

**PESQUISA DESCRITIVA SOBRE O FUNCIONAMENTO
DO MECANISMO MULTISSECTORIAL DE ATENDIMENTO
INTEGRADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA CIDADE
DE MAPUTO**

PESQUISA DESCRITIVA SOBRE O FUNCIONAMENTO DO MECANISMO MULTISSECTORIAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA CIDADE DE MAPUTO

Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro da Agência Catalã de Cooperação para o Desenvolvimento (ACCD) no âmbito do programa “Contribuir para a defesa, garantia e exercício de uma vida livre de violência das mulheres de Maputo”. O conteúdo desta publicação é da responsabilidade exclusiva da **medicusmundi** e não reflecte necessariamente a opinião da ACCD.

FICHA TÉCNICA

Título:	Pesquisa descritiva sobre o funcionamento do Mecanismo Multissectorial de Atendimento Integrado às Vítimas de Violência na cidade de Maputo
Edição:	medicusmundi
Autoria:	medicusmundi
Coordenação:	Violeta André Bila – Coordenadora de Género – medicusmundi Maria Sabata da Graça Júlio – Coordenadora do Programa de VBG – Fórum Mulher
Investigadoras:	Amaia Laforga Peña (Consultora Sénior) Zeltia Ruiz Neira (Consultora Júnior)
Co investigadoras:	Raquel Maria Violeta Cossa - MISAU/DNAM; Nora André Wate Gulele - DGCAS Ana Maria Langa - GAFMVV
Colaboração:	Direcção de Género, Criança e Acção Social da Cidade de Maputo Direcção de Saúde da Cidade de Maputo Gabinete de Atendimento à Família e Menores Vítimas de Violência Conselho Municipal da Cidade de Maputo Ministério da Saúde (MISAU)
Revisão:	medicusmundi Fórum Mulher

Elaborado por:



Elaborado com o apoio financeiro da:



Generalitat de Catalunya
Govern de Catalunya



Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament

Para comentários e sugestões, por favor, contacte:

Escritório de Representação da **medicusmundi** em Maputo

representacion.maputo@medicusmundi.es

*A Saly desprende da alma um sentimento doce, que corre ao vento com fluidez de mel.
Declama. Suspira:*

- As mulheres, de mãos dadas, podem mudar o mundo, não é, Rami?*
- Sim - Intervém a Mauá sorridente, - com a força da Rami conseguimos mudar o curso do nosso destino. Obrigada, Rami.*

Niketche, uma história de poligamia

Paulina Chiziane

AGRADECIMENTOS

A equipe pesquisadora está muito agradecida as mulheres e homens activistas que trabalham pelos direitos das mulheres em Maputo. Muito obrigada as activistas, aos movimentos sociais, as associações e organizações que trabalham pela igualdade, os direitos humanos e os direitos das mulheres e raparigas, aos profissionais do Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Mulheres Vítimas de Violência, pela colaboração neste processo de diagnóstico, conhecimento e pesquisa.

Muito obrigada as mulheres sobreviventes da violência que tiveram a força de participar e a coragem para partilhar parte de suas vidas connosco. Muito obrigada aos provedores dos serviços do do Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Mulheres Vítimas de Violência que partilharam a sua experiência e profissionalismo.

Muito obrigada a Medicus Mundi Moçambique e ao Fórum Mulher por ter confiado em nós e ter oferecido a solução precisa perante os desafios no caminho desta pesquisa. Especialmente agradecemos a Violeta André Bila - Coordenadora de Género na Medicus Mundi Moçambique, e a Maria Sabata da Graça Júlio – Coordenadora do Programa de VBG no Fórum Mulher, pelo apoio profissional, logístico, teórico, social, e moral, durante todo o processo desta pesquisa no marco da colaboração conjunta com NBC- Prestação de Serviços de quase um ano de trabalho conjunto.

Muito obrigada a Carolina Armino Massangue e a Vicente Doliz Mulima pela sua colaboração necessária e indispensável para o contacto e conversa com as mulheres sobreviventes. Sem o Vicente e a Carolina não teríamos esta pesquisa.

Como dizem Saly, Mauá e Rami (Niketché, Paulina Chiziane), as mulheres, de mãos dadas, podem mudar o mundo.

A sociedade moçambicana, de mãos dadas, pode mudar o mundo.

Amaia Laforga Peña

Zeltia Ruiz Neira

ÍNDICE

Agradecimentos	7
Índice de Tabelas	8
ACRÓNIMOS	9
SUMARIO EXECUTIVO	10
INTRODUÇÃO	11
MARCO CONCEPTUAL	12
Patriarcado e relações desiguais de género	12
Sobre o conceito da Violência	12
Tipos de violência contra as mulheres	13
A desigualdade de género e a VBG é uma questão histórica	13
DESCRIÇÃO DO CONTEXTO	16
Situação global de VBG	16
Situação legislativa sobre Direitos das Mulheres em Moçambique	16
Situação das mulheres em Moçambique	17
Situação de VBG em Moçambique	18
Mecanismo Multisectorial de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência (MMAIMVV)	20
JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	22
DESENHO DA PESQUISA	23
Objectivos da pesquisa	23
Método	23
População amostra: MVV utentes do MMAIMVV	26
População amostra de profissionais provedores/as	27
Análises de dados	29
Considerações éticas	29
Limitações do Estudo	29
RESULTADOS	31
Estatística descritiva das MVV	31
Estatística descritiva do MMAIMVV	33
Aderência das MVV ao mecanismo	34
DISCUSSÃO	38
Sobre as Mulheres Vítimas de Violência	38
Sobre o MMAIMVV	40
CONCLUSÕES	43
RECOMENDAÇÕES	44
Para melhorar a qualidade do atendimento do MMAIMVV	44
Para conhecer melhor o fenómeno da VBG	45
BIBLIOGRAFIA	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de emprego segundo sexo	18
Tabela 2: Denúncias de Violência Doméstica	18
Tabela 3: Distribuição percentual de casos criminais mais frequentes em adultos	19
Tabela 4: Índice de Paridade de Género por grupo etário e ano	19
Tabela 5: IPG segundo tipo crime reportado	20
Tabela 6: Resumo MMAIMVV segundo responsabilidades por instituição	20
Tabela 7: população amostra provedores de serviços	28
Tabela 8 Estatística descritivas das MVV	31
Tabela 9: Estatística descritiva dos agressores	32
Tabela 10: Estatística descritiva do MMAIMVV	33
Tabela 11: Sexo provedores do primeiro atendimento	33
Tabela 12: Tipo de violência denunciada	34
Tabela 13: Porta de Entrada escolhida pelas MVV segundo tipo de violência	34
Tabela 14: Porta de entrada segundo conhecimento do MMAIMVV	34
Tabela 15: Aderência das MVV ao MMAIMVV	35
Tabela 16: Comparativo número de consulta com tempo do processo	35
Tabela 17: Comparativa idades vítima/agressor	35
Tabela 18: Percentagem de agressores com conhecimento do processo da vítima	35
Tabela 19: Percentagem de aderência das MVV segundo o conhecimento do agressor	36
Tabela 20: Análise bivariada da aderência da MVV	36
Tabela 21: MVV que renunciam segundo porta de entrada	36
Tabela 22: Valoração do MMAIMVV	37
Tabela 23: Percepção das MVV sobre o atendimento	37

ACRÓNIMOS

AMMCJ	Associação Moçambicana de Mulheres de Carreira Jurídica
AVVD	Associação de Vítimas de Violência Doméstica
CAI	Centro de Atendimento Integrado
CAIVV	Centro de Atendimento Integrado à Vítimas de Violência
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres
CNAM	Conselho Nacional para o Avanço da Mulher
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
DEVAW	Declaration on the Elimination of Violence against Women/Declaração para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres
DGCAS	Direcção de Género, Criança e Acção Social
FM	Fórum Mulher
GAFMVV	Gabinete de Atendimento à Família e Menor Vítimas de Violência
HG	Hospital Geral
HOPEM	Homens pela Mudança
IDG	Índice de Desigualdade de Género
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPAJ	Instituto de Patrocínio e Assistência Jurídica
IPG	Índice de Paridade de Género
MGCAS	Ministério do Género, Criança e Acção Social
MINT	Ministério de Interior
MISAU	Ministério de Saúde
MJCR	Ministério da Justiça Assuntos Constitucionais e Religiosos
MMAIMVV	Mecanismo Multisectorial de Atendimento à Mulher Vítima de Violência
MULEIDE	Mulher, Lei e Desenvolvimento
MVV	Mulher Vítima de Violência
NU	Nações Unidas
OMM	Organização de Mulheres Moçambicanas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAM	Plano Nacional para o Avanço da Mulher
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUD/	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/United Nation
UNDP	Development Programme
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral/Southern African Development Community
SERNIC	Serviço Nacional de Investigação Criminal
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities/Fundo das Nações Unidas para a População
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género
VD	Violência Doméstica
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
WLSA	Women and Law in South African/ Mulher e Lei na Africa Austral

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Mulheres Vítimas de Violência (MMAIMVV) é um instrumento de coordenação entre entidades Governamentais, e com participação da sociedade civil, para dar resposta e atendimento integrado às Mulheres Vítimas de Violência (MVV). Neste sentido, a pesquisa descreve os condicionantes para a aderência das mulheres vítimas ao processo do MMAIMVV. O objectivo da pesquisa é compreender a relação entre o funcionamento do MMAIMVV e a aderência ao processo do mesmo pelas mulheres vítimas de violência, na Cidade de Maputo, trata-se dum estudo de coortes transversal.

Os elementos de estudo da pesquisa são os processos de mulheres vítimas de violência baseada no género localizados nas portas de entrada do MMAIMVV, nomeadamente, CAIVV (Centro de Atendimento Integrado a Vítimas de Violência), GAFMVV Policiais (Gabinetes de Atendimento a Família e Menores Vítimas de Violência), Unidades Sanitárias e Sociedade Civil ao nível na Cidade de Maputo. As 24 mulheres participantes como população amostra foram seleccionadas pela metodologia aleatória de Amostragem Estratificada. Também são elementos deste estudo 28 profissionais-provedores de serviços das portas de entrada do MMAIMVV. O recrutamento da amostra desta população participante é não probabilístico, sem propósitos inferenciais.

Apresenta-se estatística descritiva para conhecer as frequências da variável dependente (aderência das mulheres vítimas ao processo do MMAIMVV) e variáveis independentes. Foram analisadas proporções e chi-quadrado, para verificar o p-valor e comprovar a relação entre variáveis independentes categóricas. Foi aplicada a prova t-student das variáveis independentes quantitativas com significância estatística para determinação de medias e erro standard. Foi utilizada o teste U de Mann-Whitney como teste não paramétrico. Os softwares utilizados são STATA 12.0 e os softwares libres OpenEpi e EpiDat.

Respeito às conclusões da pesquisa, 71% das MVV não desistem do processo do Mecanismo. A única variável significativa e que se associa à variável dependente é o nível de escolaridade dos agressores. No entanto, recomenda-se a aprofundar e pesquisar sobre as circunstâncias, contexto e características, isto é as variáveis, dos agressores.

As MVV classificam positivamente o atendimento recebido no mecanismo, embora, existam fraquezas para o bom funcionamento do mesmo como, trabalho não coordenado entre diferentes sectores do mecanismo, o fraco seguimento dos casos individualizados (com demoras nos processos), a falta de formação e sensibilidade dos profissionais e poucos recursos tanto materiais como humanos impossibilitam o óptimo funcionamento do Mecanismo.

INTRODUÇÃO

O Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Mulheres Vítimas de Violência surge no ano 2012 com a liderança do Ministério de Género, Criança e Acção social. É um instrumento de coordenação entre entidades Governamentais, e com participação da sociedade civil, para dar resposta e atendimento integrado as Mulheres Vítimas de Violência, interligando os sectores, os papéis chave, áreas e necessidades prioritárias.

Ministérios do Governo Moçambicano e as instituições que lidam directamente com a problemática da violência contra as mulheres e a VBG, têm o compromisso do seu desenvolvimento e implementação, nomeadamente Ministério da Género, Criança e Acção Social (MGCAS), Ministério da Saúde (MISAU), Ministério do Interior (MINIT) e Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos (MJCR).

Pode se aceder ao Mecanismo através de 3 portas de entrada: CAI (Centro de Atendimento Integrado) nos quais estão integrados serviços de saúde, psicossociais, policiais e jurídicos; o Gabinete de Atendimento à Família e Menor Vítima de Violência (GAFMVV) e os serviços de urgência dos centros de atenção em saúde, como as Unidades Sanitárias (US) e hospitais. O Mecanismo é apoiado através de paragens únicas, instrumentos de recolha e gestão de dados e informação como a Ficha Única, coordenação multisectorial e sistemas de monitoria e avaliação em conjunto com a Sociedade Civil e agentes locais (Governo da República de Moçambique, 2012). Os CAIVV permitem a disponibilidade dos serviços de atendimento às vítimas de Violência Baseada no Género de forma integrada, nos sectores de Saúde, Acção Social, Justiça e Polícia.

Este Mecanismo procura que o atendimento integrado esteja disponível para todas as mulheres atingidas pela violência, mas em muitos contextos não há condições para a operacionalização.

O Mecanismo prevê que se façam pesquisas procurando identificar e fundamentar as reivindicações a favor dos direitos humanos das mulheres quanto às leis e políticas públicas sobre a violência. Estas pesquisas devem procurar assim, as possíveis lacunas e colmatar-lhas, produzindo evidências que possam ajudar a avaliar melhor o problema da violência no país.

Neste sentido, a presente pesquisa descritiva sobre o funcionamento do MMAIMVV na cidade de Maputo, pretende compreender a relação entre o funcionamento do Mecanismo e a aderência ao processo do mesmo pelas Mulheres Vítimas de Violência, na Cidade de Maputo.

