - WAST-M.

However, after the discussion, the group decided to keep the term “abuse” to be clear that the act of forcing or compelling the other, constitutes abuse:

“In one way or another, compelling, forcing the woman, or the man, to have sexual relations or unauthorized intercourse is a type of abuse. We agreed on this definition.” - Panel Member # 1.

Finally, the discussion panel suggested and agreed that in the questions related to physical, emotional and sexual abuse (P6, P7, P8), the following examples should be listed:

- a) Physical abuse - hitting, pushing, kicking,
- b) Sexual abuse - forcing you to have sex, forcing you to accept sexual positions or practices,

Table 2
Sociodemographic data.

	n = 88	%
Age		
18-21	7	7.9
22-25	16	18.0
26-29	59	66.3
More than 30 years	6	6.7
Sex		
Male	40	45.5
Female	48	54.5
Marital Status		
Single	36	40.4
Married	37	41.6
Divorced	8	9.0
Widower/Widow	7	7.9
Occupation		
Student	22	24.7
Domestic/Unemployed	25	28.1
Salaried/Worker	20	22.5
Self Employed	21	23.6
Education		
Illiterate	6	6.7
Primary	26	29.2
Secondary/College	41	46.1
High School	15	16.9

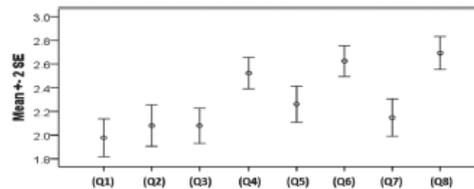


Fig. 2. Mean \pm 2 standard error (if) for the 8 questions in the WAST-M questionnaire

c) Emotional abuse - insulting, speaking ill, despising, humiliating.

Pre-test: The 10 participants, who were randomly chosen and contacted individually, responded to the instrument in an average time of between 4 and 7 minutes. This was the maximum time frame in which the respondent had to reflect a little more on the question and on their relationship.

Of this group, fifty percent agreed that forced sexual relations were abuse.

All of the respondents reported that they had a "good" understanding of the questions.

With these results, the discussion panel considered the translation and cross-cultural adaptation of WAST (Trad A_1) for the Mozambican context to be satisfactory and agreed to accept the final version of the instrument called IPV Screening Tool - WAST-M (see Fig. 1 below).

A total of 88 patients were evaluated, of which 48 (54.5%) were female and 40 (45.5%) were male, most were in the 26 to 29 age group (67%). Almost half (46.1%) had some level of education and 28.1% were unemployed (See Table 2).

The average scores for Q1, Q2 and Q3 were relatively low, indicating that a large number of patients suffered from abusive violence by their intimate partner (see Fig. 2).

Correlations were low to moderate for most pairs of questions (see Fig. 3), with the highest correlation observed for pairs Q1 and Q2 ($R = 0.69$, $p < 0.001$) and Q4 and Q6 ($R = 0.67$, $p < 0.001$).

Determination of the number of scales in the WAST-M questionnaire

The correlations also indicate the existence of two underlying constructs, as shown by the results of the principal component analysis (PC) below (see Fig. 4), where the first two principal components explained almost 70% of the total variation in the 8 questions and had deviations greater than 1.

PC1 was highly correlated with Q1 and Q2, while PC2 was highly correlated with Q4, Q6 and Q8. This clearly indicated that, although the instrument is generally implemented using the 8 questions, there are two scales that can be assessed separately: short WAST-M (Q1 and Q2) and long-term VPI or WAST-M (Q3 - Q8).

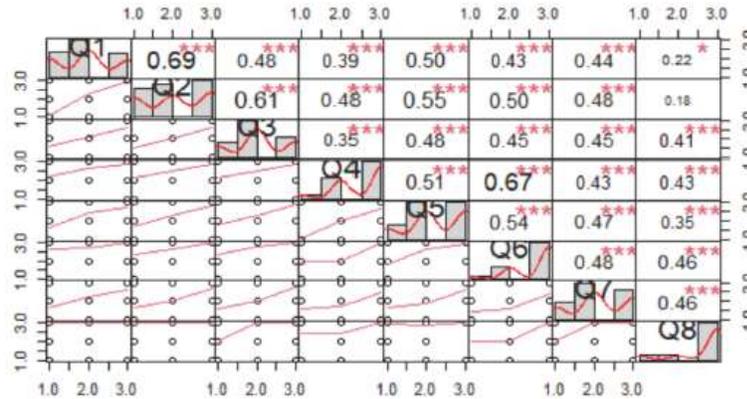


Fig. 3. Correlation graph for the 8 questions in the WAST-M questionnaire. The stars indicate the significance level of Pearson's R correlation (p < 0.001 ***, p < 0.01 **, p < 0.05 *)

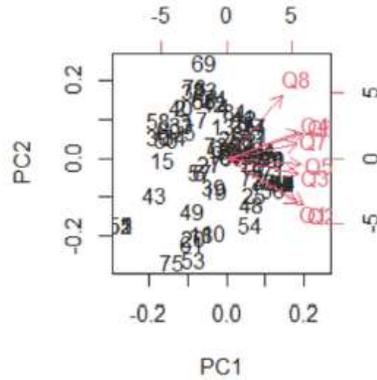


Fig. 4. Biplot of an analysis of the main components in the 8 questions of the WAST-M questionnaire. Standard deviation for PC1 = 2.06 and for PC2 = 1.02

Table 3
Reliability analysis: internal consistency and ICC.

Scales	n	Mean	SD	Alpha α	ICC (p-value)	Non additivity p-value
WAST-M short (items=2)	88	4.06	1.45	0.813	0.813 (p<0.001)	0.318
WAST-M long (items = 6)	88	14.33	2.99	0.834	0.835 (p<0.001)	0.188

SD = standard deviation
ICC = intra-class correlation

Reliability of scales

Cronbach's Alpha (α) for both scales was greater than 0.8, which indicates good internal consistency, that is, that the items of the short WAST-M short scales ($\alpha = 0.813$) and the IPV assessment or WAST-M long scales ($\alpha = 0.834$) are highly related to each other. In addition, the intraclass correlation was excellent for both scales (ICC > 0.8), an indication of good inter-patient consistency or repeatability of the questionnaire (see Table 3).

Tukey's additivity test for both scales failed to reject the null hypothesis. Therefore, the items on both scales had no multiplicative interaction and can be added together or accumulated.

The average score for the WAST-M short form was 4.06 with a standard deviation of 1.45. Using this mean value as a cutoff point for a dichotomized version of this construct, 53 patients (50.9% men and 49.1% women) had a positive intimate partner violence score (positive IPV), and 35 patients (62.9% women and 37.1% male) had a negative score for intimate partner violence (negative IPV).

Table 4
Discriminant analysis: Wilks Lambda test for equality of group means.

Items and Scales	Wilks Lambda test (p-value)	
	Sex (female=48, male =40)	categorized WAST-M (positive=53, negative=35)
WAST-M Short	0.963 (p= 0.204)	–
Q1	0.966 (p= 0.085)	–
Q2	0.992 (p= 0.409)	–
WAST-M Long	0.913 (p= 0.271)	0.650 (p<0.001)
Q3	0.995 (p= 0.507)	0.774 (p<0.001)
Q4	0.994 (p=0.477)	0.840 (p<0.001)
Q5	0.979 (p= 0.177)	0.852 (p<0.001)
Q6	0.978 (p= 0.163)	0.820 (p<0.001)
Q7	0.991 (p= 0.371)	0.859 (p<0.001)
Q8	0.977 (p= 0.160)	0.982 (p=0.212)

Gender discrimination

The results of the discriminant analysis, shown in Table 4 below, demonstrate that both scales could not discriminate between men and women (WAST-M short p = 0.204, IPV assessment or WAST-M long p = 0.271), nor the individual items that make up these scales (p> 0.05).

Discussion

Routine screening for violence in general and IPV in particular is highly recommended and the existence of specific instruments is important for this purpose, taking into account the contexts of each country.

In fact, it is essential to choose among those that already exist, an instrument that can be adapted to the social and cultural context of each country, but it must be adapted, tested and validated for that purpose [21]. However, research suggests that there is no perfect instrument for tracking violence by an intimate partner [12].

