

Avaliação da Qualidade e Efeitos dos Serviços Clínicos de VBG na Província Rural da Zambézia, Moçambique

Relatório de Avaliação

Data de divulgação do relatório: 17 de Dezembro de 2019

Autores / avaliadores:

Caroline De Schacht¹, Paula Paulo², Sara Van Rompaey¹, Erin Graves³, Wu Gong⁴, Heather Prigmore⁴, Magdalena Bravo¹, Francisco Melo², João Eduardo Malinha², Della Correia⁵, Raquel Cossa⁶, Elsa Chele⁷, Carolyn Audet^{3,8}

¹Friends in Global Health (FGH), Maputo, Moçambique;

²Friends in Global Health (FGH), Quelimane, Moçambique;

³Centro Médico da Universidade de Vanderbilt (VUMC), Instituto para Saúde Global, Nashville, TN, EUA;

⁴Centro Médico da Universidade de Vanderbilt (VUMC), Departamento de Bioestatística, Nashville, TN, EUA,

⁵Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Maputo, Moçambique;

⁶Direcção Nacional de Assistência Médica, Ministério da Saúde (MISAU), Maputo, Moçambique;

⁷Direcção Provincial de Saúde da Zambézia (DPS-Z), Quelimane, Moçambique;

⁸Vanderbilt University Medical Center (VUMC), Department of Health Policy, Nashville, TN, EUA

Resumo

Contexto: A violência baseada no género (VBG), incluindo agressão física, psicológica e sexual, representa um problema significativo de saúde pública. Na província da Zambézia, Moçambique, o modelo de atendimento de paragem única (*one-stop*) foi iniciado pela primeira vez em 2015, oferecendo serviços integrados relacionados com a VBG e atendimento coordenado em pontos de prestação de serviços únicos nas unidades sanitárias, mas o número baixo de pessoas que procuram este atendimento limitou a capacidade de avaliar o impacto dos modelos de atendimento único nos resultados de saúde entre os sobreviventes da VBG.

Métodos: Em Janeiro de 2017, iniciámos uma campanha de melhoria dos serviços para aumentar o número de sobreviventes da VBG que procuram atendimento na unidade sanitária. Realizamos apresentações teatrais e palestras para educar os membros da comunidade sobre a importância de procurar atendimento imediato para a VBG e fornecemos uma ação de formação de quatro dias aos prestadores de serviços (seguidos de uma orientação clínica consistente) para reforçar o atendimento à VBG. Também introduzimos uma intervenção de atendimento domiciliário para pacientes que não voltaram ao aconselhamento, a profilaxia pós-exposição (PPE) e/ou repetição do teste de HIV. Comparámos as características dos pacientes antes e depois da intervenção usando os testes t de Pearson e Student. Empregámos um modelo binomial negativo para avaliar a mudança na taxa de procura de atendimento.

Resultados: Entre Julho de 2016 e Abril de 2019, avaliámos 1.806 incidentes de VBG em 15 unidades sanitárias. Os pacientes eram principalmente do sexo feminino (89%); com a idade mediana (IQR) variada por tipo de VBG relatada (física, 26 [21-32]; psicológica, 19 [17-24]; sexual, 11 [5-15]). A violência física foi relatada na maioria dos casos (76%), a violência psicológica (4%) e agressão sexual em 20%. Os padrões de comportamento na busca de cuidados aumentaram de 0,14 para 0,19 ocorrências por dia (RR 1,35 [IC: 1,19-1,53]); $p < 0,01$) (análise ajustada) impulsionadas inteiramente pelas melhorias nos serviços oferecidos nas instalações rurais. Não houve alteração significativa no registo de ocorrências de agressão sexual nas 72 horas. Entre os elegíveis para PPE no período pós-intervenção, 94% iniciaram a PPE (vs. 93% pré-intervenção; $p = 0,70$). A aceitação de testes repetidos de HIV melhorou significativamente com 48% (vs. 14% pré-intervenção), 42% (vs. 8% pré-intervenção) e 31% (vs. 5% pré-intervenção) submetidos a repetidos testes de HIV aos 1, 3 e 6 meses após o incidente, respetivamente.

Conclusão: O nosso aumento na taxa de notificação de ocorrências de VBG estava limitado às áreas rurais, mas mesmo aqui não encontramos nenhuma melhoria no registo de ocorrências de agressão sexual nas 72 horas. As actividades da campanha de melhoria dos serviços levaram a um aumento nas taxas de retestagem do HIV entre os sobreviventes de agressão sexual que iniciaram o PPE.

Contexto

A agressão sexual, uma forma de violência baseada no gênero (VBG), é uma preocupação mundial de saúde pública que coloca as sobreviventes em risco de gravidez não planejada, morbidades psicológicas e infecções sexualmente transmissíveis (DST), incluindo, mas não se limitando, ao vírus da imunodeficiência humana (HIV).[1] As raparigas que são agredidas sexualmente têm aproximadamente três vezes mais probabilidades de sofrer uma gravidez indesejada, infecção incidente por HIV ou uma DST adicional.[2] Este risco pode ser aumentado por fatores comportamentais, biológicos e/ou imunológicos tais como a circuncisão médica masculina e/ou a presença de úlcera genital concomitante [3], e por factores associados à própria agressão sexual, como o trauma genital, a exposição a outras DSTs e agressão por parte de múltiplos agressores.[4] As taxas de agressão sexual variam de acordo com a região, mas foram relatadas taxas altas de agressão sexual em países com alta prevalência de HIV. Os Centros dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) realizaram Pesquisas Nacionais Sobre Violência Contra Crianças na Suazilândia, Tanzânia e Zimbábue e descobriram que mulheres (dos 18 aos 24 anos) relataram altas taxas de agressão sexual: 44%, 29% e 41 %, respetivamente.[2]