A pesquisa descreve o mapa detalhado dos factores determinantes e actores relacionados com atenção e prevenção da violência. Analisa o fluxo de encaminhamento de casos de violência baseada em género, para desta maneira descrever condições decisivas para aderência ao MMAIMVV. As percepções e informação qualitativa que os actores implicados que trabalham na resposta a VBG têm sobre o mesmo Mecanismo oferecerão enfoque e orientações para a compreensão dos factores determinantes institucionais, sociais, e pessoais para a aderência das Mulheres Vítimas ao Mecanismo.

A presente pesquisa foi realizada na Cidade de Maputo entre Dezembro 2018 e Julho 2019.

Patriarcado e relações desiguais de género

Gayle Rubin define sistema sexo-género como um conjunto de disposições pelas quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos humanos (Rubin, 1975). A transição da sexualidade biológica para a sexualidade humana é a transição do sexo para o género. O sexo carrega a marca da biologia e o género é a marca do sistema social. Refere-se aos papéis socialmente construídos, comportamentos, actividades e atributos que uma determinada sociedade considera apropriados para homens e para mulheres.

As relações de género variam e mudam numa mesma sociedade de acordo com outras categorias sociais, tais como raça, classe, idade, orientação sexual, etnia e religião.

Com base na construção social da identidade de género, os indivíduos assumem papéis de género que variam no espaço e no tempo. De facto, as expectativas de género associadas à masculinidade e à feminilidade condicionam os papéis de género tanto dos homens como das mulheres, determinam as expectativas sociais para o comportamento e as atitudes que a tradição define como mais apropriadas para mulheres e homens. De forma simples pode-se definir os papéis de género como: conjunto de tarefas e funções atribuídas a mulheres e a homens em uma sociedade e num momento histórico específico (Coordenadora de ONG da Comunidade de Madrid, 2010). Isto é, as sociedades definem o que consideram ser um comportamento adequado às mulheres, ou seja, ao feminino, e o comportamento adequado aos homens, ou seja, ao masculino.

Através desta construção dos papéis de género (feminino e masculino) surge o **Patriarcado**. O Patriarcado é uma construção social antiga, mas presente actualmente, cuja característica mais significativa é sua universalidade (Amorós, 2005). É um sistema social no qual os homens mantêm sua autoridade perante mulheres e crianças. Os homens mantêm o poder primário e predominam em funções de liderança política, autoridade moral, privilégios sociais, e controle das propriedades. Historicamente, o patriarcado tem-se manifestado na organização social, legal, política e económica. É necessário enfatizar a natureza adaptativa do patriarcado ao extremo de se tornar a estrutura central de todos os tipos de sociedades, tradicionais ou modernas, do Norte ou do Sul, ricas ou pobres, desenvolvidas ou em desenvolvimento. As sociedades patriarcais formam-se globalmente, de maneira universal: nas diferentes religiões, nas diferentes formas de Estado, nos diferentes tipos de economia, nas diversas culturas, nas organizações sociais, formas raciais ou outros tipos de estruturas (Amorós, 2005).

Na lógica do patriarcado, de facto na lógica da dominação social da mulher, é fundamental ter em conta os estereótipos de género que lhe estão associados e que têm influência na construção do papel de género.

Os estereótipos são ideias preconcebidas, simples, que estão profundamente enraizadas e determinam as condutas, comportamentos e as atitudes que deveriam ter as pessoas, dependendo do grupo ao qual pertencem.

Tradicionalmente, as tarefas que se espera que sejam realizadas pelas mulheres, estão relacionadas com o espaço privado, ou seja, com o trabalho doméstico não remunerado. Quando são atribuídos às mulheres este conjunto de tarefas dizemos que desempenham um papel reprodutivo. Os homens, por outro lado, devem ocupar o espaço público, onde as decisões políticas, económicas e sociais são feitas. A eles é atribuído o papel produtivo, do trabalho pago que dá poder e prestígio.

Sobre o conceito de “Violência”

A Lei 29/2009 sobre a Violência Doméstica praticada contra a mulher define o conceito **Violência** como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial dos objectos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos económicos incluindo os destinados a satisfazer as suas necessidades. (Governo da República de Moçambique, 2009)

Quando a violência acontece dentro do lar, denomina-se **Violência Doméstica**. A lei 29/2009 sobre a Violência Doméstica esclarece que esta é assim considerada quando é praticada sobre a mulher pelo homem com que esteve unida por casamento ou união de facto, pelo homem que tem ou teve relações amorosas ou por qualquer pessoa unida com a mulher vítima por laços familiares.

Segundo o Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado as Mulheres Vítimas de Violência (MMAIM-VV), a **Violência de Género** (ou Violência Baseada no Género-VBG) está relacionada com o sistema que violenta, discrimina e subordina as pessoas de acordo com e devido ao sexo a que estas pertencem (Governo da República de Moçambique, 2012). A história mostra que embora esta atinja homens e mulheres, as mulheres constituem o maior número de vítimas de casos de violência. Na Declaração para a Eliminação da Violência Contra a Mulher-DEVAW, adoptada pela NNUU em 1993 (United Nations, 1993), estabelece-se no seu Preâmbulo que “a violência contra as mulheres é uma manifestação das históricas relações desiguais de poder entre homens e mulheres, levando à dominação e à discriminação contra as mulheres pelos homens. Esta violência é um dos mecanismos sociais cruciais através dos quais as mulheres são forçadas a uma posição de subordinação em comparação aos homens”.

Tipos de Violências contra as mulheres

- **Violência Física:** Atentar voluntariamente contra a integridade física da mulher, podendo utilizar ou não instrumentos para esse fim. Constitui-se por um padrão de conduta e é usado para controlar e castigar.
- **Violência Psicológica:** Ofender voluntariamente e psiquicamente por meio de ameaças, violência verbal, injúria, difamação ou calúnia com utilização ou não de instrumentos perigosos a mulher com quem teve ou têm uma relação amorosa duradoura.
- **Violência Moral:** Feita através de escritos, desenhos ou qualquer publicação ofensiva à honra e carácter da mulher.
- **Violência Patrimonial:** Deterioro ou perda de objectos, animais ou bens da mulher ou do núcleo familiar. Deixar de prestar alimentos por um período superior a 60 dias. Apoderar-se dos bens do núcleo familiar da mulher após a morte do cônjuge.
- **Violência Social:** Aquela que impede à mulher com quem tem relações de se movimentar ou contactar com outras pessoas, retendo-a.
- **Violência Sexual:** compreende:
 - Acções ou tentativas de relação sexual ou qualquer acção em relação à sexualidade;
 - Cópula não consentida;
 - Cópula com transmissão de doenças;
 - O uso do corpo da mulher como objecto de comércio;
 - Impedimento do uso de contraceptivo, forçar ao matrimónio, à gravidez, ou o aborto;
 - A prostituição ou a anulação do exercício dos seus direitos sexuais.

Deve-se ter em conta que os tipos de manifestações de violência não se excluem entre si. Todas as manifestações de violência têm implicação psicológica na vítima e podem acontecer de forma paralela ou misturada.

A desigualdade de género e a VBG é uma questão histórica

A **Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres-CEDAW**, (United Nations, 1979) é o texto jurídico internacional mais importante sobre os direitos das mulheres. Pela primeira vez a Assembleia Geral das NNUU reconhece a vulnerabilidade das mulheres pelo facto de ser mulheres e a necessidade de protecção e justiça com uma convenção específica.

A CEDAW exige que os Estados Partes, Moçambique incluso, não só não discriminem, mas modifiquem o papel tradicional de homens e mulheres na sociedade e na família e tomem medidas para eliminar a discriminação (na sociedade e na família) destinada a alcançar a igualdade. O artigo 1º considera a discriminação “qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo (...) nas esferas política, económica, social, cultural e civil ou em qualquer outra esfera”. (United Nations, 1979)

A **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena** (United Nations, 1993) pôs o foco de alarme na Violência Baseada no Género e reafirmou a universalidade de todos os direitos, incluindo os Direitos das Mulheres.

A Conferência de Viena coloca os direitos das mulheres na agenda mundial dos direitos humanos. Especifica e dá relevância aos direitos das mulheres, concedendo-lhes uma entidade própria. Reconhece as mulheres como colectivo discriminado no âmbito dos Direitos Humanos porque há ataque sistemático dos direitos que afectam às mulheres. As conclusões da Conferência de Viena expressaram “consternação” pelas violações massivas de direitos, como o genocídio, a limpeza étnica e a violência sexual e estupro sistemáticos de mulheres em situações de guerra, isto é, uso da violência contra a mulher como “arma de guerra”. Declarou-se que a Violência Baseada no Género supõe a violação mais frequente dos Direitos Humanos.

As mulheres estão em situação de desigualdade e vulnerabilidade social, o que conduz às mulheres e raparigas para situações de exclusão, violência e empobrecimento individual, grupal, comunitário, regional e global. A VBG e o medo a ela associado, violam seriamente os direitos das mulheres e a possibilidade delas se movimentarem livremente, assim como de se engajarem activamente nas actividades económicas, sociais e políticas. Uma variedade de factores cria situações de violência contra a mulher e rapariga, onde a violência política, económica e social baseada no género é a mais provável de ser perpetrada (ONU Mulheres, 2016). Assim, torna-se necessário olhar também os espaços e entornos geradores de desigualdade.

A desigualdade de género é ao mesmo tempo a causa e a consequência do patriarcado e das relações de poder desiguais entre mulheres e homens.

A violência contra a mulher deve ser vista na sua complexidade, multidimensionalidade e historicidade. Tendo em vista a multiplicidade de serviços e de instituições que compõem a rede de enfrentamento e de atendimento, bem como a complexidade da Violência Baseada no Género, se faz necessário que os serviços actuem de forma articulada e integrada, numa perspectiva intersectorial, e que se definam fluxos de atendimento integrado compatíveis com as realidades locais, as quais devem contemplar as demandas reais das mulheres vítimas de violência, na sua diversidade (Krieger, 2015).

A promulgação e a execução de leis sobre crimes e violência são essenciais para estabelecer normas de comportamentos aceitáveis e não aceitáveis, e para criar sociedades seguras e pacíficas. O empenho em melhorar os níveis de aplicação das leis existentes pode resultar em ganhos significativos na prevenção da Violência Baseada no Género (OMS, 2014).

Neste sentido, é preciso mencionar os compromissos do Governo Moçambicano e as conquistas da sociedade civil advindas da criação da Lei 29/2009 contra a Violência Doméstica e sobre tudo do MMAIMVV no ano 2012.

O Mecanismo é um instrumento que define a coordenação e o atendimento interligado dos vários sectores, os papéis chave, áreas e necessidades prioritárias, com especificação de protocolos de atendimento para os principais intervenientes no atendimento do ponto de vista oficial, pelos Ministérios do Governo Moçambicano e suas instituições, que lidam directamente com a problemática da vitimização da mulher pela violência, nomeadamente Ministério da Saúde, Ministério da Género, Criança e Acção Social, Ministério do Interior e Ministério da Justiça (Governo da República de Moçambique, 2012):

Define como fazer frente às diferentes necessidades na resposta á problemática da violência contra a mulher em Moçambique e o atendimento e recuperação e resposta das mulheres vítimas.

Coordenação e o atendimento integrado dos vários sectores, os papéis chave, áreas e necessidades prioritárias, com especificação de protocolos de atendimento para os principais intervenientes no atendimento do ponto de vista oficial, pelos Ministérios do Governo Moçambicano e suas instituições, que lidam directamente com a problemática da vitimização da mulher pela violência, nomeadamente Ministério da Saúde, Ministério da Mulher e da Acção Social, Ministério do Interior e Ministério da Justiça.

Cria capacidades locais, participação da sociedade civil e coordenação entre actores sociais e governamentais para que todas as mulheres vítimas de violência tenham a oportunidade de reivindicar seus direitos e recuperar suas vidas.

DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

Situação global de VBG

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência contra as mulheres, especialmente a violência exercida pelos seus parceiros e ex-parceiros e a violência sexual, constitui um **grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres** (United Nations, 1993).

Estimativas mundiais publicadas pela OMS indicam que uma em cada três mulheres no mundo (35%) sofreu violência física e/ou sexual em um determinado momento de suas vidas. Em todo o mundo, quase um terço das mulheres (30%) que tiveram um relacionamento dizem ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual de seu parceiro (United Nations, 1993). Além destes dados, ONU-Mulheres especifica que há estatísticas nacionais que indicam que até 70% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual em algum momento das suas vidas (ONU Mulheres, 2018).

A violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida – principalmente para mulheres e crianças – e para morte prematura. Muitas das principais causas de morte – como doenças cardíacas, acidentes vasculares, cancro e VIH/SIDA – decorrem de comportamentos como tabaquismo, consumo inadequado de álcool e drogas, e sexo inseguro, que as vítimas adoptam em um esforço para lidar com o impacto psicológico da violência. A violência exerce forte pressão também sobre sistemas de saúde e de justiça criminal, sobre os serviços sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura económica das comunidades (ONU Mulheres, 2016).

Há dados que mostram que as intervenções que promovem a conscientização e emancipação das mulheres, orientação psicológica e visitas domiciliares favorecem a prevenção da violência contra a mulher (United Nations, 1993). Porém, na maioria dos países onde há dados, menos de 40% das mulheres que sofrem violência procuram algum tipo de ajuda e entre as que o fazem, menos de 10% das mulheres vítimas voltaram-se para a polícia (ONU Mulheres, 2018).

Situação legislativa sobre Direitos das Mulheres em Moçambique

No âmbito internacional as conferências celebradas como a CEDAW (1979), a Conferência de Viena (1993), a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres (Beijing 1995) e pós-Beijing (2005), a Declaração Solene de Género em África (2004) e o Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos relativo aos Direitos da Mulher em África (2005) e o Aditamento à Declaração Género e Desenvolvimento: Declaração dos Chefes de Estado ou Governo da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC, 1997). Além de ser um dos objectivos de desenvolvimento sustentável, a luta contra a Violência Baseada no Género ocupa uma posição importante na agenda de muitos governos, como o de Moçambique.