In terms of socio-demographic characteristics, our results indicate that 54.5% of females and 45.5% of males reported that they were able to discuss their IPV experiences with a healthcare professional. This is important because as Brown et al., [22] noted, victims of IPV must feel perceived and heard in a respectful and supportive way when they speak to a healthcare professional about violence and abuse.

The correlations carried out allowed us to conclude that although WAST is usually applied in the long version, with 8 questions, in the adapted version (WAST-M) there are two scales that can be evaluated separately, the WAST-M short (Question 1 and Question 2), and the IPV Assessment or WAST-M long (Questions 3 to 8). These data confirm the characterization of the WAST as a single instrument divided into two parts, where the WAST-short consisting of the first two questions, was used to trace the presence of abuse, while the remaining six questions were used for a complete assessment of IPV in relation to the three areas of IPV - physical, sexual and psychological [23].

The results of Cronbach’s Alpha (α) for the two scales were above 0.8, which indicates that the adapted instrument has good internal consistency, with a great correspondence between the items of the two scales: WAST-M short ($\alpha = 0.813$) as well as WAST-M long ($\alpha = 0.834$), as well as an excellent intra-class correlation ($ICC > 0.8$). This is an indicator of good inter-patient consistency or repeatability of the questionnaire, corroborating the findings of Basile et al., [24] for which several studies reported that WAST has a high reliability, good specificity and sensitivity, and that it can additionally be applied in its short and long versions.

The analysis of the results also showed that the two scales do not present discrimination between genders (WAST-M short p = 0.204, WAST-M long p = 0.271), nor to the individual items that compose the scales (p> 0.05).

This is a new feature in this cross-cultural adaptation to Portuguese, as WAST is an instrument designed for screening IPV in women, which, however, will be of great value for screening in both sexes.

Furthermore, the results of this study suggest the need for additional studies, particularly aimed at validating the adapted instrument in relation to other instruments or procedures that can be considered “gold standard”, in order to allow its use in the context of the Mozambique’s National Health Service.

Although the results revealed WAST-M as a simple, easy to apply and comprehensive IPV screening tool, it can be used by any health professional and any care service. This is especially important in providing HIV prevention and treatment counseling. HIV/AIDS focused health services offer a significant point of entry for locating, informing, and serving women affected by violence. Giving individuals doing HIV counseling and persons treating persons domestic violence, the WAST and instruction on the interrelations of both epidemics will sensitize them to the importance of connecting with related services such as psychosocial therapy, prevention of mother-to-child transmission (pMTCT), and anti-retroviral treatment (ART) [25,26]. For primary health care, the challenge remains in the development of consistent and effective violence prevention and victim care policies, including intersectoral coordination [15].

Limitations

Violence in general and IPV in particular, are sensitive and complex issues. Thus, asking about these behaviors in a context in which violence is underreported, and often legitimized by cultural norms, was an obstacle encountered and limitation of this study. However, once the objectives of the study were explained and potential participants learned that abused participants would receive professional assistance, we were able to overcome this issue and obtain good participation.

Nevertheless, the fact that this clinical study was carried out in only one geographical area of the country with a heterogeneous population with regional customs and cultural norms may limit generalization of the results. Therefore, further validation of our instrument must be attempted in other regions of Mozambique and in other African countries.

Ethical considerations

Formal authorization for the translation and adaptation to the Mozambican context in Portuguese was granted, by the author of the original instrument WAST - Woman Abuse Screening Tool.

All subjects who agreed to participate in the study signed a consent form, after the objectives and procedures of the study were explained to them.

This study was approved by the Institutional Bioethics Committee of the Faculty of Medicine of Eduardo Mondlane University and Maputo Central Hospital (Maputo – Mozambique), with the reference number: CIBS FM&HCM/032/2018.

Conclusion

This study allowed for the translation and cross-cultural adaptation of the WAST screening instrument for IPV. Conceptual and semantic equivalence between the original instrument in English and the version adapted for Portuguese in a Mozambican context was achieved without major changes.

From the testing of the adapted instrument, it was concluded that the version of WAST translated and adapted to the Mozambican context, has good internal consistency, the scales of the two components of the WAST-Short instrument and the assessment of IPV or WAST-Long are related. Further, the two scales are valid for both men and women. Thus, the WAST-M is an appropriate instrument for the screening of violence by the intimate partner in the Mozambican context. Further, it enhances HIV prevention and treatment counseling and supports improved primary care in general.

Declaration of Competing Interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article

Acknowledgments

To all participants in the study, patients and students for their valuable contribution. Additional thanks to the general and clinical directorates of the health units object of this study, to the health professionals - collaborators, to the translators and components of the discussion panel for adapting the instrument.

Special thanks to the "UEM-Sida Bilateral research program" funded by the Embassy of Sweden, for the support to the Doctoral Program, through which this study was possible.

References

- [1] World Health Organization (Ed.) Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. World Health Organization, 2013.
- [2] Harvey, A., Garcia-Moreno, C., & Butchart, A. (2007). Primary prevention of intimate-partner violence and sexual violence: background paper for WHO expert meeting May 2–3, 2007. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/IPV-SV.pdf
- [3] Garcia-Moreno, C., & et al., (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43309>
- [4] A. Eugenio Zacarias, G. Macassa, J.J.F. Soares, Women as perpetrators of IPV: the experience of Mozambique, *J. Aggress., Conflict Peace Res.* 4 (1) (2012) 5–27, doi:10.1108/17596591211192966.
- [5] R. Jewkes, J. Levin, L. Penn-Kekana, Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study, *Soc. Sci. Med.* 55 (9) (2002) 1603–1617, doi:10.1016/S0277-9536(01)00294-5.
- [6] C. Osório, E. Macuácu, Os Ritos de Iniciação no Contexto Atual: Ajustamentos, Rupturas E Confrontos; Construindo Identidades de Género, WLSA Moçambique, 2013.
- [7] J. Eluf-Neto, V. Wünsch-Filho, Screening faz bem à saúde? *Rev. Assoc. Méd. Brasil.* 46 (4) (2000) 310–311, doi:10.1590/S0104-4230200000400028.
- [8] H.D. Nelson, C. Bougatsos, I. Blazina, Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. preventive services task force recommendation, *Ann. Internal Med.* 156 (11) (2012) 796, doi:10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447.
- [9] J. Todahl, E. Walters, Universal screening for intimate partner violence: a systematic review, *J. Marital Fam. Ther.* 37 (3) (2011) 355–369, doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x.
- [10] J.S. Mavel, Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa, *A Scop. Rev. Lit.* 4 (2020), doi:10.15413/mms.2020.0109.
- [11] S. Sprague, K. Madden, N. Simunovic, K. Godin, N.K. Pham, M. Bhandari, J.C. Goslings, Barriers to screening for intimate partner violence, *Women Health* 52 (6) (2012) 587–605, doi:10.1080/03630242.2012.690840.

