

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Jaqueline Arboit

**ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE
GÊNERO EM SANTA MARIA – RS**

Santa Maria, RS
2019

Jaqueline Arboit

**ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM
SANTA MARIA – RS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria, RS, Brasil
2019

Arboit, Jaqueline

ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE
GÊNERO EM SANTA MARIA - RS / Jaqueline Arboit. - 2019.
177 p.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Violência contra mulher 2. Violência de gênero 3.
Rota Crítica 4. Enfermagem I. Padoin, Stela Maris de
Mello, II. Título.

Jaqueline Arboit

**ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM
SANTA MARIA – RS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovado em 11 de outubro de 2019:

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Sandra Maria Cezar Leal, Dra. (UNISINOS)

Letícia Becker Vieira, Dra. (UFRGS)

Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM)

Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM)

Laura Ferreira Cortes, Dra. (UFSM)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

*Àquela cujo amor é incondicional
Minha mãe Dulce*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, especialmente pela vida! Por me permitir ter saúde, ânimo e coragem para encarar os desafios para a finalização desta etapa.

A **minha mãe Dulce**, pelo amor, cuidado e suporte incondicionais, tendo muitas vezes que abdicar de seus projetos e sonhos para auxiliar nos meus.

Aos **meus irmãos Jackson e Andréia**, os quais também deixaram muitos planos de lado para contribuir com a minha conquista.

Ao **meu cunhado Ivair, minha cunhada Jéssica** e meu **sobrinho Henrique**, obrigada pelo apoio e força.

Ao **meu amor Eloy**, por viver este sonho comigo, entendendo minhas ausências e me dando suporte nos momentos de angústia.

À **minha orientadora Enf. Dra. Stela Maris de Mello Padoin**, exemplo de ser humano, profissional, mulher e pesquisadora. Pela serenidade, compreensão e conhecimento. Pelas palavras de apoio e incentivo, fundamentais durante esta trajetória. Por compreender meus limites, me instigar a vencer os desafios.

As **professoras integrantes da banca examinadora**, pela disponibilidade em participar deste momento e pelas contribuições ímpares para o aprimoramento da tese.

As **minhas colegas de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da UFSM**, o companheirismo e a amizade fizeram com que nossos dias fossem mais leves e produtivos. Levo cada uma em meu coração!

Aos **integrantes do GP – PEFAS - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades**. Pelo apoio, compartilhamento de experiências e vivências, pelas risadas, mates, e por construirmos coletivamente o conhecimento.

Ao **NEPESC - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, pela possibilidade de iniciar no mundo da pesquisa. Em especial as professoras **Enf. Dra. Marta Cocco da Costa e Enf. Dra. Ethel Bastos da Silva**, as quais me instigaram a investigar a violência contra as mulheres.

A **Direção do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria (NEPeS/SMS)**, pela receptividade e auxílio.

Aos **profissionais** que me receberam nos serviços cenários da coleta de dados. Em especial, **as doze mulheres participantes da pesquisa**, pela coragem e força.

Por aceitarem compartilhar comigo as situações de violência vivenciadas.

À **UFSM - Universidade Federal de Santa Maria**, pela oportunidade de qualificação acadêmica. Levo comigo com orgulho o nome desta universidade pública e de qualidade.

Aos **professores e funcionários do PPGEnf da UFSM** pelos conhecimentos compartilhados.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa demanda social.

Aos **amigos, colegas e demais pessoas que me auxiliaram nesta trajetória**, que embora não tenham sido citadas, mas que de uma forma ou outra contribuíram para minha conquista.

Obrigada!

RESUMO

ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM SANTA MARIA – RS

AUTORA: Jaqueline Arboit

ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin

Este estudo objetivou analisar a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero. Pesquisa qualitativa baseada em arte cujos cenários foram a Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Casa Abrigo, no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Para a geração de dados foram empregadas a observação não participante sistemática individual e a técnica de criatividade e sensibilidade “mapa falante” conjugada à entrevista em profundidade, desenvolvida com as mulheres em situação de violência. A análise dos dados se deu mediante a análise temática, com o auxílio do software MAXqda. Participaram do estudo 12 mulheres cuja idade variou de 21 a 56 anos. Os fatores impulsionadores da rota crítica se relacionavam ao seu conhecimento acerca do atendimento na delegacia especializada, suas percepções quanto à vivência dos diferentes tipos de violência, o fato de não suportarem mais a violência, a preocupação com os filhos e o apoio de seus familiares, familiares do ex-marido/ex-companheiro e de amigas. Quanto aos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços, destacaram-se como aspectos positivos o acolhimento e informações recebidos na delegacia especializada. Como aspectos negativos, sublinha-se a inexistência de rede de atenção, falta de conhecimento sobre os demais serviços, ausência de privacidade e horário de atendimento limitado da delegacia especializada, e ausência de atendimento psicológico às mulheres nos centros de referência de assistência social. No que se refere aos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas positivas, ressalta-se a compreensão sobre a relevância da organização de um fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência. Quanto às representações negativas, destacam-se a culpabilização das mulheres e críticas a alterações da Lei Maria da Penha. No que se refere aos fatores de resposta relacionados aos resultados obtidos positivos, destacam-se no setor policial o acompanhamento da mulher para a retirada de pertences de suas casas e retirada do agressor da casa. E na casa abrigo, a oferta às mulheres do necessário para sua sobrevivência e dos filhos e encaminhamento a serviços de saúde destacaram-se. Os resultados obtidos negativos ressaltam a postura não acolhedora do setor policial e a falta de apoio de familiares. As decisões executadas e ações empreendidas pelas mulheres compreenderam a denúncia contra o agressor, solicitação de medida protetiva, a busca de ajuda do conselho tutelar e de familiares, o retorno ao convívio com o agressor e a saída de casa. A rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência inicia quando a reconhecem como insuportável, sendo impulsionadas principalmente pelo agravamento da violência. Suas decisões e ações são influenciadas pelas informações e acolhimento recebidos pelos profissionais no âmbito institucional e pelo apoio de amigos e familiares. O investimento em qualificação de recursos humanos e a comunicação entre os pontos da rede de atenção irão proporcionar respostas positivas dos profissionais e serviços.

Palavras-Chave: Violência contra mulher. Violência de gênero. Rota Crítica. Enfermagem.

ABSTRACT

CRITICAL PATH OF WOMEN IN SITUATIONS OF GENDER-BASED VIOLENCE IN SANTA MARIA – RS

AUTHOR: Jaqueline Arboit

ADVISOR: Stela Maris de Mello Padoin

This study aimed to analyze the critical path of women in coping with situations of gender-based violence. Qualitative research based on art which settings were the Women's Police Station, Sexual Violence Reference Team of the University Hospital of Santa Maria, Social Assistance Reference Center, Specialized Social Assistance Reference Center and Shelter House, in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. For the generation of data, individual systematic non-participant observation was used as well as the "talking map" creativity and sensitivity technique coupled with in-depth interviews developed with women in situations of violence. The data analysis was performed through thematic analysis, with the support of the MAXqda software. The study included 12 women whose ages ranged from 21 to 56 years. The driving factors of the critical path of women in coping with situations of violence were related to their knowledge about the specialized police station's assistance, their perceptions about the experience of different types of violence, the fact that they can no longer stand the violence, concern about their children, as well as the support of their family, of the ex-husband/ex-partner's relatives and of their female friends. Regarding the response factors related to the availability and quality of services, the positive aspects were the reception and information received at the specialized police station. As negative aspects, the inexistence of a care network, lack of knowledge about other services, lack of privacy and limited hours of assistance at the specialized police station and lack of psychological care to women in the social assistance reference centers stood out. Regarding the response factors related to the social representations of service workers and community considered positive, particular attention is drawn to the understanding of the relevance of organizing a care flow to women in situations of violence. As for the negative representations, the blaming of women and criticism about changes in the Maria da Penha Law stood out. Regarding the response factors related to the positive results obtained, in the police sector the monitoring of women for the removal of belongings from their homes and the removal of the aggressor from the house stood out. Moreover, in the shelter house, the offer to women of the needs for their survival and their children's and the referral to health services stood out. The negative results draw attention to the unsupportive attitude of the police sector and the lack of support from family members. The decisions executed and actions taken by the women included reporting the aggressor, requesting a restraining order, seeking help from the guardianship council and family members, getting back together with the aggressor and leaving home. The critical path of women in coping with situations of violence begins when they recognize it as unbearable, being driven mainly by the escalation of violence. Their decisions and actions are influenced by the information and welcome received by professionals at the institutional level and the support of friends and family. Investment in human resources qualification and communication between points of the care network will provide positive responses from professionals and services.

Keywords: Violence against women. Gender-based violence. Critical path. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de registros de ocorrências de casos de violência contra as mulheres registrados na Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher. Santa Maria – RS, 2019	14
Quadro 2 - Horas de observação não participante sistemática individual desenvolvidas em cada serviço cenário do estudo. Santa Maria – RS, 2019.....	73
Quadro 3 - Momentos desenvolvidos na técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade e seus respectivos objetivos. Santa Maria – RS, 2019	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema explicativo da rota crítica.....	22
Figura 2 - Linha do tempo das políticas públicas e marcos legais no enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (2002-2015).....	30
Figura 3 - Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres.....	34
Figura 4 - Esboço geral do estudo	65
Figura 5 - Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência de Santa Maria - RS	66
Figura 6 - Convergência entre as técnicas de geração de dados e objetivos específicos do estudo. Santa Maria – RS, 2019	71
Figura 7 - Codificação dos dados no software MAXqda. Santa Maria – RS, 2019	79
Figura 8 - Triangulação dos dados. Santa Maria – RS, 2019.....	80
Figura 9 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M1	87
Figura 10 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M2	88
Figura 11 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M3	89
Figura 12 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M4	90
Figura 13 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M5	91
Figura 14 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M6	92
Figura 15 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M7	93
Figura 16 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M8	94
Figura 17 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M9	95
Figura 18 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M10	96
Figura 19 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M11	97
Figura 20 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M12	98
Figura 21 - Esquema do processo de análise dos fatores de resposta da rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência aplicado ao estudo. Santa Maria - RS, 2019.....	100
Figura 22 - Esquema da compreensão da rota crítica aplicado ao estudo	146

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CRAM	Centro de Referência de +A9:B55Atendimento à Mulher
CEJIL	Centro pela Justiça e o Direito Internacional
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLADEM	Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DPPA	Delegacia de Pronto Atendimento
DPCA	Delegacia de Proteção à Criança ao Adolescente
DPI	Delegacia de Proteção ao Idoso
DEAM	Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher
DML	Departamento Médico Legal
DEPE	Direção de Ensino Pesquisa e Extensão
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
GAP	Gabinete de Projetos
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IGP	Instituto Geral de Perícias
IML	Instituto Médico Legal
MF	Mapa falante
MMIRDH	Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos
NO	Notas de observação
NEPES	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NEPESC	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
OEА	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PAM	Pronto Atendimento Municipal
RS	Rio Grande do Sul
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SIPP	Seminário integração da pesquisa com a prática
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFN	Universidade Franciscana
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	12
1.2 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM A TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	16
1.3 DELIMITANDO A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E O PRESSUPOSTO	18
1.4 OBJETIVO GERAL	18
1.4.1 Objetivos Específicos	18
2 MARCO CONCEITUAL	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS	24
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL	29
3.3 ARTIGO 1 - ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	37
4 PERCURSO METODOLÓGICO	63
4.1 TIPO DE ESTUDO	63
4.2 ESBOÇO GERAL DO ESTUDO	64
4.3 CENÁRIO DO ESTUDO	64
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	69
4.5 GERAÇÃO DE DADOS	71
4.5.1 Descrição da observação não participante sistemática individual	72
4.5.2 Descrição da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade	73
4.6 ANÁLISE DE DADOS	77
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	80
4.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	82
4.9 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS	83
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
5.1 CARACTERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DAS MULHERES E DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA	85
5.2 FATORES DE RESPOSTA	101
5.2.1 Disponibilidade e qualidade dos serviços	101
5.2.2 Representações sociais de servidores de serviços e comunidade	111
5.2.3 Resultados obtidos	113
5.3 FATORES IMPULSIONADORES E DECISÕES EXECUTADAS E AÇÕES EMPREENDIDAS	119
6 DISCUSSÃO	143
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	162
APÊNDICE B – ROTEIRO DA TÉCNICA DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE MAPA FALANTE CONJUGADA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE	163
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	164
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	167

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	169
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO À MULHER	170
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO EQUIPE DE MATRICIAMENTO EM VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	171
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	172
ANEXO E – FOTOS DO SEMINÁRIO PELA PAZ EM CASA: TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	176

INTRODUÇÃO

“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.”

Rosa de Luxemburgo

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Esta tese de doutorado insere-se na discussão da rota crítica percorrida por mulheres em situação de violência de gênero no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS). Está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) na linha de pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde. Vincula-se também ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades (GP-PEFAS) na linha de pesquisa Cuidado à mulher em situação de violência. Constituiu-se como parte do projeto matricial do GP-PEFAS intitulado “Atenção em rede às mulheres em situação de violência - REDVI♀”.

A pesquisa foi inspirada pela investigação desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS): “A Rota Crítica de mulheres afetadas pela violência intrafamiliar na América Latina” (SAGOT, 2000) e pelo estudo “Violência intrafamiliar e de gênero: a trajetória das mulheres na superação do sofrimento” (MENEGHEL; HENNINGTON, 2005).