Em Moçambique o fenómeno de violência já atingiu proporções significativas, sendo as mulheres, as maiores vítimas das diversas formas de violência, sobretudo aquela que é perpetuada pelos homens, muitas vezes conhecidos e parentes das próprias vítimas (Governo da República de Moçambique, 2012).

O impulso global na sequência dos compromissos internacionais, geraram um movimento político e de governação favorável ao desenvolvimento de instrumentos e ferramentas legais e normativas pelos Direitos das Mulheres e raparigas e na luta contra a VBG. Além, as organizações da sociedade civil moçambicana e activistas reuniram esforços na advocacia por leis e normativas sobre a violência contra as mulheres.

O marco legal moçambicano que define algumas das formas da violência contra as mulheres e raparigas como crime público é:

- **1990:** Constituição da República de Moçambique: Artigos 35 e 36 estabelecem a igualdade entre homens e mulheres perante a lei em todas as esferas da vida.
- **2000:** Ministério de Género, Criança e Acção Social, criação no ano 2000. Eixe para as políticas de género e igualdade e defesa dos direitos das mulheres.
- **2002-2006; 2007-2009; 2010-2014:** Plano Nacional para o Avanço da Mulher (PNAM) Coordena as estratégias sectoriais através do Conselho Nacional para o Avanço da Mulher (CNAM).
- **2004: Lei 10/2004 da Família:** Procura a igualdade e não discriminação no âmbito da família. Diferencia os tipos de uniões e as obrigações dos pais com as crianças.
- **2008:** Plano Nacional de Acção para a Prevenção e Combate da Violência Contra a Mulher (2008-2012). Neste instrumento definiu-se as responsabilidades e actividades de cada sector e a necessidade de se trabalhar de forma integrada e coordenada.
- **2009:** Lei 29/2009 de 29 de Setembro, é o instrumento que se compromete a erradicação e luta contra a violência doméstica, com a adopção de medidas como são a educação e prevenção, além de descrever as autoridades competentes.
- **2012:** Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às Mulheres Vítimas de Violência: articula e coordena entre actores engajados na VBG a protecção, atenção e reinserção de um jeito integrado.
- **2019:** Lei nº 19/2019 de Prevenção e Combate às Uniões Prematuras. Lei n.º 22/2019 Nova lei da família, Lei n.º 23/2019 das Sucessões e revoga o Livro V do Código Civil.

Situação das mulheres em Moçambique

Segundo dados do Anuário Estatístico 2017, Moçambique tem uma população de 28.861.863 habitantes, mulheres são 15.061.006 (52%) e homens 13.800.857 (48%) (UNDP, 2018). Em Maputo Cidade há 1.101.170 habitantes, dos quais 571.660 são mulheres e 529.510 são homens, sendo as mesmas percentagens (INE, 2018)¹.

Segundo o Informe Anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD (UNDP, 2018) do ano 2018, Moçambique está no posto 180 de Desenvolvimento Humano de 189 países a nível mundial, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.437. Respeito ao Índice de Desigualdade de Género² (IDG) está no ranking 138 de 160 países que avaliam este índice, com um valor de 0.552.

Ao nível de saúde das mulheres e saúde materno-infantil, a mortalidade infantil (em crianças menos de 1 ano) é de 53,1 por 1.000 nascimentos vivos, e a mortalidade em menores de 5 anos é de 71,3. A Mortalidade Materna situa-se em 489 por 100.000 nascimentos vivos e a taxa total de fecundidade é de 5,3 nascimentos por mulher (UNDP, 2018).

Existem outras questões sociais que reflectem a desigualdade socioeconómica das mulheres em Moçambique. A proporção de mães adolescentes (15-19 anos) é muito elevada, sendo o 46,4% das raparigas nessa faixa etária. A taxa de fecundidade assinala que em cada 1.000 nascimentos em Moçambique 135.2 são de mães adolescentes, de 15-19 anos. Enquanto a percentagem de mulheres na faixa de 20 a 24 anos casadas antes dos 18 anos foi de 48,2% (UNDP, 2018), quase a metade das raparigas de Moçambique foram casadas sendo meninas.

1 Instituto Nacional de Estatística. O último censo da população foi feito no ano 2007. Os dados disponíveis de população são projecções do INE. No ano 2017 foi realizado o seguinte censo populacional, mais ainda não há dados oficiais publicados deste censo.

2 O IDG reflecte as desigualdades baseadas em género em três dimensões: saúde reprodutiva, empoderamento (actividade política, escolaridade e actividade académica) e actividade económica. O IDG pode ser interpretado como a perda do desenvolvimento humano devido à desigualdade entre os logros femininos e masculinos nas três dimensões do IDG

Os indicadores de educação também são alarmantes perante as grandes desigualdades por género. A taxa de alfabetização em pessoas com mais de 15 anos é de 50,6%³ e os anos de escolaridade de média é de 3,5 anos, embora para as mulheres é de 2,5 anos, sendo para homens de 4,6 anos (UNDP, 2018). No ensino primário e secundário 48% dos formandos são meninas (INE, 2018).

Respeito a sector da actividade económica e emprego, Taxa de emprego⁴ na cidade de Maputo está em baixo da meia nacional, além, a taxa dos homens é melhor que das mulheres (INE-IOF, 2016):

Tabela 1: Taxa de emprego segundo sexo

	Mulheres	Homens	Total
Moçambique	66.4	68.2	67.2
Maputo Cidade	47.3	56.7	51.7

Fonte: Elaboração própria com dados de *Relatório do módulo da força de trabalho*. (INE-IOF, 2016)

Assim, a situação de desenvolvimento humano baixo e de desigualdades que sofrem as mulheres pelos papéis de género aos que se enfrenta Maputo Cidade, assim como o país em geral é evidente. As brechas de género entre homens e mulheres no acesso à saúde, à educação e ao emprego evidenciam a discriminação das mulheres estabelecidas pelas relações de subordinação e marginação na sociedade.

Situação de VBG em Moçambique

Em Moçambique se registam os casos de violência contra as mulheres baseando-se na Lei 29/2009 sobre a Violência Doméstica. Não estão disponíveis publicamente outras violências baseadas no género porque os casos que não são do âmbito doméstico e/ou próximo da vítima ficam registados como crimes comuns sem especificar o tipo de crime. A violência sexual fica no marco de Crimes Contra Pessoas. Ao nível estatístico os Crimes Contra Pessoas referem-se ao homicídio voluntário, homicídio frustrado, ofensas corporais voluntárias simples, ofensas corporais voluntárias qualificadas, violações, estupro e outros. Desta maneira não se pode conhecer com certeza a incidência e evolução dos crimes sexuais em particular e dos crimes da VBG em geral. Embora, o dado do UNDP, é muito relevante e orienta sobre a situação das mulheres como vítimas da violência de género: O Relatório de Desenvolvimento Humano indica que em Moçambique, 21,7% das mulheres maiores de 15 anos sofreram alguma vez nas suas vidas violência de parte dos seus parceiros íntimos (UNDP, 2018).

Em Moçambique, segundo as Estatísticas de 2017 do INE sobre Violência Doméstica, nesse ano registaram-se 25.589 denúncias por violência doméstica no país, das quais 19.190 casos foram denunciados por mulheres, praticamente 75% dos casos as mulheres são as vítimas. O rácio do país é 9,4 e Maputo Cidade apresenta o maior rácio (proporção entre dois valores) de Mulheres vítimas de violência doméstica com 51.0 casos em cada 10.000 habitantes e 13.5 casos de homens vítimas (INE-VD, 2017).

Tabela 2: Denúncias de Violência Doméstica

	Casos			Rácio				
	Total	Mulheres	Homens	Total	Mulheres adultas	Homens adultos	Meninas	Meninos
Moçambique	25.589	19.190 (74,99%)	6.399 (25,01%)	9,40	19,50	5,20	6,40	3,90
Cidade Maputo	2.687	2.089 (77,74%)	598 (22,26%)	n.d*	51,00	13,80	28,40	10,80

Fonte: Elaboração própria com dados de Estatísticas de Violência Doméstica, 2017 (INE-VD, 2017)*n.d: Não disponível

3 Não está disponível este dado desagregado por sexo, para poder analisar se há diferenças de género

4 Taxa de emprego ou taxa de ocupação: a relação entre as pessoas de 15 e mais anos de idade numa situação de empregadas e o total de população em idade de trabalhar (15 anos ou mais).

A nível global em Moçambique, o tipo de violência mais registada foi a física simples (50,01%), seguida da violência psicológica (25,39%), e violência patrimonial (14,55%).

Nos dados desagregados por províncias, Maputo Cidade é um dos locais com índices mais altos de violência física registados no ano 2015, com 52.8% dos casos. A violência mais reportada em adultos (maiores de 17 anos) é a violência física e a psicológica.

Tabela 3: Distribuição percentual de casos criminais mais frequentes em adultos

	Moçambique	Maputo Cidade
V. física simples	51	51,6
V. Psicológica	25,9	27
V. Patrimonial	14,8	15,1
V. Física grave	5,9	5
Violação	1,26	n.d
V. Social	1,2	0,6
V. Moral	1,1	0,7
Cópula c/ Transmissão de doença	0,29	n.d
Tráfico de pessoas	0,14	n.d
Cópula não consentida	0,12	n.d
V. Física grave c/resultado de morte	0,12	n.d
Atentado ao pudor	0,09	n.d

Fonte: Elaboração própria com dados de *Estatísticas de Violência Doméstica, 2017* (INE-VD, 2017)*n.d: Não disponível

Respeito a estatística descritiva apresentada sobre as violências no ano 2017, acrescentar que segundo o INE, no seu relatório *Mulheres e Homens em Moçambique 2017*, o maior número de vítimas de violência é do sexo feminino e a disparidade e desigualdade de género nas vítimas tende a aumentar de ano a ano. No relatório se apresenta o Índice de Paridade de Género (IPG), é o indicador que mostra a magnitude da disparidade de género em diferentes áreas, neste caso na Violência Doméstica⁵ (INE, 2017):

Tabela 4: Índice de Paridade de Género por grupo etário e ano

IPG	2016	2017
População Adulta (mais de 17 anos)	3,70	4,20
Crianças (menos de 17 anos)	1,76	1,90

Fonte: Elaboração própria com dados de *Mulheres e Homens em Moçambique 2017* (INE, 2017)

Neste relatório *Mulheres e Homens 2017*, os casos de violência doméstica são agrupados em 3 tipologias: criminal, civil e de outra natureza. Verifica-se a grande disparidade, segundo o IPG, de vítimas mulheres onde para 4 mulheres vítimas apenas um homem reportou, tanto em adultos assim como em crianças.

⁵ O IPG é obtido dividindo o valor do indicador de dados referentes ao sexo feminino pelo sexo masculino. Toma valor 1 quando não há disparidade por sexo, quando estiver acima de 1 significará que o número referente ao sexo feminino é maior que do sexo masculino, e abaixo de 1 mostrará menor número do sexo feminino. Se o valor se encontrar no intervalo de 0,95 á 1,04, pode indicar a tendência ao equilíbrio de género, pois, as diferenças não são significativas.

Tabela 5: IPG segundo tipo crime reportado

	Criminais	Cíveis	Outra natureza
População adulta (mais de 17 anos)	4,20	4,20	1,30
Crianças (menos de 17 anos)	4,20	5,73	1,50

Fonte: Elaboração própria com dados de *Mulheres e Homens em Moçambique 2017* (INE, 2017)

Mecanismo Multisectorial de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência (MMAIMVV)

Em Junho 2012, o Conselho de Ministros aprova o Mecanismo Multisectorial de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência (MMAIMVV), que visa responder eficazmente e de maneira multisectorial à violência contra as mulheres em Moçambique.

O MMAIMVV pretende fazer face às necessidades na resposta a problemática da violência contra a mulher em Moçambique, articula e coordena entre actores engajados na luta contra a VBG a protecção, atenção e reinserção de um jeito integrado. Visibiliza os mecanismos de denúncia e o seu funcionamento.

O Mecanismo é um instrumento que define a coordenação e o atendimento interligado dos vários sectores, com especificação de protocolos de atendimento para os principais intervenientes no atendimento do ponto de vista oficial, nomeadamente Ministério da Saúde, Ministério da Género, Criança e Acção Social, Ministério do Interior e Ministério da Justiça:

Tabela 6: Resumo MMAIMVV segundo responsabilidades por instituição

Actores do MMAIMVV	Instituição	Profissionais envolvidos	Responsabilidades
Ministério de Género, Criança e Acção Social	Direcção de Género e Acção social. CAI: Centro de Atendimento Integrado	Profissionais de acção social, assistentes sociais	- Coordenação multisectorial do plano. - Assistência social às mulheres vítimas de violência.
Ministério da Saúde	Unidades sanitárias, serviços de Urgências/Banco de Socorro	Pessoal sanitário: medicina geral, enfermagem, psicologia, medicina legal	- Assistência médica de emergência e reabilitação. - Apoio psicológico às mulheres vítimas de violência. - Assistência médico-legal às mulheres vítimas de violência.
Ministério do Interior	Gabinetes de Atendimento à Família e Menores Vítimas de Violência Esquadras, SER-NIC	Polícia	- Protecção e assistência policial através dos GAFM-VV e secções de atendimento. - Registo e encaminhamento das queixas para SER-NIC (Antigo PIC-Polícia de investigação Criminal), detecção dos perpetradores e garantia da aplicação das leis.
Ministério da Justiça	Procuradoria IPAJ	Pessoal da procuradoria Juízas e juizes. IPAJ: advogados/as, defensores públicos.	- Providência de apoio jurídico gratuito a mulheres vítimas que não possuem meios para tal a través do IPAJ. - Advocacia para promulgação de leis contra violência de género
Todas as áreas envolvidas	CAI; centro de Atendimento Integrado	Todos os profissionais dos CAI: saúde, polícia, acção social e procuradoria.	- Atendimento integrado das Vítimas de Violência Baseada no Género.