- [12] L. Iskandar, K.L. Braun, A.R. Katz, Testing the woman abuse screening tool to identify intimate partner violence in Indonesia, *J. Interpers. Violence* 30 (7) (2015) 1208–1225, doi:10.1177/0886260514539844.
- [13] R.F. Rabin, J.M. Jennings, J.C. Campbell, M.H. Bair-Merritt, Intimate partner violence screening tools, *Am. J. Prevent. Med.* 36 (5) (2009) 439–445 e4, doi:10.1016/j.amepre.2009.01.024.
- [14] J.B. Brown, B. Lent, P.J. Brett, G. Sas, L.L. Pederson, Development of the woman abuse screening tool for use in family practice, *Fam. Med.* 28 (6) (1996) 422–428.
- [15] L. Binfa, V. Cancino, I. Ugarte, M. Mella, G. Cavada, Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud, *Rev. Med. Chile* 146 (2018) 331–340.
- [16] M. Herdman, J. Fox-Rushby, X. Badia, A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach, *Quality of life research, Int. J. Qual. Life Aspects Treatm., Care Rehabil.* 7 (4) (1998) 323–335, doi:10.1023/a:1024985930536.
- [17] C.L. Moraes, M.H. Hasselmann, M.E. Reichenheim, Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais, *Cadernos Saúde Pública* 18 (1) (2002) 163–176, doi:10.1590/S0102-311x200200100017.
- [18] M.E. Reichenheim, C.L. Moraes, M.H. Hasselmann, Equivalência semântica da versão em português do instrumento abuse assessment screen para rastrear a violência contra a mulher grávida, *Rev. Saúde Pública* 34 (6) (2000) 610–616, doi:10.1590/S0034-89102000000600008.
- [19] DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: theory and application* (Newbury Park), <https://fliphtml5.com/wmkd/bibu/basic>
- [20] S. Qin, L. Nelson, L. McLeod, S. Eremenco, S.J. Coons, Assessing test-retest reliability of patient-reported outcome measures using intraclass correlation coefficients: Recommendations for selecting and documenting the analytical formula, *Qual. Life Res.* 28 (4) (2019) 1029–1033, doi:10.1007/s11136-018-2076-0.
- [21] C.T. Fogarty, J.B. Brown, Screening for abuse in Spanish-speaking women, *J. Am. Board Fam. Pract.* 15 (2) (2002) 101–111.
- [22] J.B. Brown, B. Lent, G. Schmidt, G. Sas, Application of the woman abuse screening tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting, *J. Fam. Pract.* 49 (10) (2000) 896–903.
- [23] B. Salahi, S. Mohammad-Alizadeh-Charandabi, F. Ranjbar, N. Sattarzadeh-Jahdi, S. Abdollahi, F. Nikan, R. Alizadeh-Asl, Psychometric characteristics of an intimate partner violence screening tool in women with mental disorders, *Int. J. Women's Health Reprod. Sci.* 6 (2) (2017) 204–210, doi:10.15296/ijwhr.2018.34.
- [24] K. Basile, M. Hertz, S. Back, Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, Georgia, 2007 <http://www.cdc.gov/NCIPC/pub-res/images/IPVandSVscreening.pdf>.
- [25] Y. Li, C.M. Marshall, H.C. Rees, A. Nunez, E.E. Ezeanolue, J.E. Ehiri, Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis, *J. Int. AIDS Soc.* 17 (1) (2014) 18845, doi:10.7448/IAS.17.1.18845.
- [26] WHO/WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017, *Monitoring Tobacco Use and Prevention Policies*, Geneva, Switzerland, 2017.

Anexo 5 - Manuscrito V (Publicado)

Vol. 15(2), pp. 48-56, July-December 2023
DOI: 10.5897/JAHR2023.0561
Article Number: E0DBF6571529
ISSN 2141-2359
Copyright ©2023
Author(s) retain the copyright of this article
<http://www.academicjournals.org/JAHR>



Journal of AIDS and HIV Research

Full Length Research Paper

Validation of women abuse screening tool (WAST-S) in the Mozambique National Health Service (significance for HIV prevention and ART treatment Adherence): A quasi-experimental crossover study

Joaquim Matavel^{1,2*}, Khátia Munguambe^{1,3} and Osvaldo Loquiha⁴

¹Faculty of Medicine, Eduardo Mondlane University, Maputo, Mozambique.

²Department of Mental Health, Ministry of Health, Maputo, Mozambique.

³Manhiça Health Research Center, Maputo, Mozambique.

⁴Eduardo Mondlane University, Maputo, Mozambique.

Received 4 September, 2023; Accepted 30 October, 2023

Intimate partner violence (IPV), includes a wide range of abusive behaviors perpetrated by someone involved or who was involved in an intimate relationship with the victim. It is a serious and preventable public health problem globally. This article reports on the validation of an adaptation of the Women Abuse Screening Tool (WAST-S) in Mozambique and recommends its application for more effective prevention and ART treatment. The study utilized a quantitative approach in a prospective quasi-experimental crossover design, in which clusters, 4 health care units, were allocated to two intervention approaches in reverse order. IPV was measured using a translated, culturally-adapted version of WAST-S. This was compared to a standard clinical interview that included questions on IPV. There was a good agreement between the scales of WAST-Short and the standard clinical interview: 0.235 (95% CI: 0.219 - 0.250). The WAST-Short was found to be more effective than the standard clinical interview as an IPV screening tool. It provides information about intimate relationships and can measure the presence of violence. The standard clinical interview is less effective at obtaining this information. WAST-S proved to be a more reliable instrument than a clinically adapted interview, and can be applied in the screening of IPV in high patient volume settings and efficiently implemented in primary health care units which can then refer patients for specialized care. The two questions of the WAST-S provide insight into the intimate relationship measuring the presence of violence, information not easily accessible by the standard clinical interview. This information when provided to clinicians has the potential for assuring more effective prevention and treatment adherence.

Key words: Violence, intimate partner violence (IPV), validation, screening, partners, Women Abuse Screening Tool (WAST-S), HIV, antiretroviral therapy (ART).

INTRODUCTION

The World Health Organization classifies intimate partner violence (IPV) as a subset of gender-based violence, in

which acts or threats of physical, sexual, and emotional violence are perpetrated by a current or former intimate

*Corresponding author. jmatavel@gmail.com.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the [Creative Commons Attribution License 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

partner of the victim (Righi et al., 2019). IPV is a serious and preventable public health problem worldwide (Tjaden et al., 2000; Yount et al., 2022). While the global prevalence of IPV is estimated at about 30%, it is particularly prevalent in sub-Saharan Africa, where the overall prevalence is 36%. Compared to the rest of the world, women in sub-Saharan Africa are more affected by domestic violence than men (Jethá et al., 2021). In some southern African countries, levels of sexual abuse of women are even higher (Ahinkorah et al., 2018). For instance, in Mozambique, 40% of women of reproductive age (15-49 years) reported experiencing physical, sexual, or emotional violence perpetrated by an intimate male partner in the last 12 months (Tura and Licoze, 2019).

Generally, IPV disproportionately affects more women than men. Worldwide, one in three women has been physically and/or sexually abused by her intimate partner or family members at some point in her lifetime, compromising their physical, mental, and reproductive health (Jethá et al., 2021). Violence in intimate partner relationships is usually attributed to gender norms that promote male dominance over women and women's acquiescence to male power (Shai et al., 2019). Indeed, gender theories suggest that IPV results from the way women are socialized to accept being sexually passive, dependent on men for protection and economic survival, and even being disciplined by their partners when they fail to behave according to their traditional roles (Shamu et al., 2018). Abuse by male partners results from the violation of such norms (Tura and Licoze, 2019), and the context in which IPV takes place can be of significant importance (Shai et al., 2019).

IPV affects one-third of all women, and the data from the majority of studies on screening and interventions for IPV are based on interview-based reports, such as those by Tura and Licoze (2019), which rely on self-reported violence. Their main limitation is that they do not involve specific instruments for IPV screening and diagnosis. Another limitation is that cases of IPV may be under-reported and neglected (Jethá et al., 2021) due to concealment, subtle or absent overt signs of violence, or failure to recognize that a relationship is abusive. Nevertheless, the trauma inflicted on the victims, ranging from gastrointestinal disturbances, chronic pain, and cardiovascular problems to spontaneous abortions, suicides, and depression (Stephenson et al., 2013; Tura and Licoze, 2019), suggests the need for proper screening of all patients (universal screening), including asymptomatic individuals whose suffering may have been triggered by IPV. Clinical and laboratory screening tests are especially important in the absence of signs of an underlying disease (Eluf-Neto and Wunsch-Filho, 2000). Healthcare professionals should routinely ask all women about domestic violence, and the screening might encourage women who would not otherwise do so to disclose abuse or recognize their own experiences as abuse (O'Doherty et al., 2015). However, there is

controversy regarding the clinical merits of universal screening for violence in the healthcare setting (Sprague et al., 2016).

IPV and HIV related health consequences

Mental distress is hypothesized to be a pathway connecting IPV to HIV-related consequences (Hatcher et al., 2022). Prevalent mental health issues such as depression, anxiety, and post-traumatic stress syndrome are strongly associated with women's involvement in IPV. These outcomes have been reported in several longitudinal studies on IPV and depression (Buller et al., 2014), anxiety (Laqdon et al., 2014), and PTSD (Dillon et al., 2013). Consequently, depression is related to long-term declines in ART adherence. Furthermore, there is likely an interactive relationship that exacerbates each situation (Wagner et al., 2020). Post-traumatic stress and anxiety are significantly correlated with poorer ART adherence in cross-sectional studies (Glynn et al., 2021). Other studies in South Africa focused on perinatal women with HIV found that those highly affected by the violence in their relationship with their partner made intentional efforts to self-harm by interrupting their treatment (Hatcher et al., 2022).