A violência contra as mulheres é reconhecida internacionalmente como um meio de violação dos direitos humanos, impactando-as no que tange aos direitos à vida, à saúde e à integridade física e mental (GARCÍA-MORENO et al., 2015a). É considerada uma problemática transversal, atingindo mulheres de diferentes credos, estados civis, níveis de escolaridade, em nações que se encontram em processos distintos de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a).

Neste estudo, será empregado o conceito de violência de gênero, proposto pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, em Belém do Pará, Brasil, em nove de junho de 1994. Essa convenção caracteriza a violência de gênero como qualquer ato que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos de natureza física, sexual, psicológico ou patrimonial das mulheres, incluindo ameaças, coerção, privação arbitrária em âmbito público ou privado, assim como castigos, maus-tratos, pornografia, agressão sexual e incesto (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994). Destaca-se que este conceito é adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres (BRASIL, 2011a).

Quanto ao panorama internacional da violência contra as mulheres, resultados do estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicaram que as violências física e/ou sexual foram predominantes, atingindo 30% das mulheres no mundo, sendo cometidas por seus parceiros íntimos. Estes também são responsáveis por 38% de todos os assassinatos de mulheres (OMS, 2013).

Dados do balanço dos dez anos da Central de Atendimento à Mulher (criada em 2005) apontam que no Brasil foram realizados no período 4.708.978 atendimentos (BRASIL, 2015a). Desses, no que se refere aos relatos de violência, a maior parte ocorreu nos anos de 2010 (108.171) e 2012 (88.685), sendo que a média anual desses relatos foi de 55.275 (BRASIL, 2015a).

Esse mesmo balanço revelou que entre as formas de violência perpetradas contra as mulheres, a violência física representou mais da metade dos relatos (56,72%), seguida da violência psicológica (27,14%), da violência moral (10,16%) e da violência sexual (2,32%) (BRASIL, 2015a). Pesquisa do Datasenado que entrevistou 1.102 brasileiras de todos os estados do país também apontou a predominância de agressões físicas e psicológicas, representando 66% e 48% dos relatos das mulheres, respectivamente (BRASIL, 2015b).

Quanto aos dados referentes ao RS, pesquisa evidenciou que no período compreendido entre 2003 e 2013 o estado registrou 2.266 homicídios de mulheres, totalizando uma taxa de 14,6% mortes a cada 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015). Em 2013, o RS ocupava a 24ª posição dentre os estados brasileiros no ranking de homicídio de mulheres com uma taxa de 3,8% de homicídios (WAISELFISZ, 2015). Quando comparada com a taxa de 2006, que era de 2,9%, esse dado permitiu inferir que mesmo após a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de sete de agosto de 2006) entrar em vigor, houve um aumento nos homicídios de mulheres no estado (WAISELFISZ, 2015).

No que concerne ao município de Santa Maria - RS, comparado aos demais 5565 municípios brasileiros investigados, este apresentou uma taxa de homicídios de 2,5%, ocupando a 1188ª posição no ranking no período compreendido entre os anos de 2009 a 2013 (WAISELFISZ, 2015). Neste cenário, o número registros de ocorrências de casos de violência contra as mulheres registradas na Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM)¹ no período de 2001 a 2019 são

¹ Os dados foram fornecidos pela Delegacia Especializada em Atendimento à mulher de Santa Maria – RS.

apresentados a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Número de registros de ocorrências de casos de violência contra as mulheres registrados na Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher. Santa Maria – RS, 2019

Ano	N° de Registros de Ocorrência
2001	2155
2002	4051
2003	3129
2004	4354
2005	4007
2006	3959
2007	4802
2008	4347
2009	4060
2010	3968
2011	3682
2012	4563
2013	4836
2014	3656
2015	3172
2016	3102
2017	2918
2018	3160
2019 (até 30 de agosto)	1724

Fonte: Delegacia Especializada em Atendimento à mulher de Santa Maria - RS.

Dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) revelam que no período de 2009 a 2014 foram registrados 429 casos de violência contra mulheres na faixa etária dos 10 aos 59 anos, evidenciando uma média de 71,5 casos por ano em Santa Maria - RS (DATASUS, 2014). Mediante os dados apresentados em relação ao município observa-se que o número de boletins de ocorrência registrados na DEAM foi significativamente superior em comparação aos registros de violência contra as mulheres encontrados na base de dados do SINAN. Tal informação pode revelar que nem todas as mulheres que vão a DEAM também procuram os serviços de saúde ou que este último apresenta certa subnotificação. O que faz refletir sobre a necessidade de investimentos contínuos na sensibilização e qualificação dos profissionais para a realização das notificações, e para o monitoramento e avaliação da qualidade dos dados no município.

Diante deste panorama, diversos estudos têm apresentado as consequências individuais da violência para a saúde física, mental, sexual, reprodutiva e para a qualidade de vida e bem-estar das mulheres que a vivenciam. Neste sentido, dados

da OMS com relação à violência física e/ou sexual contra as mulheres no mundo apontaram que 16% destas são mais propensas a gerar filhos com baixo peso. Também possuem duas vezes mais chances de sofrerem um aborto e de terem depressão. Quanto à infecção por HIV, estas mulheres são 1,5 vezes mais propensas a adquiri-la. Ainda, possuem 2,3 vezes mais chance de fazer uso de álcool após vivenciarem tais situações de violência (OMS, 2013).

Dentre as consequências para a saúde física das mulheres que vivenciam situações de violência, destacam-se dores de cabeça, queda de cabelo, falta de apetite, emagrecimento e hematomas pelo corpo (SANTOS; MORÉ, 2011a). As mulheres podem apresentar ainda, danos corporais, contusões, queimaduras, arranhaduras, lesões oculares, fadiga crônica e doenças gastrointestinais (VIEIRA; PADOIN; PAULA, 2010).

As reações comportamentais e emocionais descritas pelos estudos também são diversas e incluem desânimo, insônia, angústia, ansiedade, falta de concentração e instabilidade de humor (SANTOS; MORÉ, 2011a); fobias e baixa autoestima (CASIQUE; FUREGATO, 2006); depressão e transtorno de estresse pós-traumático (FERRARI et al., 2014). Estudo evidenciou a associação da violência por parceiro íntimo à incidência de transtornos mentais comuns nas mulheres, em que a incidência foi de 44,6% nas mulheres que vivenciaram uma situação de violência nos últimos 12 meses e de 43,4% nas que relataram a mesma situação nos últimos sete anos (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

O uso de medicações por mulheres em situação de violência como ansiolíticos, antidepressivos e analgésicos também são apontados por estudos (SANTOS; MORÉ, 2011a; SIMMONS; KNIGHT; MENARD, 2015; OMS, 2013). Assim como o risco de suicídio (SANTOS; MORÉ, 2011a; KAVAK et al., 2018) e o menor bem-estar dos/as filhos/as (QUANG et al., 2018).

Apesar destas implicações, de um lado existem motivos pelos quais as mulheres que vivenciam a violência permanecem nesta situação. Dentre estes, destacam-se o afeto e a dependência econômica em relação ao companheiro e a perspectiva de que este mude e as agressões terminem, falta de apoio da família, além do medo e vergonha (SILVA, 2008). Por outro lado, quando as mulheres decidem romper com este ciclo de violência, elas desejam retomar seus planos, ter garantidos seus direitos a vida, a liberdade e a segurança. Como também viver em paz, expressando o desejo de exercer sua cidadania (VIEIRA et. al, 2012).

A partir da decisão de romper com o continuum da violência dá-se início ao que Sagot (2000) denominou de rota crítica. Essa é um conjunto de ações efetivadas por essas mulheres que inicia após a tomada de decisão pela ruptura do ciclo de violência, por meio da busca de apoio nas suas redes sociais e em serviços disponibilizados, rompendo o silêncio e tornando a situação pública (SAGOT, 2000; SHRADER; SAGOT, 2000).

1.2 APROXIMAÇÃO DA PESQUISADORA COM A TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As motivações para o estudo da temática surgiram de um processo que vem sendo construído desde a Graduação em Enfermagem na UFSM, Campus Palmeira das Missões (2010-2014), a partir da participação em atividades relacionadas à área da Saúde Coletiva, em que se problematizou a questão da violência contra as mulheres. Ainda, intensificaram-se com a participação no Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC), na linha de pesquisa “Educação em saúde, políticas públicas, práticas e processos de produção em Saúde Coletiva”.

No âmbito desse grupo de pesquisa destaca-se a participação como voluntária na elaboração e desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Situações de vulnerabilidade à violência contra as mulheres profissionais do sexo: discutindo à luz do referencial de gênero” (UFSM, 2011). Os resultados desse projeto revelaram inúmeras situações de vulnerabilidade à violência a que as mulheres profissionais do sexo estavam expostas, além de evidenciar a invisibilidade destas mulheres nas ações de cuidado do setor saúde (GEHLEN et al., 2018).

Em continuidade aos estudos na temática, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (ARBOIT, 2014) analisaram-se as concepções da violência doméstica contra mulheres rurais, na expressão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em municípios da região Noroeste do RS. Os resultados deste estudo apontaram que as mulheres que residem no meio rural estavam permanentemente sujeitas as mais diversas formas de violência doméstica, desde a agressão física e psicológica até a sobrecarga de trabalho e privação da liberdade (ARBOIT et al., 2015).

A partir da inserção no GP-PEFAS mediante o mestrado em Enfermagem/UFSM (2014-2016) desenvolveu-se a dissertação com o objetivo de

conhecer as concepções e ações de profissionais de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) para a atenção em rede às mulheres em situação de violência (ARBOIT, 2016).

Os resultados da dissertação revelaram que os profissionais de saúde conseguem identificar as situações de violência contra as mulheres na APS, seja por meio de aspectos subjetivos, como a observação do comportamento destas, ou por meio de aspectos objetivos como o relato de vizinhos e/ou familiares e as lesões aparentes. No que se referem às ações em rede desenvolvidas por estes profissionais evidenciou-se a necessidade do monitoramento das situações de violência pelos ACS; a notificação compulsória da violência contra as mulheres; oferta de orientações às mulheres em relação à denúncia ao agressor, a existência da Lei Maria da Penha e busca por atendimento nos serviços da rede de atenção à saúde. Ainda, os profissionais da APS apontaram principalmente a lacuna de comunicação e articulação entre os serviços de atenção no município, os quais não trabalham na perspectiva da rede de atenção (ARBOIT, 2016; ARBOIT et al., 2017).

Neste sentido, tem-se a visão dos profissionais da APS acerca da atenção a essas mulheres, sendo necessário compreendermos em que momento estas encontram com outros profissionais na rede de atenção e qual sua percepção acerca desta. Assim, formula-se como **objeto de estudo**: a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero.

O desenvolvimento desta pesquisa justifica-se também pelo fato de que a violência contra as mulheres se insere entre os temas de pesquisa da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, ratificando a importância de desenvolver investigações na temática (BRASIL, 2015c). Bem como na agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável que no objetivo cinco reconhece a necessidade da eliminação de todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas (ONU, 2015). Destaca-se que as Instituições de Ensino Superior (IES) possuem um compromisso ímpar na resposta aos objetivos da Agenda 2030 por meio de ações no tripé ensino, extensão e pesquisa. É especialmente no âmbito da universidade que se dá a produção e difusão de conhecimento científico baseado em evidências de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, além da formação de recursos humanos qualificados para a efetiva transformação social a que esta agenda se propõe.

1.3 DELIMITANDO A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E O PRESSUPOSTO

A partir das reflexões sobre o tema compõe-se a **questão orientadora** deste estudo: qual a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria - RS?

Como **pressuposto** tem-se: a descrição da rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero irá indicar as necessidades dos serviços para a qualificação e a articulação dos diferentes pontos da rede de atenção a essas mulheres.

1.4 OBJETIVO GERAL

Analisar a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero.

1.4.1 Objetivos Específicos

a) Conhecer os aspectos facilitadores e limitadores que as mulheres em situação de violência de gênero encontram na rota crítica para o enfrentamento desta situação;

b) Mapear as ações empreendidas pelas mulheres na busca por ajuda para o enfrentamento da situação de violência;

c) Descrever as percepções das mulheres acerca da ajuda encontrada;

d) Descrever as respostas dadas pelos profissionais às mulheres em situação de violência de gênero.

MARCO CONCEITUAL

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

2 MARCO CONCEITUAL

A seguir será descrito o marco conceitual empregado para nortear a presente investigação, qual seja: a rota crítica.

A primeira pesquisa sobre a Rota Crítica de mulheres em situação de violência foi desenvolvida no âmbito do Projeto Fortalecimento e Organização das Mulheres e Ações Coordenadas entre os Estado e Sociedade Civil no nível local para a Prevenção e Atenção à Violência Intrafamiliar, coordenado pelo Programa Mulheres, Saúde e Desenvolvimento da OPAS e OMS. A pesquisa foi denominada de “La Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar”, e teve como coordenadora a Dr^a Montserrat Sagot (MENEGHEL; HENNINGTON, 2007; SAGOT, 2000). A investigação do tema específico da violência intrafamiliar ocorreu por esta se tratar de um eixo prioritário do referido programa (SAGOT, 2000). Destaca-se que a pesquisa foi financiada pelos governos da Suécia, Noruega e Holanda (SAGOT, 2007).

