

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO**

POTIGUARA DE OLIVEIRA PAZ

**A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA: perspectivas para o cuidado em saúde**

Porto Alegre

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO**

POTIGUARA DE OLIVEIRA PAZ

**A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA: perspectivas para o cuidado em saúde**

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Eixo temático: Atenção em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Paz, Potiguara de Oliveira
A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA: perspectivas para o cuidado em saúde /
Potiguara de Oliveira Paz. -- 2019.
92 f.
Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Resiliência psicológica. 2. Violência contra a
mulher. 3. Violência de gênero. 4. Gênero e saúde. 5.
Vulnerabilidade em saúde. I. Witt, Regina Rigatto,
orient. II. Título.


POTIGUARA DE OLIVEIRA PAZ

**A COSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA EM MULHERES FRENTE À VIOLÊNCIA:
PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO EM SAÚDE.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA



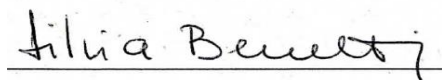
Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Letícia Becker Vieira

Membro da banca - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

Membro da banca - HCPA



Profa. Dra. Aline Alves Veleda

Membro da banca - UFCSPA

AGRADECIMENTOS

Desejo agradecer a todos que contribuíram para a realização desta tese, fazendo parte da trajetória de aprendizado no curso de doutorado.

Agradeço a Deus pelos desafios vencidos, pelo aprendizado conquistado e pelo crescimento de minha evolução pessoal.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul que contribuiu para minha formação com o ensino de qualidade. Também agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela ajuda financeira com a bolsa de estudos que permitiu dedicar-me de maneira integral.

Agradeço à minha orientadora, professora Regina Rigatto Witt, por me acolher como orientando, pela paciência, pelos livros, pelos conselhos, pelas orientações e aprendizado que muito contribuiu na trajetória de minha formação.

Obrigado à minha família por me proporcionar condições, grandes alegrias, apoio e incentivo em muitos momentos, pela compreensão da ausência necessária para a construção desta tese e por sempre acreditarem em meu potencial.

Obrigado aos meus amigos de Bagé e aos amigos que fiz durante o curso de doutorado, que acompanharam minha caminhada, incentivando a busca por conhecimento e a vitória de muitas dificuldades.

Agradeço às professoras Dagmar e Érica por sempre me incentivarem a seguir em frente diante dos desafios e por serem grandes motivadoras.

Obrigado à Natália e Laura que me ajudaram muito, com muita dedicação e pelas trocas de aprendizado.

Obrigado à Tuta, pelas orações e pela torcida durante toda a minha caminhada.

Agradeço às mulheres, participantes da pesquisa, que abriram a sua vida para falar da experiência de violência e contribuíram muito para a realização deste estudo.

RESUMO

PAZ, P. O. **A construção da resiliência de mulheres em situação de violência:** perspectivas para o cuidado em saúde. 2019. 60 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Este estudo tem o objetivo geral analisar a construção da resiliência das mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos consistiram em analisar as vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência e conhecer o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência. Pesquisa qualitativa realizada com 15 mulheres em monitoramento no Centro de Referência e Atendimento a Mulher, por meio de duas etapas de entrevistas semiestruturadas realizadas com cada participante, entre o segundo semestre de 2017 e o primeiro de 2018, tendo o intervalo de seis meses entre as duas entrevistas com a perspectiva do Método de História Oral Temática. Para análise das informações foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática e o *software NVivo 11*. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul número do parecer 2.546.536, CAAE: 68940717.3.0000.5347. Os resultados da pesquisa geraram dois artigos, o primeiro sobre a “Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado”. A análise da primeira etapa de entrevistas, a partir da perspectiva do referencial de vulnerabilidade em saúde, destacou o isolamento social, o medo ou a vergonha em denunciar, a dependência financeira, a perda da liberdade, a autoestima fragilizada, a ausência de apoio formal, a decisão de denunciar e buscar ajuda, o vínculo interpessoal, a medida protetiva e a dificuldade de acesso à informação. Em nível individual e programático as vulnerabilidades apresentam-se caracterizadas e fornecem sustentação para a vulnerabilidade social baseada na desigualdade de gênero, indicando a necessidade de consolidar avanços nas políticas públicas pela equidade de gênero, tendo a intenção de eliminar a violência contra as mulheres. O segundo artigo trata da “Construção da resiliência de mulheres em situação de violência”, abrangendo as duas etapas de entrevistas, com o intuito de conhecer o processo de construção da resiliência das mulheres diante da violência de forma longitudinal, sob o enfoque do referencial da metáfora da *casita* de resiliência, evidenciando na fundação as necessidades básicas e a rede de apoio informal das mulheres, na planta baixa a capacidade de encontrar um sentido para sua vida e o filho como disparador para a busca de ajuda, o primeiro piso refere-se ao fortalecimento da autoestima, do humor e em desenvolver atitudes e competências ao enfrentamento da violência, e o sótão relacionado à perspectiva de futuro das mulheres. A *casita* como referencial para o cuidado das mulheres pode promover a resiliência, tendo em seu significado o empoderamento das mulheres. A perspectiva do cuidado pela construção da resiliência configura-se como um processo não linear e dinâmico, tendo a experiência do crescimento pessoal, a escolha de viver uma vida sem violência e o pressuposto de que mulheres que enfrentam a violência constroem resiliência.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Violência contra a mulher. Violência de gênero. Gênero e saúde. Vulnerabilidade em saúde. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

PAZ, P. O. **The construction of resilience of women in violence situation:** perspectives for health care. 2019. 60 f. Thesis (PhD in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

This study has the objective to analyze the resilience of women in situations of violence in Reference Center of Care Women of Porto Alegre/RS. The specific objectives were to analyze the vulnerabilities of women assisted in Reference Center of Care Women in Situation of Violence and to know the process of resilience of women in violence situation. Qualitative research performed with 15 women in monitoring at the Center of Reference and Care Women, through two stages of semi-structured interviews with each participant, between the second half of 2017 and the first half of 2018, with a six-month interval between the two interviews with the perspective of the Thematic Oral History Method. For the analysis of the information, the thematic content analysis technique and the Nvivo 11 software were used. The project was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul opinion number: 2.546.536, CAAE: 68940717.3.0000.5347. The results of the research generated two articles, the first one on the "Vulnerability of women in situation of violence attended in specialized service". The analysis of the first stage of interviews, from the perspective of the vulnerability referential in health, highlighted social isolation, fear or shame in denouncing, financial dependence, loss of freedom, fragile self-esteem, lack of formal support, the decision to denounce and seek help, the interpersonal bond, the protective measure and the difficulty of access to information. At the individual and programmatic levels the vulnerabilities are characterized and provide support for social vulnerability based on gender inequality, indicating the need to consolidate advances in public policies for gender equality, with the intention of eliminating violence against women. The second article deals with the "Construction of the resilience of women in situations of violence", covering the two stages of interviews, in order to understand the process of building women's resilience to violence in a longitudinal manner, under the metaphor of the house of resilience, evidencing in the foundation the basic needs and the informal support network of the women, in the ground floor the capacity to find a meaning for its life and the son as a trigger for the search of help, the first floor refers strengthening self-esteem, humor and developing attitudes and skills to face violence, and the attic related to the perspective of the future of women. The house as a reference for the care of women can promote resilience, having in its meaning the empowerment of women. The perspective of care by building of resilience is a nonlinear and dynamic process, having the experience of personal growth, the choice to live a life without violence and the assumption that women who face violence build resilience.

Keywords: Resilience psychological. Violence against women. Gender-based violence. Gender and health. Health vulnerability. Women's health.

RESUMEN

PAZ, P. O. *La construcción de resiliencia en las mujeres ante la violencia: perspectivas para el cuidado de la salud*. 2019. 60 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Este estudio tiene el objetivo general de analizar la construcción de la resiliencia de las mujeres en situación de violencia atendidas en el Centro de Referencia y Atendimento a la Mujer en Situación de Violencia en la ciudad de Porto Alegre/RS. Los objetivos específicos consistió analizar las vulnerabilidades de las mujeres atendidas en un Centro de Referencia y Atendimento a la Mujer en Situación de Violencia y conocer el proceso de resiliencia de las mujeres para enfrentar la violencia. Investigación cualitativa realizada con 15 mujeres en monitoreo en el Centro de Referencia y Atendimento a la Muje, a través de dos etapas de entrevistas semiestructuradas realizadas con cada participante, entre el segundo semestre de 2017 y el primero de 2018, teniendo un intervalo de seis meses entre las dos entrevistas con la perspectiva del Método de Historia Oral Temática. Para el análisis de la información fue utilizada la técnica de Análisis de Contenido Temático y el software NVivo 11. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul número de parecer 2.546.536, CAAE: 68940717.3.0000.5347. Los resultados de la investigación generaron dos artículos, el primero sobre la "Vulnerabilidad de las mujeres en situación de violencia asistidas por un servicio especializado". El análisis de la primera etapa de las entrevistas, desde la perspectiva del marco de vulnerabilidad de la salud, destacó el aislamiento social, el miedo o la vergüenza al denunciar, la dependencia financiera, la pérdida de libertad, la baja autoestima, la falta de apoyo formal, la decisión de informar y buscar ayuda, el vínculo interpersonal, la medida protectora y la dificultad de acceso a la información. En el nivel individual y programático, las vulnerabilidades se caracterizan y apoyam a la vulnerabilidad social basada en la desigualdad de género, lo que indica la necesidad de consolidar los avances en las políticas públicas para la igualdad de género, con la intención de eliminar la violencia contra las mujeres. El segundo artículo trata sobre la "Construcción de la resiliencia de las mujeres en situación de violencia", que abarca dos etapas de las entrevistas, para conocer el proceso de construcción de la resiliencia de las mujeres frente a la violencia de forma longitudinal, bajo el enfoque de la metáfora de la casita de resiliencia, destacando en la fundación las necesidades básicas y la red de apoyo informal de las mujeres, en la planta baja la capacidad de descubrir un sentido para su vida y el hijo como un disparador para buscar ayuda, el primer piso se refiere al fortalecimiento de la autoestima, el humor y el desarrollo de actitudes y competencias para enfrentar la violencia, y el altillo relacionado con la perspectiva futura de las mujeres. La casita como referencia para el cuidado de las mujeres puede promover la resiliencia, teniendo en su significado el fortalecimiento de las mujeres. La perspectiva de cuidado a través de la construcción de la resiliencia se configura como un proceso no lineal y dinámico, teniendo la experiencia de crecimiento personal y la opción de vivir una vida sin violencia y la suposición de que las mujeres que enfrentan la violencia construyen resiliencia.

Palabras Clave: *Resiliencia psicológica. Violencia contra la mujer. Violencia de género. Género y salud. Vulnerabilidad en salud. Salud de la mujer.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAM	Centro de Referência e Atendimento à Mulher
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	21
3.2	RESILIÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	27
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2	CAMPO DE ESTUDO.....	33
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.4	COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	34
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	36
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
5	RESULTADOS.....	40
5.1	ARTIGO 1.....	40
5.2	ARTIGO 2.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A – Carta à Coordenação do Centro de Referência de Atendimento à Mulher.....	85
	APÊNDICE B – Primeira entrevista com as participantes do estudo.....	86

APÊNDICE C – Segunda entrevista com as participantes do estudo..... 87

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 88

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFRGS..... 89

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi construída sob o enfoque de investigar as dimensões da vulnerabilidade e a resiliência das mulheres, direcionando a investigação para o processo de enfrentamento da violência, buscando evidenciar os fatores facilitadores e restritivos, a fim de contribuir para a prática em saúde e enfermagem.

Direcionada às mulheres em situação de violência, o processo de resiliência estrutura-se em um percurso que se inicia com atitudes de enfrentamento e adaptação à nova realidade. Quando se encorajam para denunciar a violência, cria-se o primeiro passo para romper com esta situação e manter-se afastadas do agressor, buscando um novo sentido para suas vidas (MARCOVICZ; RAIMONDO; LABRONICI, 2014).

No entanto, este não é um processo linear, pois o enfrentamento é demarcado por diferentes entraves sejam eles a dependência econômica, a dificuldade psicológica ou o isolamento social que desencadeiam a falta de suporte individual para o enfrentamento da violência e distanciamento do agressor.

As mulheres em situação de violência por parceiro íntimo expressam que a ação de denunciar o companheiro pela violência reflete a decisão de romper com um ciclo de agressões que se repetem, de costumes e hábitos que não aceitam mais e que lhe causam grande sofrimento, tendo a expectativa de separar-se, buscando o desejo de ter paz e ressignificar sua vida (VIEIRA *et al.*, 2012).

Corroborando a necessidade e preocupação para o enfrentamento da violência, o fato das agressões geralmente não serem um acontecimento isolado, constituindo-se como uma trajetória de violência dentro da vida das mulheres, que se inicia com ameaças e lesões corporais recorrentes, podendo dar indícios ao futuro feminicídio ou femicídio, conceito que foi criado para se referir aos assassinatos de mulheres decorrente da violência de gênero (OLIVERA; FURIO, 2006). Dessa forma, o fenômeno da violência contra as mulheres precisa ser entendido e analisado como parte de um contexto histórico complexo, que ocorre em micro relações e no cotidiano, criando uma expressão cultural naturalizada nas relações, nos comportamentos, nas atitudes e práticas sociais (MINAYO, 2006).

No momento em que as mulheres vivenciam a violência, dentro de sua vida ou no contexto familiar, é possível estabelecer o enfrentamento, sendo este o primeiro momento do processo de resiliência, quando as mulheres conseguem verbalizar a experiência traumática

atribuindo-lhe um significado no intuito de proteger-se. O segundo momento está relacionado com a capacidade de reconstruir sua vida de maneira digna, buscando um novo sentido para viver, entretanto, ressalta-se que não é possível apagar os traumas relacionados à violência, mas é provável que o apoio da família e dos profissionais de saúde seja um atributo importante de resiliência das mulheres em situação de violência (LABRONICI, 2012).

O conceito de resiliência foi aprimorado sendo algo muito maior que apenas resistência e recuperação, englobando os atributos: recuperação; determinação; apoio social; e, auto eficácia. Recuperação é a capacidade de enfrentar algum evento adverso e conseguir recuperar-se. Determinação representa a crença de conseguir superar um problema. Apoio social é um importante atributo, pois ao ter uma relação positiva com uma pessoa é identificada a abertura para expressar seus sentimentos e conseguir refletir sobre determinada situação. Auto eficácia é a capacidade de realização de uma pessoa conseguir lidar com uma dificuldade e superá-la. Estes atributos relacionam-se com os fatores de proteção externos e internos da resiliência que promovem saúde e eliminam/reduzem o impacto negativo do trauma (GARCIA-DIA *et al.*, 2013). O conhecimento dos fatores de proteção é importante para identificação de estratégias de enfrentamento (SEIDL; BENETTI, 2011b).

Segundo Barbosa (2006), a resiliência humana se define como a capacidade de lidar com os problemas, resistir a situações adversas e superar barreiras, sendo que a resiliência de uma pessoa é diretamente relacionada com sua adaptação em um contexto, sendo influenciada por determinados aspectos: controle das emoções e da impulsividade o que permite ter um grau de compreensão mais apurado da realidade em situações extremas; otimismo representado pela crença da mudança das situações ruins; análise do ambiente preocupado em identificar as causas dos problemas, permitindo que as pessoas se coloquem em um lugar mais seguro e não se expor; empatia que é a capacidade de compreender e sentir o que o outro sente; auto eficácia se refere em conseguir realizar as ações para superar dificuldades; e, acesso às pessoas como capacidade de se vincular, potencializando soluções para enfrentar determinado problema (BARBOSA, 2006).

O referencial sobre vulnerabilidade em saúde foi difundido na década de 90 relacionado aos estudos da epidemia de HIV/AIDS, tornando-se a alternativa analítica para superar o conceito de risco, sua abordagem epidemiológica e práticas preventivas, tendo o enfoque na atenção integral do cuidado e na mobilização social com o embasamento nos Direitos Humanos (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Nesse contexto, tornou-se possível compreender que a suscetibilidade de contágio estava relacionada a um conjunto de fatores econômicos, sociais e culturais que se encontravam muito além da responsabilidade atribuída

ao comportamento individual pelo contágio, sendo necessário considerar fatores que transcendiam o aspecto biológico da epidemia (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A abordagem da vulnerabilidade dedica-se em aprofundar o conhecimento de como dinâmicas sociais e culturais, e sua influencia nos aspectos individuais, criam condições e a possibilidade de certos perigos e ameaças concretizarem-se pela suscetibilidade de uma população (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Ao analisar situações de vulnerabilidade de determinada população torna-se possível desenvolver políticas públicas de acordo com a realidade, reconhecendo as necessidades das pessoas sob o enfoque individual, social e cultural, bem como as lacunas na rede de serviços. Tendo o enfoque da violência contra as mulheres é necessário levar em consideração a relação de suscetibilidade das mulheres a esse agravo e à menor disponibilidade de recursos para sua proteção em uma rede de serviços e uma legislação que proporcione suporte, em uma mediação de abrangência individual, social e programática das políticas sociais (PAIVA, 2013).

A perspectiva analítica o conceito de vulnerabilidade abrange três dimensões: individual, social ou coletiva e programática ou institucional envolvidas no processo saúde/doença. Relacionado à violência contra as mulheres, vulnerabilidades individuais e programáticas em suas características articulam-se e constituem a vulnerabilidade social baseada na desigualdade de gênero (TEJADA; LOPES, 2018).

A vulnerabilidade individual ocorre no momento em que as mulheres perdem a liberdade, a autonomia de ir e vir, de decidir o melhor para si, na escolha do seu modo de vestir, com quem se relaciona e no controle do seu dinheiro; e, a vulnerabilidade programática decorre das lacunas no planejamento e organização da rede de serviços, de profissionais que naturalizam a violência durante o atendimento às mulheres, na ausência de políticas públicas e de uma legislação que proteja as mulheres e ofereça suporte ao enfrentamento da situação de violência, além da ausência de registros epidemiológicos sobre a violência contra as mulheres que possam fornecer o embasamento para a formulação de políticas públicas condizentes com as demandas da sociedade (PAZ *et al.*, 2019).

Em relação ao levantamento de dados sobre violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com a notificação compulsória pelos profissionais de saúde do SUS, no registro dos atendimentos dos casos de violência, em 2014 no Brasil, houve 223.796 vítimas de diversos tipos de violência, sendo 66% (147.691 vítimas) mulheres que precisaram de atendimento por violência doméstica, sexual e/ou outras. O Rio Grande do Sul é o sétimo com o maior índice, 20,3 por dez mil habitantes, a média nacional é 14,2 por dez mil habitantes (WAISELFISZ, 2015).

Estas estatísticas justificam o desenvolvimento de políticas de gênero constituídas por determinado valor, relacionado à demanda e aos problemas de uma população, ao conhecimento e investigação de suas necessidades e por razões de Governo. A formulação e implantação de políticas públicas para as mulheres requer articulação em diferentes setores da sociedade, planejamento para sua aplicabilidade e um desenho estratégico para sobreviver às mudanças e manter continuidade frente às mudanças nos cenários político, econômico e cultural de um país (PRINCE, 2015).

O registro de queixas em uma Delegacia é uma decisão conflituosa para as mulheres em situação de violência, que vivem ameaças periódicas. É uma decisão difícil que envolve a exposição de situações íntimas, pois o que era privado se tornará público. Quando as mulheres decidem registrar a ocorrência na delegacia esperam obter ajuda, no sentido reverter o ciclo de agressão. No entanto, em muitos casos, elas não desejam que seus companheiros sejam punidos, acreditando que eles poderão mudar suas atitudes, devido às advertências verbais da autoridade policial (GREGOLETI; PAULA; KODATO, 2016).

A vergonha das mulheres em expor que são agredidas fisicamente é um dos sentimentos mais constrangedores. Dessa maneira, quando denunciam seu companheiro esperam encontrar apoio institucional, o que nem sempre acontece. Além da dependência financeira, do medo, do constrangimento de ter sua vida averiguada, o retorno ao convívio com o agressor são fatores e situações que a levam a retirar a queixa, diante da promessa do parceiro de não mais agredi-la novamente ou, até mesmo, por medo das ameaças e de futuros episódios de violência, o que propicia nas mulheres alternância de sentimentos com períodos de esperança no resgate do amor antigo e seguro, com outros de desesperança, no qual predominam a sensação de medo e fracasso pelo convívio com a violência estabelecida (DEEKE *et al.*, 2009).

A violência contra as mulheres acontece na maioria das vezes no ambiente domiciliar, caracterizada por atos repetitivos e agravada pela intensidade, abrangendo a coerção, o cerceamento, a humilhação, a desqualificação, as ameaças, as agressões físicas e sexuais variadas, provocando medo permanente nas relações dentro do ambiente familiar. Esta violência quando acompanhada de problemas adicionais como uso de drogas, alcoolismo, problemas mentais e pobreza torna as agressões ainda mais humilhante para as mulheres, entretanto estes problemas não podem ser considerados como a causa que gera a violência (SOARES, 2005; FULU *et al.*, 2013).