Com o MMAIMVV procura-se desenvolver a cooperação multisectorial entre entidades do Governo e/ou da sociedade civil que lidam com a resposta a VBG, isto é, o Atendimento Integrado que pretende garantir (Governo da República de Moçambique, 2012):

- Que as mulheres sobreviventes de violência que ganham coragem de denunciar o seu caso vejam as suas necessidades respondidas.
- Haja complementaridade na resposta integrada e provisão de serviços à MVV.
- Evitar re-vitimização, isto é, que os agentes sociais que atendem as mulheres que denunciam respeitem os seus direitos, a sua dignidade e privacidade.
- Haja menos denunciante a desistir da queixa e a interromper o processo de denúncia.
- Mais mulheres sejam incentivadas a denunciar, motivadas pelo grau de eficácia dos serviços, resultando assim em diminuição dos casos de violência.

O Centro de Atendimento Integrado merece uma descrição própria. Os **CAI - Centros de Atendimento Integrado**, estão previstos no mecanismo como centros integrados sectorialmente para o atendimento integrado à vítima de Violência Baseada no Género. O CAI foi criado para melhorar a eficiência na resposta e atendimento as mulheres vítimas de violência. Os CAIs permitem melhorar a disponibilidade dos serviços de atendimento às vítimas, nos sectores integrantes do Mecanismo: Saúde, Acção Social, Justiça e Polícia.

O Mecanismo reconhece a contribuição essencial da sociedade civil para a luta contra a VBG. Dada a capacidade e habilidades diversificadas de cada entidade social, não há definido desde o Mecanismo um protocolo padronizado orientador da actuação homogénea delas. As organizações da sociedade civil que intervêm no atendimento a mulheres vítimas de violência apresentam perfis diversificados e prestam serviços diferentes, desde, atendimento médico e psicológico até jurídico, o apoio na procura de autonomia económica e social.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Existe uma série de indicadores que sugerem um grau substancial de desigualdade de género nas relações interpessoais. Os indicadores mais recolhidos em Moçambique, e talvez os mais alarmantes, são sobre o nível de violência em relacionamentos íntimos e o grau de disparidade de mulheres e homens que aumentam ano a ano. O UNFPA-Moçambique aprofunda no seu relatório *Estado da População Mundial* respeito a situação em Moçambique com um amplo suplemento. Neste relatório o UNFPA, afirma que 27,7% das mulheres na faixa etária 15-49 anos reportaram violência física ou sexual nos 12 meses anteriores perpetrada por um parceiro íntimo (UNFPA-Moçambique, 2017).

No total, 21% das mulheres reportam que aceitam que é justificável que um homem bata na sua esposa por causa de uma série de questões, nomeadamente discussão. Estes números falam de uma desigualdade profundamente enraizada no lar e na sociedade (INE, 2017).

Os dados apresentados demonstram as desigualdades de género que as mulheres estão a sofrer. O sistema social patriarcal promove esta desigualdade, e também coloca obstáculos no caminho para a igualdade. Para identificar estes obstáculos é preciso conhecer as características da diversidade de mulheres vítimas e a resposta que o MMAIMVV oferece com uma abordagem de equidade.

Esta pesquisa leva a cabo acções concretas de reflexão e debate em relação ao funcionamento do mecanismo. Poderá orientar as necessidades específicas de reforço do MMAIMVV para o atendimento integrado tendo em conta a diversidade das mulheres vítimas. Pretende abordar a problemática desde uma perspectiva científica e com enfoque de equidade que possa gerar conhecimento e posteriormente contribuir a incidir nas políticas públicas para que estas sejam as ferramentas para melhorar as condições de vida das mulheres vítimas de violência de género.

A experiência e formação dos profissionais que trabalham directamente com as mulheres que são atendidas no MMAIMVV é um factor chave para o seu óptimo funcionamento. É importante que as pessoas profissionais que vão trabalhar com as MVV partilhem ideias e percepções sobre a necessidade da erradicação da cultura patriarcal, as diferenças de poder, os tipos de violência existentes e conhecer os procedimentos a seguir nos casos de violência contra as mulheres e raparigas. Para o sucesso do atendimento às MVV convém desenvolver uma vida digna, além dos conhecimentos e a preparação técnico-profissional é preciso ter uma disposição empática com as MVV.

A violência baseada no género pelo facto de ter consequências psicossociais e na saúde das mulheres e dos seus filhos/as, é também uma violação dos direitos humanos e os direitos das mulheres. Há uma necessidade de ter uma abordagem multisectorial para a sua resposta. Desta forma, nesta pesquisa pretende-se analisar como esta resposta multisectorial está funcionando ao nível da Cidade de Maputo, através do MMAIMVV, com enfoque de género e equidade.

A **igualdade** é a capacidade legal, social e política de mulheres e homens para mobilizar e gerir todos os tipos de recursos em condições de igualdade. É um princípio que reconhece uma equalização em direitos e obrigações de todas as pessoas, homens e mulheres.

A **equidade** de género refere-se mais à igualdade de “resultados”, isto é, a conquista de objectivos iguais para ambos sexos. É a distribuição dos factos, recursos ou acções para todas as pessoas que o precisam. Envolve o conceito de igualdade, mas leva as suas diferenças e respeita cada uma delas.

A equidade fala do processo desde o ponto de partida de todas as pessoas até chegar à mesma meta. Cada uma tem um ponto de partida, mas todas têm o mesmo resultado esperado: a igualdade de género

Sem acções com enfoque de equidade no é possível alcançar a igualdade

DESENHO DA PESQUISA

Esta pesquisa descreve os condicionantes para a aderência das mulheres vítimas ao processo do MMAIMVV, em relação ao funcionamento do Mecanismo, a resposta e resolução segundo os sectores integrados no Mecanismo.

Objectivos da pesquisa

Objectivo geral

- Compreender a relação entre o funcionamento do Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado às vítimas de Violência e a aderência ao processo do mesmo pelas mulheres vítimas de violência, na Cidade de Maputo.

Objectivos específicos

- Descrever o fluxo de encaminhamento de casos de violência baseada em género;
- Descrever factores determinantes para aderência ao Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência.
- Analisar as percepções e informação qualitativa que os actores implicados que trabalham na resposta a violência baseada no género têm sobre o Mecanismo e sobre as pessoas utentes e vítimas de VBG.

Método

Trata-se dum estudo transversal, com aplicação da estatística descritiva com variáveis quantitativas e qualitativas, sobre a aderência das mulheres vítimas utentes de MMAIMVV, e pode-se analisar o funcionamento do Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência na cidade de Maputo como uma determinante na aderência.

A pesquisa fez estudo de casos de Mulheres Vítimas de Violência e o mapa detalhado dos factores determinantes e actores relacionados com atenção e prevenção da violência e entrevistas a pessoas chave.

A pesquisa teve esta estrutura:

- **Primeira fase:** profunda revisão bibliográfica nacional e internacional sobre o funcionamento de Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência; Análise documental: instrumentos existentes em Moçambique e sua operacionalização na cidade de Maputo dentro do Mecanismo (ficha única, coordenação multisectorial, registo e sistematização da informação, paragem única, CAI);
- **Segunda fase** contemplou o trabalho de campo:
 - Preparação e planeamento do trabalho de campo: análises dos vieses de selecção e informação.
 - Análise de 20 casos de mulheres vítimas de violência que foram atendidas pelo Mecanismo: Levantamento de variáveis quantitativas e qualitativas com realização de inquérito a mulheres sobreviventes de violência baseada no género que foram atendidas pelo mecanismo da cidade de Maputo.
 - Análises e levantamento de variáveis qualitativas, as principais percepções dos provedores do Mecanismo e outros actores (instituições públicas, privadas e da Sociedade Civil) que trabalham na resposta a violência baseada no género têm sobre o mecanismo mediante entrevistas semiestruturadas.

- **Terceira fase:** Análise da informação obtida no levantamento, com metodologia de estatística descritiva, e apresentação dos resultados:
 - Estatística descritiva para estudar a frequência da variável dependente: a permanência das mulheres vítimas no processo completo do Mecanismo.
 - Descrição qualitativa de outros aspectos ou factores que possam surgir sem significância estatística, mas com relevância desde o ponto de vista técnico e/ou social. É importante descartar que sejam factores de confusão dos resultados respeito à variável dependente.

Finalmente apresentam-se as conclusões da pesquisa e recomendações finais.

Fontes de informação primária

Os actores implicados e os informantes-chave representam uma fonte fundamental para obter informações qualitativas em relação às valorações e avaliações que os diferentes actores envolvidos estabelecem sobre a área do estudo. Permitirá obter, entre outras questões, informações qualitativas e quantitativas em relação ao nível de participação dos grupos-alvo nos processos do Mecanismo.

Permite também fornecer dados que talvez não estão listados nos documentos de informação secundária e identificar possíveis efeitos (positivos ou negativos) não abrangidos no início.

As instituições e entidades participantes nos encontros e entrevistas foram:

- **Autoridades formais** (Titulares de obrigações)
 - DGCAS da Cidade de Maputo;
 - MISAU;
 - Direcção de Saúde da Cidade de Maputo;
 - Direcção de Saúde do Conselho Municipal da Cidade de Maputo; e
 - GAFMVV da Cidade de Maputo.
- **Movimentos da sociedade civil que têm a luta contra a VBG como acção.** (Titulares de responsabilidades)
 - AVVD, Fórum Mulher, HOPEM, Muleide, Associação Nhamai, OMM e WLSA.
 - Entidades de cooperação internacional: Medicus Mundi, Médicos del Mundo, Arquitectura Sem fronteiras, Agência Catalã de Cooperação ao Desenvolvimento.
- **Titulares de direitos e outras pessoas implicadas:**
 - Mulheres vítimas da violência baseada em Género e usuárias do MMAIMVV
 - Organizações comunitárias de base e grupos de mulheres

Dado o desenho deste estudo, as fontes primárias de informação e trabalho de campo têm um grande peso. Fontes secundárias de informação foram usadas para colectar dados da análise de contexto e estratégias para o alinhamento e direccionar a presente pesquisa.

Para a colecta de informação tanto quantitativa e qualitativa foram utilizadas estas técnicas metodológicas:

- Entrevista pessoais: 28 provedores do MMAIMVV e 24 MVV;
- Reuniões em grupo focais de discussão: profissionais sanitários do CAIVV do Hospital Geral de Mavalane, activistas da sociedade civil, grupos mistos de provedores e activistas da sociedade civil;
- Visitas de campo: GAFMVV de Alto Maé (Maputo), CAIVV Bagamoyo y Mavalane (observação directa);
- Colecta documental; e
- Análise de dados.

Sobre Observação Direita como metodologia de colecta de informações, foi não participante e o objecto da observação a infra-estrutura dos CAI e do GAFMVV na Cidade de Maputo e o funcionamento técnico do Mecanismo. A Observação directa foi usada para o acesso às informações no seu contexto original, sem intermediários, bem como para perceber as dinâmicas e os modelos de interacção que não são facilmente descritos precisamente *nas entrevistas e grupos focais ou discussão*.

Com base nos sectores e nas instituições participantes do MMAIMVV e os serviços oferecidos no âmbito do Mecanismo para atendimento às mulheres vítimas, e o universo socioeconómico da Cidade de Maputo, foram construídas as dimensões e indicadores da análise que servem de suporte para a elaboração dos inquéritos e as entrevistas e a colecta de informação para o tratamento estatístico.

A recolha da informação primária foi participante (a equipa inquiridor precisava interagir directamente com as pessoas participantes), por tanto, foi precisa a capacitação da equipa inquiridora e a validação do inquérito desenhado para obter informação das variáveis elegíveis como independentes relativas a população amostra de Mulheres Vítimas de Violência utentes do MMAIMVV. O inquérito foi revisado por profissionais do MMAIMVV do CAIVV de HG de Mavalane. Depois de correcção das perguntas o questionário foi validado com a realização do inquérito por duas vezes. O questionário considerou-se validado como ferramenta para obter informação primária com a população amostra de MVV.

Ao longo deste processo de revisão e validação foram identificadas as diferentes línguas maternas e línguas faladas como viés de informação. Era possível que a língua materna das MVV não fosse o português. O pessoal profissional do CAIVV do HG de Mavalane teve em conta este viés na revisão e validação do inquérito já que dominava o português e a língua local.

Respeito a recolha de informação de população amostra de profissionais e provedores do MMAIMVV, foi desenhada uma bateria de perguntas segundo blocos de temáticas. Foram programadas entrevistas não rígidas, mas sim estruturadas com um guião.

Fontes de informação secundárias

Revisão bibliográfica sobre estudos, relatórios e reflexões em relação ao funcionamento do Mecanismo Multissectorial e sobre a VBG, tanto institucionais como independentes, tanto estudos nacionais ou internacionais. Fontes documentais disponibilizadas pelo Medicus Mundi como entidade gestora da consultoria:

- Mecanismo Multissectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência;
- Boletim da República I Série - número 2 de 12 de Janeiro de 2011;
- Lei sobre a violência Doméstica Praticada Contra a Mulher –Lei 29/2009 de 29 de Setembro;
- Ficha Única;
- Diagnósticos, relatórios e avaliações sobre o funcionamento do Mecanismo de organizações locais e internacionais e registos dos CAIs;
- Estudos e relatórios do INE-Moçambique;
- Outros documentos e investigações de Moçambique e da região de Africa Austral relacionados.