Esta pesquisa multicêntrica foi realizada entre 1996 e 1998 e teve como cenário 16 comunidades urbanas e rurais de sete países da América Central: Belize, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicarágua, e El Salvador; e três países andinos: Peru, Bolívia e Equador (SAGOT, 2000). A pesquisa se deu a partir de um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e funcionários de instituições dos países participantes (SAGOT; SHRADER, 1998).

A rota crítica compreende um processo construído mediante uma sequência de decisões e ações de mulheres em situação de violência para enfrentá-la e as respostas encontradas durante a busca pela resolução da situação. Este processo ocorre mais do que uma vez com a mesma mulher, sendo constituído por fatores determinantes e ações realizadas pelas mulheres, assim como pelas respostas dos prestadores e dos serviços (SAGOT, 2000; SAGOT; SHRADER, 1998; SHRADER; SAGOT, 2000).

A rota crítica recompõe a lógica de decisões, ações e reações das mulheres em situação de violência, juntamente com os fatores envolvidos nesse processo. O início da rota pode ser considerado como o romper do silêncio em se tratando de uma situação de violência, ou seja, quando as mulheres nesta situação decidem expor esta para alguém fora do escopo imediato da família (amigos ou pessoa fora do seu território nacional) (SAGOT, 2000; SAGOT; SHRADER, 1998; SHRADER;

SAGOT, 2000).

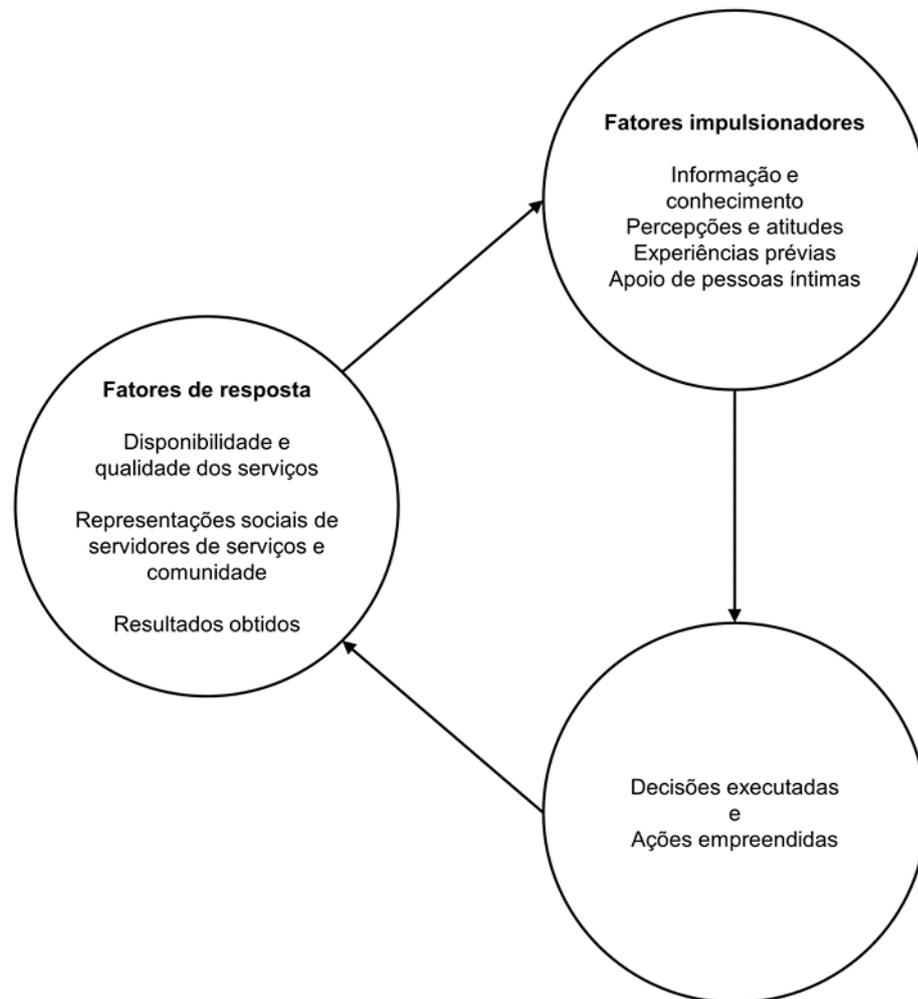
A partir desse conceito, parte-se do pressuposto de que existem diversos fatores que impulsionam ou inibem uma mulher a procurar ajuda, como: informações, conhecimento, suas percepções e atitudes, os recursos disponíveis, experiências anteriores, a avaliação da situação e os suportes ou obstáculos encontrados. Assim, a rota descreve as decisões tomadas e ações realizadas pelas mulheres, assim como as respostas encontradas tanto no âmbito familiar e comunitário quanto no âmbito institucional. No que tange ao domínio institucional, os fatores de resposta se relacionam ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, representações, atitudes e comportamentos de prestadores de serviços e da comunidade em geral. A rota descreve também os resultados positivos e negativos que a mulher alcança (SAGOT, 2000; SAGOT; SHRADER, 1998; SHRADER; SAGOT, 2000).

Os fatores supracitados se correlacionam e agem sobre a subjetividade das mulheres as fortalecendo ou enfraquecendo na tomada de decisão por iniciar e dar continuidade a busca de ajuda para o enfrentamento e resolução da situação de violência. Isso significa que a subjetividade das mulheres é a dimensão na qual o significado da rota crítica é construído, podendo explicar por qual motivo um mesmo fator atua como elemento impulsionador ou inibidor desta rota (SAGOT, 2000).

Tendo em vista os vários fatores envolvidos na rota crítica, esta é um processo complexo e não linear, que implica em avanços e retrocessos. Deste modo, há a compreensão de que existe mais do que uma única rota crítica, visto que as mulheres percorrem múltiplas rotas no enfrentamento da situação de violência até que consigam a resolução desta (SAGOT, 2000; SHRADER; SAGOT, 2000).

A seguir, apresenta-se o esquema explicativo, também conhecido como diagrama do conceito da rota crítica (SAGOT; SHRADER, 1998; SAGOT, 2007).

Figura 1 - Esquema explicativo da rota crítica



Fonte: (SAGOT; SHRADER, 1998; SAGOT, 2007).

Considerando que este diagrama apresenta múltiplos aspectos que permeiam a rota crítica de mulheres em situação de violência, este norteou a geração e análise dos dados obtidos no estudo em tela.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“O sucesso nasce do querer, da
determinação e persistência em se chegar
a um objetivo”.*

(Albert Einstein)

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo versa acerca de elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: Violência contra as mulheres: aspectos conceituais, epidemiológicos e clínicos; Políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil: avanços e desafios e Rota Crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa da literatura.

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: ASPECTOS CONCEITUAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

O vocábulo violência, do latim vis, significa força e descreve as noções de constrangimento e emprego de dominação de ordem física sobre outrem (MINAYO, 2006). Para a OMS (2002, p.3) a violência trata do:

“uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

Em se tratando da problemática da violência contra as mulheres, adota-se neste estudo o conceito da Convenção de Belém do Pará (1994), empregado pela Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, como citado na introdução.

O conceito de violência apresentado por esta política é abrangente, reunindo diferentes tipologias de violência contra as mulheres, quais sejam: violência doméstica, física, psicológica, sexual, moral, e patrimonial, violência institucional, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, cárcere privado, abuso e exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, e o tráfico de mulheres (BRASIL, 2011a).

A violência doméstica trata de qualquer ação ou omissão alicerçada no gênero que cause às mulheres morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no domínio da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto, em que o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher, independentemente de coabitação (BRASIL, 2011a). A violência

doméstica possui legislação específica - a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012a).

A violência física consiste em qualquer ação que agrida a integridade ou saúde corporal das mulheres (BRASIL, 2011a). A violência psicológica, por sua vez, trata-se de qualquer ação que provoque prejuízo emocional e diminuição da autoestima das mulheres ou que limite o pleno desenvolvimento, ou vise degradar ou controlar suas atitudes, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaças, humilhação, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro modo que cause dano à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2011a).

A violência sexual é o ato de obrigar um indivíduo a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais, mediante o emprego da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro recurso que nulifique o limite da vontade pessoal (BRASIL, 2011a).

Tratando-se da violência moral, esta é compreendida como qualquer ação que caracterize calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2011a). A violência patrimonial se refere a qualquer atitude que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus bens, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, valores e direitos ou recursos econômicos, compreendendo os designados a atender suas necessidades (BRASIL, 2011a).

A violência institucional manifesta-se pela ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos (BRASIL, 2011a). Revela-se a partir da dimensão mais ampla, como ausência de acesso aos serviços e a baixa qualidade dos serviços prestados, até demonstrações mais brandas, mas não menos violentas, como relações desiguais entre profissionais e usuárias (TAQUETTE et al., 2007).

O assédio sexual no trabalho trata de abordagem não desejada pelo outro, demonstrando desejo sexual ou insistência imprópria de alguém em posição favorecida que utiliza dessa vantagem para conseguir favores sexuais de seus subordinados (BRASIL, 2011a). O assédio moral, por sua vez, refere-se a qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, escritos, comportamento, atitude, e outros) que, proposital e regularmente, ofenda a dignidade e a integridade física ou psíquica de um indivíduo, ameaçando seu emprego ou desgastando o clima de trabalho (BRASIL, 2011a). Quanto ao cárcere privado, este diz respeito a conservar uma pessoa presa contra a sua vontade, limitando-a a andar com liberdade (BRASIL, 2011a).

A exploração sexual comercial de mulheres, adolescentes/jovens manifesta-se através da violação de um direito humano fundamental, relacionado ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável, além de ameaça à integridade física e psicossocial. Os meios de exploração sexual comercial e que possuem uma relação entre si são: a prostituição, a pornografia e o tráfico com fins sexuais, neste último incluso o turismo sexual (TAQUETTE et al., 2007). O tráfico de mulheres consiste no movimento de pessoas dentro do território nacional ou entre fronteiras, enganando ou fazendo uso da coerção, visando sua exploração (BRASIL, 2011a).

Também neste estudo optou-se pelo uso de termos em consonância com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Neste sentido, utiliza-se a expressão *mulheres em situação de violência* em substituição à *vítima de violência*, considerando que a posição de vítima pode acentuar a representação das mulheres como seres passivos e subalternos. Desse modo, *estar em situação de* concede a possibilidade de mudanças (BRASIL, 2011a), ou seja, de romper com a situação de violência. Já a expressão violência contra as mulheres (no plural) é empregada buscando proporcionar visibilidade às heterogeneidades de natureza étnica, geracional, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres (BRASIL, 2011a).

Segundo a OMS (2013), 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofreram situações de violência física ou sexual por parceiro íntimo ou não. A região sudeste da Ásia é a região com maior percentual de violência com (37,7%), seguida pela região mediterrânea (37%), África (36,6%), América (29,8%), Europa (25,4%) e Pacífico Ocidental (24,6%).

Quanto à pesquisa realizada pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra mulher, esta constatou que 33% das mulheres brasileiras entrevistadas já sofreram algum tipo de violência, 24% foram ameaçadas com armas, 22% sofreram agressões físicas, 13% vivenciaram estupro conjugal ou abuso, 27% sofreram violência psíquica e 11% relataram já ter sofrido assédio sexual (BRASIL, 2013a).

Sobre as agressões físicas, a mesma pesquisa, revela que uma em cada dez mulheres brasileiras já foi espancada pelo menos uma vez na vida, 16% sofreram xingamentos e ofensas recorrentes e 15% tiveram suas vidas controladas sobre onde iriam e com quem saíam (BRASIL, 2013a).

No Brasil, no período de janeiro a outubro de 2015, as situações de violência

doméstica e familiar contra as mulheres correspondem a 85,85% dos relatos de violência registrados na Central de Atendimento (BRASIL, 2015a). Neste mesmo período, em 67,36% das situações de violências, estas foram cometidas por homens com os quais as mulheres têm ou tiveram alguma relação de afeto. Dentre os quais podem ser citados companheiros, cônjuges, namorados ou amantes, ex-companheiros, ex-cônjuges, ex-namorados ou ex-amantes (BRASIL, 2015a).

Da mesma forma, outros estudos brasileiros também indicam os maridos, companheiros, namorados e ex-parceiros como os principais agressores das mulheres (BRASIL, 2015b; WAISELFISZ, 2015). Evidencia-se assim que a maioria dessas mulheres foi agredida por homens sem laços consanguíneos, com os quais possuíam convivência íntima (BRASIL, 2015b). O que implica na ocorrência de situações de violência e dos homicídios no domicílio das mulheres (IPEA, 2013; WAISELFISZ, 2015), reforçando a alta domesticidade desta problemática.

Em se tratando dos feminicídios, homicídios de mulheres decorrentes de conflitos de gênero (MENEGHEL et al., 2013; MENEGHEL; HIRAKATA, 2011), em um ranking a partir do qual foram empregados dados de 83 países disponibilizados entre 2010 e 2013, o Brasil ocupa a 5ª posição quantos ao índice de feminicídios, sendo um dos países de maior ocorrência deste tipo de crime (WAISELFISZ, 2015), que representa a expressão máxima da violência contra as mulheres. Neste contexto, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2019) divulgou com base em dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que entre os anos de entre 2007 e 2017 houve um aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, quando a mesma passou de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas para cada 100 mil mulheres (IPEA, 2019).