The primary goal of IPV screening is to improve case detection and implement appropriate interventions that reduce exposure to violence and related problems. Ideally, the screening tool should encompass different aspects of violence, including physical, psychological, and sexual dimensions, using psychometric scales (Krug et al., 2002). However, many countries have inadequate IPV screening protocols due to systemic barriers, including time constraints (Erickson et al., 2001; Sprague et al., 2012), lack of protocols, policies, and screening procedures (Waalén et al., 2000). Additional barriers include health professionals' perceptions of IPV (Matavel, 2020), personal discomfort with the subject, inadequate resources, training, or privacy for screening, the view that screening for IPV is not the clinician's role, fear of offending patients, and a lack of knowledge on how to deal with women who qualify as victims of IPV (Sprague et al., 2012). A systematic review documented that only 9 to 40% of physicians screen for IPV (Todahl and Walters, 2011).

In Mozambique, despite high rates of self-reported violence, the magnitude of IPV is likely to be underestimated, mainly because of the lack of diagnostic screening tools within the National Health Service. Given this, the aim of this work was to validate the short version of Woman Abuse Screening Tool (WAST-Short) adapted for the cultural context in Mozambique. The study used WAST since a systematic review of 33 studies in which multiple screening tools were compared found WAST to be the most reliable and valid instrument for violence screening, with a sensitivity and specificity of 47 and

96%, respectively (Rabin et al., 2009). By evaluating the reliability or consistency of the adapted tool, we sought to demonstrate an equivalence of concepts and semantics between the original and back-translated versions and the pilot testing of the of the adapted WAST in Mozambique showed good internal consistency (Matavel et al., 2023).

MATERIALS AND METHODS

Study design

The study was conducted in four primary health care units in two southern Mozambique provinces, Maputo and Gaza. A prospective quasi-experimental crossover designed study design was utilised in which clusters or health care units were allocated to two intervention approaches at different times. The work used a quantitative approach. The intervention consisted of IPV screening using the WAST in individuals of both sexes, female (n = 220) and male (n = 140). Although the WAST is an instrument originally designed for IPV screening in women, WAST was here applied to both genders, as pre-test results indicated that the two scales of the instrument do not discriminate between genders (WAST-Short $p = 0.204$, WAST-Long $p = 0.271$), and are not sensitive to the individual items that make up the scales ($p > 0.05$) (Matavel et al., 2023).

IPV screening was also carried out on the same individuals using an adapted clinical interview to which specific questions about IPV were added in order to validate the WAST-Short. Both WAST and the adapted clinical interview were implemented twice over a period of 4 months in the four primary health care units (HC I, II, III and IV). The units were randomly selected from other primary health care settings in Maputo (HC I and IV) and Gaza (HC II and III) Provinces. Study subjects in the units included all users of the Emergency, Gynecology/Obstetrics or Maternity services, Mother and Child Health, Stomatology, Psychiatry and Mental Health, and Assistance Service for Victims of Violence.

To meet the inclusion criteria, subjects had to be aged 18 years or over and to be or have been in an intimate relationship in the last 6 months. All subjects had to voluntarily agree to participate in the study and sign a form of informed consent. Patients below 18 years of age and those who have not been in an intimate relationship in the last 6 months prior to the intervention were excluded.

Data collection and analysis

Health professionals at each health care unit were initially invited to participate in a training/familiarization session on the application of the two interventions – WAST and the adapted clinical interview. The health care units were randomly assigned to implement one of the two interventions: AB and BA, two for each approach for the first 2 months, before switching over (crossover) to the other approach during the next 2 months. According to the order of arrival, participants (patients) of both sexes were then screened for IPV using the following approaches:

1. Approach AB: Patients responding first to the WAST and then to the adapted clinical interview. This approach was first implemented in health care units I (Maputo) and III (Gaza).
2. Approach BA: Patients responding first to the adapted clinical interview and later to WAST. This approach was first implemented in health care units II (Gaza) and IV (Maputo).

Data from the participants were collected using a simple randomization process at the healthcare unit outpatient and mental health consultation rooms where the instruments were applied.

Data collection involved the use of paper-based forms for the adapted instruments, which were later converted into an electronic dataset. To be eligible for participation, subjects had to be aged 18 years or older, currently or previously in an intimate relationship within the last 6 months, willing to participate voluntarily, and had to provide informed consent by signing a consent form.

Instruments

WAST (woman abuse screening tool)

This instrument was developed in the USA to screen women exposed to physical, psychological and sexual abuse (Brown et al., 1996) and subsequently translated and adapted to the Mozambican cultural context (Matavel et al., 2023). WAST is short and easily understood by users and 90% of users reported that were comfortable or very comfortable with the questions (Brown et al., 2000; Salahi et al., 2017). The instrument consists of 8 Likert-type questions about (a) the degree of stress in the relationship; (b) the difficulty in resolving discussions and (c) the existence of violent episodes at an emotional, psychological, physical or sexual level (Binfa et al., 2018). The validity and reliability of the original WAST version were confirmed in different studies, as shown by high internal consistency, Cronbach's alpha: 0.75, sensitivity: 92%, specificity: 100% (Brown et al., 1996).

WAST has three response categories (1 to 3) for each item related to violence or its prediction. The first 2 items, known as WAST-Short, are used to screen for the presence of abuse, assessing the level of tension a woman feels in the relationship with her husband/partner, and the difficulty in resolving the discussions, on a scale from 1 (no tension/no difficulty/no problems) to 3 (a lot of tension/great difficulty/very problematic). The following 6 items were then used to obtain a complete assessment of the frequency of abuse (WAST-Long) in the three areas of IPV (physical, sexual and psychological) in the case of the presence of tension in the relationship according to the answers to questions 1 and 2 on a scale of 1 (never) to 3 (often/many times) (Salahi et al., 2017).

The total score for WAST ranges from 8 to 24, ranging from 2 to 6 for WAST-Short. The tool developers proposed a score of 13 for positive cases of IPV in the overall 8-item WAST score (Brown et al., 1996). In the WAST-Short dichotomous score, a score of 0 is considered as "no tension/no difficulty/no problem" (Brown et al., 2000).

Adapted clinical interview

This is an assessment procedure that involves a personal exchange between the clinician and the client, designed to gather the information necessary for diagnosis and treatment (Allen and Becker, 2019). For the purposes of this study, specific questions about IPV were added, to be used as a gold standard, such as: (a) fear of the partner; (b) past year history of physical abuse by partner; (c) past year history of psychological or emotional abuse by partner; and (d) history of abuse or threat of sexual abuse in the last year by the partner. These terms were adapted from DVIS – Domestic Violence Initiative Screening (Iskandar et al., 2014), an IPV "Yes/No" tracking tool. The answers to each question are scored separately (Basile et al., 2007).

Statistical analysis

Pilot testing of the adapted WAST in Mozambique showed good internal consistency: WAST-Short scales ($\alpha = 0.813$) as compared to the WAST-Long instrument ($\alpha = 0.834$) (Matavel et al., 2023). Data analysis for each step was performed using the statistical

Table 1. Socio-demographic data of the study participants.

Variable		Frequency (n)	Percent
Age (years)	18-21	28	7.8
	22-25	66	18.3
	26-29	175	48.6
	>30	91	25.3
Sex	Male	140	38.9
	Female	220	61.1
Marital status	Single living with partners	144	40.0
	Legally married	168	46.7
	Divorced	29	8.1
	Widower/Widow	19	5.3
Occupation	Student	64	17.8
	Domestic servant	89	24.7
	Salaried	137	38.1
	Self-employed	70	19.4
Education	Illiterate	22	6.1
	Primary school	90	25.0
	Secondary school	178	49.4
	High school	70	19.4

programs IBM® SPSS® Statistics 24.0 and RStudio (R Foundation), and the significance level adopted for all tests and confidence intervals was 0.05. A cumulative scale was used to create two scales based on the WAST questionnaires: WAST-Short (sum of questions 1 - 2) and adapted clinical interview (sum of questions 1 - 4). The values of the WAST-Short scale and the adapted clinical interview were dichotomized as abusive IPV (if the sum ≤ 4) and non-abusive (if the sum > 4).