De acordo com o Estudo sobre Indicadores de Imunização, Malária e HIV/AIDS de Moçambique (IMASIDA), 6% das mulheres moçambicanas entre os 18 e os 49 anos de idade relataram ter sido forçadas a ter relações sexuais contra a sua vontade nalgum momento da sua vida, com 3% a relatar que foram forçadas a fazer sexo durante os 12 meses anteriores.[5, 6] Entre as mulheres da mesma idade na província da Zambézia, foram relatadas taxas ainda mais altas de mulheres a serem forçadas a ter relações sexuais nalgum momento da sua vida (11%) assim como tendo sido forçadas a ter relações sexuais durante os 12 meses anteriores (9%).[5, 6] Para os homens moçambicanos entre os 18 e os 49 anos de idade, as taxas relatadas foram de 6% e 2%, respetivamente, em 2015, com taxas mais altas entre homens zambezianos nessa faixa etária de 11% e 7%, respetivamente.[5, 6] Entre as mulheres moçambicanas dos 18 aos 49 anos de idade que se casaram ou tiveram um parceiro em 2015, 19% relataram ter passado por problemas de violência física ou sexual perpetrada pelo cônjuge nalgum momento durante os 12 meses anteriores. A taxa foi de 7% para homens da mesma idade durante esse mesmo período de estudo. [5, 6]

De acordo com o IMASIDA 2015 de Moçambique, 53% das mulheres moçambicanas que sofreram violência sexual nunca pediram ajuda ou disseram a ninguém em comparação com 41% das mulheres que sofreram violência física.[5, 6] Entre os homens, as taxas de não divulgação foram de 44% para a violência sexual e 31% para a violência física.[5, 6] Dados da IMASIDA indicam que as taxas de não divulgação são altas nas áreas rurais. Por exemplo, na província da Zambézia, as taxas de não divulgação eram tão altas quanto 43% para mulheres e 30% para homens que tinham sofrido violência física ou sexual.[5, 6] Apesar das recentes campanhas de melhoria de serviços e programas destinados a desencorajar estes tipos de violência, taxas tão altas de não divulgação sugerem que muitos sobreviventes de VBG em Moçambique, e especificamente na província da Zambézia, enfrentam barreiras significativas ao relato de violência.

A baixa adesão à profilaxia pós-exposição (PPE) é uma preocupação significativa, pois está associada a um risco de eficácia reduzida e maior resistência à terapia antirretroviral combinada

(TARV). Num estudo qualitativo [7], envolvendo entrevistas aprofundadas com 29 mulheres que frequentavam serviços de agressão sexual na África do Sul, apenas nove (31%) mulheres foram capazes de concluir os seus regimes de PPE conforme prescritos. Uma recente revisão sistemática de vários países [8] confirmou uma taxa geral de adesão baixa à PPE entre os sobreviventes de agressão sexual, com considerável variação nas taxas de adesão e desgaste aos cuidados longitudinais numa variedade de ambientes. Estas evidências sugerem a importância de garantir uma melhor gestão de casos e cuidados de acompanhamento pelo sistema de saúde (e parceiros de extensão) para os sobreviventes da VBG, especialmente aos sobreviventes de agressão pós-sexual que receberam prescrição de PPE.

Uma revisão sistemática e meta-análise de 2012 mostraram que a proporção geral de pacientes que não compareceram aos cuidados foi de 41%, com 40% de adesão à PPE em 23 coortes.

Faltam em grande número dados sobre a adesão à PPE entre sobreviventes de agressão sexual em Moçambique.

As melhorias do programa Iniciativa VBG (*GBV Initiative – GBV-I*), implementadas nos 15 distritos apoiados pela FGH à época, incluíam:

1. As actividades de sensibilização da comunidade incluíram o seguinte:

- a. Ações de formação sobre a VBG e a PPE oferecidas a um número crescente de líderes comunitários e pessoas influentes em todos os locais do distrito alvo, formação sobre o uso de um formulário de referência comunidade-clínica da VBG aprovado nacionalmente (actualmente usado por curandeiros tradicionais), fornecimento de formulários de referência suficientes e suporte técnico no seu uso; (**NOTA:** As unidades sanitárias foram preparadas para o possível aumento no número de casos de VBG a serem relatados);
- b. Incentivo à continuação ou início de reuniões multisectoriais mensais ou trimestrais regulares, envolvendo indivíduos-chave e/ou pessoas do ponto focal da VBG de cada sector das partes interessadas (incluindo médicos, psicólogos/psiquiatras, médicos forenses (se disponíveis), bem como representantes da polícia, sectores jurídico e da administração pública);
- c. Debates em painéis na comunidade e *spots* de rádio com representantes e mensagens dos sectores da saúde, jurídico, policial e da administração pública com experiência da VBG, com tempo dedicado a sessões abertas de perguntas e respostas, permitindo que os membros da comunidade façam perguntas sobre a VBG e a PPE.