Diante destes dados, afirma-se que a violência contra a mulher é considerada mundialmente como uma problemática inerente ao meio social, retratando uma questão de saúde pública (RODRIGUEZ-BORREGO; VAQUERO-ABELLAN; ROSA, 2012). Isso porque envolve duas amplas características: o impacto ao usuário no que tange aos anos potenciais de vida perdidos, gastos financeiros com tratamentos de agravos, e o impacto na família deste usuário; e o impacto na sociedade, em termos de mortalidade, morbidade e despesas com tratamento, impactos estes que atingem mulheres que vivenciam a violência (FOWLER; AUSTOKER, 1997).

Neste sentido, a violência contra as mulheres tem como efeito agravos e sofrimentos biológicos, psicológicos, morais e sociais que dificultam a experiência

das mulheres em viver a igualdade humana e social plenamente (LUCENA et al, 2012). Há evidências de que as mulheres em situação de violência podem apresentar transtornos crônicos, vagos e repetitivos, doenças como infecção urinária recorrente, dor pélvica, síndrome de intestino irritável, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, história ou ideia suicida e lesões físicas que não se explicam como acidentes (BRASIL, 2016a).

As repercussões da violência contra as mulheres, além de apresentar consequências individuais para a saúde, física, mental, sexual e reprodutiva, e para a qualidade de vida e bem-estar impactam o sistema de saúde, tanto em termos de recursos econômicos e humanos, mas também em custos sociais, tendo em vista a produtividade perdida (BRASIL, 2011a). No setor saúde, os gastos são percebidos pelo custeio de atendimento médico e financiamento de tratamentos curativos e de reabilitação das vítimas (WASELFISZ, 2012).

Além dos custos humanos, a violência representa uma imensa carga econômica para as sociedades em termos de produtividade perdida e aumento no uso de serviços de saúde. Entre as mulheres pesquisadas em Nagpur, Índia, por exemplo, 13% precisaram afastar-se do trabalho remunerado por causa de abuso, faltando uma média de sete dias úteis por incidente, e 11% não conseguiram desempenhar tarefas domésticas por causa de um incidente de violência (OMS, 2002).

Embora a violência não afete constantemente a probabilidade geral de uma mulher de conseguir um emprego, parece que ela influencia no salário da mulher e em sua capacidade de manter um emprego. Um estudo realizado em Chicago, Estados Unidos, concluiu que mulheres com um histórico de violência de gênero tinham maior probabilidade de haver passado por períodos de desemprego, de ter tido grande rotatividade de empregos e de ter sofrido mais problemas físicos e mentais que poderiam afetar seu desempenho no trabalho (OMS, 2002).

Elas também tinham menor renda pessoal e tinham muito mais possibilidade de receber assistência social do que as mulheres que não tinham um histórico de violência de gênero. Da mesma forma, em um estudo realizado em Manágua na Nicarágua, as mulheres que sofreram abuso ganhavam 46% a menos do que as mulheres sem histórico de abuso, mesmo depois de controlar outros fatores que poderiam afetar os rendimentos (OMS, 2002).

A vivência da violência atinge negativamente a mulher quanto à sua inserção

social (FONSECA, RIBEIRO, LEAL; 2012), fazendo-as se isolarem cada vez mais, e perderem gradativamente sua rede de apoio, tornando-se vulneráveis e com poucas estratégias de enfrentamento, sendo cada vez mais difícil quebrar este ciclo (RIBEIRO, COUTINHO; 2011). As mulheres podem sofrer vários tipos de incapacidade – passageira ou não – para o trabalho, perda de salários, isolamento, falta de participação nas atividades regulares e limitada capacidade de cuidar de si própria, dos filhos e de outros membros da família (OMS, 2002).

Nesse sentido, discute-se a seguir, a problemática da violência contra as mulheres, adotando uma abordagem direcionada às políticas públicas de enfrentamento no Brasil.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL

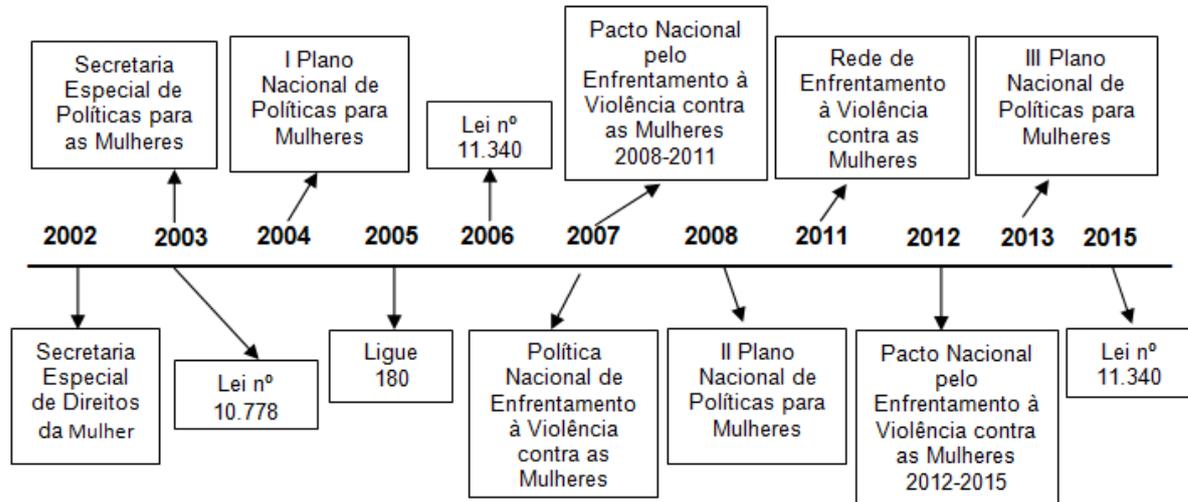
Após a apresentação de aspectos conceituais, dados epidemiológicos, clínicos e sociais (econômico, familiar) que revelaram a magnitude da violência contra as mulheres no mundo em âmbitos diversos, apresentar-se-á, um histórico do desenvolvimento das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil. Ainda, pretende-se descrever aspectos relativos aos avanços obtidos com tais políticas, bem como seus limites.

A compreensão da política pública reporta à noção de que os obstáculos encontrados pela sociedade para atendimento de suas demandas são atribuição coletiva. Contudo, a maior responsabilidade cabe ao Estado, o qual deve ser capaz de construir um sistema institucional capaz de responder adequadamente as demandas da sociedade (TUMELERO, 2011).

Assim, as políticas públicas se referem às atividades concretas e intencionais de sujeitos sociais e de instituições, com objetivos traçados para contextos específicos. Após a sua elaboração, processos de proposição e implementação, tornam-se planos, programas ou projetos, que necessitam de avaliação permanente do seu impacto sobre o problema para o qual foi desenvolvida (SOUZA, 2006; LUCHESE, 2004).

Tendo em vista ilustrar uma linha do tempo com a evolução das políticas públicas e marcos legais no enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil no período de 2002 a 2015 foi elaborada a figura que segue.

Figura 2 - Linha do tempo das políticas públicas e marcos legais no enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (2002-2015)



Fonte: autora.

A despeito de ser uma responsabilidade do estado brasileiro há fatos que antecedem esta linha do tempo. Foram as batalhas diárias em folhetins e nas ruas pela luta pelo fim das situações de violência contra as mulheres, com suas raízes no movimento feminista e no movimento social de mulheres, que desencadearam as mais profícuas discussões. Estes movimentos, durante a década de 1980, pressionaram o Estado brasileiro a realizar investimentos para a implementação de políticas públicas na perspectiva de gênero para o enfrentamento de tais situações (BRASIL, 2011a; SCHRAIBER et al., 2012).

O movimento feminista sensibilizou as mulheres e as nações em relação aos abusos e desigualdades socialmente instituídas nas relações homem-mulher (MINAYO, 2004), provocando mudanças no cenário das políticas públicas em todas as nações.

Neste contexto de luta, foram instituídos os primeiros serviços específicos para a atenção a mulheres em situação de violência no Brasil. Um deles, criado em 1985 se trata da Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). Um ano depois (1986), foi criada pela Secretaria de Segurança Pública (SSP) de São Paulo, a primeira casa abrigo para mulheres em situação de risco de morte (SILVEIRA, 2006).

Assim, no período de 1985 a 2002, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram essencialmente constituídas por ações isoladas como a

criação destes dois serviços especializados (casa abrigo e DDM), bem como a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres (BRASIL, 2011a). Ou seja, as ações tinham como foco os setores de segurança pública e assistência social (BRASIL, 2011a).

Em 2002, foi criada a Secretaria Especial de Direitos da Mulher, cujas prioridades estabelecidas foram o combate à violência contra a mulher, a participação da mulher no cenário político do país e sua ampliação de sua inserção no mercado de trabalho (PINTO, 2006). Apesar da criação desta secretaria há 16 anos, a participação das mulheres no cenário político ainda é muito tímida, sendo que a maioria dos políticos atualmente ainda são homens.

Os principais avanços nas políticas públicas de enfrentamento a violência contra as mulheres despontaram, em especial, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). Esta secretaria fundada em 2003 vincula-se à Presidência da República, apresentando status de Ministério e tem como atribuição assessorar diretamente a presidência, em articulação com os demais ministérios, na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres (BRASIL, 2011a).

Com a SPM as situações de violência contra as mulheres passaram a ser tratadas como concernentes ao âmbito da saúde pública, buscando a garantia e oferta de uma assistência qualificada e integral a essas mulheres, livre de quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 2003a). As ações passam a ter maior visibilidade e, conseqüentemente, maior investimento. A política é ampliada visando à criação de serviços diferenciados, tais como Centros de Referência e as Defensorias da Mulher, indicando ainda a construção de Redes de Atendimento para o atendimento de mulheres que vivenciam situações de violência (BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços notáveis com a criação da SPM, em 2 de outubro de 2015 esta secretaria foi incorporada ao então recém-criado Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MMIRDH), unindo a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos e a SPM. Já em maio de 2016, com uma drástica redução no número de ministério, houve a extinção do MMIRDH cujas funções foram atribuídas ao Ministério da Justiça, que passou a se chamar oficialmente Ministério da Justiça e Cidadania.

Ainda em 2003, foi criada a lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003, a qual estabeleceu, em todo o território nacional, a obrigatoriedade da notificação pelos

profissionais de serviços de saúde públicos ou privados considerando os casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza (BRASIL, 2003b). Apesar desta obrigatoriedade, a notificação ainda é uma ação pouco efetivada no cotidiano de trabalho de muitos profissionais de saúde, que não a compreendem como relevante para conhecer o perfil da violência e desenvolver ações relacionadas ao enfrentamento e prevenção deste problema.

Foi por meio desta secretaria que em 2004, houve a promoção da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, considerada o marco brasileiro na afirmação dos direitos das mulheres. As discussões oriundas desta Conferência resultaram na apresentação de propostas que compuseram naquele mesmo ano o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (BRASIL, 2004).

O I PNPM estrutura-se a partir de quatro linhas de atuação, quais sejam: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e, enfrentamento à violência contra as mulheres. Dentro destas linhas se encontram políticas e ações a serem implementadas ou aperfeiçoadas para a promoção de transformações qualitativas e quantitativas na vida das mulheres no Brasil (BRASIL, 2004).

No ano de 2005, foi criado pela SPM o Ligue 180, o qual é uma Central de Atendimento à Mulher, constituindo um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial. O serviço funciona 24h por dia durante todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, e pode ser acionado de qualquer lugar do Brasil e de mais 16 países (Argentina, Bélgica, Espanha, EUA (São Francisco), França, Guiana Francesa, Holanda, Inglaterra, Itália, Luxemburgo, Noruega, Paraguai, Portugal, Suíça, Uruguai e Venezuela) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2016b). Destaca-se que desde março de 2014, o Ligue 180 atua como disque-denúncia, permitindo o envio de denúncias para a segurança pública com cópia para o ministério público de cada estado.

A criação deste serviço se deu mediante a Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003, a qual autorizou o Poder Executivo a disponibilizar em nível nacional, um número de telefone para atender denúncias de situações de violência contra as mulheres (BRASIL, 2003c). Além de receber denúncias de violência contra as mulheres, o Ligue 180 visa dar orientações às mulheres em situação de violência e risco de morte acerca dos seus direitos, legislação vigente e serviços onde pode

buscar ajuda. Ainda, recebe reclamações sobre os serviços da rede de atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2016b).

Não obstante aos avanços das políticas públicas, as mulheres mantinham seus movimentos, muitas vezes representando lutas pessoais, como foi o caso da construção da Lei nº 11.340 de sete de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2012a). Esta lei em seu art. 1º:

“Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar”.

Esta lei foi resultado da luta de Maria da Penha Maia Fernandes, uma farmacêutica brasileira, natural do Ceará, que sofreu constantes agressões por parte do marido durante longos 23 anos, uma das quais a deixou paraplégica no ano de 1983. Em 1984, ao criar coragem para denunciar as agressões vividas, Maria da Penha encontrou o obstáculo relacionado à descrença da justiça. Então, decidiu acionar o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), os quais encaminharam seu caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1998. Em 2002, o Brasil foi condenado por omissão e negligência e teve que se comprometer com a adoção de procedimentos para coibir a violência doméstica. Deste modo, em atenção às recomendações da CIDH o então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva sancionou o projeto de lei em de sete de agosto de 2006, sendo que esta entrou em vigor em 22 de setembro do mesmo ano (OLIVEIRA, 2011).