População amostra: MVV utentes do MMAIMVV

Elementos de estudo ou Amostra é um subconjunto de indivíduos/as da população que a pesquisa vai ter acesso e sobre os quais realmente serão feitas as observações para obter os dados qualitativos e quantitativos para a sua inferência estatística e análises.

Para o cálculo do tamanho da amostra para ter a variável dependente (frequência de Mulheres Vítimas de Violência que finalizam o processo do Mecanismo) foi utilizado o software OpenEpi Versão 3.01⁶.

Aplicando as constantes precisas na calculadora do tamanho de amostra do software dá o resultado do número mínimo de 19 como necessário para o estudo para Intervalo de Confiança de 95%. O Tamanho da população final considerou-se 12.586 mulheres que foram reportadas como Vítimas de Violência no ano 2016⁷. Finalmente desde a equipa pesquisadora se decidiu o número de 20 mulheres como *n* ou amostra do estudo tendo em conta a logística e organização interna da pesquisa.

Tamanho da amostra para a frequência em uma população

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	12586
frequência % hipotética do fator do resultado na população (<i>p</i>):	50%+/-5
Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)(<i>d</i>):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo - EDFF):	0,05

Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança

intervalo de Confiança (%)	95	80	90	97	99	99,9	99,99
Tamanho da Amostra	19	9	14	23	32	50	68

Equação

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{[EDFF * Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]}$$

Resultados do OpenEpi, Versão3, calculadora de código aberto -- SSPropor

Os elementos de estudo da pesquisa são os processos de mulheres vítimas de violência baseada no género localizados nas portas de entrada do MMAIMVV, nomeadamente, CAIVV-Centro de Atendimento Integrado a Vítimas de Violência, GAFMVV Policiais, Unidades Sanitárias e sociedade civil ao nível na Cidade de Maputo. Para a selecção e o recrutamento das mulheres participantes foi preciso a colaboração dos provedores dos serviços do Mecanismo e da sociedade civil.

As mulheres participantes como população amostra foram seleccionadas pela metodologia aleatória de *Amostragem Estratificada*. Esta metodologia consiste em dividir ou estratificar a população em um certo número de subpopulações que não se sobrepõem e então extrair uma amostra de cada estrato. Neste caso as subpopulações serão segundo a porta de entrada que foram seleccionadas no CAI do HG de Mavalane e a sociedade civil com Forum Mulher (FM) como plataforma social de organizações que lutam pelos direitos das mulheres. Desde FM foram disponibilizadas as associações Muleide (Mulher, Lei e Desenvolvimento) e AMMCJ (Associação de Moçambicana de Mulheres de Carreira Jurídica). Estas associações atendem casos de VBG e de fato são portas de entrada ao MMAIMVV.

Nestas portas de entrada foi feita uma selecção aleatória de mulheres participantes através das listas de atendimento. As MVV participantes de esta pré-selecção que atenderam os critérios de inclusão, foram contactadas. Após apresentar para elas o estudo, o procedimento e as características da sua participação, e com a sua autorização, foram definitivamente recrutadas como “casos da amostra”, até 24 casos, sendo de 20 casos o alvo da presente pesquisa.

⁶ Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão. www.OpenEpi.com, actualizado 2013/04/06. O OpenEpi é um programa gratuito e com código aberto para estatísticas epidemiológicas e em saúde pública

⁷ INE, Rácio de adultos vítimas de violência doméstica em cada 10 mil habitantes, Moçambique 2014-2016). Dados actualizados disponíveis durante o desenho da pesquisa no primeiro semestre de 2018: Ver no apartado 1.2. *Justificativa*, na 12 de Junho de 2018. Versão 1.0 do protocolo.

- **Critérios de inclusão**

- Ser mulher Vítima de Violência Baseada em Género, maior de 18 anos residente em Maputo Cidade;
- Ter acedido, desde Agosto de 2017 até actualmente, a alguma das portas de entrada do Mecanismo em Maputo Cidade, nomeadamente: Centros de Saúde, CAI, Gabinete, Acção social;
- Ter sido atendida pelo menos duas o mais vezes por qualquer agente do Mecanismo;
- Habilidade e vontade de dar consentimento informado por escrito; e
- Ter interesse na participação no estudo.

- **Critérios de exclusão**

- Ter participado em outros estudos similares no último ano;
- Estar ainda em risco de sofrer Violência Baseada no Género;
- Estar doente no tempo da pesquisa; e
- Mulheres sem disponibilidade de ser contactadas pela equipa consultora durante quatro meses desde o primeiro contacto.

População amostra de profissionais provedores/as

Para além dos 20 casos de mulheres vítimas, também foram elementos deste estudo profissionais-provedores de serviços das portas de entrada que trabalham na resposta a casos de Violência Baseada no Género. O recrutamento da amostra desta população participante é não probabilístico. De facto, foi programado como uma amostragem sem propósitos inferenciais: os dados obtidos não foram válidos para os cálculos e comparações estatísticas porquanto e sim uma Amostragem de Voluntários. Isto é, os próprios componentes da população se voluntariaram para participar da pesquisa segundo os critérios de inclusão que a equipa pesquisadora determinou. Se realizaram 28 entrevistas a actores chaves:

- 8 Profissionais de Acção Social de DGCAS da Cidade de Maputo: pontos focais de género nos distritos e CAIVVs
- 9 Profissionais de Saúde: psicologia, medicina geral, enfermagem, medicina legal
- 5 Profissionais de GAFMVV: policias especializados para casos de VBG
- 1 Procurador de MJCR. Ponto focal de VBG para o CAIVV de Bagamoyo
- 5 Profissionais da sociedade civil. Pessoas especialistas em VBG e direitos das mulheres membros dos movimentos sociais de Cidade Maputo

A equipe pesquisadora estava comprometida com a inclusão de mulheres e homens nesta amostra para poder analisar com enfoque de género segundo as diversas abordagens nesta temática socialmente complexa. No entanto há más mulheres profissionais que homens nos sectores que provê serviços dentro do Mecanismo. Foi feito um esforço especial na procura de homens provedores (lembrar que a participação era voluntaria).

Tabela 7: População amostra, provedores de serviços

Sector	Nº mulheres		Nº homens		Total
	n	%	n	%	
Acção social	5	62,50	3	37,50	8
Saúde	7	77,78	2	22,22	9
Procuradoria (MJCR)	1	100	0	0	1
GAFMVV	4	80,00	1	20,00	5
Sociedade civil	3	60,00	2	40,00	5
Total	20	71,43	8	28,57	28

Para ter uma amostra de carácter mais homogéneo possível, em experiência e conhecimentos das pessoas participantes, se desenharam estes critérios:

Provedores do MMAIMVV:

• **Critérios de inclusão**

- Ser trabalhadores/as activos nos serviços correspondentes na cidade de Maputo.
- Ter trabalhado ininterrompidamente, salvo as férias e os descansos laborais obrigatórios, durante o 2017 até a actualmente.
- Ter recebido formação formal ou não formal da aplicação do MMAIMVV desde 2017 até actualmente.
- Conhecer e ter experiência em todos os procedimentos e fases do MMAIMVV.
- Habilidade e vontade de dar consentimento informado por escrito
- Ter interesse em participar.

• **Critérios de exclusão**

- Não ter experiência no processo completo do MMAIMVV.
- Ter menos de 18 meses de experiência profissional no MMAIMVV.
- Não ter disponibilidade de participação ao longo da pesquisa.

Sociedade Civil:

• **Critérios de inclusão:**

- Ser membro pelo menos faz mais de um ano, de uma organização que tenha acções de prevenção a VBG ao nível da Cidade de Maputo
- Ser maior de 18 anos de idade;
- Habilidade e vontade de dar consentimento informado por escrito;
- Ter interesse em participar

• **Critérios de exclusão**

- Não ter experiência nem conhecer o processo do MMAIMVV.
- Não ter disponibilidade de participação ao longo da pesquisa.

Análises de dados

Apresenta-se estatística descritiva para conhecer as frequências da variável dependente (aderência das mulheres vítimas ao processo do MMAIMVV) e variáveis independentes. Foram analisadas Proporções e Chi-quadrado, para verificar o *p-valor* e comprovar a relação entre variáveis independentes categóricas. Foi aplicada a prova *t-student* das variáveis independentes quantitativas com significância estatística para a determinação de médias e desvio standard a assim poder determinar a sua relação.

Foi utilizado o teste *U de Mann-Whitney* como teste não paramétrico alternativo a ANOVA, porquanto o número baixo de casos colectados (*n*) na algumas variáveis independentes.

Os softwares disponíveis da equipa de pesquisa para o estudo estatístico são STATA 12.0 e os softwares libres OpenEpi e EpiDat.

Considerações éticas

O estudo foi submetido para a sua revisão e autorização no Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) tendo sido aprovado com o número 61/CNBS/2018. O estudo foi realizado segundo os princípios definidos na declaração de Helsinki, e respeitando todos os outros órgãos regulatórios, bem como os padrões estabelecidos internacionalmente sempre que aplicáveis.

A participação dos informantes e pessoas participantes nos inquéritos foi feita mediante a obtenção do consentimento informado por escrito. Antes de conduzir as entrevistas com os participantes seleccionados, a pessoa entrevistadora explicara para à pessoa entrevistada os termos de consentimento respectivo. Só depois dos participantes concordarem em participar assinavam se duas cópias do termo de consentimento, uma das quais era entregue à pessoa participante com o contacto da pessoa entrevistadora. A outra era recolhida pela pessoa entrevistadora para ser entregue à investigadora principal e ficarem disponíveis para às co-investigadoras do estudo, como fontes de verificação para o CNBS.

A equipa pesquisadora elaborou um protocolo *Disposição das Pessoas inquiridoras*. É uma guia de boas práticas nas entrevistas para as pessoas inquiridoras tenham uma atitude ética, profissional e eficiente. O estudo pretendeu garantir em todo momento os direitos das pessoas entrevistadas, quer respeitando a integridade moral e física, além de assegurar uma elevada consideração ética pelas pessoas participantes na pesquisa. Sem elas, a pesquisa não teria resultados nem conclusões.

Para proteger a identidade dos/as participantes, não foi solicitado qualquer documento de identificação pessoal. O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados foram garantidos na recolha, processamento e análise de dados através de atribuição de um número para cada participante e sem nome ou qualquer outro dado de identificação individual.

Limitações do Estudo

O tema de VBG e a resposta do MMAIMVV é muito sensível e tendo em conta a sua sensibilidade apresentaram-se algumas dificuldades de encontrar população amostra que se sentisse confortável em participar. Este processo comprometeu as metas da pesquisa em termos de tempo. Para minimizar ao máximo este risco, foram aplicados todos os aspectos já relatados referentes a confidencialidade e considerações éticas da pesquisa:

- Por um lado, as mulheres vítimas de violência podem não estar disponíveis por muitos factores, desde factores pessoais (por exemplo, querer evitar a revitimização e esquecer essas lembranças), até factores logísticos como mudanças de lugar de residência, organização do seu tempo, etc. Segundo os critérios de exclusão as MVV participantes estiveram no processo de Mecanismo um ano atrás.

- Por outro lado, os provedores do Mecanismo, os profissionais dos sectores integrantes do MMAIMVV, tinham dúvida devido à sensibilidade para falar sobre vítimas de violência. Mas também porque podia haver confusão nos contributos respeito às instituições públicas onde eles/as trabalham.

A pesquisa desde o início foi desenhada e estruturada para ser descritiva, não inferencial. A equipe pesquisadora considerou desaconselhável desenvolver metodologias estatísticas probabilísticas e/ou regressões. Os dados resultantes não teriam uma fiabilidade por as limitações previstas. Estas limitações foram realidade segundo se explica respeito à população amostra, além da pouca especificidade das fontes secundárias.

Finalmente, referir a limitação relacionada com a dimensão do fenómeno de estudo. A limitação do estudo na Maputo Cidade não implica que não hajam outros locais relevantes onde o Mecanismo é operacionalizado e podem se ter fontes de informação apropriadas para a pesquisa. O mecanismo está funcional em diferentes locais e províncias ao nível do país, mas devido a suas limitações de tempo, logísticas e orçamento o estudo não teve a oportunidade de abranger estes espaços.

RESULTADOS

Estatística descritiva das MVV

O lugar de procedência das MVV da Cidade de Maputo é diverso e não pode se definir como a maioritariamente duma localidade ou área geográfica concreta, sendo naturais tanto da cidade (25%) como do resto das províncias do país (29%). Referir que quase a metade não refere o seu lugar de origem (46%). No entanto 83% reside na cidade de Maputo segundo os critérios de inclusão do inquérito. Detalhar que as MVV que não residiam na altura do início do processo do Mecanismo em Maputo Cidade moravam em distritos da província de Maputo, mas nos limites da cidade e chegaram por proximidade às portas de entrada e serviços da Cidade de Maputo. Na altura do inquérito 67% das MVV se declarava como solteira. Respeito à idade quando procuraram às portas de entrada do Mecanismo há muita diversidade, quase a maioria estava entre o rango de 17 e 45 anos, sendo significativamente superior as mulheres jovens de entre 17 e 26 anos.

Relativo ao nível de escolaridade também há heterogeneidade não há diferença sensível entre a proporção de mulheres vítimas que tem até escola primária (sem escolaridade e primária, 54,16%), e as mulheres vítimas com nível de escolaridade profissional (secundária, ensino superior e formação técnica, 45,83%)

Não há diferenças significativas respeito a disponibilidade económica entre as vítimas que possa assumir-se como factor ou determinante para ser vítima de VBG. A mesma análise resulta do número de pessoas dependentes da mulher vítima. Ter pessoas dependentes (filhas/os, pessoas com incapacidade, pessoas idosas, etc.) não é um factor de diferença entre as mulheres vítimas.