A violência doméstica é um dos tipos da violência de gênero, baseada na dominação masculina, atingindo as mulheres no seu próprio domicílio, um local privado onde deviam

sentir-se seguras. A violência de gênero é uma violência construída cultural e socialmente, sempre legitimada por uma cultura patriarcal que privilegia o masculino nas relações interpessoais e organização social (SAFFIOTI, 2004). A violência de gênero torna-se possível a partir da naturalização de determinados contextos nas relações de poder de gênero e sexualidade quando são legitimadas em diferentes instâncias sociais (MEYER, 2009).

A violência de gênero manifesta-se contra mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos, tendo base no cenário do patriarcado, em que os homens detêm o poder para determinar a conduta/comportamento das categorias sociais, recebendo autorização para punir ou tolerância da sociedade para agredir o que se apresenta como desvio na ordem das relações (SAFFIOTI, 2001).

O patriarcado favorece o masculino nas relações e na organização social, produzindo a naturalização da violência e o controle das mulheres. No entanto, para existir a manifestação da violência é necessária uma cultura, na qual a violência de gênero é legitimada pela dominação social por meio de relações de poder, como argamassa que edifica as desigualdades, inclusive entre homens e mulheres (SCOTT, 1995; SAFFIOTI, 2001).

A violência é um fator de risco para a saúde física, mental e reprodutiva das mulheres. A exposição à violência pode resultar no aumento do risco de gravidez indesejada, abortos inseguros, doenças sexualmente transmissíveis e filhos com baixo peso ao nascer, sendo que as mulheres em situação de violência utilizam mais os serviços de saúde. Desse modo, o setor saúde deve integrar a rede de atenção às mulheres em situação de violência na sociedade, com um papel crucial no desempenho da prevenção e enfrentamento da violência, principalmente na eliminação de atitudes criadoras de estigmas entre os profissionais de saúde prestadores de cuidado (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015).

É notória a complexidade da violência que demanda no atendimento pelos profissionais de saúde ao cuidar de mulheres. Profissionais melhor preparados possuem maior condição de estabelecer relações de cuidado e vínculo, sendo que o investimento no desenvolvimento e na sensibilização dos profissionais é essencial para a notificação da violência contra as mulheres e consequente a identificação da vulnerabilidade em saúde (WHO, 2012). Este processo não ocorre isoladamente, mas a partir da intencionalidade, disponibilidade e confiança entre o profissional de saúde e as mulheres em situação de violência. Para o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, é importante estar capacitado para perceber a situação de violência em uma relação de cuidado e contribuir na promoção do enfrentamento (FERRAZ, *et al.*, 2009).

Independente do espaço de atuação, os profissionais precisam estar aptos para identificar mulheres em situação de violência e encaminhá-las para serviços de referência, contribuindo para o seu empoderamento e conseqüente ruptura do ciclo de agressões. Vale salientar que as diversas demandas das mulheres extrapolam o poder de resolutividade de apenas um único setor, o que requer um conjunto articulado de ações intersetoriais (MENEZES *et al.*, 2014).

A integração de um trabalho intersetorial necessita de diálogo entre serviços e profissionais da rede de atenção, permeando a comunicação para evitar a fragmentação do cuidado, quando o profissional atende apenas a sua demanda, tendo dificuldade de avaliar cada caso de forma ampliada e refletir sobre as reais necessidades das mulheres em situação de violência (VIEIRA; HASSE, 2017).

A magnitude do contexto da violência demanda organizar a assistência às mulheres, reconhecendo as barreiras culturais e os fatores educacionais. É necessário o desenvolvimento de um cuidado integrado dentro de serviços em rede, garantindo o acolhimento de suas demandas, tendo por base políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres direcionadas à realidade do contexto social (BERNZ; COELHO; LINDNER, 2012). Dessa forma, a gestão no processo de articulação intersetorial é importante, a partir da viabilização e da interação entre as mais diversas instituições, o que torna imprescindível a necessidade de espaços e de encontros com representantes de diferentes instituições para a discussão pública de estratégias ao enfrentamento (MENEZES *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a resiliência como conceito tem sido utilizada para analisar problemas complexos, inicialmente em crianças em situação de violência, investigando sobre seus efeitos na vida adulta para o enfrentamento de problemas adversos e permanentes, bem como a capacidade em suportar altos níveis de *stress*, evidenciando que a resiliência de qualquer pessoa ao longo de sua vida pode ser relacionada e determinada por uma interação das características individuais, do contexto social e da natureza dos eventos adversos, incluindo o seu número, sua intensidade e persistência (HERRMAN *et al.*, 2011).

Em relação à violência contra as mulheres e a resiliência, estudos foram realizados para desvelar o processo de manifestação de resiliência (LABRONICI; 2012), identificar os processos de resiliência em famílias com história de violência conjugal (SEIDL, BENETTI, 2011a), descrever os fatores da resiliência (ARAUCO, SORIA, 2009), os fatores relacionados à violência por parceiro íntimo, o risco de futura violência (KUIJPERS; KNAAP; WINKEL, 2012) e compreender o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual (RODRIGUES, 2010). A resiliência foi descrita como um conjunto de

características que resultam da interação positiva entre componentes individual e ambiental a fim de superar um problema (ARAUCO; SORIA, 2009).

Algumas iniciativas de apoio foram descritas em estudos que descreveram como as mulheres em grupos de autoajuda conseguiram passar da fase de vítima para uma posição resiliente, identificando a percepção das mulheres sobre seu processo de recuperação, a adaptação da violência doméstica (ANDERSON; RENNER; DANIS, 2012) e avaliar a associação existente entre depressão gestacional e antecedentes de violência durante a gravidez, bem como sua relação com o apoio social (LAM *et al.*, 2008).

A intenção desta pesquisa é estudar a resiliência das mulheres, identificando como enfrentaram a violência, e não apenas reconhecer as mulheres como resilientes ou não resilientes, mas entender a construção da resiliência na busca por ajuda. Nessa perspectiva, o significado da resiliência traz o papel das mulheres como agentes ativas para a conseguir sair da situação de violência.

Este estudo é desenvolvido junto à Linha de Pesquisa Enfermagem e Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A motivação em desenvolver esta pesquisa tem por base a experiência adquirida durante o curso de mestrado, investigando as trajetórias de mulheres rurais assassinadas, identificando os fatores que tornaram as mulheres rurais suscetíveis ao femicídio: o isolamento social, o vínculo com o agressor, a condição de pobreza, a pouca escolaridade das mulheres, o consumo excessivo de bebida alcoólica, a ausência de oportunidades de emprego, as dificuldades de acesso aos serviços públicos e a falta de redes de apoio na zona rural evidenciaram vulnerabilidades das mulheres e o desencadeamento dos femicídios, praticado muitas vezes por pessoas próximas que conheciam a sua rotina e valendo-se do vínculo cometeram o assassinato, em circunstâncias oportunas que poderiam ter sido evitadas (PAZ, 2013).

Considerando a problemática exposta e a abordagem da resiliência na saúde, este estudo decorre de inquietudes para as quais se buscam respostas: “Quais são as vulnerabilidades das mulheres em situação de violência? As mulheres que decidiram enfrentar a situação de violência construíram resiliência?”

Assim, defende-se a tese de que a resiliência é construída a partir das trajetórias das mulheres em situação de violência na busca por ajuda, sendo que esta construção pode ser favorecida pela integralidade do cuidado, pelo acolhimento e pelo vínculo com os profissionais de saúde, cuja ação precisa ir além dos cuidados das lesões, ao perceber a complexidade da violência na vida das mulheres, o que requer destes profissionais a

sensibilidade para auxiliar e orientar quanto à denúncia e ao enfrentamento, tendo a perspectiva da responsabilidade social na sua atuação, reconhecendo a violência como um grave problema intersetorial que inclui a saúde.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a construção da resiliência das mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre/RS.

A partir desta perspectiva desdobram-se os seguintes objetivos específicos:

- analisar as vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência;
- conhecer o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentam-se alguns elementos conceituais e teóricos que fornecem sustentação à problemática estudada sobre a resiliência das mulheres em situação de violência.

3.1 POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

O marco para o desenvolvimento de políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres foi estabelecido na década de 70, com o advento das Conferências Mundiais da Mulher. A luta pela eliminação da discriminação da mulher e seu avanço social foi o tema da primeira Conferência Mundial da Mulher, em 1975 na Cidade do México, e formulou um plano de ação para a comunidade internacional em prol da “Igualdade plena de gênero e a eliminação da discriminação por razões de gênero, a plena participação das mulheres no desenvolvimento e maior contribuição das mulheres para a paz mundial” (UNITED NATIONS, 1976). Na segunda Conferência Mundial da Mulher que aconteceu em Copenhague no ano de 1980, o enfoque era “Educação, Emprego e Saúde”, nesta conferência percebeu-se a ausência da participação dos homens para igualdade de gênero e lacuna política na mobilização dos governos para o enfrentamento da desigualdade (UNITED NATIONS, 1980). A Terceira Conferência da Mulher foi em 1985 na cidade de Nairobi, tendo o tema “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000”. Em razão do pouco avanço pela igualdade, esta conferência apontou medidas de cunho jurídico para fortalecer a igualdade na participação social e política das mulheres (UNITED NATIONS, 1986). A Quarta Conferência Mundial das mulheres, em 1995 na cidade de Pequim, com o lema “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, teve uma plataforma de ação para garantir o respeito aos direitos das mulheres como direitos humanos e definiu incluir o conceito de gênero para a agenda internacional (UNITED NATIONS, 1995).

A redução da desigualdade de gênero foi incorporada na agenda do ano 2000, quando foram criados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015 na América Latina e Caribe. Os principais desafios monitorados desde metas estabelecidas anteriormente, quando foram formulados oito objetivos com a finalidade de sintetizar os principais compromissos listados nas grandes Conferências Mundiais: erradicar a pobreza extrema e a fome; obter a educação de nível fundamental como universal; promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres; reduzir a mortalidade das crianças menores que cinco anos; melhorar a saúde materna; combater epidemias de HIV, Malária, Sarampo, Poliomielite e

Tuberculose (as grandes doenças infecciosas); garantir a sustentabilidade do meio ambiente; e, fomentar uma aliança mundial para o desenvolvimento. Estes objetivos concentravam-se em reduzir a fome, a pobreza, as doenças, a desigualdade de gênero e o acesso à água e saneamento até 2015 (CEPAL, 2015).

Especificamente em relação ao objetivo de promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres, o principal desafio foi reduzir as múltiplas discriminações das moradoras da zona rural, das mulheres indígenas e das mulheres negras. Além disso, buscar a igualdade de gênero na remuneração salarial, no mercado de trabalho, no acesso à informação, na educação e na tomada de decisões com representação política de mulheres nos parlamentos. A grande preocupação foi consolidar as conquistas alcançadas pela igualdade de gênero até então, e prevenir o risco de produzir retrocessos para o futuro, marcados pela cultura política e social na formulação de leis que venham a ameaçar a igualdade de gênero (CEPAL, 2015).

Desse modo, no intuito de dar seguimento a Organização das Nações Unidas (ONU) colabora com os governos para continuar um ambicioso programa de desenvolvimento, depois de 2015, contendo 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) com uma agenda mais ampla para 2030, buscando completar aquilo que os objetivos anteriores não conseguiram e ainda ir além, na intenção de abordar “as raízes” da pobreza, da desigualdade e a necessidade universal de um desenvolvimento que beneficie todas as pessoas (UNITED NATIONS, 2015).

O enfoque do quinto ODS busca a igualdade de gênero, tendo por base o empoderamento das mulheres que abrange as seguintes metas: eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres e meninas em todo o mundo; acabar com todas as formas de violência contra as mulheres e meninas nos âmbitos público e privado, incluindo o tráfico e exploração sexual e outros tipos de exploração; eliminar todas as práticas nocivas, como o casamento infantil precoce, forçado e a mutilação genital feminina; reconhecer e valorizar o trabalho doméstico não remunerado mediante a formulação de políticas de proteção social e da promoção da responsabilidade compartilhada para casa e família; assegurar a participação das mulheres nas oportunidades de liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública; garantir o acesso universal a saúde sexual e reprodutiva, conforme o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e

Desenvolvimento, a Plataforma de Ação Pequim¹; realizar reformas que forneçam direitos às mulheres e acesso a recursos econômicos em condições de igualdade, bem como o acesso à propriedade, posse da terra e outros bens, serviços financeiros, herança e patrimônio; melhorar o uso das tecnologias de informação para promover o empoderamento das mulheres; e, aprovar e fortalecer políticas e leis que favoreçam a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas em todos os níveis (UNITED NATIONS, 2015).

Desse modo, ainda é preciso avançar na busca pela ação democrática na ordem de gênero mundial, caminhando em direção à igualdade de participação, de acesso a recursos e de respeito. É essencial ter em mente que o processo de discussão sobre gênero ainda é difícil, mas pode ser potencializado por meio de investigações científicas, que são protagonistas para a construção e implantação de avanços das políticas de gênero (CONNELL; PEARSE, 2015).

Estudo de García-Moreno *et al.* (2015) ressalta um painel de recomendações para a ação “macro” contra a violência contra as mulheres: primeiramente, o estabelecimento de uma liderança para defender publicamente a igualdade de gênero, constituindo mecanismos de coordenação nacional com autoridade e orçamento para desenvolver, implementar e monitorar ações de combate a violência em todos os setores. Em segundo, a criação e o desenvolvimento de leis que reforçam o combate à violência. Em terceiro, o investimento na prevenção da violência por parte dos meios de comunicação para promover a não aceitação da violência. Em quarto, reforçar o papel do setor saúde, por meio de capacitações, treinamentos e conscientização sobre mulheres em situação de violência nos currículos dos cursos de graduação, tendo o enfoque na abordagem ética ao atendimento às mulheres. Em quinto, o desenvolvimento de pesquisas de base populacional, no intuito de medir a magnitude da violência contra as mulheres, estudar vulnerabilidades, apoiar investigações sobre lacunas do conhecimento, elaborar relatórios sobre os impactos no sistema de saúde e investir em pesquisas de avaliação e intervenção nos serviços de saúde.

No Brasil, a trajetória no combate institucional a violência contra as mulheres iniciou na década de 80, com a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Na década de 90, é marco a Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres, também conhecida como Convenção de Belém do Pará. No entanto, somente em 2003 instituiu-se a notificação obrigatória da violência contra as mulheres nos serviços de saúde, bem como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres com *status* de

¹ A Plataforma Pequim, tem por base a Quarta Conferência Mundial da ONU sobre Mulheres, de 1995, é um documento fundamentado em ações, identificando as principais áreas estratégicas no enfrentamento da desigualdade de gênero e direitos humanos (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Ministério (REICHENHEIM *et al.*, 2011), posteriormente esta secretaria passou a ser incluída dentro do Ministério Mulher Família e Direitos Humanos . A convenção inspirou a criação da Lei Maria da Penha no Brasil, em 2006, definindo a violência de gênero por qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual, psicológico, moral e patrimonial às mulheres, tanto no âmbito público como no privado. (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2006). Dessa forma, inicia-se a ampliação do olhar na prevenção da violência dentro das relações de afetividade (BANDEIRA, 2009).

A Lei Maria da Penha cria mecanismos para coibir a violência contra as mulheres, disponibilizando a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar, estabelecendo medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência. Além disso, esta Lei tipifica a violência como física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, enfim uma violação dos direitos humanos (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2006).

Ainda, a Lei 10.778 regulamenta a notificação compulsória da violência contra as mulheres nos serviços de saúde no Brasil, em 2004, estabelece que os casos desta violência sejam objeto de notificação, caracterizando essa violência como uma ação ou conduta, baseada no gênero, decorrente de discriminação, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico às mulheres, tanto no âmbito dos serviços de saúde público quanto no privado (BRASIL, 2003).

Para corroborar a implantação da Lei Maria da Penha foi criado, no Brasil em 2005, o Ligue 180, um serviço de atendimento com a intenção de receber denúncias, relatos de violência e orientar as mulheres sobre seus direitos, realizando encaminhamentos para os serviços quando necessário. A central de ligações tornou-se útil para o levantamento de informações epidemiológicas, que subsidiam a política de enfrentamento da violência e o monitoramento dos serviços que integram a rede de atenção. A Secretaria de Políticas para as Mulheres conta com o apoio do Ligue 180, disponibilizando informações atualizadas sobre o perfil das mulheres que procuram o serviço, os principais problemas identificados na rede, o número de relatos de violência e o tipo de violência denunciada (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2012).

Desde a criação do Ligue 180 já foram realizados mais de quatro milhões de atendimentos. Em 2015, este serviço esteve presente em mais de 15 países com ligação gratuita e disponível 24 horas. No primeiro semestre deste respectivo ano, no Brasil, houve 32.248 casos de violência registrados, sendo 51% relatos de violência física e 31% de violência psicológica. Em relação ao agressor, 70% dos casos foram homens com quem as mulheres têm ou tiveram algum vínculo afetivo: companheiros ou ex-companheiros,

cônjuges, namorados. E ainda, dos atendimentos registrados 81% dos (as) filhos (as) presenciaram ou também sofreram a violência (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2015).

A melhor abordagem para enfrentar a violência é reforçar o sistema de vigilância de mortalidade, desagregando os dados por sexo e garantir a notificação da relação entre vítima e agressor. Em países com escassas informações epidemiológicas são necessárias ações de sensibilização para cooperação entre os serviços de segurança pública, os serviços de saúde e outras instituições governamentais para a coleta de informações e estruturação de relatórios sobre a relação vítima-agressor e o contexto social da violência (WHO, 2012).

Nesse sentido, uma iniciativa do Rio Grande do Sul para o enfrentamento da violência, em 2012, a criação do primeiro Observatório da violência contra a mulher no Brasil, como resultado de um esforço governamental para auxiliar no trabalho de prevenção e combate à violência contra as mulheres. É um serviço sentinela de retaguarda e monitoramento, integrado a outros serviços direcionados ao atendimento da violência como: as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher para o atendimento das denúncias e registros de boletins de ocorrência; a Sala Lilás que realiza os atendimentos de perícia clínica, psíquica e serviço social às mulheres em situação de violência; e, a Patrulha Maria da Penha, na qual uma viatura identificada comparece à residência das mulheres para fiscalizar se a medida protetiva está sendo cumprida, uma ação importante cujo papel é evitar a reincidência da violência e a aplicação da lei.

Em 2014, o projeto da Patrulha Maria da Penha ganhou o prêmio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em Washington na categoria “Governante: a arte do bom governo”. O projeto conta com o apoio da Secretaria de Políticas para as Mulheres, que em reconhecimento ao prêmio investiu na expansão desta iniciativa, em mais de 25 patrulhas pelo interior do Estado e ressalta essa ação como uma medida prática de prevenção da violência, rapidez na identificação dos agressores e apoio às mulheres.

A criação do primeiro Observatório da violência contra a mulher busca desenvolver análises sobre a violência, por meio das ocorrências policiais e sistematizar o conhecimento, planejando o uso de recursos com ações integradas para erradicar a violência. O Observatório tem acesso às informações registradas pela polícia militar e civil nos boletins de ocorrência do Estado. Estas informações encontram-se arquivadas no Sistema Consultas Integradas no Departamento de Estatística da Secretaria da Segurança Pública. O enfoque do Observatório é analisar as denúncias de mulheres em situação de violência, abrangendo ameaças, lesões corporais, estupro e feminicídios. As denúncias, no Rio Grande do Sul, são registradas nos

boletins de ocorrência e notificadas no Sistema Consultas Integradas do Serviço de Segurança Pública, sendo monitoradas pelo Observatório da violência contra a mulher (SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Os dados analisados pelo Observatório da violência contra a mulher apontam Porto Alegre como o município do Rio Grande do Sul com mais denúncias de violência, relacionadas ao femicídio e a tentativa de femicídio no estado em contraste com os municípios do interior. Entre o período de janeiro de 2013 e setembro de 2015, o Observatório identificou em Porto Alegre o total de 29 assassinatos de mulheres e 114 tentativas nos três anos, em relação aos municípios do interior, os de maior número de registros são Caxias do Sul possui o total de 12, Canoas e São Leopoldo registraram 10 femicídios. Sobre as tentativas de femicídio os municípios do interior com maior número são Passo Fundo com 30 tentativas e Canoas com 29. Desse modo, percebe-se que Porto Alegre tem índices superiores de denúncias de violência contra as mulheres relacionadas aos femicídios e tentativas de femicídio, em comparação com os municípios do interior do Rio Grande do Sul (SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O município de Porto Alegre/RS dispõe de diferentes serviços direcionados na atenção às mulheres em situação de violência como: as delegacias da mulher para o registro e denúncia da violência; a patrulha Maria da Penha para o cumprimento de medidas protetivas; a sala lilás do Instituto Geral de Perícia que envolve a perícia física e psíquica das mulheres; a casa Viva Maria, um abrigo protegido, desde 1992, para mulheres em situação de violência; e, um Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), um serviço especializado no atendimento psicossocial às mulheres, realizando acolhimento e orientação às mulheres, criado pelo Decreto Nº 17.477 de 22 de novembro de 2011 (PORTO ALEGRE, 2011). Posteriormente, foi adicionado na nomeação do CRAM o nome Márcia Calixto em memória à enfermeira assassinada pelo marido, o femicídio aconteceu em 2012, junto a seu filho de seis anos que também foi assassinado.