A Lei Maria da Penha trata-se de um dos marcos históricos brasileiros no combate à violência doméstica contra as mulheres, sendo consequência da mobilização de movimentos de mulheres, de órgãos públicos e da sociedade em geral (BRASIL, 2012a). Dentre outros aspectos, por meio desta lei garantiu-se o aumento do rigor nas punições ao agressor da mulher, estabelecendo que este seja preso em flagrante ou preventivamente. Deste modo, extinguiram-se as penas

alternativas, que eram cumpridas antigamente por meio da entrega de cestas básicas ou prestação de serviços comunitários (SILVA, 2010).

No ano de 2007, como orientado pelo I PNPM, foi elaborada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, cujo propósito foi estabelecer os fundamentos conceituais e políticos para enfrentamento deste problema (BRASIL, 2011a). Além disso, aborda ações vinculadas à prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres em diferentes espaços, a partir da integração entre serviços de saúde, segurança, educação, justiça, dentre outros (BRASIL, 2011a). A presente investigação situa-se no eixo da assistência, pois ao dar visibilidade à rota crítica das mulheres em situação de violência, busca dar subsídios para o fortalecimento da rede de atenção a estas mulheres. A seguir, apresentam-se os eixos estruturantes desta política (Figura 3).

Figura 3 - Eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres



Fonte: Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a, p. 26)

Em agosto de 2007, foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres 2008- 2011. Este Pacto propunha a organização das ações de enfrentamento à violência contra a mulher, a partir de quatro eixos estruturantes: 1) Implementação da Lei Maria da Penha e Fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento; 2) Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids; 3) Combate à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; e 4) Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão) (BRASIL, 2011c).

Três anos após a I Conferência, promovida pela SPM foi realizada a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2007). Como desdobramentos dessa em 2008 foi lançado o II PNPM. Neste plano, a questão do enfrentamento a todas as formas de violência contra a mulher foi mantida, sendo introduzidos 6 novos eixos estratégicos a serem acrescidos àqueles apresentados no I Plano. São eles: 1) Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; 2) Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; 3) Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; 4) Cultura, comunicação e mídia não discriminatórias; 5) Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e 6) Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas (BRASIL, 2008). O grande avanço deste plano consiste na ênfase atribuída à participação das mulheres nos espaços de poder, como objeto das políticas públicas, visando à igualdade de gênero. Contudo, ainda há muito que avançar neste aspecto, visto que poucas mulheres no país se encontram em tais espaços.

Em 2011, surge a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esta se refere a uma estratégia que pressupõe a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, em busca do desenvolvimento de estratégias de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011b).

Deste modo, a constituição da rede de enfrentamento busca efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, além de dar conta da complexidade do fenômeno mediante articulação de diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a justiça, a cultura, entre outras (BRASIL, 2011b).

Diante da necessidade de avanços ou acréscimos decorrentes das demandas das mulheres foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres 2012-2015. Neste pacto, foram mantidos os eixos do pacto anterior, e acrescidos os seguintes eixos: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de

violência; garantia da segurança cidadã e acesso à Justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres e garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011c).

Em 2013 foi lançado o III PNPM como resultado da III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em dezembro de 2011. Um dos principais princípios orientadores deste plano consiste na transversalidade das políticas de gênero, que se coloca simultaneamente como um construto teórico e um conjunto de ações e de práticas políticas e governamentais. Por meio da gestão da transversalidade busca-se a reorganização de todas as políticas públicas e das instituições para incorporar a perspectiva de gênero na atenção às mulheres (BRASIL, 2013b).

Vale destacar que em seis de junho de 2014 foi criada a Portaria do MS nº 1.271 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Esta lista dispõe sobre os casos de tentativa de suicídio e violência sexual que passaram a constituir agravo de notificação compulsória imediata nos municípios, ou seja, a notificação tem que ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência do evento de saúde pública. A mesma portaria também alterou a ficha de notificação da violência, incluindo novos campos para atender à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, agregando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica (BRASIL, 2014).

Em 2015, foi sancionada a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104 de nove de março de 2015). Esta lei altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de sete de dezembro de 1940 - Código Penal, prevendo o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, além do art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, abrangendo o feminicídio na lista dos crimes hediondos (BRASIL, 2015). O feminicídio qualifica o homicídio quando a mulher é morta por questões de gênero. Apesar do inegável avanço representado por esta lei, a responsabilização do agressor compreende um dos elementos do enfrentamento da violência contra as mulheres. Deste modo, é fundamental a construção de uma cultura de prevenção das situações de violência contra as mulheres.

Embora tenham ocorrido muitos avanços nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, ao buscarem superar a visão tecnicista e fragmentada de abordagem, considerando outros condicionantes da vida e saúde destas mulheres (CORTES, et al., 2010), ainda persistem inúmeros desafios, em especial a articulação dos serviços para o trabalho na perspectiva da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

3.3 ARTIGO 1 - ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Artigo aceito para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem no v. 72, Supl. 3, 2019. Apresentado aqui com a diagramação da revista tendo em vista atender a MDT da UFSM (UFSM, 2015).



REVISÃO



ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review
Rota crítica de mujeres en situación de violencia: revisión integrativa de la literatura

Jaqueline Arboit^I

ORCID: 0000-0002-6610-5900

Stela Maris de Mello Padoin^I

ORCID: 0000-0003-3272-054X

Cristiane Cardoso de Paula^I

ORCID: 0000-0003-4122-5161

^IUniversidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Arboit J, Padoin SMM, Paula CC. Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review.

Rev Bras Enferm. 2019;72(0):00-00. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167->

Submissão: 23-02-2017 **Aprovação:** 15-06-2017

AUTOR CORRESPONDENTE

Stela Maris de Mello Padoin E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura

desenvolvida em quatro bases de dados e em dois portais eletrônicos, em janeiro de 2017. Foram incluídos 21 artigos oriundos de pesquisa original, na íntegra, em inglês, português ou espanhol, no recorte temporal de 1994 a 2016 e que apresentassem elementos da rota crítica, mesmo sem utilizar esse conceito. **Resultados:** Evidenciou-se que a rota crítica de mulheres em situação de violência é constituída de elementos relacionados tanto às percepções, ações e experiências prévias das mulheres, quanto à disponibilidade e qualidade dos serviços, representações sociais dos servidores e comunidade e os resultados obtidos na busca de ajuda. **Conclusão:** Os elementos da rota crítica são determinantes para as mulheres, podendo impulsionar, inibir ou retardar o início da rota e consequentemente o desfecho das situações de violência vivenciadas por essas.

Descritores: Violência; Saúde da Mulher; Mulheres Agredidas; Enfermagem; Revisão.

ABSTRACT

Objective: *To identify Brazilian and international scientific evidence on the critical path of women in situations of violence.* **Methods:** *Integrative literature review developed in four databases and two electronic portals, in January 2017. Twenty-one full articles in English, Portuguese or Spanish from original researches were included in the time cut from 1994 to 2016, and which presented critical path elements, even without using this concept.* **Results:** *The critical path of women in situations of violence is constituted of elements related to their perceptions, actions and previous experiences regarding availability and quality of services, social representations of public servers and community and the results obtained in the search for help.* **Conclusion:** *Critical path elements are decisive for the women, and can promote, inhibit or delay the beginning of the route and consequently the end of situations of violence experienced by these women.*

Descriptors: *Violence; Women's Health; Battered Women; Nursing; Review.*

RESUMEN

Objetivo: *Identificar las evidencias científicas nacionales e internacionales acerca de la ruta crítica de mujeres en situación de violencia.* **Métodos:** *Revisión integrativa de la literatura desarrollada en cuatro bases de datos y en dos portales electrónicos en enero de 2017. 21 se incluyeron los artículos provienen de una investigación original en su totalidad en inglés, portugués o español, en el marco de tiempo 1994-2016 y para proporcionar los elementos de la ruta crítica, incluso sin el uso de este concepto.* **Resultados:** *Se evidenció que la ruta crítica de mujeres en situación de violencia está constituida de elementos relacionados tanto*

a las percepciones, acciones y experiencias previas de las mujeres, en cuanto a la disponibilidad y calidad de los servicios, representaciones sociales de los servidores y comunidad y los resultados obtenidos en la búsqueda de ayudar. **Conclusión:** Los elementos de la ruta crítica son determinantes para las mujeres, pudiendo impulsar, inhibir o retardar el inicio de la ruta y consecuentemente el final de las situaciones de violencia vivenciadas por esas.

Descriptor: Violencia; Salud de la Mujer; Mujeres Maltratadas; Enfermería; Revisión.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é considerada um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos⁽¹⁾, assim como um dos principais obstáculos para a igualdade de gênero⁽²⁾. É todo ato de violência perpetrado contra uma mulher que resulte em sofrimento de natureza física, psicológica e sexual, além de ameaças e privação de liberdade⁽²⁾. Estudos indicam que os principais agressores das mulheres são pessoas sem laços consanguíneos, escolhidos para a convivência íntima, quais sejam: maridos, companheiros, namorados e ex-parceiros⁽³⁻⁴⁾.

Esse problema apresenta consequências indesejadas tanto a curto quanto a longo prazo, inclusive relacionadas à saúde das mulheres que a vivenciam. Dentre essas consequências relacionadas à saúde, têm-se distúrbios do sono, cansaço, nervosismo, baixa autoestima, isolamento, falta de apetite e hematomas⁽⁵⁾. Destaca-se que um estudo longitudinal evidenciou que a violência e o abuso aumentam a probabilidade de ocorrência de depressão em mulheres sem histórico prévio de sintomas⁽⁶⁾. Ainda, as mulheres que vivenciaram situações de violência por parceiro íntimo foram duas vezes mais susceptíveis de apresentar sofrimento psicológico, queixas somáticas e usar medicação psicotrópica ou analgésica, quando comparadas com mulheres que não vivenciaram a violência⁽⁷⁾.

Apesar dessas consequências, existem inúmeros motivos pelos quais as mulheres que vivenciam a violência permanecem nessa situação. Destacam-se o medo das constantes ameaças do marido e/ou companheiro, a dependência econômica em relação a esse companheiro e a preocupação com os filhos⁽⁸⁾. Por outro lado, quando as mulheres decidem romper com o ciclo da violência, dá-se início ao que Sagot⁽⁹⁾ denominou de “rota crítica”. Esta compreende um conjunto de ações efetivadas por mulheres em situação de violência que inicia após a tomada de decisão das mulheres pela ruptura do ciclo de violência, por meio da busca de apoio nas redes sociais e de serviços disponibilizados, rompendo o silêncio e

tornando a situação pública. A rota crítica é complexa e não linear, apresentando elementos relacionados às percepções das mulheres e suas ações, e às respostas sociais no caminho traçado, tanto no que refere ao contexto familiar e comunitário quanto ao institucional⁽⁹⁾.

Frente ao exposto e em consonância com a Agenda de Desenvolvimento Sustentável a qual reconhece que a eliminação da violência contra as mulheres é fundamental para o desenvolvimento humano sustentável e para a saúde de todos⁽¹⁰⁾, esta revisão buscou subsídios para desenvolver estratégias para qualificação da atenção às mulheres em situação de violência.

OBJETIVO

Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo de revisão, sem envolvimento de seres humanos, o mesmo não necessita de aprovação por parte de Comitê de Ética em Pesquisa.

Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual buscou agregar e sumarizar resultados de pesquisas acerca do tema específico, possibilitando a síntese de múltiplos estudos publicados. É um método relevante para a Saúde e a Enfermagem, ao produzir evidências científicas para a qualificação da prática assistencial⁽¹¹⁾.

Referencial metodológico e etapas

Para a operacionalização desta revisão, foram percorridas as seguintes etapas⁽¹¹⁾:

1ª - Identificação do tema: rota crítica de mulheres em situação de violência, e elaboração da questão de revisão com base na estratégia PICO⁽¹²⁾ - mulheres (P - População); rota crítica (I – Fenômeno de Interesse); situação de violência (Co – Contexto): quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência?;

2ª - Estabelecimento dos critérios de inclusão: ser artigo oriundo de pesquisa original, na íntegra, em inglês, português ou espanhol; no recorte temporal de 1994 a 2016 e que apresentasse elementos da rota crítica, mesmo sem a utilização desse conceito. O recorte temporal está sustentado na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que representa um marco para a visibilidade da temática da violência contra as mulheres;

3ª - Definição das informações a serem extraídas dos artigos/categorização: título, objetivo do estudo; ano de publicação; procedência; delineamento do estudo (abordagem metodológica e participantes); e elementos da rota crítica. As informações extraídas foram inseridas em um quadro;

4ª - Avaliação dos estudos incluídos na revisão: apreciação crítica dos estudos selecionados. Os artigos foram classificados hierarquicamente quanto ao nível de evidência, de acordo com a questão clínica do estudo primário⁽¹³⁾. Para essa apreciação, foi realizada uma reunião no grupo de pesquisa com a presença de pós-graduandos em nível de mestrado e doutorado. Nos casos em que não houve consenso, foi realizada discussão com as líderes do grupo de pesquisa;

5ª - Interpretação dos resultados;

6ª - Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

As bases de dados escolhidas foram *Web of Science*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health* (CINAHL), *National Library of Medicine* (MEDLINE) via portal PubMed e Scopus. O levantamento dos estudos também foi realizado nos portais eletrônicos: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Esse levantamento foi realizado no mês de janeiro de 2017.