2. O Fortalecimento do sistema e actividades de acompanhamento melhoradas (num esforço para avaliar com precisão as taxas de aceitação da PPE, conclusão da PPE e seroconversão):

- a. Incentivou a expansão contínua do atendimento “modelo de paragem única” para os sobreviventes de VBG que procuram atendimento em unidades sanitárias de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU);
- b. Disponibilizou formação aos membros da equipa de VBG na conclusão adequada da “Ficha de Notificação de Casos de Violência” (Formulário de Notificação de Casos de Violência, Apêndices 8a e 8b), “Ficha de Registo da PPE” (Formulário de Registo da

PPE, Apêndices 9a e 9b) e “Ficha de Seguimento das Visitas Domiciliárias” (Formulário de registo de acompanhamento de visitas domiciliárias, Apêndices 11a e 11b);

- c. Formação específica em VBG e segurança para agentes comunitários de saúde (ACS) empregados pelo FGH ou SDSMAS na condução de visitas domiciliárias sensíveis, eficazes, seguras e confidenciais às vítimas de agressão sexual (ver Apêndice 12);
- d. Implementou o acompanhamento padrão de atendimento por meio de novos serviços de visitas domiciliárias para pacientes da PPE que não voltaram à clínica para acompanhamento e para aqueles que abandonaram os cuidados, de acordo com a política actual do MISAU para pacientes em PPE, somente onde consentimento/anuência foi dado pelo paciente ou seus pais/responsáveis se menor de idade (obtido na sua visita inicial à unidade sanitária). Os ACS, devidamente formados, forneceram:
 - i. Verificações domiciliárias à adesão à PPE um mês após o incidente e;
 - ii. Aconselhamento domiciliário e testagem de HIV aos 1, 3 e 6 meses após o incidente.

Propusemos esta avaliação para avaliar os serviços de VBG e os resultados dos pacientes em relação ao efeito da programação VBG-I com as melhorias ao nosso programa detalhado acima. Analisámos os registos médicos dos pacientes e os dados de monitorização do programa para: (1) avaliar a aceitação pelos pacientes de serviços clínicos relacionados com a VBG baseados em instalações durante os períodos de pré e pós melhorias VBG-I; e (2) avaliar a aceitação e a adesão de pacientes de VBG potencialmente expostos ao HIV à PPE e ao teste de acompanhamento do HIV. Também propusemos (3) implementar um pequeno questionário para determinar os factores que podem influenciar a aceitação e adesão aos serviços de VBG, incluindo a PPE, a fim de informar a programação futura de VBG. A nossa avaliação utilizou dados do programa VBG rotineiramente obtidos para avaliar os resultados após a implementação das melhorias propostas.

Objectivo e questões

O objectivo desta avaliação foi entender melhor a prestação dos serviços clínicos à VBG descritos acima, o uso e a adesão dos nossos pacientes ao PPE para a prevenção do HIV após uma exposição relacionada com a VBG e o efeito da formação, ferramentas e acompanhamento melhorados dos cuidados para melhorar ainda mais o nosso programa de VBG.

Os objectivos desta avaliação específica foram:

- 1) Avaliar o número de pacientes com VBG (violência física, emocional ou sexual) que se auto reportam ou que são encaminhados para unidades sanitárias e a aceitação pelos pacientes de serviços clínicos relacionados com a VBG baseados em estabelecimentos durante os períodos pré e pós melhoria das actividades VBG-I.

- 2) Avaliar a aceitação e adesão dos sobreviventes de agressão sexual elegíveis à PPE e teste de HIV durante os períodos pré e pós-implementação das visitas de acompanhamento domiciliares.
- 3) Descrever as subpopulações entre os nossos pacientes apoiados com maior probabilidade de serem captadas e de aderir aos serviços clínicos relacionados com a VBG, incluindo a PPE, envidando esforços para melhor identificar as nossas populações de pacientes que podem necessitar de aconselhamento adicional sobre a adesão ou um acompanhamento mais ativo.

Conceção/métodos/limitações

Conceção geral da avaliação

Esta avaliação dos resultados utilizou uma conceção de estudo quase experimental, com uma análise pré-pós.

Para os dois primeiros objectivos, foram feitas análises pré-pós dos registos clínicos para avaliar a aceitação dos serviços e da programação padrão da VBG-I e foram comparadas com a aceitação dos serviços com actividades VBG-I melhoradas, conforme descrito acima. Foram utilizados dados retrospectivos obtidos de quadros clínicos, formulários de documentação e relatórios mensais do programa.

Para o objectivo 3, foi realizado um breve questionário entre pacientes elegíveis que reportaram agressão sexual para ajudar a perceber as possíveis barreiras que possam ter sentido e que tenham afetado a sua capacidade de permanecer comprometidos com os cuidados longitudinais de VBG ou de aderir à PPE, consultas de acompanhamento e de se submeterem a testes repetidos de HIV.

Envolvimento de parceiros

Vários funcionários do projeto do Ministério da Saúde (MISAU) e da FGH/VUMC estiveram envolvidos nesta actividade. Do MISAU, isto incluiu os pontos focais de violência baseada no género (VBG) no Ministério da Saúde (Maputo) e na Direção Provincial de Saúde da Zambézia (DPS-Z). Ambos têm estado envolvidos na monitorização da implementação da avaliação e na discussão dos resultados da avaliação. Do CDC Moçambique, o Responsável do Projeto está envolvido desde o início da avaliação. Na FGH, o Ponto Focal da VBG e o Assessor de Saúde Materno-Infantil (SMI) (que supervisiona o apoio à implementação do programa VBG) estão envolvidos desde a conceção da avaliação para garantir o alinhamento da implementação da iniciativa VBG com as actividades da avaliação.

Ao nível das unidades sanitárias, os gestores e os pontos focais da VBG foram envolvidos durante as ações de formação e durante a implementação da avaliação, garantindo a coordenação das actividades de implementação e o poder receber contributos e/ou fornecer apoio, conforme necessário.