Em 2013 foi implantado no Brasil, o “Programa Mulher: Viver sem Violência”, por meio do Decreto 8.086, com o intuito de promover a integração dos serviços de atenção às mulheres em situação de violência com a criação da “Casa da Mulher Brasileira”, nas capitais das Unidades da Federação, articulando os atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede sócio assistencial e da promoção da autonomia financeira, integrado a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2013a). Percebe-se que o fortalecimento da rede de atendimento às mulheres é importante e necessita

priorizar uma atenção integral com acolhimento, escuta e monitoramento na rede para potencializar a integração dos serviços no cuidado às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2016). No entanto, houve transformações no cenário político brasileiro nos anos seguintes, mas apesar das mudanças o Programa continua em vigor, com o enfoque de combater a violência contra as mulheres.

As transformações, no Brasil, aconteceram com a Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2015, quando perdeu o *status* de Ministério e o vínculo direto com a Presidência da República, tornando-se o Ministério das Mulheres, Igualdade Social e Direitos Humanos. No ano de 2016, esse Ministério foi extinto e a Secretaria de Políticas para as Mulheres foi atribuída suas funções ao Ministério da Justiça e Cidadania. Em fevereiro de 2017, A Secretaria de Políticas para as Mulheres passou a fazer parte do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Apesar das mudanças no cenário político, as políticas públicas direcionadas às mulheres em situação de violência ainda permaneceram implantadas, entretanto a ausência da secretaria a nível ministerial gerou desarticulação dos serviços e falta de diálogo por parte dos profissionais e instituições na rede de assistência às mulheres, bem como a redução no investimento de recursos para estratégias de fortalecimento e enfrentamento da violência.

3.2 RESILIÊNCIA DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

As diferentes concepções de resiliência trazem consequências importantes para os projetos de intervenção social e o enfoque de consolidação das políticas públicas. O conceito de resiliência foi trazido para o campo da psicologia ou ciências humanas, tendo por base o conhecimento formulado da física, na área de estudo da resistência e elasticidade dos materiais, que analisa a capacidade de se recuperarem dos impactos sofridos ou de se abalar e voltar ao que era antes do abalo, nesse caso para que determinado material se deforme sem se romper é necessária resiliência, representada pela absorção da energia de impacto e análise da fragilidade dos materiais. (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Os estudos sobre resiliência começaram investigando como algumas crianças que viviam em situações adversas não desenvolviam problemas psicológicos ou de adaptação social, buscando identificar as características humanas em pessoas imunes às situações adversas, tendo a intenção de utilizar este conhecimento para a prevenção de sofrimento psíquico. Neste caso, a resiliência origina-se de alguma situação adversa, em que ocorre um processo de desenvolvimento humano, crescimento e modificação pessoal de acordo com

fatores internos e externos. Na década de 80, estudos longitudinais, investigando pessoas em ambientes opressivos legitimaram a consolidação do conceito de estresse pós-traumático como diagnóstico clínico, bem como se expandiu o conhecimento sobre a resistência de crianças que viviam nestes tipos de ambientes (SEIDL; BENETTI, 2011b).

A perspectiva latino-americana dos estudos de resiliência possui um enfoque social como resposta aos problemas do sujeito em meio às adversidades. No entanto, outras concepções de resiliência, como a norte-americana centrada na avaliação da resiliência individual com enfoque behaviorista, tendo a ideia de potencializar os fatores de proteção com o intuito de fortalecer o máximo de pessoas tornando-as competentes e bem adaptadas para que não se abalem diante de um estresse pós-traumático. Em princípio, esta perspectiva não está voltada para as pessoas que sucumbiram as adversidades na tentativa de recuperação (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

A fim de desenvolver a resiliência das mulheres como um meio para resistir e enfrentar a violência, esta tem sido descrita como um conjunto de características que resultam da interação positiva entre o componente pessoal e ambiental, sendo necessário aos grupos de apoio promover a resiliência em dois enfoques: os aspectos internos como a autoestima e o humor; e, os aspectos externos como a participação comunitária, fortalecimento de redes de apoio, conhecimento da legislação e autonomia financeira (ARAUCO; SORIA, 2009).

Os fatores de proteção internos originam-se de uma autoestima positiva, autonomia, autocontrole diante de situações adversas, temperamento flexível, reflexão de estratégias de enfrentamento e competência social de conseguir relacionar-se socialmente. Os externos é ter relações interpessoais com pessoas significativas e acesso a suporte social e comunitário de serviços e profissionais que consigam promover o acolhimento e a escuta qualificada (SEIDL; BENETTI, 2011b).

A resiliência é fortalecida por redes de apoio e é considerada como um processo de construção pelas mulheres com aspectos individuais, familiares e sociais, promovendo autoconfiança, serenidade, autossuficiência, perseverança e incorpora um sentido para a vida. As redes de apoio formal constituídas por serviços especializados criam importantes espaços para a construção da resiliência e enfrentamento da violência (RODRIGUES, 2010).

A mobilização interna é fundamental para que as mulheres tenham a iniciativa de buscar alguma rede de apoio, tornando-se o primeiro passo para o percurso resiliente em direção ao enfrentamento e superação da violência. A rede de apoio necessita acolher, apoiar e proteger sem manifestar atitudes discriminatórias (FORNIARI; LABRONICI, 2018).

A fim de mensurar a resiliência, algumas escalas foram utilizadas, medindo diferentes fatores de resiliência. Uma escala de resiliência foi empregada no estudo de Carnaval *et al.* (2009), relacionando o efeito da violência na saúde mental das mulheres por sintomas de estresse pós-traumático e a sua resiliência, sendo que quanto maior a violência maior o estresse e os sintomas psicológicos e quanto maior a resiliência menor o índice de violência.

Outro estudo também abordou a resiliência, em uma escala baseada em diferentes fatores internos, identificando o estresse pós-traumático de mulheres em relacionamento íntimo abusivo. Os fatores relacionados foram: a competência pessoal e a tenacidade como capacidade de não desistir; a tolerância de afeto negativo, quando em situações de pressão conseguir pensar com clareza; a aceitação positiva da mudança e ter relações interpessoais que forneçam segurança constituída por vínculos com pessoas próximas; empoderamento e autonomia de sua vida; e, influências espirituais que também contribuem para fortalecer a inteligência emocional e para superação da violência, buscando um propósito para sua vida (ANDERSON; RENNER; DANIS, 2012).

De acordo com Kuijpers, Knaap e Winkel (2012), um estudo sobre a influência revitimização da violência contra as mulheres por parceiro íntimo, a resiliência foi contemplada dentro da escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um fator chave do nível de recursos das mulheres que atenua o impacto da violência e reduz o risco de futura agressão. Dentro da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF, a resiliência envolve recursos internos relacionados à saúde física e psicológica, e externos representados pelas relações sociais, no entanto não foi encontrada associação significativa da análise de resiliência das mulheres na previsão de futura revitimização.

Outro estudo sobre a resiliência e o apoio social, frente a transtornos depressivos em gestantes que sofreram violência, utilizou uma escala que percebeu a resiliência como uma característica de personalidade positiva, que melhora a adaptação individual diante de um problema. A resiliência e o apoio social atuam como fatores protetores, diminuindo o risco de apresentar transtorno depressivo na gestação (LAM *et al.*, 2008).

A resiliência tem demonstrado como um instrumento importante no enfrentamento da violência contra as mulheres. No estudo de Lim *et al.* (2015), as mulheres trabalhadoras do sexo que utilizam fontes de resiliência como estratégia de redução de danos, no intuito de prevenir ou reduzir a violência, utilizando uma rede informal como espécie de proteção para evitar estar isolada e vulnerável, bem como conseguir impor aos clientes o uso de preservativo.

A “*Casita da resiliência*” de Vanistendael e Lecomte (2002) foi adaptada por Labronici (2012), para ser usada na consulta de enfermagem na intencionalidade da ação de cuidar, ajudando no processo de resiliência das mulheres de libertarem-se do agressor, de superar o trauma da violência e adaptar-se ao novo com a ressignificação de sua vida. Nesse sentido, a enfermeira pode atuar em sua prática de cuidado como uma “tutora da resiliência”, a partir do vínculo, contribuindo como uma importante rede de apoio social para as mulheres em situação de violência.

A mesma autora ressalta o papel do enfermeiro como agente no enfrentamento da violência, desenvolvendo uma ação de facilitador, por meio de uma escuta sensível, identificando redes de apoio e oferecendo suporte na consulta de enfermagem, estabelecendo um cuidado de forma integral (LABRONICI, 2012). A ação do enfermeiro não está apenas na condição do fazer, mas na condição de ser, que faz a diferença com vínculo positivo e incentiva a construção da resiliência, realizando o cuidado para além da violência (RODRIGUES, 2010).

Na implementação do cuidado não se recomenda a construção da resiliência negando o acontecimento da violência. A grande intenção está relacionada em ajudar as mulheres a reformular sua história de vida, a partir da superação de suas experiências, buscando algo novo na tentativa de reconstruir suas vidas sem violência (ANDERSON; RENNER; DANIS, 2012).

A resiliência das mulheres constitui-se no enfrentamento e adaptação para sobreviver à violência com ajuda de um sistema de apoio e mobilização de recursos para sair de uma situação de violência. O enfrentamento é o primeiro momento do processo de resiliência, muitas vezes iniciado quando as mulheres se deparam com risco de sua vida ou de seus filhos, a ameaça concreta de morte, este contexto desperta o desejo de romper com a violência, muitas vezes por medo, o que estimula uma atitude positiva de mobilização interna para a busca de recursos externos (ANDERSON; RENNER; DANIS, 2012).

O isolamento social das mulheres pode impossibilitar o acesso a qualquer serviço na busca por ajuda, além de dificultar a aproximação de um familiar apoiar ou auxiliar a ativação de uma rede de apoio. Para superar o isolamento, os serviços de saúde podem ajudar na construção de grupos que forneçam apoio e acolhimento às mulheres, na intenção de contribuir para que percebam que a violência não acontece apenas consigo, dessa maneira evita-se que naturalizem e se culpem pelas agressões sofridas e que não aconteça o silenciamento da violência (PAZ, 2016).

A dependência econômica das mulheres reforçada pela imposição do medo, em uma estrutura familiar, cria uma dependência psíquica e ideológica que a impede de romper com um relacionamento violento (ARAUCO; SORIA, 2009). Além disso, a dependência representa uma falsa ideia de proteção, na qual as mulheres, em situação de violência, não possuem autonomia de escolhas, suas relações interpessoais são restritas e o isolamento social atrapalha a busca por ajuda (SANCHEZ-LORENTE; BLASCO-ROS; MARTÍNEZ, 2012). Estar sozinha, sem o apoio de uma pessoa próxima para incentivá-la a denunciar dificulta o início do processo de resiliência. Além disso, se o local onde procurar ajuda não oferecer um suporte adequado ela ficará sem alternativa e provavelmente retornará para o agressor. A dependência financeira aprisiona as mulheres, promove o isolamento social e dificulta o enfrentamento da violência.

Desse modo, as mulheres possuem suas próprias características de identidade e sua maneira de enfrentar a violência, de acordo com seus valores e crenças. As políticas públicas dirigidas à população vulnerável precisam considerar a individualidade das mulheres e o contexto social, sendo necessária a capacitação dos profissionais que reconheçam as possibilidades de transformação na vida das mulheres, visibilizando a superação da violência com enfoque individual e também social através da luta por direitos. Apenas promover a resiliência das mulheres, sem reconhecer e enfrentar os fenômenos sociais que legitimam a violência somente desenvolveria um suporte para as mulheres a um modelo de sociedade que naturaliza a violência (SEIDL; BENETTI, 2011b).

Profissionais melhor preparados possuem condições de estabelecer a construção de relações de cuidado e vínculo. Este processo não ocorre isoladamente, mas a partir da intencionalidade, disponibilidade e confiança entre o profissional de saúde e as mulheres. Para o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, é importante estar capacitado para perceber a situação de violência, estabelecer o enfrentamento e realizar o cuidado com responsabilidade (FERRAZ, *et al.*, 2009).

A ação do enfermeiro ao atender situações complexas de violência contra as mulheres pode expressar sua interpretação de três maneiras: a primeira, de “naturalizar a violência” com um olhar apenas centrado no cuidado das lesões, por meio de uma visão que conduz a uma leitura reducionista e objetiva da realidade, centrado apenas no objeto do cuidado sem envolvimento afetivo, com o desconhecimento da realidade das mulheres e outras circunstâncias que a rodeiam, colocando a culpa nas mulheres por sofrer a violência; a segunda, a partir da “lógica da indiferença”, pelo desconhecimento da legislação e alienação diante da complexidade e intersubjetividade do cuidado, também nesta situação não existe

sujeito apenas uma ferida que necessita de cuidados, o profissional reconhece a realidade das mulheres e em muitas vezes convive nesta realidade, mas não assume uma consciência crítica diante de uma situação de violência, pois não quer se envolver e nem se expor; e, a terceira evidencia uma “atitude crítica, reflexiva e participativa” da realidade com uma perspectiva vivencial sob o enfoque não apenas da lesão, mas de modo integral no acolhimento e cuidado das mulheres, denunciando a violência com um posicionamento contrário a uma cultura patriarcal, que banaliza a violência contra as mulheres (BALLÉN, 2015).

4 METODOLOGIA

O percurso metodológico foi delimitado, tendo em vista o objeto de estudo, representado pelo processo de construção da resiliência das mulheres em situação de violência e os objetivos propostos da investigação.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratória descritiva. A opção pela pesquisa qualitativa justifica-se pelo enfoque a aspectos particulares que não se pode quantificar, direcionada para compreender um espaço mais profundo das relações, no entendimento de valores, práticas, crenças, hábitos e atitudes de grupos, de modo reflexivo e crítico sobre um fenômeno, uma realidade e seu contexto social, sendo impossibilitado de ser reduzido à operacionalidade de variáveis (MINAYO, 2014), considerando a dimensão social das mulheres em situação de violência, contemplando aspectos subjetivos de sua resiliência, perante um contexto marcante em suas vidas, representado pelo trauma da violência.

A opção do caráter exploratório da pesquisa direciona-se em aprofundar o conhecimento sobre o problema de pesquisa relacionado à resiliência das mulheres em situação de violência. As pesquisas descritivas apresentam fatos de uma determinada realidade, de forma a obter mais informações a respeito de fenômenos definidos como um problema a ser investigado (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa aconteceu no município de Porto Alegre/RS, o qual tem uma média superior no Estado, no número de registros de denúncias de violência contra as mulheres, de acordo com o Observatório da violência contra a mulher (SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

As entrevistas com as mulheres foram realizadas no CRAM do município de Porto Alegre/RS, um serviço em funcionamento desde 2012 como um espaço que visa à ruptura da situação de violência que acomete mulheres, por meio de atendimento psicológico e social, no sentido de fortalecer a autoestima e o empoderamento das mulheres. O centro de referência desenvolve o papel de articulador dos serviços que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade decorrente da violência, como serviço especializado, contando com uma equipe de duas psicólogas e duas assistentes sociais.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

É preciso diferenciar população e participantes no sentido da construção da resiliência das mulheres individualmente. Essas mulheres, participantes do estudo, sofreram violência, no município de Porto Alegre/RS e estavam em monitoramento no CRAM.

De acordo com a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência as fases de atendimento no CRAM são: primeira fase é acolhimento e informações gerais; segunda fase é orientação à mulher em situação de violência, diagnóstico inicial e encaminhamento; terceira fase é diagnóstico aprofundado e encaminhamento; quarta fase é monitoramento do atendimento e encerramento do atendimento (BRASIL, 2006).

A psicóloga do CRAM indicou mulheres para participarem da pesquisa com a precaução de não escolher as que iniciaram o acompanhamento psicológico recentemente, tendo preferência das mulheres na fase de monitoramento. Então, a amostra da pesquisa totalizou 15 mulheres que se encontravam na fase de monitoramento no início da coleta dos dados, sendo a saturação o critério que determinou o número total da amostra (MINAYO, 2017).

Ainda, a delimitação utilizada na pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir representatividade, pois a real importância no número de participantes está relacionada com a preocupação do vínculo destes indivíduos com o problema de pesquisa, tendo o enfoque de abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2014).

Na participação da pesquisa foram critérios de inclusão para as participantes: ser mulher em situação de violência, residente em Porto Alegre/RS e estar em atendimento no CRAM municipal. O critério de exclusão foi estar na fase inicial de atendimento no serviço.

4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações aconteceu pela aplicação de duas entrevistas com mulheres, participantes do estudo, que denunciaram a violência e estavam em atendimento no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre, por meio da História Oral Temática, um dos tipos do método de História Oral (MEIHY; HOLANDA, 2010). A primeira entrevista com as participantes foram realizadas nesse serviço, que serviu de retaguarda para a realização das entrevistas, em uma sala reservada que proporcionou privacidade. Para a realização das entrevistas no Centro de Referência, foi solicitada à coordenação do serviço a possibilidade da realização da coleta das informações (APÊNDICE A).

Inicialmente, para a realização das entrevistas foi realizado o contato com a psicóloga do Centro de Referência, esta profissional indicou as participantes, identificando a possibilidade de realizar as entrevistas e evitando indicar mulheres que iniciaram o acompanhamento psicológico recentemente, ou estavam na fase inicial de acompanhamento.

As entrevistas foram agendadas com as participantes da pesquisa, de acordo com a disponibilidade de horário e dia, realizado em local reservado para garantir a privacidade, estando livre de interrupções. As entrevistas foram gravadas em mp3, e após, suas falas transcritas. As gravações e transcrições serão guardadas pelo pesquisador, em seu computador pessoal por cinco anos, e posteriormente destruídas. Para a realização das primeiras entrevistas foi utilizado um roteiro (APÊNDICE B), sendo realizada no CRAM de Porto Alegre.

A escolha da técnica de entrevista se relaciona ao tipo de informações que se deseja obter, ou seja, ao proporcionar um espaço para as mulheres falarem de suas experiências, algo não usual em seu cotidiano, relacionando fatos e acontecimentos marcantes em suas memórias, para conhecer a resiliência no enfrentamento da situação de violência.

A entrevista como técnica de coleta mostrou-se positiva em investigação realizada anteriormente, quando entrevistando familiares de mulheres rurais assassinadas, o pesquisador se surpreendeu com o potencial da técnica, pois os participantes relataram que se sentiam aliviados em verbalizar, para alguém preocupado em ouvir, as histórias que antecederam a morte das mulheres rurais (PAZ, 2013).

De acordo com Meihy e Holanda (2010), a técnica de história temática de vida é o retrato de uma pessoa cuja trajetória é significativa para a compreensão de determinado evento, períodos e de práticas culturais, sendo utilizada com a intenção de aprofundar percursos individuais e processos coletivos, tratando-se da narrativa de experiência de uma pessoa. Nesta pesquisa, a construção da resiliência de mulheres em situação de violência representa o evento a ser estudado.

Além disso, tem a vantagem de não exigir alfabetização das participantes e possibilitar esclarecimentos das questões abordadas, de maneira detalhada durante a entrevista, por meio do diálogo com o pesquisador. No entanto, requer mais tempo para análise devido a sua complexidade e exigiu do pesquisador grande sensibilidade, pois as narrativas reportaram-se a situações e de sofrimento e violência, as quais são a base para a estrutura da análise da pesquisa.

Ainda, a pessoa que narra sua trajetória é considerada um interlocutor com quem se estabelece uma relação de cooperação, criando a possibilidade de uma relação dialogada.

Nesse sentido, busca-se construir uma relação de colaboração e, por isso, pode-se adotar o termo colaborador(a) em substituição do termo participante, tendo a intenção de não considerar as mulheres como apenas um objeto de conhecimento, a técnica proporciona o protagonismo das entrevistadas ao conduzir, conjuntamente com o pesquisador, o registro de sua história (SILVA; BARROS, 2010).

Desse modo, após cada entrevista com as participantes foi agendado um segundo encontro para a validação das entrevistas, nesse encontro a participante fez a leitura da transcrição e teve a oportunidade de fazer sugestões/adequações no texto.