Para a escolha dos *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS), objetivando ampliar as possibilidades de recuperação de artigos nas bases de dados, foi realizado o mapeamento das palavras mais utilizadas nos títulos, resumos e descritores/palavras-chave de artigos acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. Foram utilizados os seguintes descritores: *Violence*, *Atrocities*, *Assaultive behavior*, *Behavior assaultive*, *Violência*, *Violência contra a mulher*, *Violência de gênero* e *Violência doméstica*. As palavras utilizadas para busca no título e no resumo foram: *Critical path*, *Critical paths*, *Critical path method*, *Rota crítica*, *Rotas críticas*, *Caminho crítico*, *Método do caminho crítico* e *Mulher*. A definição de rota crítica no MeSH e no DeCS está centrada na conduta de profissionais de saúde, e o conceito de rota crítica de Sagot⁽⁹⁾ apresenta aspectos relacionados à conduta dos profissionais, ao apresentar fatores relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços prestados por estes às mulheres em situação de violência, bem como as representações destes profissionais em relação à violência vivenciada por estas mulheres.

A realização da busca em diferentes bases de dados e portais eletrônicos, bem como o emprego de estratégias de busca distintas visou a ampliação da possibilidade de captação de evidências que respondessem à questão de revisão. Destaca-se, nesse processo, o auxílio de

uma bibliotecária. As bases de dados e portais eletrônicos e as respectivas estratégias de busca são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Bases de dados, portais eletrônicos e estratégias de busca empregadas na revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. 2017

Base de dados e Portais Eletrônicos	Estratégias de busca
Web of Science	“Critical path” OR “Critical paths” OR “Critical path method” AND “Violence” OR “Atrocities” OR “Assaultive behavior” OR “Behavior assaultive”
CINAHL	“Critical path” OR “Critical paths” OR “Critical path method” AND “Violence”
MEDLINE	“Critical path method” OR “Critical path” AND “Violence”
Scopus	“Critical path” OR “Critical path method” AND “Violence”
Portal de Periódicos da CAPES	“Rota crítica” OR “Rotas críticas” OR “Caminho crítico” OR “Critical path method” OR “Critical path” AND “Violência” OR “Mulher”
Portal Regional da BVS	“Rota crítica” OR “Rotas críticas” OR “Método do caminho crítico” AND “Violência contra a mulher” OR “Violência de gênero” OR “Violência doméstica”

Outra estratégia utilizada foi a busca manual nas referências dos artigos incluídos no *corpus*, os quais foram acessados via Scielo⁽¹²⁾.

Ressalta-se que, visando minimizar o possível viés de aferição dos estudos (erro de seleção e de interpretação dos resultados), duas pesquisadoras integrantes do mesmo grupo de pesquisa realizaram a busca dos estudos, a leitura criteriosa dos artigos selecionados, o preenchimento do quadro de extração das informações e a apreciação crítica dos artigos de forma independente. Ao final deste processo, os quadros de extração foram comparados. Não havendo consenso, foi contatado um terceiro revisor que também é membro do grupo de pesquisa.

RESULTADOS

Nas buscas nas bases de dados e portais eletrônicos, foram encontradas, inicialmente, 63 produções. Salienta-se que os estudos duplicados foram contabilizados uma única vez. Após a remoção das duplicações, permaneceram 48 produções. Dessas, 23 foram excluídas por não serem artigos originais, 11 por não apresentarem elementos da rota crítica e duas por não terem sido encontradas na íntegra. Assim, selecionaram-se 12 artigos para leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade. Destes artigos, 10 respondiam à questão de revisão e compuseram o *corpus* do estudo. Após, foi realizada a busca manual na lista de referências dos artigos incluídos no estudo, sendo incorporados 11 artigos. Deste modo, o *corpus* do estudo foi composto por 21 artigos. O fluxograma (Figura 1) descreve o percurso para a seleção dos artigos, baseado no modelo Prisma⁽¹⁴⁾.

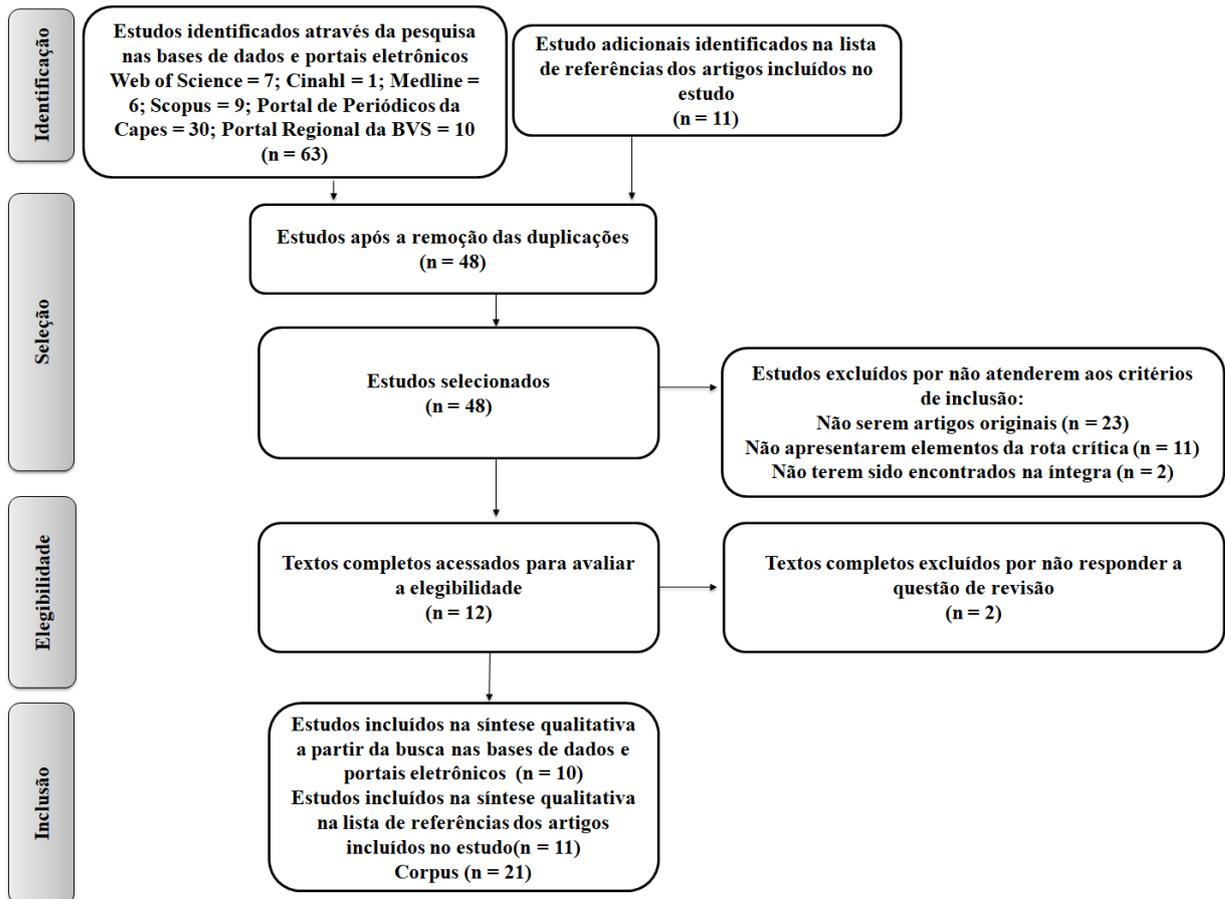


Figura 1 – Fluxograma da seleção artigos para a revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência, baseado no modelo PRISMA⁽¹⁴⁾. 2017

Fonte: Moher et. al⁽¹⁴⁾, adaptado.

Com relação à caracterização dos artigos, de acordo com o ano de publicação, 13 (62,0%) foram publicados no período de 2011 a 2015. Quanto à abordagem metodológica, predominou a qualitativa em 14 artigos (66,6%). No que se refere à procedência, 18 (85,7%) artigos foram desenvolvidos na Europa. No que tange aos participantes, 9 (42,8%) foram desenvolvidos com mulheres. Quanto à classificação da evidência dos artigos, segundo o tipo de questão clínica⁽¹²⁾, 17 (80,9%) direcionavam-se ao significado, sendo 14 com nível de 2. No Quadro 2, são apresentadas as características dos artigos quanto ao título, objetivo, ano/país, delineamento e nível de evidência/questão clínica.

Quadro 2 - Características dos artigos quanto ao título, objetivo, ano/país, delineamento e nível de evidência/questão clínica. 2017

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero ⁽¹⁵⁾	Apresentar o que pensam os participantes da pesquisa sobre a Lei Maria da Penha.	2013 Brasil	Qualitativo n= 21 mulheres e 25 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil ⁽¹⁶⁾	Estabelecer a trajetória de mulheres em situação de violência de gênero, identificando os pontos críticos, propondo medidas de intervenção e fomentando a construção de redes de combate às violências na cidade de Porto Alegre.	2011 Brasil	Qualitativo n= 21 mulheres e 25 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica ⁽¹⁷⁾	Apresentar a configuração das redes sociais de um grupo de mulheres em situação de violência doméstica, analisadas a partir de uma concepção de redes sociais que caracteriza a natureza dos vínculos e das trocas que ocorrem entre os atores, e investiga os objetos materiais ou simbólicos que aí circulam.	2013 Brasil	Qualitativo n= 9 mulheres e 8 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
<i>The Critical Path of women affected by family violence in Latin America. Violence Against Women Sagot</i> ⁽¹⁸⁾	Analisar as ações realizadas por mulheres que sofrem violência, as respostas encontradas em sua busca por ajuda, os obstáculos e a disponibilidade e qualidade dos serviços; reunir e analisar os significados sociais da violência familiar que prevalece entre os prestadores de serviços de saúde, aplicação da lei e judicial, educação e setores não governamentais e comunidades em 10 países da América Latina.	2005 Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Costa Rica, Panamá, Peru, Bolívia e Equador	Qualitativo n= 900 (mulheres, profissionais e comunidade)	N2 (Significado/Experiência)
Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais ⁽¹⁹⁾	Conhecer as ações e as trajetórias de mulheres na busca de alternativas para a superação da situação de violência no município de São Leopoldo, por meio da análise das práticas discursivas dos operadores de Instituições que trabalham com violência de gênero no município.	2008 Brasil	Qualitativo n= 12 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
<i>Women's strategic responses to violence in Nicaragua</i> ⁽²⁰⁾	Descrever as respostas de mulheres em León, na Nicarágua para abuso do parceiro e identificar fatores contextuais associados ao uso de certos mecanismos de enfrentamento e a probabilidade de separação permanente.	2001 Nicarágua	Quantitativo n= 188 mulheres	N4 (Prognóstico/Etiologia)
<i>Help-Seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand</i> ⁽²¹⁾	Informar sobre os comportamentos de procura de ajuda das mulheres que já viveram durante a vida violência física e/ou violência sexual por um parceiro íntimo.	2010 Nova Zelândia	Quantitativo n= 956 mulheres	N4 (Significado/Experiência)
<i>Strategies and Help-Seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence</i> ⁽²²⁾	Examinar se as mulheres que experimentaram a violência procuraram as agências de aplicação da lei, e as características dessas mulheres; examinar o tipo de serviço e tratamento que elas relataram receber dessas agências; examinar as razões para as mulheres não solicitarem ajuda da polícia e das agências de aplicação da lei.	2013 México	Quanti-qualitativo n= 89 profissionais e 22,639 mulheres	N2 (Significado/Experiência)

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
<i>Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil</i> ⁽²³⁾	Descrever as formas de enfrentamento à violência por parceiro íntimo adotadas por mulheres.	2012 Brasil	Quantitativo n= 283 mulheres	N4 (Significado/Experiência)
Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social ⁽²⁴⁾	Identificar a percepção das mulheres, em situação de violência, sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social, particularmente dos recursos institucionalizados de combate à violência contra a mulher.	2010 Brasil	Qualitativo n= 57 mulheres	N2 (Significado/Experiência)
<i>Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending Primary Care in Spain</i> ⁽²⁵⁾	Detectar diferenças nas características demográficas e recursos pessoais, tipos de violência por parceiro íntimo, idade de início e duração e respostas à violência por parceiro íntimo entre as mulheres em que a violência persistia e naquelas em que cessou; e identificar fatores que podem estar associados a maior probabilidade de terminar com o relacionamento violento.	2015 Espanha	Quantitativo n= 2464 mulheres	N4 (Prognóstico/Etiologia)
<i>Silenced voices and structured survival: battered women's help-seeking</i> ⁽²⁶⁾	Examinar os vários aspectos da busca de ajuda, e as respostas sociais e institucionais a tais esforços na perspectiva de sobreviventes que vivem em um abrigo de violência doméstica.	2007 Estados Unidos	Qualitativo n= 19 mulheres	N2 (Significado/Experiência)
<i>Barriers to domestic violence help-seeking: implications for intervention</i> ⁽²⁷⁾	Examinar as razões das mulheres abusadas para não usar a polícia, atendimento médico e assistência de aconselhamento, bem como a ajuda informal, definida como falar com um membro da família, vizinho, conhecido ou amigo.	2005 Estados Unidos	Quantitativo n= 491 mulheres	N4 (Significado/Experiência)
<i>Variations in women's help-seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study</i> ⁽²⁸⁾	Investigar o impacto das características sociodemográficas e das características da violência na busca de apoio formal e informal por parte de mulheres em resposta a violência por parceiro íntimo em uma pesquisa nacional sobre famílias canadenses.	2011 Canadá	Quantitativo n= 922 mulheres	N4 (Prognóstico/Etiologia)
Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave ⁽²⁹⁾	Conhecer as organizações envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência, considerando a rede de agências e equipamentos sociais disponíveis em um município paulista. A investigação propôs-se a compreender a inserção dos diferentes setores, excetuando-se o de saúde, nessa rede de atendimento.	2011 Brasil	Qualitativo n= 11 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
<i>Femicide: narratives of gender crimes</i> ⁽³⁰⁾	Narrar histórias de mulheres assassinadas em decorrência de desigualdades de gênero, obtidas através de inquéritos policiais da Delegacia de Homicídios do município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.	2013 Brasil	Qualitativo n= 6 casos	N2 (Significado/Experiência)
<i>Women in situations of violence: limits of assistance</i> ⁽³¹⁾	Analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção.	2015 Brasil	Qualitativo n= 41 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência ⁽³²⁾	Identificar a dinâmica institucional que emoldura a relação profissional-mulher violentada.	2011 Brasil	Qualitativo n=21 profissionais	N2 (Significado/Experiência)