Os resultados preliminares foram discutidos nas reuniões com os parceiros a nível provincial em 2018, e o mesmo foi feito para os resultados finais aos níveis nacional e provincial em 2019.

Estratégia de amostragem

As actividades relacionadas com os Objectivos 1 e 2 envolveram o uso de dados rotineiramente obtidos para todos os cuidados prestados a, e resultados clínicos obtidos de sobreviventes de VBG que procuraram atendimento nos locais clínicos selecionados. Os dados históricos de controlo (linha de base) foram recuperados dos pacientes atendidos nestes locais na fase de pré-melhoria e os dados dos pacientes pós-melhoria foram obtidos para todos os sobreviventes de VBG tratados e seguidos prospectivamente durante os meses restantes deste período de avaliação.

Para as actividades de melhoria da VBG relacionadas com o Objectivo 2, a equipa de saúde explicou às pessoas elegíveis a opção de visitas domiciliárias para acompanhamento da PPE e monitorização do HIV se o paciente não voltasse à clínica nos períodos recomendados. Os pacientes elegíveis, ou os seus pais/responsáveis se o paciente fosse menor de idade, foram solicitados a dar o seu consentimento informado e/ou anuência para as visitas domiciliárias necessárias.

Para o objectivo 3, todas os sobreviventes de agressão sexual de adultos (≥ 18 anos de idade) e adolescentes (dos 15 aos 17 anos de idade) do sexo feminino que receberam atendimento pós-incidente numa das quinze unidades sanitárias alvo eram elegíveis para participar do questionário. Numa sala privada, e após atendimento imediato das necessidades e procedimentos médicos, o paciente e os seus pais/responsáveis, se o paciente fosse um adolescente não emancipado, foram informados do objectivo do questionário. O consentimento informado/anuência foi obtido de todos os participantes e de seus pais/responsáveis, no caso de adolescentes não emancipados, assinalados pela assinatura ou usando a impressão digital, conforme preferissem, antes de qualquer recolha de dados. Foram informados de que podiam recusar-se a responder a qualquer pergunta. O paciente foi então questionado sobre as cinco perguntas do questionário.

Métodos de recolha de dados

A avaliação foi inicialmente realizada em 10 unidades sanitárias apoiadas pela FGH (nos distritos de Alto Molócuè, Chinde, Gilé, Ile, Inhassunge, Maganja da Costa, Mopeia, Morrumbala, Namacurra e Pebane). Em Outubro de 2017, o projeto de avaliação foi encerrado nos distritos de Chinde, Mopeia e Morrumbala (devido à descontinuação do apoio da FGH nestes distritos) e foram acrescentadas cinco unidades sanitárias no distrito de Quelimane (17 de Setembro, 24 de Julho, Chabeco, Coalane e o Hospital Provincial de Quelimane).

A tabela abaixo mostra os métodos de recolha de dados usados para cada objectivo.

Tabela 1. Métodos de recolha de dados

	Objectivo 1	Objectivo 2	Objectivo 3
Idade	Todas as idades	Todas as idades	15 – 45 anos de idade
Sexo	Feminino e masculino	Feminino e masculino	Feminino
Tipo de VBG	Todos os tipos	Sexual	Sexual
Tipo de dados	Dados rotineiros	<ul style="list-style-type: none"> Dados rotineiros Formulário de visita domiciliária 	Questionário quantitativo
Tamanho da amostra	Mínimo estimado de 70	Mínimo estimado de 88 (44 pré; 44 pós)	Mínimo de 60

Considerações éticas

O protocolo foi aprovado pelo CDC (CGH HSR #2016-204) como “Actividade de investigação envolvendo seres humanos, mas o envolvimento do CDC não constitui envolvimento numa investigação com seres humanos”.

As aprovações éticas foram obtidas de:

- 1) Comité de ética a nível provincial de Moçambique:
 - a. Protocolo original: CIBS-Z (Ref 03/CIBS-Z/16; 7 de Junho de 2016);
 - b. Alteração (Ref 04/CIBS-Z/17; 16 de Junho de 2017)
- 2) VUMC IRB:
 - a. Protocolo original (#160885; 4 de Agosto de 2016);
 - b. Alteração (10 de Julho de 2017)

Desvios do protocolo

Durante a recolha de dados da avaliação, quatro desvios de protocolo foram reportados ao comité de ética (embora não fosse necessário reportar ao VUMC IRB):

- 23 de Novembro de 2016 (confirmação de receção pela CIBS-Z a 27 de Dezembro de 2016)
- 18 de Agosto de 2017
- 24 de Outubro de 2018 (confirmação de receção pela CIBS-Z, 6 de Novembro de 2018)
- Julho de 2019 (confirmação de receção pela CIBS-Z a 30 de Julho de 2019)

Notificações do CDC:

- 26 de Novembro de 2016

- 15 de Agosto de 2017
- 6 de Dezembro de 2018

Garantia da Qualidade

Preparação e formação da equipa de avaliação

Antes da recolha de dados, ações de formação foram facultadas às equipas envolvidas nas actividades de avaliação de todas as unidades sanitárias participantes e ações de formação de actualização foram realizados duas vezes durante o período de implementação da avaliação.