Positive Percent Agreement (PPA) and Negative Percent Agreement (NPA) were used to assess performance on the WAST-Short scale to identify abusive IPV, using the adapted clinical interview as a comparison. The overall agreement observed and corrected for the possibility of random agreement was computed using Cohen's Kappa coefficient, with values < 0 indicating lack of agreement; 0 - 0.20 as mild; 0.21 - 0.40 as reasonable; 0.41 - 0.60 as moderate; 0.61 - 0.80 as substantial and 0.81 - 1 as almost perfect agreement (Landis and Koch, 1977). To investigate whether there was any difference in misclassification rates between approaches AB and BA, a logistic regression was applied, taking into account the clustering effect of health facilities using generalized estimating equations, assuming an exchangeable working correlation matrix (Hardin and Hilbe, 2002).

Informed consent statement

Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

RESULTS

Characteristics of participants

Of the 440 patients assessed for eligibility, 89 were

excluded: not meeting inclusion criteria ($n= 52$), declined to participate ($n= 37$). In the total study participants ($n=360$) who agreed to participate, 220 (61.1%) were female and 140 (38.9%) male. The majority of participants (175, 48.6%) were between 26 and 29 years of age and legally married (168, 46.7%) or single living with partners (144, 40.0%), and the majority had completed secondary school (178, 49.4%), as shown in Table 1.

Agreement between WAST-Short and adapted clinical interview

Using approach AB, the misclassification rate was 36.9% (95% CI: 29.4 - 44.9%) and the overall agreement measured by Cohen's Kappa was 0.258 (95% CI: 0.224 - 0.292), indicative of reasonable agreement between the scales. The proportion of the adapted clinical interview with an abusive IPV score and an abusive IPV score on the WAST-Short or PPA was estimated to be 65.9% (95% CI: 57.7 - 74.1%) and the NPA estimated to be 59.9% (95% CI: 50.5 - 69.2%), both values indicating a weak agreement between the scales (Table 2).

A slightly higher misclassification rate of 39.0% (95% CI: 32.2 - 46.1%) and overall agreement of 0.216 (95% CI: 0.189 - 0.244) was found for Approach BA. The results imply fair agreement between the scales (Table 3). The PPA was estimated at 63.6% (95% CI: 56.0 - 71.1%) and the NPA estimated at 58.1% (95% CI: 49.6 - 66.5%). Overall, there was fair agreement between the

Table 2. Measures of agreement for approach AB.

Approach AB		WAST-short scores		
		Abusive	Non-abusive	Total
Adapted Clinical Interview	Abusive	57	30	87
	Non-abusive	29	44	73
	Total	86	74	160

Measure	Estimate	Stand. error	95% CI	
			Lower	Upper
Misclassification rate	0.369	0.038	0.294	0.449
Cohen's Kappa	0.258	0.017	0.224	0.292
Observed agreement	0.631	0.038	0.346	0.706
Chance agreement	0.503			
Positive agreement	0.659	0.042	0.577	0.741
Negative agreement	0.599	0.048	0.505	0.692

Table 3. Measures of agreement for approach BA.

Approach BA		WAST-short scores		
		Abusive	Non-abusive	Total
Adapted clinical interview	Abusive	68	39	107
	Non-abusive	39	54	93
	Total	107	93	200

Measure	Estimate	Stand. error	95% CI	
			Lower	Upper
Misclassification rate	0.390	0.034	0.322	0.461
Cohen's Kappa	0.216	0.014	0.189	0.244
Observed agreement	0.610	0.034	0.341	0.678
Chance agreement	0.502			
Positive agreement	0.636	0.038	0.560	0.711
Negative agreement	0.581	0.043	0.496	0.665

scales: misclassification rate was 38.1% (95% CI: 33.0 - 43.3%), and overall agreement was 0.235 (95% CI: 0.219 - 0.250) (Table 4). The PPA was 64.6% (95% CI: 59.1 - 70.1%) and the estimated NPA was 58.9% (95% CI: 52.6 - 65.1%).

Effect of approach on misclassification rate

From the tables, misclassification rates differed slightly between the two approaches used. Before any adjustment, the odds of misclassifying the IPV using approach AB or BA were similar (odds ratio, OR = 1.09; 95% CI: 0.78 - 1.51) (Table 5). After adjusting for age, sex, and marital status, the chance of misclassification for IPV using approach BA was lower (OR = 0.59; 95% CI: 0.41 - 0.84) than that of approach AB and was modified by age. For example, the chance of misclassifying IPV

using approach BA increased by 14% for patients aged 26 to 29 years (p-value = 0.003) and was twice as high for those aged 30 and over years (p-value = 0.001) than approach AB.

In addition, misclassification of IPV was less likely in women than in men (OR = 0.78, 95% CI: 0.69 - 0.86), for a given method, age, and marital status. Misclassification was also less likely for patients older than 30 years compared to those aged 18 - 21 years (OR = 0.49, 95% CI: 0.43 - 0.57) when using approach AB, but about 3 times higher for divorced compared to single patients (OR = 2.5, 95% CI: 2.36 - 2.81).

DISCUSSION

Screening for violence in general and IPV, in particular, is highly recommended, especially when referral services

Table 4. Overall agreement measures.

Overall		WAST-short scores		
		Abusive	Non-abusive	Total
Adapted clinical interview	Abusive	125	69	194
	Non-abusive	68	98	166
	Total	193	167	360

Measure	Estimate	Stand. Error	95% CI	
			Lower	Upper
Misclassification rate	0.381	0.026	0.330	0.433
Cohen's Kappa	0.235	0.008	0.219	0.250
Observed agreement	0.619	0.026	0.360	0.670
Chance agreement	0.503	-	-	-
Positive agreement	0.646	0.028	0.591	0.701
Negative agreement	0.589	0.032	0.526	0.651

Table 5. Adjusted odds ratio estimates for incorrect classification of IPV.

Effect	OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
Method				
1	1			
2	0.588	0.411	0.839	0.003
Age (years)				
18-21	1			
22-25	0.939	0.717	1.229	0.645
26-29	1.181	0.838	1.664	0.342
30+	0.496	0.431	0.570	0.000
Sex				
Male	1			
Female	0.775	0.698	0.860	0.000
Marital status				
Single	1			
Widow	0.681	0.308	1.509	0.344
Divorced	2.507	2.235	2.812	0.000
Married	0.862	0.553	1.341	0.509
Method Age				
2 30+	3.572	1.696	7.523	0.001
2 26-29	1.938	1.259	2.982	0.003
2 22-25	0.862	0.462	1.608	0.641

OR = Odds ratio.

are available for individuals identified as victims. It is, therefore, important to have screening instruments that take into account the specific country's context. While

research suggests that current instruments for screening IPV still require refinement (Iskandar et al., 2014), a good approach is to develop or select from existing instruments

one that can be adapted, tested, and validated for the social and cultural context of the country where it will be applied (Fogarty and Brown, 2002). The aim of this study was to validate the WAST-Short for use in Mozambique.

Analysis of the data revealed fair agreement between the WAST-Short and the adapted clinical interview scales regarding the detection of IPV. Moreover, the reliability of the WAST-Short yielded Cronbach's alpha coefficients similar to those reported by Iskandar et al. (2015): 0.667 for items 1 to 2, with all correlations significant at $p < 0.001$ (Iskandar et al., 2015). Strikingly, the results of this study suggest that the WAST is a more effective IPV screening tool than the adapted clinical interview. The WAST-Short, based on two questions, provides insight into the intimate relationship, confirming or denying the occurrence of a single act of violence in a relationship, information not easily accessible through the standard clinical interview.

Results from the healthcare units in both of the two Mozambican provinces proved to be highly consistent. However, it is important to be cautious about the generalizability of the findings to other provinces in Mozambique without specific testing, as different socio-cultural contexts, including variations in the prevalence of IPV (Feinstein and Cicchetti, 1990), and differences in service availability may exist.