Título	Objetivo	Ano/País	Delineamento	Nível de evidência/ questão clínica
Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência ⁽³³⁾	Compreender como os diversos serviços e seus atores percebem seu lugar no conjunto da assistência, relacionam-se e integram-se, em sua definição do problema e propostas de intervenção.	2007 Brasil	Qualitativo n= 29 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
<i>The response to gender violence among Brazilian healthcare professionals</i> ⁽³⁴⁾	Identificar a experiência, as atitudes e os sentimentos dos profissionais de saúde quando abordam as necessidades de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo.	2013 Brasil	Qualitativo n= 24 profissionais	N2 (Significado/Experiência)
<i>Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care</i> ⁽³⁵⁾	Descrever as estratégias de resposta adotadas por mulheres frente à violência por parceiro íntimo, analisar a associação entre os recursos pessoais das mulheres, características da violência por parceiro íntimo (tipo, duração e idade de início) e as estratégias de resposta adotadas pelas mulheres.	2012 Espanha	Quantitativo n= 1469 mulheres	N4 (Prognóstico/Etiologia)

A síntese das evidências encontradas nos artigos foi realizada de acordo com o diagrama da Rota Crítica proposto por Sagot⁽⁹⁾ (Figura 2).

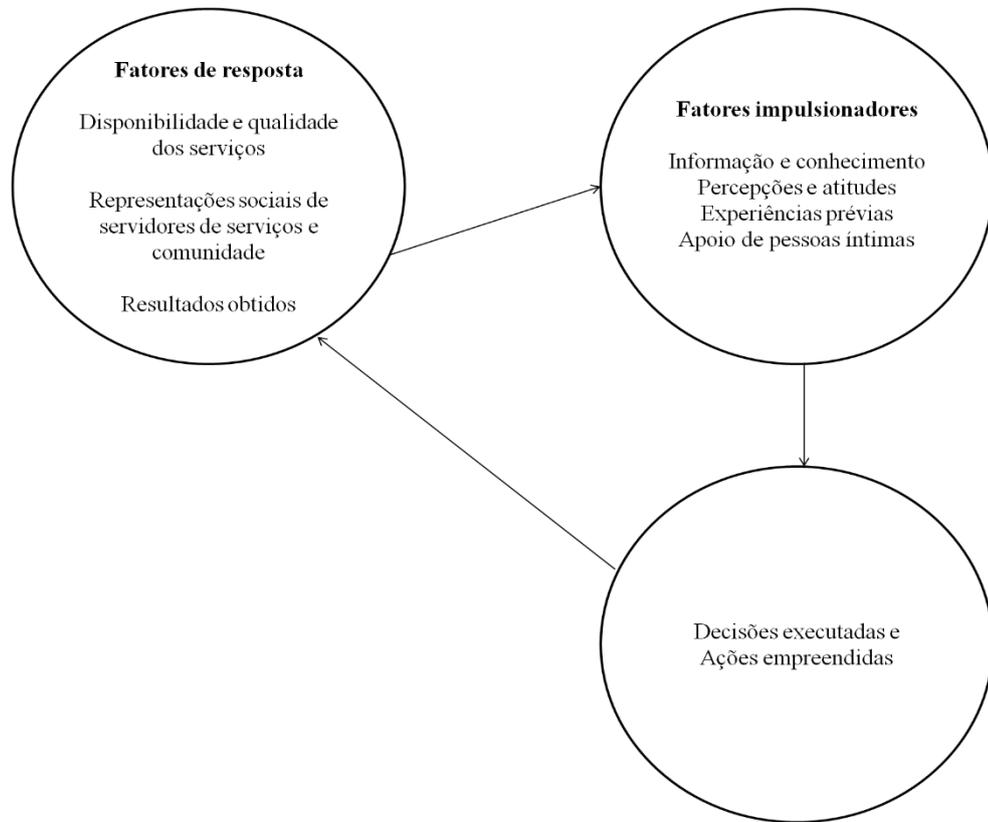


Figura 2 – Diagrama da Rota Crítica proposto por Sagot⁽⁹⁾

No Quadro 3, é apresentada a síntese desta revisão de acordo com os elementos do diagrama da Rota Crítica.

Quadro 3 – Síntese das evidências dos artigos da revisão integrativa acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência. 2017

Fatores impulsionadores	Informação e conhecimento - Busca de informações acerca de dispositivo legal ⁽¹⁵⁾ - Conhecimento sobre a Delegacia da Mulher ⁽¹⁶⁾
	Percepções e atitudes - Pressupor que o registro do boletim de ocorrência solucionará a situação de violência ⁽¹⁶⁾ - Compreender que está vivenciando uma situação de violência ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ - Compreender a dimensão pública da violência ⁽¹⁸⁾
	Experiências prévias - Possuir filhos ⁽¹⁹⁻²²⁾ - Violência grave, medo ou ameaças ^(20-21,23-24)
	Apoio de pessoas íntimas - Familiares e amigos ^(16-17,21-28)

Fatores de resposta	Disponibilidade e qualidade dos serviços	<p>Negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de proteção e segurança/medidas legais de difícil fiscalização^(15-17,19,22,24,26,29-32) - Precariedade da estrutura física, recursos humanos das instituições e equipamentos sociais^(15-19,22,26,29,31-34) - Ausência de protocolos de atendimento, formulários específicos para registros de casos e notificação, encaminhamento e avaliação das medidas adotadas^(15,16-19,24,26,31-34) - A desestruturação da rede^(15-19,24,26,29,31-33) 	<p>Positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da mulher na retirada de seus pertences⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ - Afastamento do companheiro da casa pela autoridade policial⁽¹⁵⁾ - Apoio de grupos de autoajuda^(16,29,32) - Encaminhamento das mulheres para outros serviços e instituições^(16,18,29,32-33) - Fortalecimento da autoestima da mulher, independência econômica, empoderamento, planejamento e reorganização da vida^(17,19,26,29,33) - Atendimento prestado pelos profissionais dos serviços^(16-19,29,32-33)
	Representações sociais de servidores de serviços e comunidade	<p>Negativas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Culpabilização, discriminação da mulher, concepções patriarcais e julgamento moral^(15,17-19,24,26,31-33) - Compreensão da violência como doença a ser tratada⁽¹⁵⁾ - Consideração de lei como inconstitucional⁽¹⁵⁾ - Entendimento da medida protetiva como papel de valor simbólico⁽¹⁵⁾ - Percepção de que a violência não representa um perigo real⁽¹⁸⁾ - Entendimento de que os outros serviços são concorrentes⁽¹⁹⁾ - Desvalorização da delegacia da mulher⁽³³⁾ - Conhecimento apenas do seu setor de atuação⁽¹⁹⁾ - Concepções de que a violência contra a mulher se trata de um assunto de domínio privado^(29,33-34) 	<p>Positivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão de lei como um dispositivo legal inovador^(15,29) - Compreensão da importância do trabalho em rede^(17,33) - Sensibilização quanto à violência^(29,32,34)
	Resultados obtidos	<p>Negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respostas negativas dos setores de aplicação da lei, policial e judicial^(18,26) - Resposta do setor saúde limitada ao tratamento de lesões^(18,26,32) - Ausência de respostas do setor educacional⁽¹⁸⁾ - Ninguém as ajudou⁽²¹⁾ 	<p>Positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição de casos de lesão corporal após a criação de lei⁽¹⁵⁾ - Cessação da violência pelo parceiro íntimo após registro de boletim de ocorrência ou prisão^(16,26) - Suporte das organizações de mulheres dedicadas à violência contra a mulher⁽¹⁸⁾ - Respostas positivas das instituições religiosas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ - Serviço de boa qualidade pela polícia⁽²¹⁻²²⁾
Decisões executadas e ações empreendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou denúncia nas delegacias, registro do boletim de ocorrência e pedir medida protetiva^(15-16,19,23,25-26,30) - Desistiu do processo e retirar a queixa^(16,19,33) - Buscou proteção do Ministério Público⁽¹⁹⁾ - Buscou ajuda nos serviços de saúde^(17-18,20-21,23-25,35) - Buscou ajuda da família, de amigos e de vizinhos^(16-17,21-25,27-28,30,35) - Buscou ajuda da polícia^(20-23,26,35) - Buscou ajuda de organizações não governamentais⁽²²⁾ - Buscou ajuda de organizações religiosas⁽²⁰⁻²³⁾ - Buscou ajuda de abrigos para mulheres^(20-22,26) - Buscou ajuda em organizações de mulheres^(21,35) - Buscou ajuda em agências de serviço social⁽²⁶⁾ - Buscou trabalho para tornar-se independente^(25,35) - Separou-se do companheiro temporária ou definitivamente^(20-21,25-27,35) - Mudou de estado⁽²⁶⁾ - Defendeu-se física ou verbalmente⁽²⁰⁾ - Conversou com alguém^(21,23) - Falou com o companheiro⁽³⁵⁾ 		

DISCUSSÃO

Após a análise e síntese, optou-se por apresentar a discussão segundo os elementos da rota crítica apresentados nos resultados: fatores impulsionadores; fatores de resposta; decisões executadas e ações empreendidas.

Fatores impulsionadores

As evidências científicas dos fatores impulsionadores da rota crítica de mulheres em situação de violência, relacionadas à informação e conhecimento dessas, apontaram a busca de informações acerca de dispositivos legais, como a Lei Maria da Penha, em se tratando do contexto brasileiro. Tais informações são buscadas em diversos meios, seja na televisão, na internet ou nas próprias delegacias da mulher⁽¹⁵⁾. Ainda, indicaram o conhecimento prévio da existência das delegacias da mulher⁽¹⁶⁾. Observa-se que o conhecimento das mulheres acerca dos seus direitos tem contribuído para o aumento na quantidade das denúncias⁽¹⁵⁾.

Os fatores impulsionadores da rota crítica relativos às percepções e atitudes das mulheres foram pressupor que o registro do boletim de ocorrência na delegacia da mulher solucionará a situação de violência⁽¹⁶⁾, compreender que está vivenciando esta situação⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e que esta tem dimensão pública⁽¹⁸⁾. Embora estejam vivenciando agressões, algumas mulheres apenas iniciam o processo de enfrentamento da violência⁽¹⁷⁾, como buscar um serviço⁽¹⁶⁾ e autoridades⁽¹⁸⁾, diante dessas compreensões.

Os fatores impulsionadores referentes às experiências prévias das mulheres estiveram relacionados ao fato de possuírem filhos⁽¹⁹⁻²²⁾. Muitas vezes, esses filhos também vivenciam a violência⁽¹⁹⁻²⁰⁾, além do que, há uma preocupação das mulheres para com eles⁽²⁰⁻²¹⁾, especialmente pela sua presença nas suas casas⁽²²⁾. Muitas mulheres se mantêm em uma situação de violência por vários anos, e apenas quando seus filhos (as) também começam a experienciá-la, conseguem reagir e iniciar a rota⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, o estudo evidenciou uma associação significativa entre a busca de ajuda pelas mulheres e o abuso dos filhos⁽²⁰⁾. Outros fatores impulsionadores na busca pela rota crítica por parte das mulheres consistiram em serem gravemente feridas^(21,23), apresentarem lesões, serem forçadas a manterem relações sexuais ou sofrerem violência durante a gravidez⁽²⁰⁾, além de terem medo ou serem ameaçadas pelo agressor^(21,23-24).

Por outro lado, os estudos evidenciaram diversos motivos pelos quais as mulheres permaneceram em uma situação de violência e não deram início à rota: medo de vingança do agressor^(15,21-22,27); ameaça^(19,22); dependência financeira⁽¹⁹⁾; manutenção do núcleo familiar^(17,19); conservação das suas condições de vida e dos filhos⁽¹⁷⁾; preconceitos e estereótipos de gênero, familiares e culturais^(17,19,22); amor ao companheiro⁽¹⁷⁾; crença que este irá mudar⁽¹⁷⁾; por acreditarem na importância da participação do companheiro na criação dos filhos^(17,22); medo de iniciarem uma nova vida⁽¹⁷⁾; pela minimização/naturalização da violência^(21-22,27); constrangimento e vergonha^(17,21-22,26-27); por acreditarem que o companheiro não mudará⁽²²⁾, e para protegê-lo e preservar o relacionamento⁽²⁷⁾.