Tabela 8 - Estatística descritivas das MVV

		n	%
Lugar de nascimento	Maputo Cidade	6	25
	Maputo Província	0	0
	Outras províncias	7	29
	s/d ¹	11	46
	Total	24	100
Lugar de residência	Maputo Cidade	20	83,33
	Maputo Província	4	16,67
	Total	24	100
Estado Civil	Solteira	16	66,67
	Separada	4	16,67
	União de fato	2	8,33
	Divorciada	1	4,16
	Casada	1	4,16
	Total	24	100
Grupo etário	17-26 anos	9	42,86
	26-35 anos	5	23,81
	36-45 anos	6	28,57
	46-55 anos	0	0
	56 anos ou mais	1	4,76
	s/d	3	-
	Total	24	100

Nível escolaridade	Sem escolaridade	2	8,33
	7ª classe	5	12,50
	10ª classe	6	33,33
	12ª classe	2	8,33
	Educação superior	8	25,00
	Formação Técnica	1	12,50
	Total	24	100
Disponibilidade económica	Não	13	54,16
	Sim	11	45,83
	Total	24	100
Nº pessoas dependentes	0	7	29,19
	1	5	20,83
	2	7	29,17
	3 (ou mais)	5	20,83
	Total	24	100
	Media	ES²	IC³ (95%)
1,54	1.54	[0.97 ; 2.11]	

Os dados dos agressores são fornecidos pelas vítimas, portanto não todas as variáveis relacionadas têm 24 casos (n=24). As características dos agressores são muito heterogêneas e não se pode descrever um perfil certo dos agressores. Mas os dados dão resultados interessantes na comparação com as variáveis das mulheres vítimas. O grupo etário dos agressores é diverso, sendo as idades ente 26 e 45 anos as mais habituais. Na comparação das idades entre agressores e vítimas, os agressores são pessoas mais adultas: o grupo etário maioritário dos agressores é de 36-45 anos, no entanto das vítimas é 17-26 anos. Igualmente o nível de escolaridade também reflecte heterogeneidade, ainda ser revelador a percentagem dos agressores com educação superior. Em geral, o nível educacional dos homens agressores é mais elevado que das mulheres vítimas.

Tabela 9: Estatística descritiva dos agressores

		n	%
Grupo Etário dos agressores	19-25	1	5,56
	26-35	6	33,33
	36-45	8	44,44
	46-55	0	0
	56 anos ou mais	3	16,67
	Total	18	100
Nível escolaridade dos agressores	Sem escolaridade	1	6,25
	7ª classe	1	6,25
	10ª classe	3	18,75
	12ª classe	3	18,75
	E. superior	6	37,50
	F. Técnica	2	12,50
	Total	16	100

Estatística descritiva do MMAIMVV

Certa de 67% das mulheres vítimas conheciam o Mecanismo antes de aceder para pedir ajuda, sobretudo, foram mulheres provedores que atenderam pela primeira vez as MVV. Segundo a porta de entrada, nos Centros de Saúde 100% foram mulheres provedores; nas esquadras foram 45%; e 33% nos serviços sociais a primeira visita foi atendida por mulheres. As mulheres vítimas que tinham conhecimentos do Mecanismo Multisectorial fizeram pessoalmente a escolha da porta de entrada de preferência.

Tabela 10: Estatística descritiva do MMAIMVV

		n	%
MVV Com Conhecimento do Mecanismo	Sim	16	66,66%
	Não	7	29,17%
	s/d	1	4,17%
	Total	24	100%
Sexo da pessoa do atendimento	Mulher	14	58,33%
	Homem	7	29,16%
	s/d	3	12,50%
	Total	24	100%

Tabela 11: Sexo provedores do primeiro atendimento

Porta de entrada	O primeiro atendimento	Proporção	ES	IC (95%)	
Esquadra/Polícia	Mulher	0,3571	0,13	0,08	0,63
	Homem	0,7142	0,18	0,33	1,09
	S/D	0,3333	0,33	-0,35	1,02
Centro de Saúde	Mulher	0,4245	0,14	0,14	0,71
	Homem	0			
	S/D	0			
Acção social	Mulher	0,0714	0,07	-0,076	0,21
	Homem	0,2857	0,18	-0,95	0,66
	S/D	0			
s/d	Mulher	0,1428	0,97	-0,58	0,34
	Homem	0			
	S/D	0,6666	0,33	-0,02	1,35

Na VBG, cada caso tem mais de um tipo de violência praticado contra as mulheres ou raparigas. Todas as MVV inqueridas na pesquisa sofreram mais de um tipo de violência baseada no género. No estudo realizado na cidade de Maputo com mulheres utentes do Hospital central como vítimas de violência, (Zacarias A, 2012), 70% sofreram mais dum tipo de violência. Os países vizinhos de Moçambique reportam o mesmo critério (Bazargan-Hejazi S, 2012), para a presente pesquisa pega-se o tipo de violência que encoraja as mulheres vítimas para procuraram o Mecanismo. A violência mais sofrida é a física seguida da sexual e psicológica; 12% das MVV não compartilharam a violência sofrida e a equipa inquiridora não aprofundou neste assunto para evitar a revitimização.

Tabela 12: Tipo de violência denunciada

		n	%
Tipo de violência	Física	10	41,66
	Sexual	6	25,00
	Psicológica	3	12,50
	s/d	3	12,50
	Económica	1	4,17
	Patrimonial	1	4,17
	Total	24	100

Enquanto à porta de entrada segundo o tipo de violência, as vítimas de violência física procuraram os Centros de saúde (83%) ou a Esquadra (27%). As vítimas de violência sexual foram para Esquadra (36%), para a Acção social (33%) ou para o Centro de saúde (17%). O resto das vítimas registou o seu caso de VBG nas Esquadras como porta de entrada.

Todas as MVV que elegeram a Acção Social como porta de entrada conheciam o serviço (se vincula com as palestras e as acções comunitárias dos provedores). Se relaciona o tipo de violência e a porta de entrada, pode-se apreciar que as MVV têm clareza enquanto a identificação da VBG como acto criminoso. As MVV que procuraram atendimento sanitário não tinham identificada a violência sofrida como VBG e a maioria não conhecia o MMAIMVV.

Tabela 13: Porta de Entrada escolhida pelas MVV segundo tipo de violência

		Esquadra/Polícia	Centro de Saúde	Acção social	s/d
Tipo de Violência	V. Física	27,27%	83,33%	0	50,00%
	V. Sexual	36,36%	16,66%	33,33%	0
	V. Psicológica	9,09%	0	33,33%	25,00%
	V. Económica	0	0	0	25,00%
	V. Patrimonial	0	0	33,33%	0
	s/d	27,27%	0	0	0
	Total	100%	100%	100%	100%

Tabela 14: Porta de entrada segundo conhecimento do MMAIMVV

Portas de entrada de escolha pelas MVV	MVV conhecem o MMAIMVV			Total
	sim	não	s/d	
Esquadra/Polícia	63,63%	27,28%	9,09%	100%
Centro de Saúde	33,33%	66,67%	0	100%
Acção social	100%	0	0	100%

Aderência das MVV ao mecanismo

Segundo a pesquisa, 71% das mulheres que vão ao Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado, continuam no processo apesar dos factores externos negativos, como a demora no atendimento ou risco perante ao agressor:

Tabela 15: Aderência das MVV ao MMAIMVV

		n	%
MMV que renunciam	Sim	2	8,33%
	Não	17	70,83%
	s/d	5	20,83%
	Total	24	100%

Respeito ao número de consultas de atendimento no mecanismo, 8 mulheres vítimas (33%) não colocam os dados certos, não recordam quantas foram. A média do atendimento foi de 3.07 consultas, num intervalo de até 7 consultas como máximo. O tempo do processo vai desde 2 até 24 meses. A média do período do processo é mais de 7 meses. Nestes valores de tempo tão amplos aplica-se a mediana para descartar valores extremos (outliers), sendo de 3,5 meses o tempo médio normalizado dos processos das MVV que forneceram esta informação; 46% das mulheres não sabiam responder quanto tempo demorou o seu processo. O valor $p < 0,05$ da significância estatísticas da relação de variáveis quantitativas, neste caso o número de consultas realizadas condiciona o tempo do processo.

Tabela 16: Comparativo número de consulta com tempo do processo

Comparação de medias	n	Mediana	Média	ES	DS	IC (95%)	
Número de consultas	13	3	3.07	0,47	1,7	2,04	4,11
Tempo do processo	13	3.5	7.46	1.93	6,98	3,24	11.68
				<i>t student:</i> 2.18	<i>p:</i> 0.02		

A comparativa de medias das idades das mulheres vítimas e os agressores não descreve significância estatística ($p > 0.05$) nem relação entre as idades vítimas/agressor.

Tabela 17: Comparativa idades vítima/agressor

Comparação de medias	n	Média	ER	DS	IC (95%)	
Idade MVV	16	33,75	2,97	11,89	27,41	40,09
Idade Agressor	16	37,81	2,82	11,28	31,80	43,82
		<i>t student</i> 0,2117	<i>p:</i> 0,89			

Mais da metade dos agressores sabiam que a MVV estava no processo do Mecanismo de Atendimento Integrado. Ainda assim isto não é um factor condicionante da renúncia das mulheres vítimas. Os intervalos de valores de Mann-Whitney definem que não é significativa ($p > 0,05$) a relação entre o conhecimento dos agressores e a idade dos agressores, e a renúncia das mulheres vítimas ao processo do Mecanismo. Respeito a influência do tempo do processo ou o número de atendimentos nos serviços do MMAIMVV na renúncia das mulheres vítimas, o Mann-Whitney também não identifica a relação; é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) a relação entre o nível de escolaridade dos agressores e a decisão das mulheres de renunciar ou continuar no processo.

Tabela 18: Percentagem agressores com conhecimento do processo da vítima

		n	%
Os agressores conhecem que a MVV está no Mecanismo	Sim	14	58,33%
	Não	3	12,50%
	s/d	7	29,17%
	Total	24	100%

Tabela 19: Percentagem aderência das MVV segundo o conhecimento do agressor

Agressor conhece que a vítima está no Mecanismo				
MVV renuncia ao Mecanismo		Sim	Não	S/d
	Sim	10,00%	57,17%	28,57%
	Não	90,00%	42,85%	71,42%
Total		100%	100%	100%

Tabela 20: Análises bivariada da aderência da MVV

(Teste de U de Mann-Whitney)		Observações	Somatório de intervalos de valores	Esperado
<i>Agressores sabem do processo</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	14	15
	Não	12	91	90
		$\chi^2: -0,255$		$p: 0,799$
<i>Tempo de processo</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	9.50	12
	Não	9	56.50	54
		$\chi^2: -0.593$		$p: 0,553$
<i>Número consultas de atendimento</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	7,5	13
	Não	10	70,5	65
		$\chi^2: -1,22$		$p: 0,22$
<i>Idade dos agressores</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	14	13
	Não	10	64	65
		$\chi^2: 0.215$		$p: 0.8296$
<i>Nível escolaridade dos agressores</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	4	20
	Não	17	186	170
		$\chi^2: -2.178$		$p: 0.0294$
<i>Nível escolaridade das MVV</i>				
MVV Renunciam	Sim	2	9,5	20
	Não	17	1180,5	170
		$\chi^2: -1.440$		$p: 0.149$

Tabela 21: MVV que renunciam segundo porta de entrada

Porta de entrada							
			Esquadra / Policia	Centro de Saúde	Acção social	s/d	Total
			MVV que renunciam	Sim	n	0	0
%	0	0			0	50	
Não	n	9		5	1	2	17
	%	81,82		83,33	33,33	50	
s/d	n	2		1	2	0	5
	%	18,18		16,67	66,67	0	
Total%		100	100	100	100	24	

Tendo em conta que 70% das MVV não desistem do processo do Mecanismo, não é relevante nem estatisticamente significativo a comparação entre a variável dependente com as variáveis independentes relativas à qualidade e humanização dos serviços. A percepção em todos os sectores, as organizações sociais inclusas, é que as mulheres têm muitos condicionantes para continuar com o atendimento até o fim do processo judicial, se houver. Ter pessoas dependentes, filhos/as normalmente, e a dependência económica do agressor são factores que referem, nos encontros individuais e nos grupos focais, para a não aderência. Contudo, os dados descritivos referem heterogeneidade no número de pessoas dependentes e na capacidade económica das mulheres vítimas. Estatisticamente não há relação significativa entre a aderência ao Mecanismo e estas variáveis.

No entanto, apresenta-se a descrição das percepções das MVV sobre o MMAIMVV. A valoração sobre o MMAIMVV que fazem as MVV que solicitaram ajuda ao Mecanismo, é bom e muito bom, incluso para as mulheres que desistiram de continuar com o processo. Não há casos (n) suficientes em todos os sectores para aplicar estatística descritiva.

Respeito à percepção da qualidade e humanização do atendimento que recebem, as percentagens de valoração são positivas na maioria das mulheres. No entanto, as MVV sentiram medo dentro de processo de atendimento e sentiram que os profissionais não tinham sensibilidade com o caso e com elas mesmas como vítimas.