Tabela 2. Sumário das ações de formação

Data	Duração	Participantes
Dezembro de 2016	3 dias	5 Pontos focais VBG 5 Representantes de pontos focais VBG 19 Conselheiros
Janeiro de 2017	4 dias	5 Pontos focais VBG 5 Representantes de pontos focais VBG 20 Conselheiros
Março de 2017	1 dia (actualização)	4 Pontos focais VBG 16 Conselheiros
Janeiro de 2018	4 dias	8 Pontos focais VBG 7 Representantes de pontos focais VBG 27 Conselheiros 10 Funcionários de apoio psicossocial
Março de 2018	1 dia (actualização)	5 Pontos focais VBG 5 Representantes de pontos focais VBG 17 Conselheiros

Monitorização e segurança de dados

A monitorização e orientação continuada foram realizadas pelo ponto focal da VBG da FGH e pelo oficial de avaliação da FGH, em coordenação com o ponto focal da DPS VBG. Foi feito o contacto semanal com os pontos focais das unidades sanitárias para garantir a qualidade da avaliação.

Todos os dados foram desidentificados e colocados num banco de dados eletrónico separado, criado para os fins desta avaliação. Os arquivos serão mantidos durante cinco anos (de acordo com as diretrizes do comité de ética/IRB) numa pasta restrita e criptografada num servidor no escritório da FGH Quelimane, projetado para proteger os dados de M&A, acessíveis apenas ao pessoal-chave do projeto.

Plano de análise

Utilizou-se a estatística descritiva para a demografia, apresentada como mediana com intervalo interquartil para variáveis contínuas e quebra de frequência (percentagens) para variáveis categóricas.

As estatísticas resumidas do objectivo 1 incluem a frequência, proporção, mediana e IQR do número de pacientes que procuraram atendimento, números elegíveis para os serviços e números a iniciar serviços serão fornecidos para todos os locais.

Para testar a evidência de relações de resultados de covariáveis não ajustadas (isto é, períodos pré e pós intervenção), utilizou-se estatística univariada usando o Qui-quadrado de Pearson para testar as diferenças na proporção de variáveis categóricas e o teste não-paramétrico de soma-classificação de Wilcoxon para comparar a distribuição de classificação para variáveis contínuas. Uma análise multivariável dos resultados da aceitação e adesão de PPE como regressões binomiais negativas ou modelos de probabilidades proporcionais foi usada para estimar o efeito da intervenção enquanto se ajustou para possíveis confusão e diferenças de grupo devido à falta de randomização.

Foi realizada uma análise descritiva para a descrição da subpopulação de sobreviventes de agressão sexual que participaram do questionário.

Limitações da concepção

O uso de formulários de documentação VBG aprovados pelo MISAU como a nossa principal fonte de dados também apresentou algumas limitações:

- Se estes formulários não tivessem sido preenchidos adequadamente pelos profissionais de saúde responsáveis e o paciente não tivesse voltado (sem opção de visita domiciliária), não havia nenhuma maneira de verificar ou resolver problemas de dados em falta;
- Os dados do programa VBG não são guardados com o uso de registos médicos eletrónicos (e apenas indicadores selecionados são recolhidos rotineiramente pela equipa da FGH e armazenados num banco de dados não conectado);
- No momento, não existe um sistema coordenado para fazer o rastreio dos encaminhamentos de pacientes com VBG entre as unidades sanitárias ou com outros prestadores de serviços integrados de VBG na comunidade.

Resultados e conclusões

Resultados chave

A avaliação abrangeu um período de 27 meses (Julho de 2016 a Abril de 2019), onde a recolha de dados ocorreu entre Janeiro de 2017 e Abril de 2019.

Tabela 3. *Períodos de intervenção*

Unidade Sanitária	Período pré intervenção	Período pós intervenção
Alto Molócuè, Gilé, Ile, Inhassunge, Maganja da Costa, Namacurra, Pebane	Julho de 2016 - Janeiro de 2017	Fevereiro de 2017 - Abril de 2019
Chinde, Mopeia, Morrumbala	Julho de 2016 - Janeiro de 2017	Fevereiro de 2017 - Outubro de 2017
17 de Setembro, 24 de Julho, Chabeco, Coalane, Hospital Provincial de Quelimane	Julho de 2017 - Janeiro de 2018	Fevereiro de 2018 - Abril de 2019

Um total de 1.806 participantes foram incluídos na avaliação (464 pré, 1.342 pós). Desses, 353 casos de violência sexual foram reportados (118 pré, 235 pós).

Tabela 4. *Características da população*

	Pré n=464	Pós n=1342	Total n=1806
Sexo (n, %)			
Masculino	48 (10%)	146 (11%)	194 (11%)
Feminino	416 (90%)	1196 (89%)	1612 (89%)
Tipo de VBG (n, %) (1 sem informação)			
Sexual	118 (25%)	235 (78%)	353 (19%)
Física	323 (70%)	1048 (4%)	1371 (76%)
Psicológica	21 (5%)	55 (17%)	76 (4%)
Outra	2 (0%)	3 (0%)	5 (0%)
Sexo, por tipo de VBG (n feminino, % feminino)			

Sexual	118 (100%)	228 (98%)	346 (99%)
Física	276 (85%)	915 (87%)	1191 (87%)
Psicológica	20 (95%)	49 (89%)	69 (91%)
Idade (anos) (mediana, IQR), por tipo de VBG			
Sexual (n=351)	10 (4-14)	12 (6-15)	11 (5-15)
Física (n=1369)	26 (21-32)	25 (20-32)	25 (20-32)
Psicológica (n=76)	23 (19-25)	18 (16-22)	19 (17-24)

Acesso aos serviços – todos os tipos de VBG

Tabela 5. Alteração no número de casos registrados de VBG (pré e pós intervenção) (todos os casos)

	Número de visitas		Visitas por dia		Rácio de taxa (IC 95%)	p
	Pré	Pós	Pré	Pós		
Total	465	1342	0.14	0.19	1.31 (1.18-1.46)	<0.001
Rural	266	1074	0.12	0.22	1.74 (1.52-2.00)	<0.001
Urbano	198	268	0.18	0.13	0.69 (0.57-0.83)	<0.001

Depois de ajustar o horário da semana e a localização do distrito, no geral, encontramos um aumento significativo na taxa de visitas de atendimento nas unidades sanitárias (RR: 1,35) no período pós intervenção quando comparado com o período pré intervenção ($p < 0,001$). Esta taxa geral, no entanto, mascara uma diferença substancial entre as taxas de visitas de procura de atendimento observadas em instalações urbanas e rurais. Nas instalações urbanas, a taxa de visitas na realidade diminuiu durante o período pós intervenção.