Posteriormente a primeira entrevista, a segunda entrevista foi realizada com as mesmas participantes (APÊNDICE C), que ocorreu após um intervalo de seis meses da primeira entrevista, a razão desta segunda entrevista com as mesmas participantes é reconhecer o processo de construção da resiliência das mulheres em situação de violência, sendo que as informações coletadas nessa etapa contribuem para preencher uma lacuna do conhecimento científico, pois são escassas as investigações de acompanhamento longitudinal sobre a evolução da resiliência das mulheres em situação de violência (LAM *et al.*, 2008; BUESA; CALVETE, 2013).

A segunda entrevista, no caso das mulheres que já haviam finalizado o monitoramento psicológico no CRAM, o local da entrevista foi definido pelas próprias mulheres, propiciando privacidade na realização da entrevista, estando livre de interrupções e que favorecesse a acessibilidade das mulheres ao local, sendo que algumas das entrevistas ocorreram no próprio domicílio das participantes. O enfoque da segunda entrevista foi relacionado à construção da resiliência no enfrentamento da violência.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para organização das informações utilizou-se três procedimentos relacionados à história oral: transcrição, textualização e transcrição. A transcrição é um processo rigoroso e exaustivo de passagem inicial do oral ao escrito, uma etapa de grande importância para a construção e análise das histórias de vida. Textualização, quando as perguntas do pesquisador são retiradas ou adaptadas às falas das entrevistas. Há igualmente rearranjos a partir de indicações cronológicas e temáticas. Desse modo, busca-se facilitar a leitura do texto por meio de conformações às regras gramaticais vigentes e da supressão de partículas repetitivas, sem valor analítico, tendo o objetivo de possibilitar uma compreensão melhor da narrativa. A transcrição refere-se à inclusão de elementos extra-textos na composição das narrativas. Procura-se recriar o contexto da entrevista no documento escrito, tentando elaborar uma

síntese do sentido percebido pelo pesquisador além da narrativa (MEIHY, 2005). O processo é encerrado com a validação do documento final. Há, portanto, interferência explícita do (a) pesquisador (a) no texto, conforme as sugestões combinadas com o (a) entrevistado (a) (SILVA; BARROS, 2010).

A análise das entrevistas foram realizadas com o auxílio do *software NVivo* versão 11, sendo utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2014), que possui as seguintes fases: a pré-análise, no qual foi organizado o material a ser analisado de acordo com os objetivos e questões de estudo; sequencialmente procedeu-se à exploração do material, havendo necessidade de fazer várias leituras; e, por fim o tratamento e interpretação dos resultados obtidos com a intenção de desvendar o conteúdo subjacente manifestado.

No primeiro artigo foi adotado o referencial de vulnerabilidade em saúde (AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2012) para a discussão das vulnerabilidades individuais e programáticas das mulheres em situação de violência, que entrelaçadas entre si constituíam a vulnerabilidade social relacionada à desigualdade de gênero.

No segundo artigo, para análise da construção de resiliência, foi adotado o referencial da *Casita* de resiliência de Vanistendael e Lecomte (2002), no qual reconhece a resiliência como um processo em construção dinâmico e não linear, sendo decorrente da superação de um sofrimento, de alguma dificuldade, ou estresse pós-traumático. A *Casita* é uma abordagem de promoção da resiliência, caracterizado por etapas, representando uma casa: o primeiro passo é “a fundação/alicerce”, relacionado às necessidades básicas como sono, alimentação, cuidado de saúde e vestimenta das mulheres em situação de violência e seus (suas) filhos (as), além da ativação das redes de apoio informais, buscando apoio de pessoas próximas como familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho; o segundo passo é a “planta baixa” que representa estimular a capacidade de encontrar um sentido para sua vida; o “primeiro andar” abrange o fortalecimento da autoestima, de competências e atitudes de enfrentamento, bem como o humor na superação da violência; e, por último “o sótão” que possui a intenção de estimular uma abertura para novas experiências (VANISTENDAEL; LECOMTE, 2002). Essas etapas não são uma estrutura fixa, mas ajuda a analisar o processo de construção da resiliência das mulheres em situação de violência.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os debates éticos sobre a pesquisa da violência têm discutido o direcionamento ético, tendo no enfoque um pesquisador com conhecimento, preparado para lidar com situações inesperadas. Também se deve pensar que para algumas mulheres, sobreviventes da violência,

participar de um projeto de investigação pode ser um ato de resistência e/ou uma oportunidade de usar a própria experiência, a fim de ajudar outras pessoas, como um exemplo de enfrentamento. As entrevistas podem proporcionar para os participantes ir além de apenas responder as questões de pesquisa, mas a oportunidades da reflexão, da introspecção e do *feedback* das situações de violência (DOWNES; KELLY; WESTMARLAND, 2014).

Os desafios que enfrentam os pesquisadores que investigam mulheres em situação de violência são grandes, no desenvolvimento da pesquisa deve-se ter o princípio de pensar sobre e se envolver, tendo a preocupação de maximizar a segurança e o bem-estar das participantes durante todo o processo de investigação. Para este tipo de investigação algumas precauções são recomendadas: os participantes devem ser tratados com respeito, não apenas como "objetos" para o estudo, e os pesquisadores precisam estar realmente interessados em ouvir o que eles têm a dizer (DOWNES; KELLY; WESTMARLAND, 2014).

De acordo com Jewkes, Dartnall e Sikweyiya (2012), as recomendações de boas práticas de investigação para segurança e ética na pesquisa com a violência sexual requer: privacidade auditiva e visual na realização da entrevista; para garantir a segurança dos participantes às informações devem ser registradas de forma anônima, sem identificação nominal, estabelecendo confidencialidade; as informações precisam ser guardadas em um computador protegido com senha de acesso e analisadas de modo ético e seguro, posteriormente sua utilização e publicação, os arquivos devem ser destruídos; priorizar o consentimento assinado para a pesquisa, o pesquisador de campo também pode assinar o termo de consentimento, indicando que as etapas de coleta estão sendo cumpridas; sempre que necessário nunca vincular o termo de consentimento assinado à entrevista, no intuito de evitar a identificação dos participantes; deve haver sensibilidade nas perguntas dos instrumentos para garantir aos participantes o relato de suas experiências de modo confortável e sem constrangimentos (JEWKES; DARTNALL; SIKWEYIYA, 2012).

A pesquisa está baseada nos preceitos apresentados e estruturada conforme a Resolução nº 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Os riscos são limitados aos efeitos das entrevistas sobre o tema que envolve sentimentos e emoções. Os benefícios de participação relacionam-se a compreensão da resiliência das mulheres e das ações em saúde que podem promover o enfrentamento das situações de violência.

A primeira entrevista com as 15 mulheres foi realizado no CRAM do município de Porto Alegre, este serviço também representou a retaguarda para a realização da pesquisa, pois a intenção de investigar a violência sofrida e abordar o assunto pode trazer lembranças e

sentimentos indesejados, no caso da necessidade de apoio emocional o Centro de Referência conta com duas psicólogas. A segunda entrevista foi realizada após o intervalo de seis meses, no caso das mulheres que já haviam finalizado atendimento no CRAM, o local da entrevista foi definido pelas próprias mulheres, que favorecesse a privacidade na realização da entrevista e de fácil acesso das mulheres ao local, sendo que algumas das entrevistas ocorreram no próprio domicílio das participantes. O enfoque em realizar duas entrevistas foi investigar, longitudinalmente, a construção da resiliência no enfrentamento da violência.

Os dados foram coletados após a homologação na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS), número do parecer 2.546.536, CAAE: 68940717.3.0000.5347.

Antes da primeira entrevista com as participantes foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE D) em duas vias, permanecendo uma com a participante e outra com o pesquisador, constando as seguintes informações: liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; anonimato; compromisso com a informação atualizada do estudo; e, esclarecimento quanto a questionamentos relacionados à pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1 – Paz PO, Pires NS, Vieira LB, Witt RR. Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado. Aquichan 2019; 19(2): e1922. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.2

Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado

Temática: promoção e prevenção

Contribuição para a disciplina: o estudo apresenta as vulnerabilidades de mulheres em situação de violência. Os resultados estimulam a reflexão sobre a manifestação da violência e revelam um caráter social de um problema complexo que atinge a saúde das mulheres, além de reforçar a necessidade de consolidar avanços nas políticas públicas pela igualdade de gênero, eliminando todas as formas de violência e fortalecendo o empoderamento das mulheres.

RESUMO

Objetivo: analisar as vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. **Método:** estudo qualitativo, a partir de entrevistas semiestruturadas com 15 mulheres, em 2017 e 2018. A análise das informações ocorreu por análise de conteúdo temática. **Resultados:** a categoria “Vulnerabilidade das mulheres em situação de violência” abrangeu isolamento social, medo ou vergonha em denunciar, dependência financeira, perda da liberdade, autoestima fragilizada, ausência de apoio formal, decisão de denunciar e buscar ajuda, vínculo interpessoal, medida protetiva e dificuldade de acesso à informação. **Considerações finais:** vulnerabilidade foi apreendida nas suas dimensões individual e programática, inter-relacionadas com a dimensão social. Essas vulnerabilidades devem ser consideradas na formulação de políticas de atenção a mulheres em situação de violência, pois o primeiro passo para a igualdade de gênero é eliminar a violência contra as mulheres.

PALAVRAS-CHAVE

Violência de gênero; violência contra a mulher; violência doméstica; gênero e saúde; vulnerabilidade em saúde; saúde da mulher (Fonte: Decs).

Introdução

Todas as formas de violência contra as mulheres e meninas representam uma violação dos direitos humanos, e devem ser eliminadas conforme áreas de ação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, que exigem avanços drásticos nas estatísticas, no financiamento e nas políticas de igualdade de gênero (1).

A violência contra as mulheres e meninas é um problema mundial: uma de cada três mulheres experimenta violência física ou sexual ao longo de sua vida (1). Da América Latina e do Caribe, em 2017, o Brasil teve o maior número absoluto de feminicídio ou femicídio de mulheres e meninas acima de 15 anos (1.133 a cada 100.000 mulheres), seguido do México (760), de El Salvador (345) e da Argentina (251) (2).

O quinto dentre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”, propõe garantir o fim da discriminação baseada na desigualdade de gênero pela busca da igualdade de direitos e acesso à informação, a bens e serviços e ao mercado de trabalho. Visa ao empoderamento das mulheres, por meio da igualdade salarial, bem como de políticas públicas que garantam a igualdade de gênero, evitem retrocessos aos direitos das mulheres e promovam a eliminação da violência (3).

O potencial de avanço rumo à igualdade substantiva é maior quando as reivindicações das mulheres e dos grupos organizados com base na equidade de gênero encontram receptividade nas diversas instâncias de poder. O feminismo que busca direitos iguais (4), igualdade de oportunidade entre os sexos na família e na sociedade, está alicerçado no fortalecimento da autonomia das mulheres. Uma sociedade sem desigualdades de gênero é uma realidade que se deseja ser alcançada (5).

Quanto maior desrespeito aos direitos humanos, maior a chance de adoecimento de uma população (6). A violência compromete a saúde física, mental e reprodutiva das mulheres, e pode resultar em gravidez indesejada, abortos inseguros, doenças sexualmente transmissíveis e filhos com baixo peso ao nascer. Portanto, as mulheres em situação de violência utilizam mais os serviços de saúde (7, 8).

Pesquisar a violência contra as mulheres, sob o enfoque do conceito de “vulnerabilidade em saúde”, torna-se relevante, pois o contexto de um agravo e suas intervenções admitem diferentes avaliações, que dependem da perspectiva teórica e ético-política de quem as descreve, bem como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis ou que se planeja tornar acessíveis (9). Dessa forma, a violência contra as mulheres deve ser considerada em relação à suscetibilidade a esse agravo e à menor

disponibilidade de recursos para sua proteção, em uma mediação individual, social e programática das políticas sociais (6).

No contexto de violência, as estratégias de motivação para o enfrentamento são importantes para estabelecer condutas positivas na vida das mulheres (10). Nesse sentido, os Centros de Referência se apresentam como serviços especializados que promovem o resgate da autoestima para estimular a tomada de consciência, o alcance da autonomia financeira, além de possibilitar alternativas de encorajamento à superação da violência e estimular a criação de vínculos de apoio (11). No Brasil, os Centros de Referência foram implantados pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, como estruturas essenciais do Programa de Prevenção e Enfrentamento à Violência contra a Mulher, a partir de uma Norma Técnica de 2006, a qual visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania das mulheres por meio de atendimento interdisciplinar e articulação intersetorial de serviços que integram a rede de atendimento às mulheres (12).

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é analisar as vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de cunho qualitativo, fundamentado na técnica de análise de conteúdo temática de Minayo (13). Estudos qualitativos fundamentam-se na busca em compreender com profundidade valores, práticas, lógicas de ação, hábitos, crenças e atitudes de grupos com um grau de realidade que não pode ser quantificado, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis (13). A análise baseia-se na interpretação do processo investigativo, que busca compreender em profundidade a vulnerabilidade das mulheres em situação de violência que decidiram buscar ajuda.

O estudo contou com a participação de 15 mulheres em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAM), do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O CRAM é o serviço de referência para o atendimento psicológico e social dessas mulheres. A amostra foi definida por saturação dos dados (14). As mulheres entrevistadas foram indicadas pelas psicólogas do CRAM, com a preocupação de estarem na fase de monitoramento, que representa a etapa mais avançada de acompanhamento, quando as mulheres possuem melhores condições de verbalizar sobre a violência, pois, no acompanhamento inicial, o estresse pós-traumático está muito presente e percebe-se que falar sobre a experiência de violência não faria bem às mulheres. O critério de inclusão foi ser

mulher maior de 18 anos e estar em atendimento no CRAM; o critério de exclusão foi estar na etapa inicial de atendimento no CRAM.

A coleta das informações foi realizada no segundo semestre de 2017 e no primeiro de 2018, por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas no CRAM, em uma sala reservada, a fim de preservar a privacidade das participantes, e tiveram duração em média de 60 minutos; foram gravadas com a anuência das participantes e transcritas na íntegra.

As informações obtidas das entrevistas foram tratadas segundo a técnica de análise de conteúdo temática, composta pelas fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados obtidos (13). Na fase de pré-análise, foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, a fim de se obter um maior contato com o conteúdo. Na sequência, procedemos à captação dos núcleos de sentido, ao agrupamento por afinidade de ideias em comum, e elaboramos um recorte das respostas em relação à questão central da pesquisa com o auxílio do software *NVivo* versão 11; em seguida, a categorização dos conceitos gerais que orientaram a análise. Por meio de leitura exhaustiva, foram estabelecidos questionamentos teóricos com o intuito de melhor identificar a relevância do conteúdo. Durante a exploração do material, foram identificadas as ideias comuns refletidas nesses recortes. Cada entrevista era lida e relida na íntegra, a fim de confirmar se essas ideias estavam expressas ao longo das falas dos sujeitos. Buscou-se, por meio das leituras das falas, identificar a relação das categorias entre si, chegando, assim, a aspectos comuns e inter-relacionados. A etapa de classificação possibilitou construir a categoria empírica responsável pela especificação dos temas e os conceitos teóricos que orientaram a descoberta e a construção dos núcleos de sentido, que fornecem embasamento dessa análise. A análise final consistiu no tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, procurando articular o material estruturado das entrevistas com a literatura especializada, com vistas à identificação do conteúdo subjacente ao que foi manifestado. Adotou-se o referencial de vulnerabilidade em saúde como categoria analítica (9), uma vez que fundamentou e balizou o conhecimento do objeto estudado.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo cumpriu as exigências para a pesquisa com seres humanos, preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Resolução 466/2012 (15), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer 2.546.536, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 68940717.3.0000.5347. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma permaneceu com cada participante. Para preservar o anonimato, a identificação das participantes foi codificada pelas letras INT

(Interlocutora), seguidas do número da ordem das entrevistas. Como critério de confiabilidade, após a transcrição, houve um segundo encontro individual com cada participante para ler e validar as transcrições. Isso possibilitou às participantes alterar suas falas na transcrição e favoreceu a fidedignidade dos dados.

Resultados

Vulnerabilidade das mulheres em situação de violência

A análise das informações evidenciou vulnerabilidades das mulheres na dimensão individual e programática; a dimensão social da vulnerabilidade manifesta-se na desigualdade nas relações de gênero.

A manutenção da violência por parceiro íntimo apoia-se em dinâmicas que pressupõem *o isolamento social e o medo ou a vergonha em denunciar*, além de uma rede restrita de pessoas que não ameaçam o poder do agressor. Essa rede muitas vezes é caracterizada como frágil na visão das mulheres e não tem recursos para oferecer suporte ou abertura para dialogar em casos de necessidade.

“Vou ser bem sincera, eu acreditava que a violência era algo muito distante e que acontecia em lugares com vulnerabilidade social, nunca pensei que poderia acontecer comigo em um relacionamento, mas a gente não escolhe, apenas acontece. E, quando me encontrei em uma situação de violência, eu não consegui acreditar pelo que estava passando, eu senti muita vergonha de falar sobre isso com minha família e com meus amigos.” (INT 10)

O sentimento de medo e *a dependência financeira* do companheiro são os principais motivos para desistirem da denúncia, pois a manifestação do medo parece transformar as mulheres em constantes reféns da violência e gera submissão a um ciclo de violência sustentado pela insegurança econômica.

“Eu tinha medo de me separar e passar fome e não conseguir dinheiro suficiente para sustentar minha filha.” (INT 12)

Além da restrição de vínculos, a estratégia de dominação masculina também acontece desde a proibição da possibilidade de trabalhar, de estudar, de escolher uma orientação religiosa, até mesmo a imposição do distanciamento dos familiares, caracterizando-se na *perda da liberdade*.

“Ele controlava os meus horários, os dias de serviços, com quem eu conversava, se eu estava ao telefone ele queria saber e eu tinha colocar no viva-voz, ele queria ouvir o que

eu estava falando. Eu nunca pedi para ele colocar no viva-voz os telefonemas dele. Eu não mexia no telefone dele, mas ele mexia no meu.” (INT 14)

“Acho que preciso ter uma força interior muito forte para sair desse ciclo e romper com o relacionamento, eu ainda não me separei e isso está prejudicando a minha saúde. Eu não consigo dormir direito, não consigo ter prazer nas relações sexuais, porque não tenho vontade, eu faço para ele não falar que eu tenho um amante. Agora, durante a entrevista, ele me ligou duas vezes. Eu senti o meu celular vibrar, mas não vou atender.” (INT 8)

A violência materializa a dominação na vida das mulheres, sua prática estabelece o controle físico e/ou psicológico de seu corpo, e também na maneira de pensar e agir. Além disso, reflete negativamente e leva à tristeza e à indignação em meio a um conjunto de sentimentos envolvidos em uma relação, na qual possuem a *autoestima fragilizada* sobre sua identidade e autonomia.

“Eu estava muito desequilibrada emocionalmente, muito esgotada e eu engordei muito. Eu me sentia a mulher mais feia do mundo, minha imagem pessoal estava destruída, eu passava deitada e não queria sair de casa. Minha mãe me incentivava a me arrumar, cuidar do meu cabelo. Eu fui a um salão de beleza e a cabeleireira destruiu meu cabelo, eu fiquei muito mal. Eu me sentia do jeito que ele falava: burra, incompetente e gorda.” (INT 12)

Sob outro enfoque, o *vínculo interpessoal* como proteção às mulheres representa a possibilidade de ter alguém com quem contar e falar sobre a violência, ter apoio para denunciar, para ouvir um conselho e visualizar a possibilidade de enfrentamento.

“Ele me agrediu até dentro da casa da minha mãe e o meu irmão e o meu filho mais velho me defenderam. Ele me empurrou e ameaçou me dar um soco no meu rosto, meu irmão e meu filho perceberam e não deixaram, eles conversaram comigo e me incentivaram a denunciar.” (INT 14)

“Eu tenho dificuldade de falar o que passei. Eu senti muito não ter alguém para me ajudar. Eu tinha um sentimento de não querer envolver os meus familiares na violência que eu estava sofrendo. Agora eu consigo entender que se eles soubessem o que eu estava passando, eles poderiam me ajudar. Eu contei para o meu pai sobre a violência, mas o meu pai é muito machista e dizia para eu não me separar, para não desistir do casamento, ele dizia que eu tinha que cuidar do meu marido. Eu acreditei no meu pai e por isso os anos foram passando e eu demorei em denunciar.” (INT 11)

Com o suporte de alguma rede de apoio social, que promova acolhimento e proteção, a *decisão de denunciar e buscar ajuda* torna-se mais acessível.

“Eu recebi uma cartilha sobre violência, então eu me reconheci naquela cartilha e percebi que sofria violência psicológica. O maior ato de coragem que eu tive na vida foi denunciar e decidir buscar ajuda.” (INT 6)

Na análise dos depoimentos, o isolamento, o medo e a vergonha aparecem como importantes barreiras para buscar ajuda. Outro aspecto relacionado à vulnerabilidade individual é a *dificuldade de acesso à informação*, que impede as mulheres conseguirem visualizar caminhos de enfrentamento. O apoio e o acesso à informação são fundamentais para conseguirem buscar ajuda. Com o apoio de uma rede de serviços e uma legislação que forneça amparo às mulheres em situação de violência, é possível estabelecer o enfrentamento.