Tabela 22: Valoração do MMAIMVV

MVV Renunciam		
Valoração do MMAIMVV	Sim	Não
Muito bom	50%	58,82%
Bom	50%	29,40%
Normal	0	5,88%
Mão	0	5,88%
Muito mão	0	0
Total	100%	100%

Tabela 23: Percepção das MVV sobre o atendimento

MVV Renunciam				
		Sim	Não	s/d
AS MVV em algum momento sentiram medo desde o Mecanismo	Sim	50,00%	47,05%	18,18%
	Não	50,00%	47,05%	33,33%
	As vezes	0	5,8%	0
Foram atendidas por profissionais/ provedores não sensíveis com o caso	Sim	0	47,05%	16,66%
	Não	100,00	23,53%	14,28%
	As vezes	0	29,41%	40,00%
Alguma vez profissionais/ provedores falaram mal para sim	Sim	0	0	0
	Não	100,00%	100,00%	20,83%
	As vezes	0	0	0
Alguma vez profissionais/ provedores mostraram duvidas sobre o seu caso	Sim	50,00%	11,76%	50,00%
	Não	50,00%	64,70%	13,33%
	As vezes	0,	23,52%	20,00%
Alguma vez a MVV sentiu desconforto com o atendimento do Mecanismo	Sim	50,00%	17,64%	14,29%
	Não	0	70,50%	23,08%
	As vezes	50,00%	11,76%	25,00%

Sobre as Mulheres Vítimas de Violência

Os dados confirmam que não há um perfil das mulheres vítimas; Não há uma idade definida como a mais habitual, há mulheres vítimas de todos os níveis socioeconómicos e educativos. E os dados não podem assinalar a área geográfica ou a origem das mulheres ou dos agressores como factor do comportamento violento ou de vulnerabilidade para ser vítima. A heterogeneidade dos dados socioeconómicos e geográficos das mulheres vítimas foi uns dos resultados nos estudos realizados em Maputo (Zacarias A, 2012) e Moçambique (Vera G, 2014). Estes dados podem se confirmar com as percepções dos provedores dos sectores que participaram na pesquisa através de encontros individuais. Os profissionais sabem que não há perfil da mulher vítimas nem do agressor. Só acrescentar que desde o sector saúde refere se a mulheres jovens (12-19 anos) como idade habitual das mulheres vítimas de violência sexual. No entanto, não pode se confirmar esse dado com esta pesquisa. É possível reflectir respeito à vulnerabilidade das raparigas à violência sexual. Em Steele SJ, et al, (Steele SJ, 2019) no estudo realizado com a população geral da cidade de Maputo 51.7% das mulheres inqueridas vítimas de violência sexual, 9% tinha menos de 15 anos. No estudo sobre a violência intrafamiliar em Malawi (Bazargan-Hejazi S, 2012) o grupo etário que mais sofre a violência sexual é das mulheres de 30-34 anos, por enquanto as raparigas de 15-19 anos são vulneráveis à violência física e psicológica.

O perfil dos agressores é muito heterogéneo e não permite concretizar em critérios mais comuns entre eles. A fonte de informação dos dados são as MVV, então o número de casos (n) diminui nas variáveis relacionadas diretamente com o agressor e há variáveis que não se podem tratar estatisticamente. A análise estatística indica que não há relação significativa entre a aderência das MVV ao processo e a idade dos agressores. No entanto, o nível de escolaridade dos agressores sim é estatisticamente significativo ($p < 0.05$). A análise das percentagens de nível de escolaridade dos agressores assinala que 37.5% dos agressores tem educação superior sendo só 25% das mulheres. Além, 68.75% dos agressores tem nível de escolaridade profissional (12º Classe, educação superior e formação profissional), no entanto, o nível de escolaridade profissional das MVV é 45.83%.

Segundo a pesquisa sobre as MVV que chegam ao Hospital Central da Cidade de Maputo (Zacarias A, 2012) a probabilidade de violência contra as mulheres com escolaridade superior e média é maior que as mulheres que não tem escolaridade ou com escola primária. No entanto, no estudo sobre as Mulheres Vítimas a nível de Moçambique (Vera G, 2014) indica que as mulheres com menor escolaridade são, em geral, mais vulneráveis à violência masculina do que as mulheres com maior escolaridade. Não foram encontrados dados nem estudos respeito aos agressores nestas áreas. No estudo de Malawi (Bazargan-Hejazi S, 2012) recomendam a implementação de mais estudos para investigar e esclarecer sobre os homens agressores e os factores determinantes (tendo em conta o patriarcado) para os homens serem ou não agressores.

Nas entrevistas e nos grupos focais, todos os sectores e a sociedade civil coincidem com essa variável do perfil dos agressores: os altos níveis profissionais e escolares são percentualmente mais altos entre os agressores. A percepção em todos os sectores é a alta proporção de agressores com trabalhos directivos e reconhecidos socialmente, cargos do governo, funcionários, até militares e polícias. Esta circunstância faz mais complexo o seguimento e resolução dos casos a favor das mulheres. Desde as comunidades e no entorno social das MVV acontece o apoio aos agressores com este perfil socioeconómico porque o sucesso na vida profissional prevalece perante o perfil agressivo e violento destes homens. Os profissionais dos sectores do Mecanismo participantes na pesquisa, até profissionais dos GAFMVV, reconhecem as dificuldades que têm para poder resolver os casos com funcionários, policias ou militares envolvidos como agressores. Os mesmos agressores interferem nos processos e fazem coacção.

Desde Acção Social explicam que as mulheres com nível de escolaridade médio/alto sofrem expressões de violências mais agudas e graves. Os agressores sentem-se ameaçados com mulheres que têm capacidades de análises e resposta. Eles procuram estratégias mais agressivas para submeter às mulheres que mostram capacidade de resistência.

No entanto, estudos da região de África Austral (Bazargan-Hejazi S, 2012) e de Moçambique (Vera G, 2014) (Zacarias A, 2012) relatam o aumento da probabilidade de abuso entre mulheres de baixo nível socioeconómico devido aos seus baixos recursos e vulnerabilidade económica e limitadas oportunidades de desenvolvimento.

O Mecanismo Multisectorial tem uma percentagem mais elevada de mulheres trabalhadoras que homens. Segundo as informações das entrevistas, em todos os sectores pelo menos 60% das equipas são mulheres. Sem tentar analisar desde a perspectiva de género as causas (não é o objectivo desta pesquisa, não estão analisadas nem aprofundadas), alguns sectores, como o de saúde, são áreas de trabalho tradicionalmente feminizadas, de mulheres. Em outros sectores há mais mulheres funcionárias que homens porque as vagas de pontos focais de VBG ou para o Mecanismo, criam mais interesse nas profissionais mulheres, e as instituições também tem interesse que sejam mulheres as responsáveis.

Neste sentido, há concordância com 58.33 % de mulheres que atenderam pela primeira vez as MVV. Só Acção Social, como porta de entrada, tem mais homens responsáveis do primeiro atendimento. É o único sector que foi detectado com técnicos homens nos pontos de atendimento nos distritos. Estes balcões de atendimento são pontos focais de género distritais na DGCAS, mas não são estruturas desenvolvidas no âmbito do Mecanismo Multisectorial. Respeito à Polícia, os centros de atendimento das MVV, os CAIVV e o GAFMVV, são pontos de atendimento especializados no Mecanismo Multisectorial. As MVV participantes como população amostra escolheram estes balcões de atendimento especializados da polícia como primeiro atendimento porque tinham conhecimento do mecanismo e a sua funcionalidade.

Os dados confirmam que as MVV conhecem o mecanismo, os serviços e escolhem o mais adequado segundo a sua situação nesse momento e comparecem para solicitar ajuda. As vítimas de violência sexual e física procuram sobre tudo as unidades de saúde e a polícia. Este dado apoia-se nas actividades de sensibilização ao nível das comunidades que fazem todos os sectores. Estas acções são muitas vezes implementadas em colaboração com a sociedade civil. A reflexão dos provedores e das organizações da sociedade civil é que há um aumento de casos na área onde centra-se as actividades de sensibilização e palestras. A prevenção e identificação de casos ao nível de bairro e comunidade é muito eficaz quando há palestras e acções de sensibilização. São actividades muito valorizadas pela sociedade e pelas instituições públicas pela sua eficácia. Esta situação reflecte que 100% de MVV que acedem aos serviços de Acção Social conhecem o Mecanismo. A área de Acção Social é a mais activa no trabalho comunitário, a que desenvolve mais actividades de sensibilização, prevenção e identificação de VBG nas comunidades e bairros.

A equipa de provedores refere que quando comparecem por violência física nunca é a primeira vez que as MVV sofrem esse tipo de violência e solicitam ajuda quando a situação é insuportável para elas, sendo também vítimas de violência psicológica, patrimonial ou económica. Esta percepção concorda com outros estudos em Moçambique (Zacarias A, 2012) e na região de África Austral (Bazargan-Hejazi S, 2012) (Artz L, 2018).

Na análise estatística multivariada entre a aderência das MVV ao Mecanismo e as variáveis independentes de número de consultas e tempo do processo mostra a associação de médias ($p < 0.05$). Na comparativa entre medianas pode-se apreciar que há muita dispersão nos valores do tempo (em meses) do processo segundo os casos. Esta circunstância orienta as análises de maneira muito cuidadosa destes dados, além de 46% das MVV que não forneceram este dado. Inserir que a comparativa de médias e medianas no número de atendimentos mostra que não há valores extremos. Para ter resultados mais concludentes se aplicou Teste de U de Mann-Whitney para conhecer a associação entre o tempo do processo e a aderência. O teste reflecte que não há associação entre estas variáveis. Respeito ao número de consultas, análise feita de maneira paralela, também não há significância estatística.

Na análise estatística bivariada da aderência das MVV ao processo, não conclui associação com variáveis independentes, salvo o já explicado respeito a associação com o nível de escolaridade dos agressores. O conhecimento do agressor sobre o processo da vítima está associado à aderência da MVV; se acredita por um lado, que não há coerção dos agressores ou aumento da agressividade com as MVV quando sabem que estão no processo do Mecanismo. Por um outro lado, que as MVV tomam essa decisão conscientemente. A reacção do agressor ou do entorno de agressor contra elas não é uma limitante quando já solicitam atendimento.

As MVV classificam positivamente o serviço recebido: 88% classificam como bom ou muito bom o atendimento e o processo do Mecanismo. As respostas sobre a percepção da qualidade e humanização do atendimento também são positivas.

Os dados das valorações negativas se relacionam diretamente com más experiências pessoais com algum sector. As mulheres que não finalizaram o processo, sentiram desconforto e percebiam que as pessoas dos serviços não acreditavam na sua história. Das mulheres inqueridas só duas não finalizaram o processo de atendimento. Com este número tão baixo não é possível aprofundar estatisticamente nem analisar qualitativamente a qualidade humana de cada serviço como factor de abandono do processo.

A conclusão geral das respostas das MVV que sim finalizaram o processo, transmite que o atendimento foi com critérios de qualidade e humanização. Mas tendo em conta cada critério analisado de maneira independente, a metade das mulheres sentiram medo em algum momento do processo ou não sentiram a sensibilidade adequada das pessoas provedoras do atendimento.

Sobre o MMAIMVV

Nas entrevistas com provedores respeito as fraquezas do MMAIMVV todos os sectores identificaram a falta de recursos como uma limitante para o adequado seguimento dos casos, então um factor na qualidade dos serviços.

Nas entrevistas individuais todos os sectores comentam a boa coordenação interna, o fluxo da informação entre provedores do mesmo sector. Mas Policia e Acção Social reclamam a falta de coordenação entre sectores, a coordenação multisectorial. Contudo, Saúde refere boa relação e coordenação interna e também com o grupo multisectorial. A percepção que os sectores e membros do grupo multisectorial têm sobre a coordenação para a implementação do fluxograma do mecanismo não é a mesma, sendo um constrangimento para o bom desenvolvimento dos processos.

A equipa pesquisadora não detectou fraquezas nos sectores do conhecimento do mecanismo, das tarefas e funções de cada área, o fluxograma, os mecanismos de comunicação e troca de informação, etc. Só no sector Saúde identificou se desconhecimento geral sobre o Mecanismo das pessoas entrevistadas. Neste sentido é importante ter em conta que o pessoal de saúde tem maior rotação que nos outros sectores e também há muitas mais pessoas envolvidas porque o atendimento sanitário é 24 horas 7 dias.

Embora o sector saúde tinha menos conhecimento teórico do MMAIMVV, o trabalho do sector de saúde se pode classificar como positivo porque há protocolos internos de atendimento para os casos de vítimas de violência nos CAIVVs mas também nas unidades sanitárias e nos bancos de socorro. Os sectores de polícia e acção social conhecem a descrição técnica e o regulamento do Mecanismo, mas não implementam com qualidade por muitas causas, uma delas a falta de recursos materiais e humanos.

Mecanismo de coordenação

O constrangimento mais importante detectado é a não utilização correcta da ficha única do Mecanismo. As causas de não utilização são várias, mas a comum é a falta de coordenação entre sectores. Esta fraqueza é identificada na literatura revisada de Africa do Sul (Artz L, 2018) entretanto, o uso desta ferramenta é vista como um factor para o bom encaminhamento e seguimento dos casos.

Embora nos encontros individuais percebe-se a boa coordenação entre sectores, no grupo focal foi evidente que não existia. Além, todos os sectores reclamaram muito a falta de coordenação especialmente com o IPAJ e a procuradoria. São também parte do grupo multisectorial do Mecanismo, mas é o único sector que não tem como dinâmica interna de trabalho habitual o feedback dos casos aos outros sectores. A polícia sente esta falta especialmente porque é o sector responsável da queixa e abertura do auto para o processo judicial.

Como factor interessante neste critério de coordenação é necessário sinalar o papel da sociedade civil e das organizações e associações sociais que trabalham pelos direitos das mulheres. Muitas organizações trabalham com activistas e profissionais que recebem e acompanham as vítimas no processo do Mecanismo. De facto, são consideradas como porta de entrada pelo Mecanismo e os sectores reconhecem a sua eficácia e eficiência, e até são provedores de serviços jurídicos e sociais. Desde Acção Social fazem referência que há casos complexos que os mesmos provedores de acção social encaminham para organizações da sociedade civil para o melhor atendimento da vítima.

Uma conclusão dos encontros dos grupos focais é a necessidade da coordenação entre os actores de prevenção e identificação (Sociedade civil) e os actores responsáveis da resposta às vítimas (governo, sectores do Grupo Multisectorial do Mecanismo). Além disto, todos eles participam de acções de sensibilização, donde a importância da mútua colaboração, mais uma vez, ficou manifestada nos grupos focais.