Acesso aos serviços - Violência sexual

Foram registados 353 casos de violência sexual, sendo 111 (31%) elegíveis para a profilaxia pós-exposição (PPE). Das pessoas elegíveis, 104 (94%) iniciaram a profilaxia e 22% delas completaram o período de acompanhamento de 6 meses.

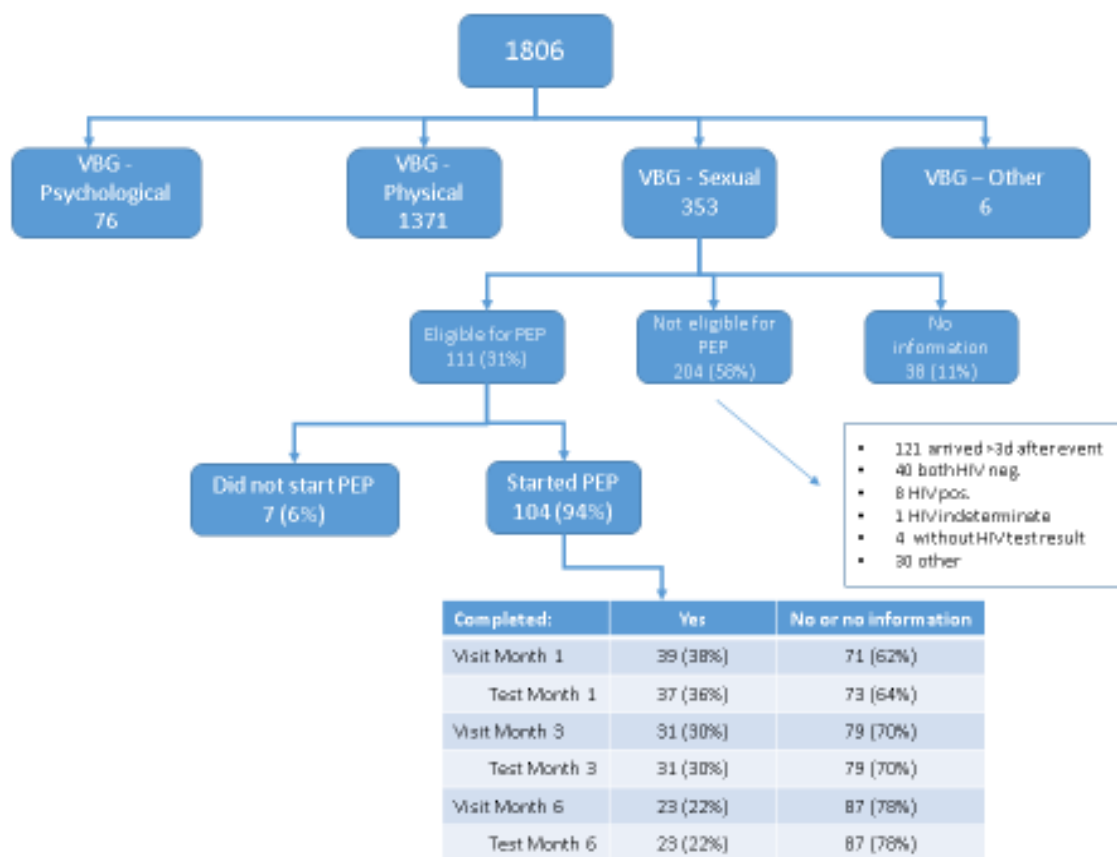


Figura 1. Fluxograma do acesso aos serviços VBG-I (pós agressão sexual)

Tabela 6. Alteração no número de casos registados de VBG sexual

	Número de visitas		Visitas por dia		Rácio de taxa (IC 95%)	p
	Pré	Pós	Pré	Pós		
Total	118	235	0.04	0.03	0.91 (0.72-1.14)	0.377
Rural	49	164	0.02	0.03	1.45 (1.18-1.82)	0.02
Urbano	69	71	0.06	0.03	0.52 (0.37-0.74)	<0.001

Após o ajuste para o dia da semana e a localização do distrito (ou seja, mantendo variáveis constantes), o período pós intervenção não mostra melhoria na taxa de pacientes vítimas de agressão sexual que procuram atendimento (RR: 0,94 p = 0,662). No entanto, como na taxa geral de procura de cuidados, os locais rurais apresentaram um aumento significativo (RR: 1,45 [1,18-1,82], p = 0,02) enquanto os locais urbanos apresentaram uma diminuição significativa (RR: 0,52 [0,37-0,74], p = <0,001) no período pós intervenção.

Ao analisar o registo oportuno (dentro das 72 horas) dos casos de agressão sexual, vimos que não houve melhoria após o início da intervenção ($p = 0,214$).

Tabela 7.