“Eu me separei dele no ano de 2007, a Lei Maria da Penha entrou em vigor em 2006. Naquela época, essa Lei não era tão divulgada e eu não tinha tanta informação, poderia ter mais divulgação talvez até passar na televisão. Eu acreditava que a Lei era para casos muito graves de agressão física ou ameaça de morte e não sabia como funcionava para conseguir uma medida protetiva. Eu não sabia que poderia denunciar a agressão psicológica que eu sofria, se eu soubesse, eu teria denunciado há muito tempo atrás.” (INT 6)

Para as mulheres em situação de violência, a *medida protetiva*, fiscalizada pelo Serviço de Segurança Pública, é uma segurança que garante o distanciamento do agressor e pune com prisão o descumprimento judicial. Muitas vezes, por medo de ser preso, o agressor acaba afastando-se do domicílio. Nesta perspectiva, a medida protetiva é uma estratégia efetiva para o enfrentamento e prevenção da revitimização.

“Ele começou a sacudir o poste de luz da minha casa, eu fiquei preocupada de acontecer um curto circuito e chamei a polícia. Ele ficou esperando a polícia e disse: ‘pode chamar, porque não vai dar em nada, eu não vou ser preso’. Os policiais chegaram e conversaram com ele, disseram que ele poderia ser preso se não fosse embora, mas ele não deu atenção. O policial me perguntou se eu queria que o prendesse por causa da medida protetiva, eu respondi: ‘sim, pode prender’, porque eu cansei e existe a lei, ele está ameaçando a mim e a minha família. Nós fomos até a delegacia registrar a denúncia e depois ele foi levado para o presídio. Ele ficou 15 dias preso. Nós tivemos que construir um muro na minha casa para ele não ter mais acesso, com o muro nós temos mais proteção.” (INT 15)

A ausência de apoio informal prejudica as mulheres em buscar ajuda, mas a *ausência de apoio formal* fragiliza o enfrentamento da violência. Ao procurar os serviços, muitas mulheres ainda vivenciam situações baseadas em uma reprodução dos padrões relacionais derivados das desigualdades de gênero, que as desqualificam/inferiorizam.

“Eu fui até a delegacia perto da minha casa denunciar, mas o policial não acreditou e me atendeu muito mal, ele disse que eu iria acabar voltando para o meu ex-marido. Ele me constrangeu quando falou isso, porque ele falou alto na frente de outras pessoas na delegacia. Ele disse assim: ‘olha aí, agora ela vem denunciar, mas de noite ela vai dormir com ele de novo’. Eu respondi: ‘você está brincando comigo, você acha que a minha vida não vale nada? Eu não iria vir até aqui e falar que fui ameaçada de morte se não fosse

verdade e ainda você acredita que eu estou brincando?’ E ele respondeu: ‘pode até ser, mas tem muitas mulheres que vem aqui denunciar e no outro dia estão com o agressor de volta’. Ele fez o boletim de ocorrência, mas não me orientou que eu deveria buscar a medida protetiva no fórum de justiça.” (INT 15)

Igualmente, é importante a consolidação de um espaço para o atendimento das mulheres de forma integrada, evitando que percam tempo com deslocamentos na busca por ajuda.

“Houve um dia que o meu filho me perguntou o que estava faltando para eu me separar e eu respondi que precisava de tempo, porque para resolver isso eu precisaria ir a muitos lugares e precisaria caminhar muito, provavelmente eu perderia um dia inteiro para resolver, caminhando de um lado para outro. A Delegacia e o Fórum são locais distantes e não existe apenas um serviço para eu denunciar a violência, conseguir a medida protetiva e entrar com processo de separação. Além disso, eu precisava de ajuda psicológica e procurei o CRAM. Ir a todos estes lugares, eu perderia muito tempo no deslocamento” (INT 3).

Discussão

As vulnerabilidades individuais e programáticas em suas características articulam-se e constituem a vulnerabilidade social baseada na desigualdade de gênero. Esta é reforçada pela dominação masculina, na qual o homem se sente proprietário da mulher e lhe impõe controle sobre o comportamento, o modo de vestir, com quem se relaciona e também sobre seu dinheiro. Constitui-se vulnerabilidade individual, na medida em que as mulheres perdem a liberdade, a autonomia de ir e vir, de decidir o melhor para si (16). Além disso, ao estabelecer o distanciamento das pessoas próximas, as mulheres tornam-se isoladas e, caso exista a situação de violência, é mais difícil estabelecer meios de enfrentamento.

O isolamento das mulheres acontece muitas vezes pelo medo das frequentes ameaças e agressões, e pela vergonha que as impedem de falar sobre a violência sofrida, influenciando a decisão de denunciar. Os contatos, as amizades e os vínculos são evitados quando considerados indesejados pelo marido, devido ao temor de originar possíveis agressões, o que provoca nas mulheres a atitude de refugiar-se no silêncio e no isolamento (17). O medo em denunciar torna-se uma barreira para superar a violência, independentemente de seu nível social e fragilidade emocional, o que se caracteriza uma vulnerabilidade individual (18).

A dependência financeira, a ausência de suporte afetivo familiar e o isolamento social também são limitadores da autonomia das mulheres, pois, sem apoio, não conseguem visualizar estratégias de enfrentamento e proteção, devido à dependência psicológica (19). Com isso, considera-se que a recuperação física e psicológica das mulheres só é possível quando conseguem romper com o relacionamento violento (20). Dessa forma, a dimensão da

vulnerabilidade individual envolve a vulnerabilidade social, que se encontra estruturada na desigualdade de gênero, na qual as mulheres não possuem independência financeira e apoio social.

Por outro lado, há que se considerar a dimensão programática da vulnerabilidade em buscar ajuda. A falta de uma rede especializada no atendimento às mulheres pode incidir negativamente na tomada de decisão da busca por ajuda, bem como levar as mulheres ao sofrimento, seja pela insegurança ao expor sua vida para outras pessoas ou pelos intermináveis caminhos que percorrem na trajetória de busca por soluções para a situação de violência (21).

O despreparo dos profissionais e dos serviços devido à naturalização/invisibilidade da violência gera a discriminação, na qual os profissionais colocam a culpa nas mulheres pela situação em que vivem e desvalorizam o seu sofrimento (22). Nessas circunstâncias, as mulheres deixam de acreditar nesses serviços por sofrerem a vitimização secundária, também chamada de “violência institucional”, que acontece por agentes públicos e que gera lacunas na rede de serviços de assistência jurídica e social, de segurança pública ou de saúde, que deveriam prestar atendimento e apoio formal (23). Nesse contexto, é importante garantir políticas e leis que punam com rigor os atos de violência e garantam serviços de intervenção e assistência adequada (24).

A ausência de qualificação profissional compromete o atendimento. Não se trata apenas de ter domínio sobre os procedimentos administrativos ou das técnicas de atendimento, mas conhecer as especificidades da violência baseada em gênero. A falta de especialização dos profissionais é um obstáculo ao acesso das mulheres (25), uma vulnerabilidade programática que pode ocorrer em diferentes momentos nas trajetórias de busca por ajuda.

O enfrentamento da vulnerabilidade programática, portanto, requer avanços drásticos nas políticas de igualdade de gênero. Assim, o governo precisa ter a responsabilidade em regular uma política pública de equidade social e empoderamento das mulheres cuja preocupação esteja em combater a violência e prover ferramentas de intervenção (26). A violência necessita ser objeto na formulação de políticas que abranjam a operacionalização das ações em saúde e fortaleçam boas práticas para o cuidado e a capacitação dos profissionais (27).

O cuidado das mulheres em situação de violência requer a integração de um trabalho multiprofissional (28), que necessita de diálogo e planejamento entre serviços e profissionais de atenção, permeando a comunicação para evitar a fragmentação do cuidado. Esta ocorre

quando o profissional atende apenas a sua demanda, com dificuldade de avaliar cada caso de forma ampliada e perceber sobre as reais necessidades das mulheres (29). Para a realização da denúncia, é importante uma rede de atendimento que garanta acompanhamento e amparo às mulheres para promover a prevenção e o enfrentamento da violência. Além de serem assistidas pelo sistema judiciário, em muitos casos, necessitam acesso ao sistema de saúde, pois muitas buscam atendimento nesses serviços antes de chegarem a uma delegacia para denunciar (26). A ausência de serviços especializados constitui-se em vulnerabilidade programática que prejudica as mulheres em buscar ajuda.

Como forma de suprir as necessidades de atendimento das mulheres, no Brasil, a partir de 2013, em algumas capitais brasileiras, foi criada a Casa da Mulher Brasileira, vinculada ao Programa Mulher: Viver sem Violência. Esses serviços contribuem para facilitar o atendimento, ao promover a integração dos serviços de atenção às mulheres, e se enfocam na integralidade do atendimento (30), consolidando diferentes serviços em um mesmo local, o que permite às mulheres não perder tempo em deslocamentos na busca por ajuda. O Programa continua em vigor, mas, em muitas capitais, não foi implantado e ainda não existe um espaço físico integrado para o atendimento, o que torna a situação uma vulnerabilidade programática.

No Brasil, os avanços para combater a violência contra as mulheres são a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio. O desenvolvimento de uma legislação que puna a violência e proteja as mulheres é essencial ao enfrentamento da vulnerabilidade programática. Além disso, ressalta-se a importância da medida protetiva como um direito das mulheres que denunciam a violência para assegurar o respaldo jurídico de proteção e distanciamento do agressor (31). Este distanciamento é fundamental e assegurado pela medida protetiva, pois permanecer convivendo no mesmo domicílio com o agressor tornam as mulheres suscetíveis a futuras repetições de violências (20).

Outra ação importante nesse contexto foi a criação, em 2003, de uma Secretaria de Políticas para as Mulheres, posteriormente vinculada ao Ministério de Direitos Humanos, cujo enfoque é coordenar a gestão das políticas públicas e garantir que as esferas do governo se responsabilizem pela redução da violência e fortaleçam a igualdade de gênero (32). Dessa forma, é possível estabelecer o enfrentamento programático da violência a partir de uma legislação vigente e de uma rede de serviços especializada que assegure o acolhimento e a proteção das mulheres.

No âmbito da saúde coletiva, é necessário consolidar a promoção da saúde a partir da mobilização de vários órgãos do governo contra a violência, em um contexto intersetorial de visibilidade social. Isso fortaleceria a construção de redes de atenção e mobilizaria a

sociedade civil nas instâncias participativas, no intuito de promover debates ao problema social na busca de soluções para enfrentar a violência contra as mulheres (33, 34).

Além disso, é imperativo assegurar o apoio e a segurança das mulheres e seus filhos investindo em programas de treinamento em diferentes setores da sociedade, principalmente no judiciário, para a correta aplicação das leis de proteção e para o fortalecimento dos sistemas de atenção, que envolvem a tomada de ação no cuidado, dentro do sistema de saúde, no intuito de reforçar a detecção da violência na atenção primária. Ao mesmo tempo, é necessário desenvolver campanhas de conscientização pelo governo em parceria com organizações feministas, com o enfoque na igualdade de gênero (34).

Estes resultados evidenciam ações que, de acordo com as Nações Unidas, na agenda para 2030, são urgentes para enfrentar a violência contra as mulheres e alcançar a igualdade de gênero. Para isso, são configuradas quatro ações nas esferas públicas: implementação e execução de leis e políticas integrais; atenção universal de serviços intersetoriais e de qualidade no apoio às mulheres; medidas de conscientização social e prevenção para combater fatores subjacentes e causas fundamentais da violência; e, compilação de bases de dados sobre violência (1), consolidando a vigilância epidemiológica ao estruturar e fortalecer observatórios de violência. A preocupação em desenvolver essas ações demonstra a iniciativa governamental para eliminar a violência contra as mulheres.

Considerações finais

A análise das vulnerabilidades de mulheres atendidas em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência evidenciou elementos de sua dimensão individual, tais como: isolamento social, medo ou vergonha de denunciar, dependência financeira, perda de liberdade, autoestima fragilizada, falta de apoio e dificuldade de acesso à informação. O enfrentamento dessas dificuldades revelou ações relacionadas à dimensão programática, pois, para a tomada de decisão em denunciar e buscar ajuda, tendo vínculo interpessoal como apoio social, as mulheres obtiveram proteção judicial através da medida protetiva. Além disso, as mulheres precisam de independência financeira, de recuperar sua autoestima e sua saúde física e mental, sendo necessário (re)organizar toda sua vida na iniciativa de empoderar-se para conseguir o enfrentamento e a superação da violência.

No contexto estudado, a vulnerabilidade revelou aspectos subjetivos das mulheres, bem como componentes programáticos e sociais, com ênfase nas conexões entre indivíduos, em suas relações comunitárias, no contexto sociocultural e econômico. O desencontro entre as

ações empreendidas para atender às demandas das mulheres foi evidenciado, o que reforça a importância da integração da rede de serviços para enfrentar a violência de gênero.

No âmbito governamental, torna-se essencial a criação de uma legislação que proteja as mulheres da violência, que vá mais além de ações punitivas. É fundamental elaborar projetos para promover a igualdade de gênero e a articulação de diferentes setores da sociedade para debater sobre a violência, o que geraria visibilidade a esse grave problema social. Ao mobilizar a sociedade, é possível fortalecer a rede de serviços, de forma intersetorial, na perspectiva da integralidade do cuidado às mulheres em situação de violência. Nesse sentido, o reconhecimento das vulnerabilidades deve ser considerado na formulação de políticas de atenção, para sustentar o quinto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, pois o primeiro passo para a igualdade de gênero é a eliminação da violência contra as mulheres.

A limitação do estudo está relacionada ao contexto da fonte das informações: mulheres em atendimento em um Centro de Referência. Para estudos futuros, é importante investigar o atendimento em outros serviços da rede e abordar o diálogo entre os profissionais na perspectiva da intersetorialidade do atendimento.

As vulnerabilidades de mulheres em situação de violência, apreendida nas suas dimensões individual e programática, estão inter-relacionadas com a dimensão social. Reafirma-se o entendimento da importância do enfrentamento da violência, quer em sua dimensão macrossocial, como integrante de uma estrutura em transformação, quer em sua dimensão microssocial, baseados em comportamentos cujos sentidos são construídos social e culturalmente. Na formulação de políticas públicas, estas não podem restringir-se a apenas enfrentar a violência, mas assegurar a igualdade de gênero e evitar retrocessos decorrentes dessa discriminação.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

Referências

1. ONU Mujeres. Hacer las promesas realidad: la igualdad de género en la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Nova York: Nações Unidas; 2018. Disponible en: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-es.pdf?la=en&vs=834>

2. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. *Feminicidio*. Naciones Unidas; 2017. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
3. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Nova York: The General Assembly. 2015. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
4. Benedicto C. Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134):607-25.
5. Alves JED. Desafios da equidade de gênero no século XXI. *Rev. Estud. Fem.* 2016; 24(2):629-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n2/1805-9584-ref-24-02-00629.pdf>
6. Paiva V. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas psicol.* 2013; 21(3):531-49. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a02.pdf>
7. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet.* 2015; 385(9978):1685-95. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0140673614618304/1-s2.0-S0140673614618304-main.pdf?_tid=a2fa6e57-1ce1-42a2-a0f9-d98ebcf3055e&acdnat=1538422246_c3316d66b67e0216dae7cd2ef241e5db
8. Sánches LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies.* 2015; (1):103-13.
9. Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. editores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde (Livro I)*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

10. Pereira JLF, Oliveira CDB, Freitas FFQ, Castro AP, Nóbrega MF, França ISX. Perfil da violência contra as mulheres atendidas em um centro de referência. *Rev enferm UFPE*. 2015; 9(Suppl. 6):8665-72. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10643/11655>
11. Albuquerque Netto L, Moura MAV, Silva GF, Penna LHG, Pereira ALF. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp):135-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0135.pdf>
12. Secretaria de Políticas para as Mulheres (BR). Norma técnica de uniformização: centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento — pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5(7):1-12. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2012.
16. Tejada SC, López GM. Mujeres, diversidad funcional y multidiscriminación. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2018; (7):45-56.

17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013; 18(5):1293-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>
18. Terra MF, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digital*. 2015; 15(3):109-25.
19. Seidl MA, Benetti SPC. Fatores de risco e mecanismos de proteção nas narrativas das famílias em situação de violência conjugal. *Aná. Psicológica*. 2011; 29(2):247-57. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000200005
20. Sanchez-Lorente S, Blasco-Ros C, Martínez M. Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence. *Women's Health Issues*. 2012; 22(5):491-500. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.07.003>
21. Grossi PK, Coutinho ARC. Violência contra a mulher do campo: desafios às políticas públicas. *Serv. Soc. Rev.* 2017; 20(1):25-40. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/32071/23366>
22. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2015; 20(1):249-58. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf
23. Cisne M, Oliveira GMJC. Violência contra a mulher e a lei Maria da Penha: desafios na sociedade patriarcal-racista-capitalista do estado brasileiro. *Serv. Soc. Rev.* 2017; 20(1):77-96. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/32465/23369>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington: OPS; 2014. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1

25. Pasinato W. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. *Rev. direito GV*. 2015; 11(2):407-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v11n2/1808-2432-rdgv-11-2-0407.pdf>
26. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1019-27.
27. Escorsim SM. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *Rev. Katálysis*. 2014; 17(2):235-41.
28. Provecho ABA, Pilo GP, Pino CG. Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializado. *Anal. Psicol*. 2018; 34(2):349-59.
29. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):51-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150357.pdf>
30. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D et al. Atlas da violência 2018. Rio de Janeiro: IPEA e FBSP; 2018.
31. Casa Civil (BR). Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm
32. Casa Civil (BR), Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 13.641, de 3 de abril de 2018. Brasília: Casa Civil; 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13641.htm
33. Romero LMK, Muñoz CM, Henríquez MC, Higuera AS, Ancalaf AT, Nitrihual L et al. Modelo participativo para el abordaje de la violencia contra las mujeres en la Araucanía, Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; (41):1-4.

34. Navarro-Mantas L, Velásquez MJ, Lemus S, Megías JL. Prevalence and sociodemographic predictors of intimate partner violence against women in El Salvador. *J Interpers Violence*. 2018; jun 13. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260518779065> [Epub ahead of print].

5.2 ARTIGO 2

**CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA**

Potiguara de Oliveira Paz², Silvia Pereira da Cruz Benetti³, Regina Rigatto Witt⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência.

Método: estudo qualitativo, utilizando a história oral temática em duas entrevistas semiestruturadas com 15 mulheres, em 2017 e 2018. A análise das informações ocorreu por análise de conteúdo temática, tendo embasamento do referencial da metáfora da *casita* de resiliência.

Resultados: do *corpus* da análise foram elaboradas as categorias: “Fundação” abrange o atendimento das necessidades básicas e a rede de apoio informal; “Planta baixa” compreende a capacidade de encontrar um sentido para sua vida e os filhos são disparadores para a busca de ajuda; “Primeiro Piso” está o fortalecimento da autoestima, em desenvolver atitudes e competências ao enfrentamento e o humor; e, “Sótão” relacionado à perspectiva de futuro.

Considerações finais: A interação deste conjunto na perspectiva da *casita* como um instrumento favorece a construção resiliência pelas mulheres, a partir do crescimento pessoal e da tomada de decisão pelo enfrentamento à violência.

Palavras-Chave Resiliência Psicológica, Violência contra a Mulher, Gênero e Saúde.

Introdução

O contexto da violência contra as mulheres faz parte de uma cultura que reproduz relações sociais de subordinação, sendo legitimada pela desigualdade de gênero em normas restritivas. O gênero refere-se aos papéis culturalmente definidos, responsabilidades, atributos

² <https://orcid.org/0000-0003-2944-7001>. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil.