Although the results obtained in the testing indicate that the WAST is an adequate IPV screening tool in the context in which it was tested, the challenge remains to develop consistent and effective preventative actions against violence and victim assistance policies, including intersectoral coordination (Binfa et al., 2018). Reaching the ultimate goal of preventing and reducing IPV will depend strongly on screening tools to increase awareness of the problem and establish referral services for victims to receive specialized victim support. However, the controversy surrounding universal IPV screening cannot be ignored, especially among those who support universal screening in healthcare settings, claiming that screening increases IPV detection rates, and those who do not support universal screening, claiming that there is insufficient evidence to support implementation (Sprague et al., 2016).

In terms of socio-demographic characteristics, the results of the present work show greater participation by women (61.1%) than men (39.9%). This apparent imbalance most likely reflects the primary focus of some of the healthcare units included in the study. For example, gynecology/obstetrics and maternal-infant health services are primarily attended by women, and as a result, more women report and discuss their experiences of IPV with healthcare professionals in these settings. Additionally, previous studies have reported that a relatively large number of women (67%) voluntarily disclose their encounters with IPV when questioned by a physician (Yut-Lin and Othman, 2008) in a respectful and considerate manner (Brown et al., 2000).

Conclusion

The present study has successfully validated the WAST-Short in a Mozambican context as an effective instrument for IPV screening in specific healthcare facilities in two Mozambican provinces. The WAST-Short proved to be a more reliable instrument than an adapted clinical interview that included specific questions about IPV. In comparison to the standard clinical interview, the two questions in the short version (WAST-Short) provide insight into the intimate relationship, measuring the presence of violence, which is information not easily accessible through the standard clinical interview. Therefore, the WAST can be applied for IPV screening in high patient volume settings and efficiently implemented in primary healthcare units, which can then refer patients for specialized care. The results have shown that WAST-Short is a simple, easy-to-apply, and comprehensive IPV screening tool that can be used by any health professional in any healthcare service. This is especially important for providing HIV prevention counseling and antiretroviral treatment information. HIV/AIDS-focused healthcare services serve as a significant point of entry for identifying, informing, and assisting women affected by violence. Providing individuals conducting HIV counseling and healthcare providers treating patients experiencing domestic violence with instruction on the use of the WAST-Short will sensitize them to the importance of connecting patients with related services such as psychosocial therapy, prevention of mother-to-child transmission (PMTCT), and antiretroviral treatment (Basile et al., 2007; Li et al., 2014).

Limitations

The study has certain limitations that should be discussed. Firstly, it is important to acknowledge that violence in general and IPV, in particular, is often concealed, underreported, or inaccurately reported due to cultural norms that discourage victims from sharing their experiences. This limitation implies that the subjects used to validate the screening instrument described here may represent a selective population of victims.

Secondly, this study was conducted in a single geographic area (although in 2 provinces) of Mozambique, a country with a diverse and heterogeneous population with varying cultural norms. Consequently, the results of this study may not be readily generalizable to other regions of Mozambique without further location-specific investigations.

Thirdly, while IPV is more commonly experienced by women than men, our cohorts included a significantly higher number of women than men due to the nature of the two healthcare units from which subjects were recruited. This potential bias may have been further exacerbated by the fact that we did not perform a sample

size calculation. As a result, the study's findings may not be adequately powered to compare the two screening instruments. Nonetheless, according to Jones (2003), the sample size used would be expected to provide estimates of the performance of the WAST tools with a precision of at least 5%.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors have not declared any conflict of interests.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors appreciate all participants in the study for their valuable contribution. They are also grateful to all health professionals and administrative staff for their invaluable and unreserved cooperation during the data collection.

REFERENCES

- Ahinkorah BO, Dickson KS, Seidu AA (2018). Women decision-making capacity and intimate partner violence among women in sub-Saharan Africa. *Archives of Public Health* 76(1):5.
- Allen DH, Becker ML (2019). Clinical interviewing. In *Handbook of Psychological Assessment* Elsevier pp. 307-336.
- Basile K, Hertz M, Back S (2007). *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <http://www.cdc.gov/NCIPC/pub-res/images/IPVandSVscreening.pdf>
- Binfal L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista Médica De Chile* 146(3):331-340.
- Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine* 28(6):422-428.
- Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *The Journal of Family Practice* 49(10):896-903.
- Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 11(3):e1001609.
- Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family*.
- Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V (2000). Screening faz bem à saúde? *Revista Da Associação Médica Brasileira* 46(4):310-311.
- Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM (2001). Barriers to Domestic Violence Screening in the Pediatric Setting. *Pediatrics* 108(1):98-102.
- Feinstein AR, Cicchetti DV (1990). High agreement but low Kappa: I. the problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology* 43(6):543-549.
- Fogarty CT, Brown JB (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice* 15(2):101-111.
- Glynn TR, Mendez NA, Jones DL, Dale SK, Carrico AW, Feaster DJ, Rodriguez AE, Safren SA (2021). Trauma exposure, PTSD, and suboptimal HIV medication adherence among marginalized individuals connected to public HIV care in Miami. *Journal of Behavioral Medicine* 44(2):147-158.
- Hardin JW, Hilde JM (2002). Generalized Estimating Equations (0 ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781420035285>
- Hatcher AM, Turan JM, Stöckl H, Woollett N, Garcia-Moreno C, Christofides NJ (2022). Intimate partner violence and HIV treatment adherence in urban South Africa: Mediating role of perinatal common mental disorders. *SSM-Mental Health* 2:100112. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100112>
- Iskandar L, Braun KL, Katz AR (2014). Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Iskandar L, Braun KL, Katz AR (2015). Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence* 30(7):1208-1225. <https://doi.org/10.1177/0886260514539844>
- Jethá E, Keygnaert I, Martins E, Sidat M, Roelens K (2021). Domestic violence in Mozambique: From policy to practice. *BMC Public Health* 21(1):772.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomedica* 22(0):327. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSupp2.1182>
- Lagdon S, Armour C, Stringer M (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology* 5(1).
- Landis JR, Koch GG (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 33(1):159.
- Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society* 17(1):18845. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.18845>
- Matavel J (2020). Barriers faced by healthcare professionals in screening for Intimate Partner Violence (IPV) in Sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. *Medicine and Medical Sciences* 8(6):052-055. <https://doi.org/10.15413/mms.2020.0109>
- Matavel J, Munguambe K, Wilson DR, Linn JG, Loquiha O (2023). Cross-cultural adaptation of an intimate partner violence screening tool (WAST) for the Mozambican context; implications for more effective HIV prevention and treatment counseling. *Scientific African* 20:e01664.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH (2009). Intimate Partner Violence Screening Tools. *American Journal of Preventive Medicine* 36(5):439-445.e4.
- Righi MK, Orchowski LM, Kuo C (2019). Integrated Intimate Partner Violence and Human Immunodeficiency Virus Interventions in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review Targeting or Including Adolescents. *Violence and Gender* 6(2):92-104.
- Salahi B, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ranjbar F, Sattarzadeh-Jahdi N, Abdollahi S, Nikan F, Alizadeh-Asl R (2017). Psychometric Characteristics of an Intimate Partner Violence Screening Tool in Women with Mental Disorders. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 6(2):204-210.
- Shai N, Pradhan GD, Chirwa E, Shrestha R, Adhikari A, and Kerr-Wilson A (2019). Factors associated with IPV victimisation of women and perpetration by men in migrant communities of Nepal. *PLOS ONE* 14(7):e0210258.
- Shamu S, Shamu P, Machisa M (2018). Factors associated with past year physical and sexual intimate partner violence against women in Zimbabwe: Results from a national cluster-based cross-sectional survey. *Global Health Action* 11(sup3):1625594.
- Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women and Health* 52(6):587-605.
- Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E, Memon M, Bhandari M, Swaminathan A (2016). A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals. *PLOS ONE* 11(12):e0168502.
- Stephenson R, Winter A, Hindin M (2013). Frequency of Intimate Partner Violence and Rural Women's Mental Health in Four Indian States. *Violence Against Women* 19(9):1133-1150.
- Tjaden P, Thoennes N, US Department of Justice: Office of Justice Programs: National Institute of Justice (2000). Extent, nature, and

- consequences of intimate partner violence: (300342003-001) [dataset]. American Psychological Association.
- Todahl J, Walters E (2011). Universal Screening for Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Journal of Marital and Family Therapy* 37(3):355-369.
- Tura H, Licoze A (2019). Women's experience of intimate partner violence and uptake of Antenatal Care in Sofala, Mozambique. *PLOS ONE* 14(5):e0217407.
- Waalén J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine* 19(4):230-237.
- Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Mukasa B, Linnemayr S (2020). Changes in ART Adherence Relate to Changes in depression as Well! Evidence for the Bi-directional Longitudinal Relationship Between Depression and ART Adherence from a Prospective Study of HIV Clients in Uganda. *AIDS and Behavior* 24(6):1816-1824.
- Yount KM, Cheong YF, Khan Z, Bergenfeld I, Kaslow N, Clark CJ (2022). Global measurement of intimate partner violence to monitor Sustainable Development Goal 5. *BMC Public Health* 22(1):465.
- Yut-Lin W, Othman S (2008). Early Detection and Prevention of Domestic Violence Using the Women Abuse Screening Tool (WAST) in Primary Health Care Clinics in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health* 20(2):102-116.