	Pré	Pós	Total
Total	58 (62%)	108 (54%)	166 (56%)
Urbano	33 (59%)	31 (59%)	64 (58%)
Rural	25 (66%)	77 (52%)	102 (55%)

Acompanhamento das pessoas registadas e que iniciaram o PPE

Nos distritos rurais, 40% das pessoas que iniciaram o PPE voltaram para o teste de HIV aos 6 meses no período pós (contra 12% no período pré). No distrito urbano de Quelimane, o aumento foi de 0% para 6%, respetivamente.

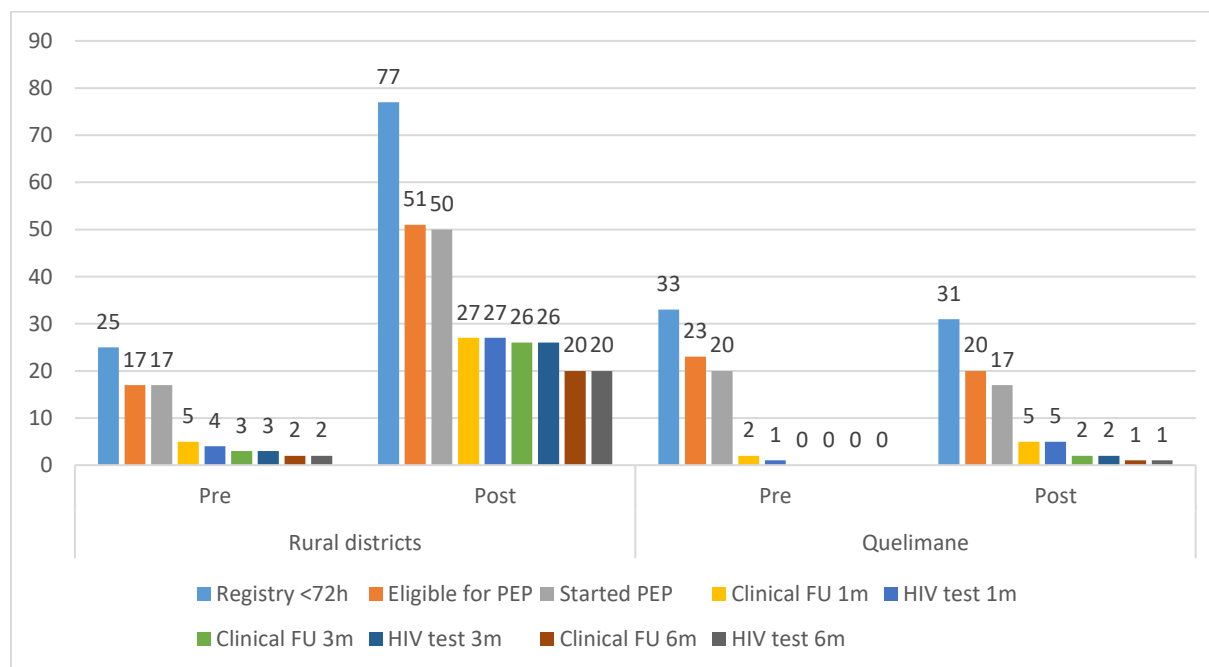


Figura 2. Cascata de retenção nos serviços pós VBG e PPE nos distritos rurais versus urbanos (pré/pós)

Visitas realizadas, mediante consentimento para visitas domiciliárias

Dos sobreviventes de agressão sexual (AS) que iniciaram a PPE ($n=67$), solicitámos consentimento para fazer uma visita domiciliária se eles faltassem às consultas de acompanhamento de 1, 3 ou 6 meses para aconselhamento e retestagem do HIV. Sem surpresas, houve uma diferença na taxa de retorno entre os que consentiram e os que não o fizeram, para cada período da visita de acompanhamento.

Tabela 8.

	Consentimento para Visita Domiciliária (n=49)	Ausência de Consentimento para Visita Domiciliária (n=16)	Total (n=65)	p*
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 1 mês</i>	28 (57%)	4 (25%)	32 (49%)	0.03
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 3 meses</i>	27 (55%)	1 (6%)	28 (43%)	0.002
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 6 meses</i>	20 (41%)	1 (6%)	21 (32%)	0.04

*Kruskall Wallis

Os sobreviventes de agressão sexual ou os seus cuidadores que consentiram numa visita domiciliária, voltaram em grande parte à unidade sanitária para a sua visita de acompanhamento, não necessitando, portanto, de serviços domiciliários.

Tabela 9.

	Visita à Unidade Sanitária	Visita ao domicílio	Nenhuma informação sobre o tipo de visita	Total
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 1 mês</i>	27 (96%)	1 (4%)	0	28
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 3 meses</i>	23 (85%)	3 (15%)	1	27
<i>Sobreviventes da AS elegíveis para PPE que concluíram a visita de acompanhamento de 6 meses</i>	18 (90%)	2 (10%)	0	20

Percepções sobre os serviços VBG, conforme relatadas pelos sobreviventes de agressão sexual entrevistados.

Apenas oito pessoas foram entrevistadas com o questionário do Objectivo 3. O principal motivo para um baixo número de entrevistas concluídas foi a não elegibilidade dos sobreviventes que procuraram atendimento nas unidades sanitárias neste período, que tinham sobretudo menos de 15 anos de idade e, portanto, não eram elegíveis para participar na entrevista (apenas os pacientes com 18 anos ou mais foram incluídos).

Das oito pessoas entrevistadas, a idade média foi de 25 anos (19-35) e metade residia em distritos urbanos. Apenas uma pessoa tinha um nível de habilitações literárias superior ao nível primário. Metade eram casadas.