³ <https://orcid.org/0000-0001-8557-2216>. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ <https://orcid.org/0000-0002-3893-2829>. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, Brasil. Rua São Manoel, 963. Cep: 90620-110. E-mail: regina.witt@ufrgs.br

e direitos associados, ou ser visto como, uma mulher ou homem em um sistema social, juntamente com o poder estabelecido, a partir de suas relações interpessoais.¹

Caracterizada como uma das formas de violência de gênero é a violência doméstica, que ocorre geralmente no âmbito privado e atinge as mulheres em seu próprio domicílio, tendo como agressor alguma pessoa próxima de sua convivência como familiares e conhecidos.² Pode causar graves consequências para a saúde física e psicológica das mulheres, tais como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, bem como repercutir no desenvolvimento de seus/suas filhos/filhas.³

Embora caracterizada pela invisibilidade, a prevalência e a gravidade faz com que a violência seja considerada um problema de saúde pública. No Brasil, os registros elevaram-se em cinco anos de 107.530 notificações em 2011, sendo 69% contra mulheres, para 242.347 casos em 2015 destes 67% foram contra mulheres.⁴ No ano de 2014 houve 506 casos de violência por parceiro íntimo notificados em 25 capitais brasileiras, mais prevalente contra mulheres na faixa etária dos 20 a 39 anos de idade, totalizando as de raça negra 253 casos e o domicílio o principal local das ocorrências.⁵

Em consequência da violência de gênero, as mulheres sofrem deterioração de sua autoestima, de sua capacidade de reflexão sobre a situação em que se encontram e possuem dificuldades em elaborar iniciativas de enfrentamento. Muitas vezes, sentem-se culpadas por sofrer violência, sentem medo e impotência associados à vergonha.³

Uma das estratégias de abordagem desta problemática tem sido o empoderamento das mulheres diante da situação de violência. Neste sentido, a promoção da resiliência torna-se um meio para resistir e enfrentar, auxiliando as mulheres a saírem fortalecidas de uma experiência traumática, através do desenvolvimento de suas capacidades internas e externas.³

O conceito de resiliência envolve características que resultam da interação positiva entre elementos pessoais e ambientais, o envolvimento de aspectos internos como fortalecimento da autoestima e do humor; bem como, dos aspectos externos como a participação comunitária para o desenvolvimento de apoio social, o conhecimento da legislação para reivindicar proteção diante da violência e a busca por autonomia financeira.⁶

Os atributos do conceito de resiliência relacionam condições discutidas no enfrentamento da violência contra a mulher: a determinação que representa a crença de conseguir superar um problema; a auto eficácia, que é a capacidade de realização de uma pessoa conseguir lidar com uma dificuldade e superá-la; a recuperação, como capacidade de enfrentar algum evento adverso e conseguir recuperar-se; e, o apoio social, pois ao ter uma

relação positiva com uma pessoa, é identificada a abertura para expressar seus sentimentos e conseguir refletir sobre alguma determinada situação vivenciada.⁷⁻⁸

Em relação à violência contra as mulheres e a resiliência, estudos foram realizados para desvelar a manifestação de resiliência,⁹ identificar os processos de resiliência em famílias com história de violência conjugal⁷ e destacar os fatores relacionados à violência por parceiro íntimo e a suscetibilidade de futura violência.¹⁰

A resiliência relacionada à violência tem sido proposta como a capacidade de adaptar-se para conseguir enfrentar e superar sua adversidade, tendo o enfoque em saber lidar, resistir e recuperar-se dos efeitos e dos riscos nos diferentes contextos que representa a situação de violência.¹¹ A promoção do enfrentamento das situações de violência estimula uma atitude interna positiva que favorece as mulheres procurarem recursos externos na busca por ajuda, pois é muito difícil conseguirem romper com a violência sem nenhum suporte de redes de apoio social.⁹ Dado que a resiliência não se caracteriza como um estado definido e estável, mas como um processo em construção, precisa ser conhecido e investigado longitudinalmente, a fim de subsidiar ações para a sua promoção.

Foi realizado um estudo com a intenção de investigar a construção da resiliência de mulheres que denunciaram e buscaram ajuda em um Centro de Referência, um serviço especializado em atendimento a mulheres em situação de violência. A questão norteadora foi: “As mulheres que decidiram enfrentar, superar e seguir em frente diante da situação de violência construíram resiliência?” O objetivo é conhecer o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo¹² realizado em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este serviço foi escolhido como campo de estudo em função da sua condição de atendimento a mulheres em situação de violência desde 2012, com apoio psicológico e social para fortalecer a autoestima e promover o empoderamento, na intenção de oferecer suporte ao enfrentamento da situação de violência.

As participantes do estudo foram mulheres que estavam em atendimento no CRAM, sendo a amostra (15) definida por saturação de dados.¹³ A seleção das participantes considerou a técnica escolhida para a coleta de informações. O critério de inclusão foi estar na fase de monitoramento durante a coleta das informações, pois esta é a etapa mais avançada de

acompanhamento do CRAM e as participantes possuem melhor condição de verbalizar a situação de violência. O critério de exclusão foi estar na fase inicial de atendimento no serviço, haja vista que a violência gera estresse pós-traumático, sendo que lembrar e verbalizar a situação de violência poderia gerar um grande sofrimento às participantes.

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2017 e no primeiro de 2018, através de duas entrevistas semiestruturadas com as participantes, por meio da História Oral Temática,¹⁴ que busca conhecer a história de uma pessoa que possui uma trajetória significativa para a compreensão de determinado evento e de práticas culturais, que tem a finalidade de aprofundar percursos individuais e processos coletivos, a partir da narrativa de experiência de uma pessoa. Nesta pesquisa, a construção da resiliência de mulheres em situação de violência representa o evento a ser estudado.

As duas entrevistas foram agendadas com cada participante de acordo com a disponibilidade de horário e dia. A realização da primeira entrevista, com as participantes ocorreu dentro do CRAM, sendo este serviço utilizado como retaguarda para suporte na realização da coleta, proporcionando um local reservado para garantir a privacidade. A segunda entrevista foi realizada após o intervalo de seis meses. No caso das mulheres que já haviam finalizado atendimento no CRAM, o local da entrevista foi definido pelas próprias mulheres, contanto que favorecesse a privacidade na realização da entrevista, estivesse livre de interrupções e que fosse de fácil acesso das mulheres ao local, portanto, algumas das entrevistas ocorreram no próprio domicílio das participantes. O enfoque em realizar duas entrevistas teve o intuito de investigar, longitudinalmente, a construção da resiliência no enfrentamento da violência pelas mulheres estudadas.

As entrevistas, com duração média de uma hora, foram gravadas em mp3 e, após, foram transcritas, utilizando o *software NVivo* versão 11. Para a análise dos dados foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo Temática,¹² que possui as seguintes fases: a pré-análise, quando o material é organizado de acordo com os objetivos e questões de estudo; depois procedeu-se à exploração do material, sendo necessária a realização de várias leituras das entrevistas; e, por fim o tratamento e interpretação dos resultados obtidos, a fim de interpretar o conteúdo subjacente manifestado. Como critério de confiabilidade das informações, após a transcrição, houve um segundo encontro individual com cada participante para a leitura e validação das falas transcritas. Isso possibilitou a cada participante alterar suas falas na transcrição, favorecendo a fidedignidade dos dados.

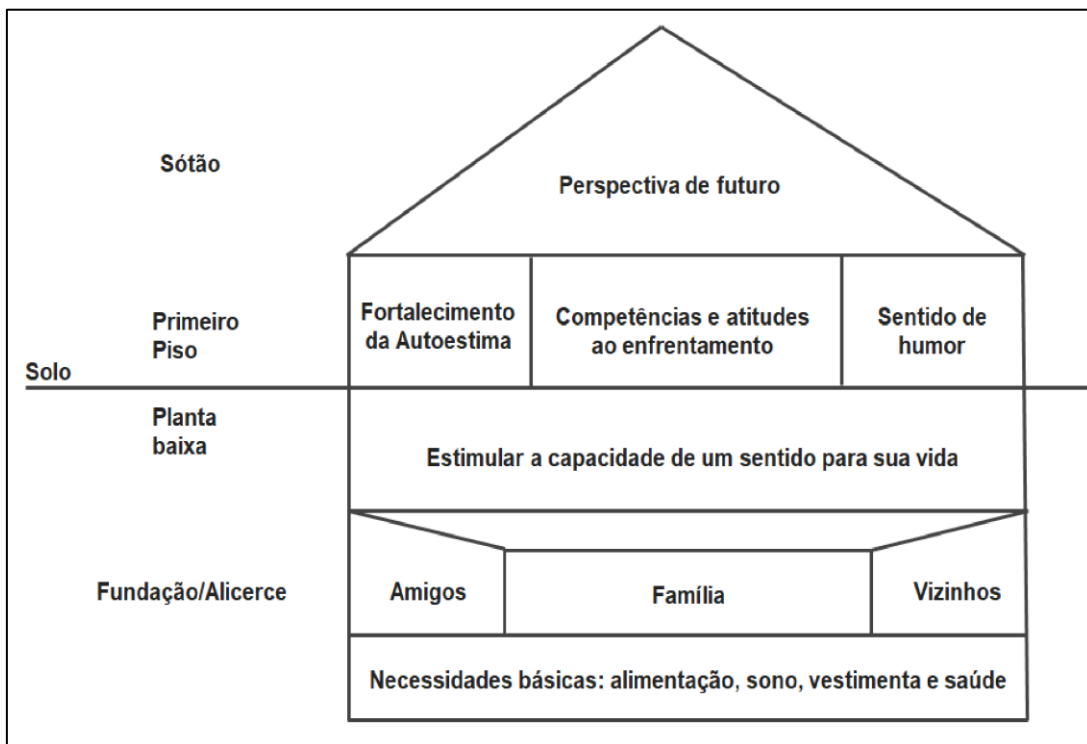
Para a categorização temática dos resultados foi adotado o referencial da metáfora *Casita* de resiliência.¹⁵ Este referencial permite analisar a resiliência como um processo em

construção, dinâmico e não linear, sendo decorrente da superação de um sofrimento, de alguma dificuldade, ou estresse pós-traumático. Com base nesta estrutura teórica, foram estabelecidas categorias analíticas. As categorias analíticas são estruturas capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual das informações.¹²

Aspectos éticos

Em relação à ética, a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, número do parecer 2.546.536, CAAE: 68940717.3.0000.5347. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Para preservar o anonimato, a identificação das participantes foi codificada pelas letras MSV (Mulher em Situação de Violência), seguidas do número da ordem das entrevistas.

Figura 1 – A estrutura da *Casita* de resiliência



Fonte: Vanistendael; Lecomte, 2002. Traduzido pelos autores.

Resultados e Discussão

Considerando o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência, os parágrafos que seguem reportam à história de vida das participantes da pesquisa. Na

segunda entrevista ocorreram três perdas, tendo o motivo de uma participante ter mudado de cidade para distanciar-se do agressor e duas não responderem as tentativas de contato pelos pesquisadores. As primeiras entrevistas dessas participantes que não realizaram a segunda etapa da coleta não foram descartadas e as informações integram os resultados da pesquisa.

Em conformidade com a literatura que embasou a análise dos dados, detalham-se, a seguir, as categorias temáticas decorrentes da *casita* de resiliência:¹⁵ “Fundação; Planta baixa; Primeiro Piso; e, Sótão”.

Fundação

Para as mulheres iniciarem a construção da resiliência em uma situação de violência é essencial o distanciamento do agressor e ao tomar a decisão de enfrentar a violência, caracterizando o primeiro passo para a resiliência, o **atendimento das necessidades básicas** torna-se prioridade para conseguir estabelecer o enfrentamento, sob forma de poder contar com um local seguro ou um abrigo que forneça proteção, alimentação e suporte, uma espécie de refúgio.

“Eu era totalmente dependente dele, nós morávamos de aluguel, uma situação que eu nunca havia vivido, porque eu sempre trabalhei. Na época, eu não estava trabalhando e por estar dependente financeiramente, eu tive dificuldade em me separar após a violência, porque não teria condições de sustentar o meu filho (MSV 1, entrevista 1).”

Torna-se um grande desafio para as mulheres em situação de violência ter a iniciativa de enfrentamento, seja por medo ou vergonha ou ainda pela insegurança e dependência financeira em sustentar a si mesma ou seus (suas) filhos (as).¹⁶ A característica da dependência econômica é um aspecto comum da violência contra as mulheres e é atribuído ao gênero como “papel social” do homem como provedor, na qual o agressor utiliza o controle do dinheiro como poder, sendo difícil para as mulheres tomarem decisões sobre suas vidas ou até mesmo se separar do companheiro, devido à ausência de autonomia financeira.

Ainda, a análise corroborou o argumento da literatura sobre a fundação da *casita*,¹⁵ explicitando o “cimento”, que caracteriza a **rede de apoio informal** das mulheres, representado por familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. São pessoas que fornecem apoio e incentivo ao enfrentamento, pessoas consideradas como um porto seguro para abrigo/refúgio ou apenas para desabafar.

“Eu tinha a certeza de duas coisas: de que eu precisava sair de casa e me separar; e, de que na casa da minha tia eu estaria segura. Depois que eu fiz a denúncia na delegacia, eu liguei para a minha tia e ela me acolheu. Eu fiquei três semanas na casa dela (MSV 11, entrevista 1).”

Retomando a noção de rede de apoio informal, pode-se argumentar que a superação da situação de violência por parceiro íntimo não ocorre apenas pela separação do casal, mas por apoio que favoreça as mulheres compreenderem os aspectos envolvidos na violência, o que possibilita visualizar e construir estratégias para o enfrentamento no cotidiano e o empoderamento de sua vida.¹⁷

A busca por segurança e proteção serve de base para a construção da resiliência, pois sozinhas têm dificuldade em estabelecer o enfrentamento. Na perspectiva da *casita*, a fundação representa os fatores de proteção que contribuem para o equilíbrio e estabilização da resiliência, entretanto esta ideia não significa a sensação de imobilidade: na resiliência o equilíbrio estável é dinâmico.¹⁵

Uma comparação foi realizada entre os tipos de apoio social percebido por 157 mulheres em situação de violência: o apoio formal; o apoio familiar; o apoio de uma rede social; e, o apoio de uma pessoa íntima. O apoio de uma pessoa íntima teve maior influência na busca de ajuda e em falar sobre a violência, sendo que o vínculo de uma pessoa próxima associa-se significativamente a menor presença de sintomas de depressão e estresse pós-traumático. Entretanto, a maioria das mulheres mencionou não possuir vínculo com nenhuma pessoa próxima e sentir a falta de alguém para desabafar.¹⁸

“A minha maior dificuldade foi eu não ter nenhuma pessoa para conversar e expor sobre meu problema, eu não tinha ninguém para conversar (MSV 1, entrevista 2).”

No ponto de vista do apoio social, a ausência de pessoas e o isolamento tornam-se prejudiciais às mulheres, provocando lacunas na construção da resiliência. A consciência da importância da rede de apoio social ou sua ausência apareceu com destaque, relacionada à família e a religiosidade:

“O meu filho e minha nora são de outra igreja e acreditam que eu deveria ficar casada com o meu ex-marido e perdoar. A religião deles é contra o divórcio, o meu filho e minha nora não queriam que eu me separasse, mas eu não aceito conviver

com meu ex-marido. A minha nora queria que eu perdoasse, mas perdoar é uma coisa e reatar um casamento é outra. Mesmo assim, ela não entende e disse que eu tinha que perdoar. Eu disse para minha nora: “Você não está na minha pele, por isso é tão fácil para você julgar a minha situação” (MSV 13, entrevista 2).”

Nos relacionamentos violentos, a crença é mencionada como apoio para as mulheres no enfrentamento da violência, tendo os sacerdotes o papel de incentivar a denúncia e a separação. Em algumas comunidades religiosas existe certa pressão social para as mulheres perdoarem o marido agressor, inculcando culpa se tentassem terminar com o casamento. Nestes casos, ao abandonarem o agressor as mulheres também tinham que mudar de igreja e de convívio social.¹⁹

Um dos elementos que parece contribuir para o apoio social é a busca por proteção ou aconselhamento, sendo base para a construção da resiliência e suporte para o enfrentamento da violência:

“Eu tenho uma amiga que sofreu violência que está em uma situação parecida com a minha e nós conversamos, trocamos ideias, tem dias que ela está em crise, chorando e me procura ou às vezes acontece o inverso e eu a procuro. Nós duas sentimos falta da mesma coisa: de ter um lugar para ir, ter um lugar para nos escutar e ouvir algum conselho, algum lugar que pudesse oferecer ajuda de forma gratuita, porque meu atendimento no CRAM foi finalizado (MSV 7, entrevista 2).”

O excerto de fala retrata uma relação recíproca de apoio diante da violência e da desigualdade de gênero que caracteriza a noção de sororidade, na qual mulheres fortalecem sua coletividade em uma relação, de solidariedade.²⁰ Uma relação de confiança decorrente da experiência de violência que contribui para a resiliência.

Diante da violência, a consolidação de grupos de autoajuda pode ser um grande apoio social para mulheres ao enfrentamento da situação de violência, promovendo autonomia. A formulação de grupos não consegue realizar uma grande mudança social, entretanto, para as mulheres oferece a oportunidade em desenvolver sua autoestima. As mulheres não são responsáveis pela violência sofrida, mas precisam se tornar responsáveis por suas decisões para conseguir sair de uma situação de abuso, na intenção de obter a autoconfiança e a auto responsabilidade para adquirem a autonomia e o empoderamento, características necessárias para fortalecer a resiliência.²¹

Pode parecer fácil, mas não é simples, principalmente em consolidar a iniciativa na tomada de decisão de enfrentar a situação de violência e ter acesso a uma rede de apoio para buscar ajuda. Nos serviços que realizam atividades em grupo com mulheres é importante adotar estratégias pedagógicas que permeiam a sororidade, tendo a intenção de favorecer a troca de experiências, fortalecer a autoestima e promover uma rede de apoio que contemple a busca pela igualdade de gênero e o enfrentamento da violência.

“Eu encontrei uma mulher na Delegacia que também sofria a mesma violência que eu sofri, eu consegui conversar com ela sobre isso e a incentivei em denunciar. Eu falei sobre a minha história e disse que ela também conseguiria superar a violência. Eu acredito que ter falado minha história com uma mulher, que está começando o enfrentamento da violência, possa ter ajudado a conseguir visualizar caminhos de sair daquela situação (MSV 6, entrevista 2).”

A troca de experiências permite às mulheres em situação de violência criar vínculos e construir redes de apoio através da sororidade. Os serviços de saúde podem ajudar na construção de grupos que forneçam apoio e acolhimento às mulheres. Além disso, podem contribuir para as mulheres falarem sobre a violência e evitar o seu “silenciamento” com sua reprodução legitimada no âmbito das relações familiares e afetivas.²² Ao falar sobre é possível refletir como a violência manifesta-se nas relações e estabelecer estratégias e visualizar modos de enfrentamento.

Planta baixa

Após ter estabelecido o início da construção da resiliência, a etapa seguinte caracteriza-se pela **capacidade de encontrar um sentido para sua vida**, através do exercício de reflexão, ao buscar e desenvolver algum projeto de vida.¹⁵

O depoimento que segue traduz um cenário de práticas relacionais de violência no trabalho:

“Eu sofri violência no trabalho em duas grandes empresas aqui no Rio Grande do Sul. Era uma espécie de *bullying*, uma violência diária que fragilizou minha autoestima ao extremo. Na segunda empresa, eu percebi que era uma perseguição pessoal, mas eu era uma profissional muito competente e eles não conseguiam encontrar erros no meu trabalho. Eu denunciei a violência, busquei ajuda no CRAM

e processei uma das empresas por violência. Eu tinha um sonho de trabalhar com costura, depois da violência, eu decidi mudar de profissão e hoje eu trabalho nessa área que é algo que me faz muito feliz (MSV 5, entrevista 2).”

Por consequência, a busca de um sentido para sua vida representa o desejo de mudança, um passo para a transformação pessoal e baseada em um propósito: viver uma vida sem violência.

A resiliência não designa apenas de capacidade de resistir a um problema, mas na atitude de transformar uma experiência dolorosa em algo que permita abrir horizontes, uma maneira de encontrar forças perante as adversidades.¹⁵

“Eu tive sucesso em ter forças, acho que é a única coisa que eu tenho e que todos me dizem: “Você tem que ter força, porque você tem um filho”, eu tive sucesso em enfrentar a violência, porque eu não desisti em nenhum momento. Então, eu acredito que foi um ponto positivo, eu consigo sustentar o meu filho, manter minha casa e trabalhar (MSV 7, entrevista 2).”

Este cenário de enfrentamento da violência possibilitou focar o olhar sobre as situações de violência contra mulheres em que os **filhos são os disparadores para a busca de ajuda**, o motivo das mulheres tomarem a decisão de sair da situação de violência, motivada pela ausência de segurança ou pela possibilidade da violência também atingir seu (sua) filho (a). Na perspectiva de gênero, ressalta-se o papel materno relacionado à preocupação e a responsabilidade das mulheres com seus os filhos. Em tais circunstâncias, ter um (a) filho (a) com o agressor agrava o medo de alguma possível retaliação/vingança do companheiro após a separação:

“Quando minha filha nasceu eu pensava que ele iria mudar, mas ele piorou e ficou mais agressivo. Eu decidi me separar graças a ela e depois que eu me separei ele passou a usar a minha filha para me atingir.

Judicialmente, ele tinha direito a ficar com ela nos finais de semana, mas houve uma situação de abuso e eu tive que levar ela ao hospital, que atendiam crianças vítimas de abuso. Em seguida, eu consegui suspender as visitas do pai. A minha filha ainda está em atendimento por causa do abuso do pai (MSV 12, entrevista 1).”