Anexo 6 - Guião de Entrevista



FACULDADE DE MEDICINA

DOUTORAMENTO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE PÚBLICA

Guião de Entrevista

1. Conceito de violência
 - 1.1. Tipos de violência que conheces
 - 1.2. Conceito de violência pelo parceiro íntimo
2. Processo de rastreio e diagnóstico de casos de violência pelo parceiro íntimo
3. Processo de atendimento de vítimas de violência pelo parceiro íntimo
4. Percepções sobre a introdução de um instrumento específico para o rastreio e/ou diagnóstico da violência incluindo a violência pelo parceiro íntimo?

Muito Obrigado!

Anexo 7 - Consentimento Livre e Informado

Folha de Consentimento Livre e Informado

Nome do participante _____

Código _____

Tendo eu sido convidado a participar no estudo: “Avaliação do Processo de Diagnóstico da Violência Praticada pelo Parceiro Íntimo (VPI) no Serviço Nacional de Saúde De Moçambique”

Eu _____ **declaro que:**

1. Fui informado/a de forma satisfatória que a presente pesquisa tem por finalidade: Avaliar o processo de manejo da violência pelo parceiro íntimo (VPI), pelo Serviço Nacional de Saúde de Moçambique;
2. Fui devidamente esclarecido/a da natureza da minha participação nesta pesquisa, dos riscos e benefícios que dela decorrem;
3. Compreendi que não receberei nenhuma recompensa material nem monetária por participar do estudo;
4. Fui devidamente esclarecido do direito que tenho em me retirar do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
5. Fui informado e concordo que as respostas à entrevista sejam gravadas;
6. Compreendi que a informação relativa à minha participação terá carácter confidencial, e que em termos de grupo, a informação será utilizada para caracterizar o que os sujeitos sabem, esteja a acontecer na provisão de serviços de saúde, particularmente no âmbito da VPI (Violência Praticada pelo Parceiro Íntimo) e encontrar formas mais adequadas para melhorar a qualidade de provisão dos serviços de saúde;
7. Compreendi também que se tiver perguntas, poderei contactar a qualquer momento o Sr. Joaquim S. Matavel, investigador principal deste estudo, através do telefone número: 82 4775180 ou pelo e-mail: jmatavel@gmail.com.
8. Se tiver alguma pergunta sobre os meus direitos em tanto que participante nesta pesquisa, ou se sentir que não fui tratado de forma adequada, posso contactar o/a Sr/a _____ do Comité _____ através do tel. _____ ou pelo e-mail: _____.

Assinatura do participante _____

_____, aos ____ de _____ de 2019

Anexo 8 – Entrevista Clínica Adaptada

Entrevista Clínica Adaptada

Data: ____/____/____

Provincia: _____ Distrito: _____

Unidade Sanitária: _____

Serviço: _____

NOTA: Este Guião é uma extensão a Entrevista Clínica, com o objectivo de fornecer informações específicas para o estudo sobre o o processo de manejo da violência pelo parceiro íntimo (VPI), pelo Serviço Nacional de Saúde de Moçambique, não devendo, em nenhuma circunstância substituir aquela

Sexo: Masculino Feminino ;

Idade: 15 – 19Anos ; 20 – 29Anos ; 30 – 39Anos ; Mais de 40Anos

Estado Civil: Solteira(o) ; Casada(o)/União de facto ; Divorciada(o)/Separado/a ; Viúva(o)

Ocupação: Estudante Doméstico Assalariado Conta Própria

RESPONDA APENAS COM SIM ou NÃO.

(a) Alguma vez teve medo do/a seu/sua parceiro/a? SIM NÃO

(b) No último ano, seu/sua parceiro/a bateu, chutou, deu socos ou de alguma forma te feriu?

SIM NÃO

(c) No último ano, seu/sua parceiro/a o/a colocou para baixo, humilhou, ou tentou de alguma forma controlar suas acções? SIM NÃO

(d) No último ano, seu/sua parceiro/a ameaçou ferir-te fisicamente, psicologicamente /emocionalmente ou sexualmente? SIM NÃO

Adaptado de: DVIS – Domestic Violence Initiative Screening (Iskandar et al., 2015)

Anexo 9 - Aprovação Conselho Científico



Faculdade de Medicina

CONSELHO CIENTÍFICO

**Exmo. Senhor
Investigador
Joaquim Matavel**

Maputo, aos 06/05/2019

**Assunto: Avaliação do Processo de Diagnostico da Violência
Praticada pelo parceiro Intimo (VPI) no serviço Nacional de
Saúde.**

O Conselho Científico da Faculdade de Medicina analisou as correcções efectuadas no protocolo acima mencionado e sobre o mesmo chegou a seguinte conclusão:

- O Conselho Científico da Faculdade de Medicina não vê nenhum inconveniente que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.
- O Conselho Científico da Faculdade de Medicina recomenda que a investigadora o mantenha informado do decurso do estudo.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

A Presidente do Conselho Científico

Profa. Doutora Esperança Sevene Pires, MD, MSc, PhD
(Professora Associada)



Anexo 10 - Aprovação Ética



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dra. Jacinta Silveira, Vice-Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Joaquim Sebastião Matavel

Protocolo de investigação: versão 3 de Abril de 2019

Consentimentos Informados: versão 3 de Abril de 2019

Questionários: versão 3 de Abril de 2019

Guião de entrevista: versão 3 de Abril de 2019

Do estudo:

TÍTULO: "Avaliação do processo de manejo da violência pelo parceiro íntimo (VPI) em Unidades Sanitárias selecionadas do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique."

E faz constar que:

1º Após revisão pelos membros do Comité das respostas da investigadora das recomendações feitas durante a reunião do dia 06 de Agosto de 2018, e que foram incluídas na acta nº 07/2018, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça a realização do estudo.

2º A revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º O protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/032/2018.

4º A composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 09 de Maio de 2020. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos.

E emite

RESULTADO: APROVADO



Assinado em Maputo aos 10 de Maio de 2019

Anexo 11 - Autorização WAST



Joaquim Matavel <jmatavel@gmail.com>

WAST use for PhD Program

17 mensagens

Joaquim Matavel <jmatavel@gmail.com>
Para: Judith.Brown@schulich.uwo.ca

5 de maio de 2020 às 12:01

Joaquim Matavel <jmatavel@gmail.com>
para jbbrown

segunda, 4/05, 12:47 (há 23 horas)

Dear Dr. Brown

I'm Mozambican PhD student in Biosciences and Public Health - Eduardo Mondlane University, My study aim to, among others, evaluate the impact of the introduction of an IPV screening tool in selected healthcare facilities in Mozambique, due to the lack of IPV screening tools in the Mozambican health service.

Throughout my readings found WAST as one of the most reliable IPV screening tool and I think can be useful to Mozambican Health Service. So I come by this email to request your authorization to use the WAST (translation to portuguese, adaptation and test) in this study for PhD Program proposes.