Formação provedores

Outras das fraquezas identificadas nos sectores é a falta de formação dos profissionais. Além de ter planificações anuais de formação, a realidade não responde. Nos encontros individuais reivindicavam acções de formação continuada e troca de experiências entre o mesmo sector, com colegas de outros pontos de atendimento, e até com profissionais de outras províncias. Também manifestavam que para melhorar coordenação intersectorial é importante a troca de experiências ou encontros de coordenação com provedores dos outros sectores.

Os temas de formação mais solicitados nas entrevistas foram os conceituais sobre género, violência e patriarcado e sobre direitos humanos e direitos das mulheres, além das áreas técnicas sectoriais e sobre o Mecanismo mesmo.

Atendimento integrado: CAIVV

A população entrevistada que trabalha nos CAIVV valorizava muito compartilhar o espaço físico com todos os sectores, por enquanto é compartilhar profissionalmente com colegas dos outros sectores do Mecanismo. Facilita a comunicação, a coordenação e que as mulheres vítimas estejam com o atendimento integrado. Este é um dos objectivos da criação dos CAIVV que se está a cumprir, isto é, a equipa pesquisadora verificou a eficácia do atendimento integrado nos CAIVV.

No entanto, Acção Social e a Procuradoria não têm presença diária e continuada, então não há um atendimento realmente integrado e continuado nos CAIVV da Cidade de Maputo.

As portas de entradas que não são CAIVV (GAFMVV, esquadras, unidades de saúde) são menos eficientes porque as mulheres devem se deslocar para cada consulta segundo o sector. Nas entrevistas comentam que há muitos casos abertos, mas sem ser oficialmente “autos” enquanto as MVV não voltam à porta de entrada de origem com a ficha única ou o relatório necessário para continuar com o processo, depois de encaminhar para outro sector (desde a esquadra ou gabinete para a US, ou vice-versa).

No GAFMVV central de Alto Maé tem um arquivo para estes casos não ultimados como “autos”. Profissionais, provedores expõem que segundo a sua experiência a VBG é crónica e recorrente. Neste sentido é muito provável que a vítima volte e assim têm o caso com os antecedentes necessários. Os profissionais polícias reconheciam o ciclo de violência nas mulheres e valorizam ter a informação dos antecedentes disponíveis se a MVV voltar.

Respeito a diferença entre atendimento integrado dos CAIVV e nas outras portas de entrada acrescentar que o atendimento psicológico fica como factor diferencial: nos CAIVV há atendimento psicológico enquanto nas esquadras, gabinete e unidades sanitárias não há. O atendimento nos gabinetes ou esquadras fica com a fraqueza da resposta psicológica às MVV. Provedores polícias referem que todas as MVV e as suas Crianças têm de ter atendimento psicológico pelas características da VBG que sofrem. Identifica-se como um factor para a qualidade e humanização do atendimento às vítimas. No estudo sobre a implicação das comunidades na resposta contra a VBG em Ruanda (Mannell J, 2018) destacam que a resposta psicológica às MVV sempre tem de estar presente pela saúde mental das mulheres e dos seus filhos e filhas.

Casas de atendimento ou refúgio

Outra fraqueza identificada é a dificuldade do Mecanismo para dar protecção às MVV que precisam e os seus filhos e filhas. Todos os sectores identificam a mesma situação de desprotecção quando as MVV devem voltar para as suas casas aonde vive o agressor. Na Cidade de Maputo não há nenhuma casa de acolhimento com estas funções. Todos os sectores só podem oferecer máximo 24h às vítimas, Acção social procura o espaço adequado entre o entorno da vítima e se não é possível e nos casos extremos, as mulheres vítimas e as suas crianças, ficam acolhidas na casa de acolhimento de Idosos da Direcção de Género, Criança e acção social. Na Acção social reconhece-se que estas situações dificultam o normal funcionamento e dinâmicas destes centros de acolhimento e cria desconforto tanto para mulheres vítimas, como para as pessoas idosas residentes.

CONCLUSÕES

- Os dados confirmam que não há um perfil socioeconómico nem geográfico das mulheres vítimas. Isto é, não pode se obter uma descrição de factores ou variáveis sobre as MVV que possam definir a maioria das mulheres vítimas.
- 71% das mulheres vítimas mantêm-se no processo do Mecanismo independentemente das variáveis pessoas dependentes, nível de escolaridade e recursos económicos. A percepção da sociedade civil e dos provedores é o contrário.
- Respeito ao perfil dos agressores, não há associação estatística entre a idade dos agressores e a aderência das MVV. Mas sim há associação estatística entre o nível de escolaridade do agressor e a aderência das MVV ao Mecanismo. A proporção de agressores com nível de escolaridade médio e alto é 20 pontos superior ao nível de escolaridade das MVV.
- Na bibliografia estudada não há dados sobre o perfil dos agressores e mesmo se identifica a grande franqueza literária nesta área. Não foi possível encontrar evidência respeito as variáveis independentes relacionadas com os agressores.
- Além, a população provedora dos serviços do Mecanismo também descreve a alta percentagem de agressores com bom nível socioeconómico e profissional. Este fato é identificado como um constrangimento para a resolução dos casos e recuperação das mulheres vítimas, tanto desde o nível institucional como ao nível social e comunitário.
- A pesquisa descreve que as mulheres com bom nível de escolaridade e nível socioeconómico sofrem expressões de violência mais graves. Os agressores desenvolvem estratégias de submetimento mais agressivas perante as mulheres com recursos e capacidade de resposta. Contudo, este fato não é identificado na literatura que relata o aumento da vulnerabilidade das mulheres de baixo nível socioeconómico.
- Os dados estatísticos descritivos reflectem que o sexo da pessoa provedora do primeiro atendimento não é um factor de associação com a aderência das MVV ao processo na Cidade de Maputo. A proporção de aderência é muito alta e no primeiro atendimento são mulheres numa percentagem elevada.
- As MVV valorizaram positivamente o serviço recebido. Contudo, as percepções das MVV respeito aos critérios relacionados com a qualidade e humanização não são bons. As MVV, ainda as que finalizaram o processo, sentiram medo ou não sentiram empatia e credibilidade em elas durante os processos. Estes aspectos obrigam à reflexão da necessidade de empatia para melhorar a qualidade e humanização que os profissionais e provedores devem mostrar nos casos de VBG.

Para melhorar a qualidade do atendimento do MMAIMVV

Um dos recursos mais importantes para o bom desempenho do MMAIMVV são os CAIVV. Contam com uma equipa multidisciplinar de profissionais para o bom atendimento integrado. A ficha única considera-se um grande avanço para a recolha de dados onde se mostra a informação obtida de forma susceptível e permite quantificar a história real. Serve de relação entre os diferentes serviços e profissionais e forma parte de um sistema de dados. Embora isto, existem lacunas para o bom funcionamento do mecanismo, já que não utilização da ficha única, o trabalho de forma descoordenada entre actores que implementam o mecanismo, o fraco seguimento dos casos individualizados, a falta de formação e sensibilidade dos profissionais e os poucos recursos tanto materiais como humanos além das dificuldades para elaborar uma base de dados partilhada em Rede impossibilitam o óptimo funcionamento do Mecanismo.

As MVV precisam do atendimento integrado. Elas vão ao Mecanismo em resposta a uma agressão concreta de um tipo de violência concreta, mas as vidas com Violência Baseada no Género nunca são com um único tipo de violência. O atendimento, a resposta e a reparação devem ser integrados. O Mecanismo actualmente tem fraquezas para oferecer o atendimento integrado eficaz. Recomendações para melhorar a qualidade do atendimento:

- **Melhora da coordenação entre os sectores do Grupo Multisectorial:**
 - Encontros eficazes de coordenação intersectorial, além dos encontros do Grupo Multisectorial
 - Encontros de troca de experiências e oficinas de análise de casos e/ou assuntos de gestão e coordenação do Mecanismo
- **Capacitação continuada:**
 - Aumento do conhecimento sobre o mecanismo: Legislação, o fluxograma, a ficha única, protocolos de cada sector
 - Aumento dos conhecimentos do marco conceptual e sociológico de género e VBG, enfoque de direitos humanos. Aspectos psicológicos e de atendimento as pessoas.
 - A importância da empatia com as vítimas e o atendimento humanizado
- Encontros de coordenação com a sociedade civil: acções de sensibilização para prevenção e identificação de casos. Coordenação na resolução de casos segundo as capacidades de cada sector. Recomenda-se inserir a sociedade civil nos encontros de troca e coordenação do Grupo Multisectorial
- Disponibilidade de recursos materiais e humanos. Criar o atendimento psicológico em todas as portas de entrada, não só nas de saúde
- Fortalecimento dos CAIVV existentes com todos os serviços o 100% do tempo. Acrescentar o número e a acessibilidade de CAIVV da cidade
- Ampliar os serviços de protecção com refúgio para as MVV e as suas crianças.

Não há uma relação entre o tempo de duração dos processos e o número de consultas e atendimentos. A variabilidade do tempo de duração de cada processo é muito alta com valores extremos que produzem dispersão dos resultados. Recomenda-se estudar as causas da diferença descrita dos tempos de duração de cada processo. É um critério para a melhora da qualidade do atendimento e da resposta rápida e eficaz as mulheres vítimas para sair da vida de violência e disfrutar dos seus direitos.

Para conhecer melhor o fenómeno da VBG

A frequência de desistência resultou baixa e o número de amostra (n) das mulheres que não permanecem o processo não permite aplicar testes estatísticos para verificar possíveis associações com as variáveis independentes. Igualmente algumas variáveis independentes relacionadas com o agressor não tinham o número amostra (n) suficiente para fazer análises estatísticas. Num estudo mais amplo, com população amostra, mas elevado, talvez pode ser possível descrever a variável dependente de mulheres que desistem de continuar no processo do Mecanismo para clarificar possíveis factores para abandonar o processo.

- No entanto, a pesquisa associa a escolaridade dos agressores com a aderência das MVV. Os dados sobre nível de escolaridade e nível profissional dos agressores respeito as MVV são interessantes de aprofundar.
- A pesquisa teve alguma conclusão diferenciada da evidência científica disponível, como por exemplo o relacionamento da vulnerabilidade das mulheres vítimas com o seu nível socioeconómico. Tendo em conta os estudos que concluem diferente à presente pesquisa, pode ser uma linha de aprofundamento.
- Na bibliografia encontrada de Moçambique e da região de Africa Austral, não há referencia nem descrição sobre os agressores nem relacionamento com as MVV. Identifica se como um grande vazio na investigação sobre VBG que esta pesquisa convida a investigar ainda não obter resultados concludentes, mas sim são interessantes e abrem portas de pesquisa.

BIBLIOGRAFÍA

- Amorós, C. (2005). La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para las luchas de las mujeres. Madrid.
- Artz L, M. T. (2018). Legal duties, professional obligations or notional guidelines? Screening, treatment and referral of domestic violence cases in primary health care settings in South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*.
- Bazargan-Hejazi S, M. S. (2012). Patterns of Intimate Partner Violence: a study of female victims in Malawi. *Journal Of Injury And Violence Research.*, 38-50.
- Coordenadora de ONG da Comunidade de Madrid. (2010). Manual Digital de Género. Madrid. Recuperado el 20 de Julho de 2018, de http://www.fongdcam.org/manuales/genero/datos/index_2.html
- Governo da República de Moçambique. (2009). Lei nº 29/2009, de 29 de setembro (lei da violência Doméstica Contra a Mulher. Maputo.
- Governo da República de Moçambique. (2012). Mecanismo Multisectorial de Atendimento Integrado à Mulher Vítima de Violência. Maputo.
- INE. (2017). Relatório Homens e Mulheres em Moçambique 2017. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado el 15 de Outubro de 2018, de <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/publicacoes/mulheres-e-homens/mulheres-e-homens-em-mocambique-2017/view>
- INE. (2018). Anuário Estatístico 2017. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística.
- INE-IOF. (2016). Relatório do módulo da força de trabalho. Inquérito ao orçamento familiar. Moçambique.
- INE-VD. (2017). Estatísticas de Violência Doméstica, 2017. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística.
- Krieger, P. (2015). Desafios do atendimento à mulher em situação de violência no âmbito dos CREAS. Seminário Nacional de Serviço social, trabalho e política social. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal De Santa Catarina.
- Mannell J, S.-R. I. (2018). The implications of community responses to intimate partner violence in Rwanda. *Plos ONE*.
- OMS. (2014). Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo.
- ONU Mulheres. (2018). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Diferentes formas de violencia. New York. Recuperado el 11 de noviembre de 2018, de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- ONU Mulheres. (2016). Relatório do Estudo Exploratório sobre a situação de violência contra as Mulheres e Raparigas nos Espaços Públicos. Maputo.
- Rubin, G. (1975). The traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex. Toward an Anthropology of Women., Monthly Review Press.
- Steele SJ, e. a. (2019). The epidemiology of rape and sexual violence in the platinum mining district of Rustenburg, South Africa: Prevalence, and factors associated with sexual violence. *PLOS ONE* .
- UNDP. (2018). Human Development Reports. Annual Report. Obtenido de <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/MOZ>

- UNFPA-Moçambique. (2017). Suplemento do Relatório sobre o Estado da População Mundial, 2017. Moçambique. Mundos distantes, Saúde Reprodutiva e Direitos numa Era de Desigualdade, Maputo.
- United Nations. (1979). The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women . Obtenido de <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>
- United Nations. (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. 85th Plenary meeting. Obtenido de <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- United Nations. (1993). World Conference of Humans Righth. Vienna. Obtenido de <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>
- Vera G, D. L. (2014). The characteristics of the Violence against Women in Mozambique. Scientific Research Publishing (SCIRP).
- Zacarias A, e. a. (2012). Intimate partner violence against women in Maputo city, Mozambique. BMC International Health and Human Rights, 12:35.