A análise destacou que a exposição à violência contra as mulheres também pode acarretar consequências negativas aos (às) filhos (as), podendo apresentar estresse pós-

traumático, dificuldades no relacionamento interpessoal, problemas emocionais e de conduta. A literatura indica ser importante a sensibilidade materna para proteger os (as) filhos (as) da vulnerabilidade de conviver com a violência,²³ sendo esta uma responsabilidade geralmente atribuída às mulheres em prol da proteção de seus filhos.

Primeiro piso

Nesta etapa, a análise dos depoimentos sugere que a construção da resiliência direciona o seu enfoque para o fortalecimento da **autoestima**, em desenvolver **atitudes e competências** ao enfrentamento, bem como ao **humor**.

No ponto de vista da *casita*, nesta etapa é importante fortalecer a autoestima, pois geralmente está fragilizada em decorrência da violência, bem como as atitudes e competências relacionadas ao enfrentamento são necessárias para autonomia e adaptação em proteger-se do sofrimento demasiado e proporcionar um olhar sob outra perspectiva da realidade e o humor que constitui uma força considerável de resiliência.¹⁵

A autoestima fragilizada é decorrente da violência psicológica, na qual as mulheres sofrem através de xingamentos, humilhações, depreciação de seu modo de vestir e desqualificação de seu corpo e de sua conduta, o que faz aumentar a insegurança e diminuir a autoimagem.²⁴ Geralmente, este tipo de violência está associado ao isolamento social e à dependência econômica das mulheres, não permitindo visualizar alternativas de enfrentamento, bem como consolidam um ciclo que naturalizam a violência.

“Eu sofria muita violência psicológica, qualquer coisa que eu tentasse fazer ele dizia que eu era louca e descontrolada. Ele me agredia, mas dizia que não fazia. Ele sempre falava: “eu não te agredi, eu só puxei o teu braço”, ou “eu apenas te segurei firme pela mão”, ou “eu não te agredi, eu apenas puxei o seu cabelo”. Ele sempre minimizava as agressões que fazia comigo (MSV 6, entrevista 1).”

Esta fala representa uma ação denominada *gaslighting*, processo que resulta na minimização da violência, como algo pequeno e banal, mas em longo prazo faz com que a pessoa que sofre esta violência acreditar que enlouqueceu ou que é incapaz, sendo uma forma de fazer duvidar de seu senso de realidade, de sua percepção e seu raciocínio.²⁵ Esta violência afeta culturalmente mais as mulheres, atingindo sua autonomia e sua autoestima, promovendo desempoderamento pela ausência de controle de sua vida.

O empoderamento feminino possui três dimensões: individual, interpessoal e coletivo. Relacionados ao desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança sobre suas capacidades, habilidade de negociação e autonomia na tomada de decisão dentro das relações interpessoais. Estabelecer o empoderamento significa para as mulheres “o cuidado de si”, que visa à liberdade em contato com seus desejos e possibilidades, na perspectiva da não subordinação a formas de dominação.²⁶

Dessa forma, fortalecer a autoestima tem o sentido de buscar a autovalorização, sendo importante na construção da resiliência, principalmente para as mulheres que enfrentaram a situação de violência, buscaram ajuda e desejam sair fortalecidas dessa experiência e sentirem-se bem consigo mesmas.

“Eu me sinto forte, eu penso pelo que passei e percebo que isto é um exemplo para as mulheres com quem eu converso, muitas amigas perceberam que eu estava sofrendo no relacionamento. Agora, elas me enxergam como referência e me consideram uma vitoriosa por ter conseguido me manter trabalhando, estudando e criando meu filho, elas viram que a minha vida não desmoronou por causa da minha separação e muitas vezes algumas mulheres se tornam dependentes dos agressores e não conseguem sair do ciclo da violência. Eu segui em frente, eu tenho uma casa e o meu filho para sustentar e também não vou abrir mão da minha faculdade (MSV 15, entrevista 2).”

A violência pode gerar sintomas de transtorno de humor. De acordo com sua intensidade e duração pode levar ao desenvolvimento de sintomas de transtornos mentais e sofrimento psíquico relacionado ao humor depressivo e ansioso, caracterizado como nervosismo, tensão, preocupação, tristeza, choro e susto com facilidade. Estes são somatizados por dores de cabeça, insônia, má digestão, falta de apetite e tremores pelo corpo. Qualquer tipo de violência pode desencadear efeitos psicológicos nocivos na vida das mulheres.²⁷

“Depois da separação eu estava muito abalada, eu me sentia rastejando, depois engatinhando e agora eu comecei a caminhar. Daqui alguns anos, eu vou dar risadas e dizer graças a deus que tudo passou e eu consegui seguir em frente (MSV 8, entrevista 2).”

Restabelecer o sentido de humor é uma estratégia de adaptação e se manifesta espontaneamente, de maneira não intencional, para suavizar uma experiência traumática e

mobiliza a pessoa como um todo, pelo envolvimento de seu intelecto, suas emoções e permite resistir a uma situação dolorosa.¹⁵

Sótão

O sótão representa a abertura para outras experiências, não apenas tratando-se de relacionamento afetivo, mas abrange novas experiências profissionais e pessoais de acordo com a intencionalidade e o desejo em buscar experiências positivas que contribuam com a resiliência e a superação da violência.

“Eu sou de uma família muito pobre, eu trabalhei bastante junto com o meu ex-marido, conquistamos as coisas com muita dificuldade. Quando eu conquistei o básico do conforto que queríamos, eu me deparo com a violência e de um dia para outro eu não tenho mais nada e estava morando com a minha mãe, dormindo no sofá e com as minhas roupas em sacos plásticos.

Hoje, eu moro em uma casa de madeira, mas eu tenho paz.

Eu consegui superar e não vou desistir. Eu percebi que é preciso ter iniciativa, porque as coisas não acontecem sozinhas. Quando eu decidi agir e comecei a enfrentar a violência algumas coisas começaram a mudar e para tudo sempre tem o primeiro passo (MSV 12, entrevista 2).”

Quando as mulheres decidem buscar um novo sentido para suas vidas, a partir do desenvolvimento da iniciativa de enfrentamento, denunciando e mobilizando-se internamente para afastar-se do agressor é possível construir a resiliência.²⁸ Permanecer com o agressor no mesmo domicílio torna as mulheres suscetíveis a futuras agressões.²⁹ É necessária a tomada de decisão para romper com o relacionamento violento e a busca de suporte, que favoreça o resgate da autoestima e o despertar de uma consciência para a mudança, na qual muitas vezes necessita de autonomia financeira para conseguir superar a violência e o isolamento social.³⁰

O sótão é o quarto passo da *casita* que representa a superação da violência e envolve a **perspectiva de futuro**, a construção da resiliência em seu estágio mais avançado, ao desenvolver algum projeto pessoal, ou realizar algum objetivo, permitindo encontrar um sentido para sua vida e sem perder o ânimo.¹⁵

“O meu futuro é bem pessoal, eu quero ter um filho, eu mudei minha carreira profissional e vou continuar a minha vida nas costuras, eu estou investindo, fazendo cursos, me profissionalizando cada vez mais nessa área e quero seguir a minha vida (MSV 5, entrevista 2).”

“Eu estou ansiosa que acabe todo o processo judicial para recomeçar a minha vida e seguir em frente. Eu estou terminando um curso de maquiagem profissional e eu vou morar em outro Estado para buscar um distanciamento ainda maior do meu ex-marido. Eu vou morar perto da minha irmã e quero recomeçar a minha vida. (MSV 11, entrevista 2).”

Esses relatos revelam que, na perspectiva do cuidado, estimular o outro a ser resiliente significa cuidar, uma ação intencional, que se concretiza mediante o vínculo em uma relação de ajuda, de troca e reciprocidade. A resiliência não se caracteriza como um conceito estático, mas como um processo dinâmico em construção. O despertar para o enfrentamento da violência ocorre através de uma motivação interna e promove a tomada de decisão em buscar ajuda e estabelecer o enfrentamento.⁹ Ainda em relação às necessidades de superação da violência, foi dito:

“O meu emocional está totalmente abalado, eu não consegui ainda me relacionar com outra pessoa, não consigo pensar em outro relacionamento, mas a minha vida eu segui em frente. Eu estou vivendo, vou trabalhar, volto e cuido a casa, me cuido, cuido meu filho, por fora está tudo normal e tenho vivido uma vida de forma automática. Tem dias que eu tenho algumas recaídas e eu choro bastante, e tem dias que eu estou muito bem que eu esqueço o que passei (MSV 7, entrevista 2).”

Na perspectiva da resiliência cada pessoa possui a sua *casita*,¹⁵ com características diferentes, com uma fundação distinta e um cimento que representa as pessoas com quem pode contar e oferecem apoio diante das dificuldades. Além disso, todas as casas possuem portas, janelas e espaços que conectam os ambientes em uma espécie de rede. Além de reconhecer as potencialidades de cada pessoa, observando qual é o ambiente dentro da *casita* mais fortalecido e que se sobressai, pois a sua força reverbera para os outros espaços, favorecendo a construção da resiliência.

Considerações Finais

Os resultados do estudo apresentam contribuições sobre o processo da resiliência que se caracteriza por ser dinâmico e não linear, no qual as mulheres utilizam seu discernimento na tomada de decisão em buscar ajuda de recursos externos para sua proteção. O referencial

analítico mostrou-se adequado, pois foi possível apreender elementos constitutivos para a construção da resiliência em todos os níveis da *casita*.

Esses resultados podem estar relacionados ao fato de tratar-se de mulheres que estavam em monitoramento em serviço especializado. Por isto, recomenda-se a realização de mais estudos longitudinais, sobre a construção da resiliência em outros cenários de busca por ajuda, tendo a intenção de ampliar o conhecimento sobre a construção da resiliência no enfrentamento da violência.

Ainda, destaca-se que as histórias de vida das mulheres ainda não acabaram. A experiência do enfrentamento da violência é presente, pois é quase impossível apagar a violência de suas lembranças, no entanto todas as participantes empoderaram-se e decidiram enfrentar violência, construindo sua resiliência. O reconhecimento do viver sem violência necessita ser uma responsabilidade social e não deve ser um compromisso só das mulheres, sendo que os elementos constitutivos de resiliência identificados apresentam potencial para a promoção da saúde dessas mulheres.

Contribuição dos autores

Paz PO e Witt RR - contribuíram na concepção e delineamento da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos resultados e redação do manuscrito. Benetti SPC – redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, Zewdie D. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet* [Internet]. 2019 [cited 2019 May 9]; 393 (10189): 2440-54. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
2. Garcia LPG. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25 (3): 451-4.
3. Sánchez LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015; 1: 103-13.

4. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, Lima CM. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22 (9): 2929-38.
5. Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (4): 1-12.
6. Arauco AM, Soria SA. Fortalecimiento de factores protectores de la resiliencia en el ámbito comunitario en mujeres en situación de violencia doméstica. *Ajayu [Internet]*. 2009 [acesso em 26 jun 2017]; 7 (1): 1-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v7n1/v7n1a1.pdf>
7. Seidl MA, Benetti SPC. Fatores de risco e mecanismos de proteção nas narrativas das famílias em situação de violência conjugal. *Aná. Psicológica [Internet]*. 2011 [acesso em 10 jun 2017]; 29 (2): 247-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v29n2/v29n2a05.pdf>
8. Garcia-Dia MJ, Dinapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'flaherty D. Concept analysis: resilience. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27 (6): 264-70.
9. Labronici LM. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 8 jun 2017]; 21 (3): 625-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a18.pdf>
10. Kuijpers KF, Knaap LM, Winkel FW. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: an empirical test of dynamic victim-related risk factors. *J Interpers Violence*. 2012; 27 (9): 1716-42.
11. Namy S, Carlson C, Pala AN, Faris D, Knight L, Allen E, Devries K, Naker D. Gender, violence and resilience among Ugandan adolescents. *Child Abuse Negl [Internet]*. 2017 [cited 2019 Jan 9]; 70: 303-14. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.015>

12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista de Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5 (7): 1-12.
14. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2 ed. São Paulo: Contexto; 2010.
15. Vanistendael S, Lecomte J. La felicidad es posible despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa Editorial; 2002.
16. Paz PO, Pires NS, Vieira LB, Witt RR. Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado. *Aquichan*. 2019; 19 (2): e1922.
17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18 (5): 1293-1304.
18. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *Int J Psychol Psychological Ther* [Internet]. 2013 [acceso en 15 jun 2017]; 13 (1): 31-45. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomas-de-ES.pdf>
19. Anderson, K. M.; Renner, L. M.; Danis, F. S. Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*. 2012; 18 (11): 1279-99.
20. Costa SG. Onda, rizoma e “sororidade” como metáforas: representações de mulheres e dos feminismos (Paris, Rio de Janeiro: anos 70/80 do século XX). *Interthesis*. 2009; 6 (2): 1-30.
21. Blanco AER. Resilient women: from victimhood to autonomy case study in the self-help groups codependent anonymous. *Act. Colomb. Psicol* [Internet]. 2013 [cited 2016 May 9]; 16 (2): 71-9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v16n2/v16n2a07.pdf>

22. Paz PO. Femicídios rurais: uma análise de gênero. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016; 30 (2): 1-11.
23. Limiñana AR, Martínez RS, Pérez MÁM. Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. *Gac Sanit [Internet]*. 2018 [acceso en 10 jan 2019]; 32 (1): 35-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv32n1/0213-9111-gs-32-01-00035.pdf>
24. Santos ACW, Moré CLOO. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicol. Cienc. Prof.* 2011; 31 (2): 220-35.
25. Sarkis SM. O fenômeno gaslighting: a estratégia de pessoas manipuladoras para distorcer a verdade e manter você sob controle. São Paulo: Cultrix; 2019.
26. Marinho PAS, Gonçalves HS. Mulheres em situação de violência doméstica: aspectos referentes ao empoderamento feminino. *Interthesis*. 2019; 16 (2): 1-18.
27. Santos AG, Monteiro CFS. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relataram violência por parceiro íntimo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26: e3099.
28. Marcovicz GV, Raimondo ML, Labronici LM. O percurso de resiliência de mulheres em situação de violência conjugal. *Rev de Enferm UFPI*. 2014; 3 (2): 4-10.
29. Sanchez-Lorente S, Blasco-Ros C, Martínez M. Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence. *Women's Health Issues*. 2012; 22 (5): 491-500.
30. Albuquerque Netto L, Moura MAV, Silva GF, Penna LHG, Pereira ALF. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2015 [acesso em 10 mai 2016]; 36(esp): 135-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0135.pdf>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese foi desenvolvida baseada no pressuposto de que mulheres que enfrentam a violência constroem resiliência. O estudo foi realizado em duas etapas: a análise das vulnerabilidades das mulheres atendidas em um Centro de Referência e Atendimento a Mulher; e, em conhecer o processo de resiliência das mulheres no enfrentamento da violência.

Os resultados encontram-se nos dois artigos apresentados. O primeiro analisa as vulnerabilidades das mulheres em situação de violência e evidenciou o isolamento social, o medo ou a vergonha em denunciar, a dependência financeira, a perda da liberdade, a autoestima fragilizada, a ausência de apoio formal, a decisão de denunciar e buscar ajuda, o vínculo interpessoal, a medida protetiva e a dificuldade de acesso à informação. Em nível individual e programático as vulnerabilidades apresentam-se caracterizadas e fornecem sustentação para a vulnerabilidade social baseada na desigualdade de gênero, indicando a necessidade de consolidar avanços nas políticas públicas, a partir de um olhar interseccional pela equidade de gênero, raça e classe com a intenção de eliminar a violência contra as mulheres.

O segundo artigo está relacionado à construção da resiliência das mulheres em situação de violência, a partir do referencial da metáfora da *casita* de resiliência, que está organizada em fundação, planta baixa, primeiro piso e sótão. Destacaram-se na fundação as necessidades básicas e a rede de apoio informal das mulheres. Na planta baixa está presente a capacidade de encontrar um sentido para sua vida e filho (s) como disparador (es) para a busca de ajuda. O primeiro piso refere-se ao fortalecimento da autoestima, do humor e em desenvolver atitudes e competências ao enfrentamento da violência. O sótão relaciona a perspectiva de futuro para as mulheres na superação da violência.

A perspectiva da construção da resiliência configura-se como um processo não linear e dinâmico, tendo a experiência do crescimento pessoal e a escolha de viver uma vida sem violência. O referencial da *casita* mostra-se adequado para a análise do processo de construção, tendo a possibilidade de aperfeiçoar a atuação dos profissionais de saúde em uma abordagem intersetorial, o embasamento de uma política pública em prol da equidade de gênero e o fortalecimento da resiliência das mulheres pela consolidação de redes de cuidado e atenção, promovendo a qualificação profissional e favorecendo o atendimento integral, que contribua na luta contra a violência, tendo a perspectiva de ampliar o empoderamento ao acesso de recursos disponíveis de apoio formal. Relacionado ao apoio informal, ressalta-se fortalecer a rede de apoio através da sororidade, contribuindo para a visibilidade social do

combate à violência e do suporte ao enfrentamento, auxiliando na tomada de decisão em denunciar para conseguir sair da situação de violência. As mulheres participantes do estudo construíram sua resiliência por suas características individuais, quando tomaram a decisão de enfrentar e acessaram a rede na buscar ajuda.

Na perspectiva para o cuidado em saúde, os resultados corroboram o entendimento da situação de violência como complexa na vida das mulheres, que compreende as vulnerabilidades como um processo que engloba aspectos internos e externos às mulheres. Nesse contexto, sua resiliência se constrói a partir do sentimento de querer romper com a violência, buscar o apoio de pessoas próximas e o acesso de serviços onde possam obter ajuda. Essas evidências permitem reconhecer as vulnerabilidades e os elementos da resiliência, importantes mecanismos no cuidado à saúde para além das lesões decorrentes da violência, possibilitando preparar os profissionais e os serviços de saúde para uma atenção integral, por meio de uma conduta acolhedora, que incentive à denúncia e ao enfrentamento.

Quando as mulheres buscam ajuda na rede em decorrência da violência, é difícil para os profissionais de saúde ter autonomia de conseguir resolver de forma simples uma situação de violência. Mesmo na rede especializada, as mulheres precisam ir a diferentes serviços para conseguir atendimento psicológico, atendimento de alguma lesão decorrente da violência, denunciar a agressão, conseguir uma medida protetiva e divorciar-se judicialmente, realizar tudo isso demora e requer das mulheres o esforço do enfrentamento. Por isto, o atendimento extrapola a abrangência de atuação de diferentes áreas: jurídica; saúde; segurança pública; assistência social; entre outras. O que requer diálogo intersetorial permanente entre os serviços, bem como a necessidade de visibilizar, discutir e problematizar a violência de forma abrangente na sociedade.

A Enfermagem está presente no sistema de serviços de saúde e, mesmo em serviços oferecidos por outros setores. Nesse sentido, reconhecer as vulnerabilidades e promover a resiliência pode fornecer embasamento para a atuação dos profissionais de enfermagem e de saúde, ao desenvolver o cuidado diante da violência, reconhecendo em suas características elementos que podem ajudar as mulheres ao enfrentamento, pois a violência é um problema social que marca as mulheres, decorrente da desigualdade de gênero.

A pesquisa qualitativa tem seu direcionamento em discutir em profundidade os resultados. Destaca-se a importância em desenvolver mais estudos sobre a resiliência das mulheres de forma longitudinal, utilizando outras ferramentas de pesquisa na intenção de ampliar o conhecimento e gerar visibilidade às vulnerabilidades e o processo de construção da

resiliência, considerando a complexidade da violência na vida das mulheres e seus (suas) filhos (as).

Além disso, o conhecimento gerado permite direcionar a política e a mobilização social na atuação contra a violência a partir de sua articulação e de uma legislação rigorosa que puna os agressores e proteja as mulheres. Nesse processo, considerar a interseccionalidade de raça e classe demonstra a visibilidade da vulnerabilidade social decorrente da desigualdade de gênero, o que reforça a iniciativa de promover e fortalecer a resiliência e a importância do atendimento integral.