Regards

—
Joaquim S. Matavel, MPH
Psychologist, Master in Public Health
Global Master Trainer - Universal Treatment Curriculum Addiction Professional - ICAP I
Ministry of Health - Mental Health Department
National Tobacco Focal Point
MoH Representative on Central Office of Prevention and Drug Control
Theater Director
Maputo - Mozambique

Judy Belle Brown <jbbrown@uwo.ca>
Para: Joaquim Matavel <jmatavel@gmail.com>
Cc: Barbara Pauline Lent <barbara.lent@schulich.uwo.ca>

5 de maio de 2020 às 16:13

Dear Joaquim, yes you have permission to use the WAST in your important work. Please share your results with us as your work progresses.

Regards

Judith Belle Brown, PhD
Professor
Chair MCISc and PhD Programs in Family Medicine
Department of Family Medicine
Western University
London, ON

On May 5, 2020, at 6:02 AM, Joaquim Matavel <jmatavel@gmail.com> wrote:

[Citação oculta]

Anexo 12 - Folha de Informação ao Participante



Faculdade de Medicina

Doutoramento em Biociências e Saúde Pública

Avaliação Do Processo De Manejo Da Violência Pelo Parceiro Íntimo (VPI) No Serviço Nacional De Saúde Em Moçambique

Pesquisador: Joaquim S. Matavel

Supervisores: Khátia Munguambe, Osvaldo Loquiha e James G. Linn

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O presente estudo enquadra-se no âmbito da dissertação de Doutoramento em Saúde Pública, cujo pesquisador principal é Joaquim S. Matavel (Psicólogo e Mestre em Saúde Pública), funcionário do Ministério da Saúde e estudante da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, com a supervisão dos Prof. Doutores Khátia Munguambe e James G. Linn. O estudo/investigação tem como objectivos principais: (Primário) Avaliar a frequência, a natureza e o manejo de casos de violência pelo parceiro íntimo (VPI) em unidades sanitárias seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza e (Secundário) Avaliar o impacto da introdução de uma ferramenta de rastreio da VPI em unidades sanitárias seleccionadas das províncias de Maputo e Gaza.

Durante o processo de recolha de dados, o investigador irá solicitar, para além dos dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, ocupação) de cada respondente, informações da sua vida pessoal, nomeadamente a nível individual, conjugal/íntimo e social, incluindo (1) informações sobre o manejo da violência pelo parceiro íntimo nas unidades sanitárias, nomeadamente a

triagem e o diagnóstico, com base num Guião de Entrevista concebido pelo investigador (2) informações sobre o estado geral da sua relação conjugal/íntima e sobre a existência de casos de violência (física, emocional/psicológica e sexual) com o/a seu/sua parceiro/a íntimo, com base num instrumento específico denominado WAST – *Woman Abuse Screening Tool* e um Guião de Entrevista Clínica que será conduzido por um profissional de psiquiatria e saúde mental (psicólogo ou técnico de psiquiatria).

O preenchimento destes instrumentos não deverá ultrapassar os 30 minutos e será feito somente uma única vez. Paralelamente algumas informações serão gravadas. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão trabalhados estatisticamente a nível colectivo e nunca de forma individual. Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si.

A decisão de participar neste estudo é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem obrigação de justificação, sem qualquer penalização ou prejuízo nos cuidados médicos, nos seus direitos legais, ou nas suas actividades profissionais.

A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo proceder a sua leitura com atenção, colocar questões se as tiver e, de seguida, assiná-la. O mesmo documento deverá ser também assinado pelo investigador e ficará na posse do participante.

De seguida, ser-lhe-á apresentado a Folha de Consentimento Livre e Informado, documento no qual aceita participar na investigação/estudo, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse do pesquisador/investigador. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar o pesquisador/investigador através do endereço de correio electrónico: jmatavel@gmail.com ou pelo telefone nº 82 4775180.

Nome do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Participante: _____

Nome do Pesquisador/Investigador: _____

Assinatura Pesquisador/Investigador: _____ Data: ____/____/____

Anexo 13 - Autorização - Cidade de Maputo


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO

- visto
Mamma Ramal.
29-6-19

A
Faculdade de Medicina da UEM

MAPUTO

N/Ref. n.º /DSCM-DFPS/ /2019 Data: 17 de Julho de 2019

ASSUNTO: Resposta ao pedido de solicitação e carta de cobertura para realização de pesquisa “Avaliação do Processo de Manejo da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI) em Unidades Sanitárias Seleccionadas do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique”

Para o conhecimento dessa e do interessado **Joaquim Sebastião Matavel**, Psicólogo e Mestre em Saúde Pública afecto a Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde Mental, a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo vem por este meio informar que foi autorizado o pedido retro-mencionado.

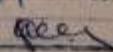
Mais se informa que deverá partilhar os resultados do estudo com a DSCM.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora

Dr.ª Sheila Márcia Tajú Lobo de Castro
(Médica de Clínica Geral de 1.ª)

CC: Sr. Joaquim Sebastião Matavel
Centro de Saúde 1.º de Maio

MUNICÍPIO DE MAPUTO
DIRECÇÃO DE SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE E ACÇÃO SOCIAL
CENTRO DE SAÚDE 1.º DE MAIO
ENTRADA N.º 781
DATA 8 / 11 / 20 19
CÓD. CLASSE
ASSINATURA 

Anexo 14 - Autorização – Província de Maputo


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE MAPUTO
GOVERNO DO DISTRITO DA MATOLA
SERVIÇO DISTRI TAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL

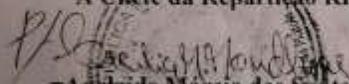


GUIA DE MARCHA Nº 1062/025.5/RH/2019

Devidamente credenciado pela Senhora Directora Provincial de Saúde de Maputo, segue a apresentar – no Centro de Saúde da Machava II, o senhor **Joaquim Sebastião Metavel**, Psicólogo afecto ao Departamento de Saúde Mental – Direcção Nacional de Saúde Pública, estudante de Doutoramento em Biociências e Saúde Pública na UEM, a fim de recolher dados para o estudo intitulado “*Avaliação do Processo de manejo da violência pelo parceiro íntimo (VPI) em unidades sanitárias seleccionadas do SNS*” num período de 02 meses.

C.C da Senhora Directora do SDSMAS – Matola
RAMAS
Saúde Mental

Segue no dia 04 de Dezembro de 2019

A Chefe da Repartição RH

=Adelaide Marcia dos Santos Tajú=
Técnica Administrativa C/



Anexo 15 – Autorização – Província de Gaza

Visto
Antone
06.11.2019
At: Tce. Vazio para
os devidos efeitos.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE GAZA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

Ao:
SDSMAS de Xai-Xai

Nota Nº 2877/002 /DPS/NPPG/19 Xai-Xai, 02 de Outubro de 2019

Assunto: Credencial para inicio das actividades relativas a pesquisa intitulada “*Avaliação do Processo de Manejo da Violência pelo Parceiro Intimo (VPI) no Serviço Nacional de Saúde*”.

A Direcção Provincial de Saúde (DPS), credencia o **Sr. Joaquim Sebastião Matavel**, Psicólogo, para o inicio de recolha de dados do estudo acima intitulado no **Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai e Centro de Saúde Marien Ngouabi**. De referir que o estudo tem aprovação do Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e do Hospital Central De Maputo e administrativa do Ministério da Saúde.

Os resultados deveram ser apresentados na DPS em plenária e por escrito antes da sua divulgação.

Sem mais de momento, cordiais saudações.


A Directora Provincial
Dra. Mulássua José Simango
(Médica de Clínica Geral Principal)

DPS-Gaza. CP 33, Rua do Hospital Provincial / Cell: 823030112 / 28225719/ Fax: 28225467 / 28226746

Anexo 16 – WAST – Woman Abuse Screening Tool

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship?
A lot of tension Some Tension No tension
2. Do you and your partner work out arguments with:
Great difficulty Some Difficulty No difficulty
3. Do arguments ever result in you feeling down or bad about yourself?
Often Sometimes Never
4. Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing?
Often Sometimes Never
5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
Often Sometimes Never
6. Has your partner ever abused you physically?
Often Sometimes Never
7. Has your partner ever abused you emotionally?
Often Sometimes Never
8. Has your partner ever abused you sexually?
Often Sometimes Never

Fonte: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. Journal of Family Practice, 49, 896-903.