Embora a amostra seja bastante pequena, é notável que a maioria indicou que percebia que teria apoio, que elas próprias estariam dispostas a tomar PPE e acreditavam que isso ajudaria a prevenir a infeção pelo HIV.

Tabela 10.

Pensa que a violência foi culpa sua?		
Sim	0	(0.0%)
Não	8	(100.0%)
Não tem a certeza	0	(0.0%)
Acha que terá o apoio da família para tomar a PPE?		
Sim	5	(62.5%)
Não	1	(12.5%)
Não tem a certeza	1	(12.5%)
Não responde	1	(12.5%)
Tem medo de que outras pessoas vejam a sua medicação de PPE?		
Sim	2	(25%)
Não	5	(62.5%)
Não tem a certeza	1	(12.5%)
Pensa que pode apanhar o HIV através da violência sexual?		
Sim	6	(75.5%)
Não	0	(0.0%)
Não tem a certeza	1	(12.5%)
Não responde	1	(12.5%)
Acha que a medicação irá impedir que apanhe o HIV?		
Sim	6	(75%)
Não	0	(0.0%)
Não tem a certeza	1	(12.5%)
Não responde	1	(12.5%)

Resultados inesperados

Descobrimos que as actividades de melhoria não tiveram o efeito positivo pretendido nos relatórios/procura de cuidados de VBG nas áreas urbanas do distrito de Quelimane. As razões para compreender por que é que uma diminuição na aceitação de serviços se verificou após as melhorias na prestação de serviços e do aumento das actividades de sensibilização da comunidade devem ser exploradas em mais profundidade.

Conclusões/recomendações

Embora tenhamos encontrado um aumento geral na taxa de registo de qualquer evento de VBG durante o período pós melhorias, esta melhoria foi impulsionada inteiramente pelas mudanças observadas nos locais rurais. A nossa estratégia pode ter saído pela culatra nas áreas urbanas, pois estas instalações mostram uma diminuição na taxa e no número geral de pessoas que procuraram atendimento (qualquer tipo de VBG).

Entre os sobreviventes de violência sexual, não vimos nenhuma mudança no número de sobreviventes com acesso oportuno aos serviços após as actividades de melhoria. No entanto, entre aqueles que iniciaram a profilaxia (PPE), houve um aumento significativo nas visitas de acompanhamento e no novo teste de HIV aos 1, 3 e 6 meses após o incidente durante o período de intervenção.

Houve uma diferença nos resultados entre Quelimane e os distritos rurais no acesso/uso dos serviços de VBG em geral e na PPE para sobreviventes sexuais de VBG, com um aumento maior nas áreas rurais no período pós intervenção.

O pacote de actividades de melhorias aos níveis da comunidade e das instalações sanitárias melhorou a utilização dos serviços de VBG (de todos os tipos) e a adesão ao pacote de serviços para casos de agressão sexual. As visitas domiciliárias, mesmo quando consentidas, nem sempre foram necessárias, sugerindo que fornecer informações aos sobreviventes/cuidadores (e repeti-las através do procedimento de consentimento) possa aumentar a sua consciencialização e/ou compromisso com a importância das visitas de acompanhamento nestes casos.

Durante todo o período, não houve casos incidentes de HIV (isto é, adquiridos através de um incidente de agressão sexual reportado) reportados entre os testados.

Plano de divulgação

Os resultados preliminares e finais foram discutidos num grupo de investigadores e colaboradores das partes interessadas prioritárias.

Os resultados preliminares também foram apresentados como uma exposição de pôsteres na conferência AIDS 2018 (resumo #TUPEE648) e nas Jornadas Nacionais de Saúde (Setembro de 2018, Maputo) como apresentação oral.

Estão em andamento planos para a divulgação dos resultados finais ao nível provincial e possivelmente nacional. Além disso, um manuscrito está a ser elaborado para ser submetido a uma revista científica revista por pares para divulgação internacional.

Referências

1. Cambell, J., Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J, *The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: A review*. Int J Inj Contr Saf Promot, 2008. **15**(4): p. 221-231.
2. *The Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. PEPFAR 3.0: Controlling the epidemic: Delivering on the promise of an AIDS-free generation*. December 2014.
3. Boily, M.-C., Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes R, Alary M, *Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Lancet Infect Dis., 2009. **9**(2): p. 118-129.
4. Linden, J.A., et al., *HIV postexposure prophylaxis in sexual assault: current practice and patient adherence to treatment recommendations in a large urban teaching hospital*. Acad Emerg Med, 2005. **12**(7): p. 640-6.
5. Ministerio da Saude (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), and ICF International (ICFI), *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. 2013, MISAU, INE e ICFI: Calverton, Maryland, USA.
6. Ministério da Saúde (MISAU), I.N.d.E.I., e ICF., *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015.*, M. Rockville, EUA: INS, INE, e ICF., Editor. 2015: Maputo, Moçambique.
7. Abrahams, N. and R. Jewkes, *Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study*. Cult Health Sex, 2010. **12**(5): p. 471-84.
8. Chacko, L., et al., *Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis*. Sex Transm Infect, 2012. **88**(5): p. 335-41.

Apêndices

- a. Protocolo
- b. Instrumentos/ferramentas de recolha de dados
- c. Consentimento informado
- d. Esboços biográficos
- e. Conflito de interesses
- f. Enquadramento

O protocolo de avaliação (versão 7.0) é enviado junto com este relatório e contém todos os instrumentos, formulários de consentimento, biografias, declarações de conflito de interesses e enquadramento.