Confirma-se a tese de que a resiliência é construída a partir das trajetórias das mulheres em situação de violência na busca por ajuda, sendo que esta construção pode ser favorecida pela integralidade do cuidado. Aos profissionais espera-se que demonstrem a sensibilidade para auxiliar e orientar quanto à denúncia e ao enfrentamento, tendo a perspectiva da responsabilidade social na sua atuação, reconhecendo a violência como um grave problema intersetorial que inclui a saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, K. M.; RENNER, L. M.; DANIS, F. S. Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. **Violence Against Women**. New York: v. 18, n. 11, p. 1279-1299, 2012.
- ARAUCO, A. M.; SORIA, S. A. Fortalecimiento de factores protectores de la resiliencia en el ámbito comunitario en mujeres en situación de violencia doméstica. **Ajayu**. La Paz: v. 7, n. 1, p. 1-27, 2009.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**. York: v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V. FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde (Livro I)**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 17, n. 3, p. 101-112, jul./set. 2008.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis: v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010.
- BANDEIRA, L. M. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**. Brasília: v. 24, n. 2, p. 401-438, mai./ago. 2009.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**. Brasília: v. 29, n. 2, p. 449-469, mai./ago. 2014.
- BALLÉN, M. N. R. Cuidar en la adversidad a mujeres maltratadas. **Index Enferm**. Granada: v. 24, n. 1-2, p. 62-66, jan./jun. 2015.
- BARBOSA, G. S. **Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “questionário do índice de resiliência: adultos Reivich-Shatté/Barbosa**. 2006, 313f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BERNZ, I. M.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. Desafio da violência doméstica para profissionais da saúde: revisão de literatura. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis: v. 3, n. 3, p. 105-111, 2012.
- BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**. Ribeirão Preto: v. 21, n. 49, p. 267-271, mai./ago. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013.** Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm Acesso em: 01 dez. 2015.

BRASIL. **Lei n. 12.853,** de 14 de agosto de 2013. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília; 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 9 de março de 2015.** Altera o Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm Acesso em: 01 dez. 2015.

BRASIL. **Norma técnica de uniformização: centros de referência de atendimento à mulher em situação de violência.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/norma-tecnica-de-uniformizacao-centros-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-em-situacao-de-violencia> Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos_ab

BUESA, S.; CALVETE, E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy.** Almería: v. 13, n. 1, p. 31-45, 2013. Disponível em: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomas-de-ES.pdf>

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018

CARNAVAL, G. E. et al. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia. **Investigación y Educación en Enfermería.** Medellín: v. 27, n. 2, p. 209-217, 2009.

CEPAL. **América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe.** Santiago de Chile: CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015.

CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global**. 3. ed. São Paulo: nVersus, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 01 dez. 2015.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DEEKE, L. P. et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 18, n. 2, p. 248-258, abr./jun. 2009.

DOWNES, J.; KELLY, L.; WESTMARLAND, N. Ethics in violence and abuse research – a positive empowerment approach. **Sociological Research Online**. Guildford: v. 19, n. 1, fev. 2014.

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 14, n. 4, p. 755-759, 2009.

FORNIARI, L. F.; LABRONICI, L. M. O processo de resiliência em mulheres vítimas de violência sexual: uma possibilidade de cuidado. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 23, n. 1, p. e52081, 2018.

FULU, E. et al. Prevalence of and factors associated with male perpetration of intimate partner violence: findings from the UM multi-country cross-sectional study on men and violence in Asia and the Pacific. **The Lancet Global Health**. London: v. 1, n. 4, p. 187-207, out. 2013.

GARCIA-DIA, M. J.; DINAPOLI, J. M.; GARCIA-ONA, L.; JAKUBOWSKI, R.; O'FLAHERTY, D. Concept analysis: resilience. **Archives of Psychiatric Nursing**. Orlando: v. 27, n. 6, p. 264-270, set. 2013.

GARCÍA-MORENO, C. et al. Addressing violence against women: a call to action. **The Lancet**. London: v. 385, n. 9978, p. 1685-1695, abr. 2015.

GREGOLETI, A. de F. M.; PAULA, A. da S.; KODATO, S. Violência doméstica: significados e representações construídas por mulheres vitimizadas. **Perspectivas em Psicologia**. Uberlândia: v. 20, n. 2, p. 48-64, jul./dez. 2016.

HERRMAN, H. et al. What is resilience? **Canadian Journal of Psychiatry**. Ottawa: v. 56, n. 5, p. 258-265, mai. 2011.

JEWKES, R. DARTNALL, E. SIKWEIYA, Y. **Ethical and safety recommendations for research of perpetration of sexual violence**. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative, Gender and Health Research Unit, Medical Research Council, 2012.

KUIJPERS, K. F.; KNAAP, L. M.; WINKEL, F. W. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: an empirical test of dynamic victim-related risk factors. **Journal of Interpersonal Violence**. Washington: v. 27, n. 9, p. 1716-1742, 2012.

LABRONICI, L. M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v. 21, n. 3, p. 625-632, jul./set. 2012.

LAM, N. et al. Resiliencia y apoyo social frente a transtornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. **Revista Peruana de Epidemiología**. Lima: v. 12, n. 3, p. 1-8, 2008.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**. v. 5, n. 69, p. 2-9, set. 2010.

LIM, S. et al. Violence against female sex workers in Cameroon: accounts of violence, harm reduction, and potential solutions. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. Philadelphia: v. 68, sup. 2, p. 241-247, 2015.

MACÊDO, M. L. A. F. et al. História oral temática na pesquisa em enfermagem: estudo bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v. 19, n. 2, p. 384-391.

MARCOVICZ, G. de V.; RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M. The route resilience of women victims of conjugal violence. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Teresina: v. 3, n. 2, p. 4-10, abr./jun. 2014.

MENEZES, P. R. de M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista de Pesquisa Qualitativa**. São Paulo: v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132p.

OLIVERA, M.; FURIO, V. J. Violencia Femicida. Violence against women and Mexico's structural crisis. **Latin American Perspectives**. Riverside: v. 33, n. 2, p. 104-114, mar. 2006.

OVIEDO, M. R. A.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.

PAIVA, V. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas em Psicologia**. São Paulo: v.20, n. 3, p. 531-549, 2013.

PAZ, P. O. et al. Vulnerabilidade de mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado. **Aquichan**. Bogotá: v. 19, n. 2, p. e1922, 2019.

PAZ, P. O. Femicídios rurais: uma análise de gênero. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador: v. 30, n. 2, p. 1-11, abr./jun. 2016.

PAZ, P. O. **Violência física e homicídios em mulheres rurais: vulnerabilidades de gênero e iniquidades sociais**. 2013, 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 17.477, de 22 de novembro de 2011**. Cria o Centro de Referência de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CRAM). Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2011/1748/17477/decreto-n-17477-2011-cria-o-centro-de-referencia-de-atendimento-a-mulher-vitima-de-violencia-cram-2011-11-22-versao-original> Acesso em: 02 jul. 2017.

PRINCE, E. G. “Políticas públicas de igualdad de género: ideas básicas sobre sus soportes doctrinarios, conceptuales y metodológicos”. In: MARTINS, A. P. V.; GUEVARA, M. de los Á. A. **Políticas de gênero na América Latina: aproximações, diálogos e desafios**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015. p. 13-35.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**. London: v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, jun. 2011.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Lisboa: v. 15, n. 3, p. 671-682, dez. 2014.

RODRIGUES, R. F. **Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual**. 2010, 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**. Campinas: n. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. **La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar em América Latina. Estudios de caso en diez países**. Washington: OPAS – Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.

SANCHEZ-LORENTE, S.; BLASCO-ROS, C.; MARTÍNEZ, M. Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence. **Women’s Health Issues**. Washington: v. 22, n. 5, p. 491-500, 2012.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre: v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Lei Maria da Penha, nº 11.340 de 07 de agosto de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: SPM,

2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm Acesso em: 01 dez. 2015.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Balanço 1º semestre 2015. Ligue 180 central de atendimento à mulher.** Brasília: SPM, 2015.

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES. **Balanço semestral janeiro a junho de 2012. Ligue 180 central de atendimento à mulher.** Brasília: SPM, 2012.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Indicadores da violência contra a mulher.** Porto Alegre: Departamento de Estatística Criminal. SSP/SIP/PROCERGS, 2015. Disponível em: <http://www.ssp.rs.gov.br/?model=conteudo&menu=301> Acesso em: 01 dez. 2015.

SEIDL, M. A.; BENETTI, S. P. C. Fatores de risco e mecanismos de proteção nas narrativas das famílias em situação de violência conjugal. **Análise Psicológica.** Lisboa: v. 29, n. 2, p. 247-257, 2011a.

SEIDL, M. A.; BENETTI, S. P. C. Resiliencia familiar: nuevas perspectivas en la promoción y prevención en salud. *Revista Diversitas.* São Paulo: v. 7, n. 1, p. 43-55, 2011b.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.** São Paulo: v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010.

SOARES, B. M. **Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2005.

TEJADA, S. C.; LÓPEZ, G. M. Mujeres, diversidad funcional y multidiscriminación. **Journal of Feminist, Gender and Women Studies.** Madrid: v. 7, p. 45-56, 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews.** Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York: The General Assembly, out. 2015. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E Acesso em: 01 dez. 2015.

UNITED NATIONS. **Report of the world conference of the international women's year.** New York: United Nations Publication, 1976. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_mexico.pdf Acesso em: 17 abr. 2018.

UNITED NATIONS. **Report of the world conference of the United Nations decade for women: equality, development and peace.** New York: United Nations Publication, 1980.

Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_copenhagem.pdf Acesso em: 17 abr. 2018.

UNITED NATIONS. **Report of the world conference to review and appraise the achievements of the United Nations decade for women: equality, development and peace.** New York: United Nations Publication, 1986. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_nairobi.pdf Acesso em: 17 abr. 2018.

UNITED NATIONS. **Declaração e plataforma de ação da IV conferência mundial sobre a mulher.** Pequim: Instrumento Internacional de Direitos das Mulheres, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf Acesso em: 17 abr. 2018.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. **La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia.** Barcelona: Gedisa, 2002.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface.** Botucatu: v. 21, n. 60, p. 51-62, 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo: v. 25, n. 3, p. 423-429, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; Rio de Janeiro: FLACSO, 2015.

WHO. **Understanding and addressing violence against women.** Washington: World Health Organization - Department of Reproductive Health, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf Acesso em: 01 dez. 2015.

APÊNDICE A – Carta à coordenação do Centro de Referência e Atendimento à Mulher

À Coordenação do Centro de Referência e Atendimento à Mulher
Fernanda Machado

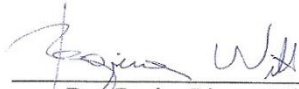
Porto Alegre, 25 / 05 / 2017.

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la cordialmente solicitamos sua concordância para que o doutorando, Potiguara de Oliveira Paz do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS sob orientação da professora Dra Regina Rigatto Witt, colete dados referentes a pesquisa: “A construção da resiliência em mulheres frente à violência relacionada à tentativa de femicídio: perspectivas para o cuidado em saúde”. As entrevistas com as mulheres serão realizadas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço, colocando-me a disposição para outros esclarecimentos.

Atenciosamente,



Dra. Regina Rigatto Witt
Pesquisadora Responsável
Orientadora PPGENF/UFRGS

Autorizo a coleta,



Fernanda Machado
Coordenadora do Centro de Referência e Atendimento à Mulher
BMS/MPA
Mat. 78869

APÊNDICE B – Primeira entrevista com as participantes do estudo.

Identificação:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Cor da pele:

Qual sua relação com o agressor:

Tempo de relação:

Questões norteadoras:

1 Dentro do tempo de relação, você sofreu alguma violência? Comente?

2 Como você lidou?

3 Você conseguiu superar a violência? Por quê?

4 O que você acredita ser importante para superar a situação de violência?

5 Quais os serviços em que você procurou por ajuda quando foi agredida? Como foi o atendimento nestes serviços?

6 Você quer comentar algo mais sobre o assunto?

APÊNDICE C – Segunda entrevista com as participantes do estudo.

Identificação:

INT:

Questões norteadoras:

1 Você conseguiu enfrentar a violência e decidiu buscar ajuda. No que você teve sucesso? E qual a principal dificuldade? Comente.

2 Como está sua vida neste momento? Você tem conseguido manter-se distante do agressor? Ele tentou se reaproximar ou ele respeita a medida protetiva?

3 Você ainda está em acompanhamento em algum serviço de saúde? Qual serviço e por quê?

4 Você decidiu seguir em frente, diante da experiência de violência, para a qual você precisou buscar ajuda, e falar sobre isso. Uma caminhada difícil para muitas mulheres. Como você se sente? Por quê?

5 O que você planeja para o futuro?

6 Você quer comentar algo mais sobre o assunto?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – entrevista⁵

Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: perspectivas para o cuidado em saúde

Equipe: Prof^ª Dr^ª Regina Rigatto Witt (pesquisadora responsável) – Fone: 51 3308-5425
Potiguar de Oliveira Paz (pesquisador) – Fone: 53 99563799.

Email: potiguarapaz@yahoo.com.br

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Comitê de Ética UFRGS – Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Porto Alegre/RS CEP: 90040-060. Fone: 51 33083738. Email: etica@propesq.ufrgs.br

Senhora Participante:

A presente pesquisa pretende analisar a construção da resiliência das mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre/RS.

Solicitamos sua participação por meio de respostas às entrevistas elaboradas para conhecermos a resiliência no enfrentamento da situação de violência.

A coleta de dados será realizada por duas entrevistas pelo pesquisador no segundo semestre do ano de 2017 e primeiro semestre de 2018, em dia, horário e local previamente acordado para a realização da entrevista.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido, declaro que fui informada dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente estudo, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção. O risco refere-se ao efeito da abordagem do tema, que pode envolver sentimentos e emoções. O benefício de participação relaciona-se à compreensão da resiliência para o enfrentamento da violência.

Fui informada da garantia de requerer resposta a perguntas ou esclarecimentos referentes à pesquisa, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar da entrevista, sem que me traga qualquer prejuízo, da segurança de que não irei ser identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Regina Rigatto Witt.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa, emitindo meu parecer quando solicitada e permitindo o uso de gravador. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão mantidas em sigilo.

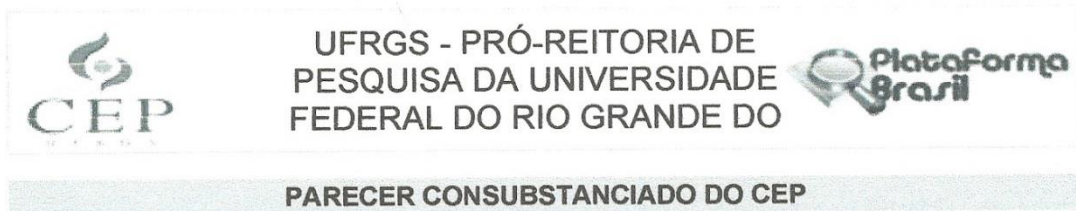
_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade) (Data)

Participante
da pesquisa

Pesquisador

⁵ Elaborado conforme orientações contidas na Resolução 466/12, do CNS-MS. Este termo terá duas vias de igual teor: uma destinada ao pesquisador e outra à participante.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DA RESILIÊNCIA EM MULHERES FRENTE À VIOLÊNCIA RELACIONADA À TENTATIVA DE FEMICÍDIO

Pesquisador: Regina Rigatto Witt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68940717.3.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.139.304

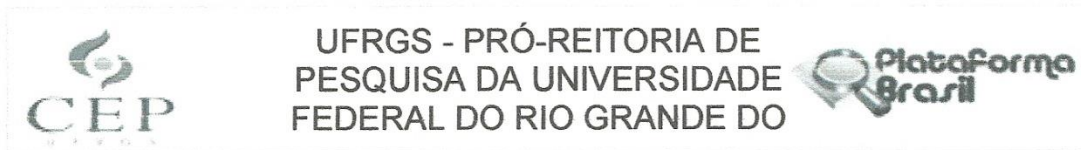
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado de Potiguara de Oliveira Paz orientado pela Profa. Regina Witt do PPGENF/UFRGS que propõe uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva. Pretende reconhecer a construção dos processos de resiliência a partir das trajetórias de mulheres em situação de violência, relacionada à tentativa de femicídio. Para tanto, serão analisados boletins de ocorrência e entrevistadas 20 mulheres em atendimento no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre/RS com o objetivo de reconhecer o processo de construção de resiliência pelas mulheres em situação de violência. As questões norteadoras da pesquisa são: como as mulheres vítimas de tentativa de femicídio percebem a sua resiliência diante da violência? Quais são os fatores protetores de resiliência das mulheres em situação de violência? Como a resiliência pode ser construída pelas mulheres vítimas de violência, tendo em vista as especificidades do problema à luz dos referenciais de gênero em saúde? Como a identificação dos fatores protetores da resiliência podem se tornar instrumentos para o trabalho em saúde?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.139.304

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a construção da resiliência das mulheres vítimas de tentativa de femicídio atendidas no Centro de Referência e Atendimento à Mulher do município de Porto Alegre/RS.

Objetivo Secundário:

Reconhecer as situações nas quais ocorrem o processo de construção de resiliência pelas mulheres em situação de violência;

Identificar fatores facilitadores e restritivos à construção da resiliência;

Discutir com o enfoque do gênero, a resiliência das mulheres na superação da tentativa de femicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

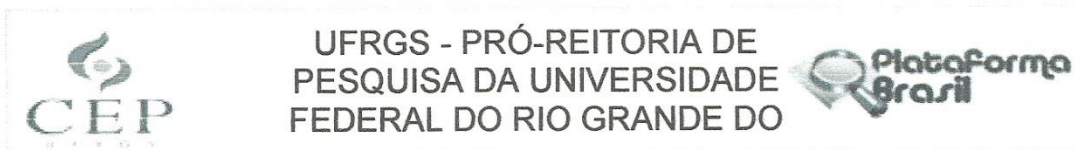
Os pesquisadores informam que "Os benefícios de participação relacionam-se a compreensão das ações em saúde que podem promover o enfrentamento das mulheres em situação de violência." e que "Os riscos são limitados aos efeitos das entrevistas sobre o tema que envolve sentimentos e emoções."

Está previsto no projeto que as mulheres serão contatadas primeiramente por psicólogas e assistentes sociais sobre a possibilidade de participarem da pesquisa; que as entrevistas serão realizadas em local reservado dentro do Centro de Referência e que, caso necessário, será prestado apoio psicológico no mesmo local onde essas mulheres já estão sendo acompanhadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se bem justificado e conta com todos os itens de apresentação formal. Descreve que o critério de inclusão é "ser mulher vítima de violência e de tentativa de femicídio, residente em Porto Alegre/RS e estar em atendimento no Centro de Referência e Atendimento à Mulher. O critério de exclusão é " ser mulher vítima de tentativa de femicídio menor de 18 anos." Informam que "na primeira etapa será realizada a análise documental dos boletins de ocorrência, relacionados às tentativas de femicídios em mulheres no município de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2012 a 2017, arquivados no Departamento de Estatística Criminal da Secretaria da Segurança Pública Estadual. Informam que "o acesso aos boletins no Sistema Consultas Integradas será previsto por carta ao Departamento de Estatística Criminal da Secretaria da Segurança Pública" e que os "boletins têm restrições de acesso, pois possuem informações confidenciais das vítimas. Assim, as informações disponibilizadas para a pesquisa serão controladas pelo próprio Departamento de Estatística, através de senha de acesso ao banco de dados." A segunda etapa contará com a realização de entrevistas com mulheres vítimas de violência que se encontram em

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.139.304

atendimento no Centro de Referência e Atendimento à Mulher, por meio da técnica de história de vida. As entrevistas serão realizadas em local reservado no próprio Centro de Referências o qual poderá se necessário prestar atendimento psicológico às participantes. A autorização do serviço encontra-se incluída. As psicólogas e as assistentes sociais do Centro de Referência realizarão a primeira abordagem às participantes, identificando a possibilidade de realizar as entrevistas, no Centro de Referência e Atendimento à Mulher. As entrevistas serão agendadas com as participantes da pesquisa, de acordo com a disponibilidade de horário e dia, serão gravadas, transcritas, guardadas por 5 ano e posteriormente destruídas. Apresenta carta de concordância do Centro de Referência e Atendimento à Mulher, carta de concordância do Departamento de Estatística Criminal da Secretaria da Segurança Pública, roteiro de entrevista, ficha de observação participante e TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto completo - OK

Formulario PB - OK

Orçamento - OK

Cronograma - OK

Roteiro de entrevista - OK

TCLE - OK

TAI do Centro de Referência e Atendimento à Mulher - OK

TAI do Departamento de Estatística Criminal da Secretaria da Segurança Pública - OK

Recomendações:

Recomendo aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.139.304

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_916620.pdf	26/05/2017 11:17:14		Aceito
Folha de Rosto	folha_CEPufrgs.pdf	25/05/2017 19:17:36	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Outros	carta_CRAM.pdf	25/05/2017 19:16:53	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Outros	parecer_compesq_ENF.pdf	22/05/2017 21:58:01	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Outros	projeto_cadastrado_plataforma_UFRGS.pdf	22/05/2017 21:57:29	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Outros	autorizacao_coleta_na_sec_seg.pdf	22/05/2017 16:42:23	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	22/05/2017 16:15:00	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	consentimento.pdf	22/05/2017 15:59:52	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	22/05/2017 15:59:31	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	22/05/2017 15:57:44	Potiguara de Oliveira Paz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Junho de 2017

Maria da Graça Corso da Motta

Assinado por:

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)**

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br