Outras mulheres, embora tenham iniciado a rota, retornaram ao companheiro, e, conseqüentemente, à situação de violência por estarem sem dinheiro⁽²⁶⁾; por serem ameaçadas, perseguidas ou assediadas por ele⁽²⁶⁾; por serem encorajadas por suas famílias a se reconciliar^(24,26); por sentirem-se culpadas⁽²⁶⁾; por estarem sozinhas⁽²⁶⁾; pelo bem da família/filhos^(21,23); para atender ao pedido do companheiro⁽²³⁾; por amá-lo^(23,26); e por compreenderem a violência como algo normal⁽²¹⁾.

As evidências acerca dos fatores impulsionadores referentes ao apoio de pessoas íntimas indicaram que as mulheres em situação de violência contam especialmente com o apoio de familiares e amigos^(16-17,21-28), dentre os quais mães e sogras^(17,26), pais, tias, tios, avós, irmãos⁽²⁶⁾; pais e irmãos⁽²³⁾, e familiares do próprio parceiro⁽²³⁾.

Fatores de resposta

Quanto aos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços consideradas negativas, os estudos revelaram a falta de proteção e segurança/medidas legais de difícil fiscalização^(15-17,19,22,24,26,29-32). Isso porque muitas mulheres, após irem à delegacia, retornaram para casa e acabaram sendo gravemente feridas⁽¹⁶⁾ e até mortas pelo companheiro⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, visto que nenhum policial pôde protegê-las 24 horas por dia^(16,29), o que demonstra a dificuldade de inspeção do cumprimento das medidas legais⁽³¹⁾. Muitas, após o registro do boletim de ocorrência, foram mandadas embora, mesmo não tendo para onde ir⁽¹⁶⁾. Outras mulheres não tiveram seus pedidos atendidos ao procurarem o sistema policial^(24,26), que: negou a realização do registro do boletim de ocorrência⁽¹⁵⁾, pediu que retornassem outro dia para realizar a ocorrência pela ausência de pessoas disponíveis para fazê-lo⁽¹⁹⁾, desencorajou a realização da denúncia⁽²²⁾ e mandou a mulher para outra delegacia^(24,32).

Os fatores de resposta negativos também relacionaram-se à falta de viaturas, à demora na chegada da polícia quando as mulheres solicitaram ajuda e ao fato de que os policiais disseram não poder entrar na casa⁽¹⁶⁾. Um estudo que narrou seis casos de feminicídios apontou que, em dois deles, as vítimas haviam realizado vários registros policiais tanto por lesão quanto por ameaça de morte pelo companheiro⁽³⁰⁾, o que mostrou que muitas mulheres denunciaram repetidas vezes o agressor, solicitando proteção, e não foram atendidas⁽³¹⁾. No que se refere à medida protetiva, apesar de muitas mulheres terem a obtido formalmente, na prática os agressores não foram responsabilizados, havendo o descumprimento da medida⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Evidenciou-se a precariedade da estrutura física, de recursos humanos das instituições e de equipamentos sociais^(15-19,22,26,29,31-34). A precariedade se aplicou tanto à polícia quanto às demais instituições da rede⁽¹⁵⁾, sendo demonstrada pela carência de profissionais nos

diferentes serviços^(15,32); presença de profissionais que não desejavam estar no cargo que ocupavam⁽¹⁹⁾; falta de capacitação/competência técnica dos profissionais para trabalharem com a violência^(18,22,31-33); escassez de recursos^(18,26); existência de serviços de referência que atendiam apenas de segunda a sexta-feira^(16,31); inexistência de casas-abrigo⁽²⁹⁾; e ausência de privacidade^(18,32,34). Tais aspectos, dentre outros, impediram a aplicação da Lei Maria da Penha no Brasil⁽¹⁵⁾ e de legislações sobre violência familiar⁽¹⁸⁾. Desse modo, as políticas de enfrentamento à violência não foram colocadas em prática pelos serviços que atenderam mulheres em situação de violência^(15,17). Considera-se que a escassez de recursos foi mais extrema nas comunidades rurais, visto que nestes ambientes as mulheres em situação de violência têm menos acesso a serviços especializados, serviços oferecidos por ONG's ou organizações governamentais⁽¹⁸⁾.

No que concerne especificamente à precariedade de recursos humanos, estudos revelaram a sobrecarga de trabalho/falta de tempo^(16,19,22,32-33), principalmente nos serviços de aplicação da lei⁽²²⁾, policiais^(16,33) e de saúde⁽³²⁻³³⁾. Na delegacia da mulher, há uma sobrecarga pelas atribuições a ela designadas, especialmente após a promulgação da Lei Maria da Penha⁽¹⁶⁾, sendo que os profissionais alegavam falta de tempo para ouvir o relato de vida da mulher⁽³³⁾. Em unidades básicas de saúde, havia um grande tempo de espera para atendimento, e muitas mulheres ainda tinham que agendar as consultas, o que podia ser desestimulante⁽³²⁾. Em serviços de atenção psicossocial, o tempo demandado para tratamento das mulheres era considerado longo, sendo motivo de resistência dessas para o tratamento psicoterápico⁽³³⁾. Essa sobrecarga de trabalho era um fator limitador para o trabalho em rede⁽¹⁹⁾.

A ausência de protocolos de atendimento, formulários específicos para registros de casos e notificação, encaminhamento e avaliação das medidas adotadas^(15,16-19,24,26,31-34) foram outros aspectos negativos da disponibilidade e qualidade dos serviços. Nesse sentido, um estudo realizado em diferentes instituições que trabalham com violência de gênero indicou o uso de formulários específicos para registro da violência apenas em uma Organização Não Governamental (ONG) e em um serviço de psicologia vinculado à delegacia de polícia⁽¹⁹⁾. Em alguns serviços, não havia formulários para descrição dos encaminhamentos realizados⁽¹⁵⁾, nem protocolos de tratamento ou encaminhamentos^(18,31). Além disso, evidenciou-se o emprego de linguagens distintas em cada serviço⁽¹⁷⁾, sendo que alguns, como no centro de referência, valorizavam o acolhimento e a intersubjetividade, ao passo que na delegacia e no fórum, a objetividade que era valorizada⁽¹⁷⁾.

Também foi apontada a escuta baseada na queixa^(16,18,24,26,32-34), especialmente nas delegacias e nos serviços de saúde. Nas delegacias, valorizava-se unicamente o recolhimento de informações necessárias ao início da trajetória legal^(16,33). Nos serviços de saúde, o foco do atendimento era para lesões⁽¹⁸⁾, marcas visíveis⁽³²⁾ e o que se mostrava concreto em se tratando de sinais e sintomas⁽²⁴⁾. Nessa perspectiva, as mulheres, muitas vezes, não eram questionadas pelos profissionais acerca da origem das lesões⁽²⁶⁾ ou da possibilidade de estarem vivenciando uma situação de violência, mesmo quando havia suspeita e quando apresentavam queixas generalizadas e sinais de sofrer agressões⁽³⁴⁾.

A desestruturação da rede^(15-19,24,26,29,31-33) foi evidenciada pela falta de integração e comunicação entre profissionais de vários órgãos e setores^(15-17,19,31,33), o que levou à atuação isolada em suas áreas de atuação⁽¹⁹⁾ e à descontinuidade da assistência⁽³¹⁾. Também foi evidenciada pela ausência de fluxos interinstitucionais^(4,7,17) e de acompanhamento das mulheres pelos hospitais e unidades básicas, sendo que nesses casos a dificuldade relacionava-se à reação do agressor, quando este residia com a mulher⁽¹⁶⁾. Assim, a desestruturação da rede foi evidenciada pela inexistência de referência e contrarreferência, ou seja, quando os serviços encaminhavam uma mulher em situação de violência a outro serviço e esperavam o retorno do atendimento realizado, o que não ocorria⁽³¹⁾. Diante desses aspectos, propostas como a Lei Maria da Penha, a qual demanda recursos de vários setores para a sua implementação⁽²⁹⁾, não têm sido efetivadas.

A desestruturação da rede também foi indicada quando os serviços reduziam as suas ações a encaminhamentos⁽²⁴⁾, quando esses se restringiam a sua área de atuação⁽³³⁾, ou quando as mulheres eram encaminhadas para municípios vizinhos pela inexistência de algum serviço no município onde residiam⁽¹⁹⁾. A última situação implicava às mulheres sofrimento emocional, despesas de locomoção e ausência no trabalho, considerada outra forma de violência⁽¹⁹⁾. Muitos encaminhamentos justificavam-se pela necessidade de serviços “específicos” ou “especializados”, sugerindo que a violência competia apenas aos profissionais que optaram por lidar com esse problema⁽³²⁾.

Tal desestruturação também foi apontada pela precariedade do sistema judiciário, revelada pela morosidade dos processos judiciais^(18,29,31,33) e excesso de burocracia⁽¹⁸⁾; também pela falta de um juizado específico para abordar a violência contra a mulher⁽³¹⁾ e existência de varas criminais adaptadas, nem sempre adequadas para a aplicação integral das medidas previstas na Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾. A desestruturação foi apontada por defensores gratuitos, que muitas vezes não conheciam a mulher que iriam representar na audiência e pela

rotatividade desses, sendo que, durante o mesmo processo, uma mulher poderia ser atendida por vários defensores⁽¹⁶⁾.

Ainda, nota-se desestruturação pelo encerramento dos processos na primeira audiência⁽¹⁶⁾ e por audiências em que as mulheres eram levadas a tomar decisões rapidamente⁽¹⁶⁾; pela realização de acordos⁽¹⁶⁾ e processos conciliadores⁽¹⁸⁾, por meio dos quais as mulheres eram pressionadas pelas autoridades a reconsiderarem a queixa e retornarem ao domicílio por não terem para onde ir⁽¹⁶⁾, tendo que perdoar o agressor⁽¹⁸⁾. Assim, as mulheres ficavam desprotegidas e tinham seus direitos violados, especialmente o relacionado ao processo⁽¹⁸⁾.

A ausência de profissionais de outras áreas para atuar em conjunto nos serviços^(15,19) e constituir espaços de troca entre os membros da equipe^(17,33) também é outro aspecto desestruturação da rede. A falta de atendimento aos homens agressores, aspecto contemplado na Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾, além de programas de intervenção com agressores cujo foco foi o abuso de álcool e drogas em detrimento da violência doméstica⁽²⁶⁾ também podem ser mencionados.

Um estudo sobre a rede social de mulheres em situação de violência evidenciou a existência de uma rede informal constituída por pessoas que podiam ser acionadas⁽¹⁷⁾, em detrimento de uma rede constituída por serviços. Também apontou que os profissionais não se esforçavam para entrar em contato com os elementos da rede social das mulheres, demonstrando a falta de interação com os atores próximos delas espacial e afetivamente⁽¹⁷⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços consideradas positivas indicaram que as autoridades policiais realizavam o acompanhamento das mulheres em segurança para retirada de seus pertences da casa⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, as levavam até albergues ou casas de familiares⁽¹⁶⁾, bem como efetuavam o afastamento do companheiro da casa⁽¹⁵⁾. Tais funções foram efetivadas no Brasil após a Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O suporte de grupos de apoio⁽²⁹⁾ e de autoajuda^(16,29,32), como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente^(16,32) foram apontados. Esses grupos têm colaborado no atendimento de mulheres em situação de violência⁽⁵⁾ e no enfrentamento desse problema^(16,32).

No que tange ao encaminhamento das mulheres para outros serviços e instituições^(16,18,29,32-33), um estudo apontou que, quando atendidas em hospitais, as mulheres eram encaminhadas a outros serviços, dependendo do tipo de agressão sofrida⁽¹⁶⁾. Outros exemplos foram: encaminhamento de uma mulher de uma unidade de saúde para o

Departamento Médico Legal, assistente social e casa abrigo⁽¹⁶⁾; de uma Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) para uma ONG, um grupo de estudo de apoio às vítimas de violência, e para a assistência jurídica e Fórum⁽²⁹⁾; de uma DDM para uma psicóloga; e em se tratando de situações de violência sexual, para um hospital de referência⁽³²⁾. Nesse sentido, as DDMs foram apontadas como participantes ativas da rede de encaminhamentos como destinatárias e enviadas⁽³³⁾. De uma ONG de enfrentamento à violência contra a mulher, a mulher poderia ser encaminhada para diferentes unidades de saúde, dependendo da situação de violência, tanto doméstica quanto sexual⁽²⁹⁾. Organizações comunitárias, mesmo que não sejam especificamente direcionadas à violência familiar, também realizavam o encaminhamento de mulheres para instituições, quando disponíveis⁽¹⁸⁾.

Evidenciou-se a busca pelo fortalecimento da autoestima das mulheres, sua independência econômica e planejamento da vida para que quando se sentissem seguras pudessem registrar o boletim de ocorrência⁽¹⁹⁾. Notou-se a valorização das relações intersubjetivas e promoção de crescimento e mudanças nas mulheres, buscando a reorganização⁽¹⁷⁾ e ressignificação de suas vidas após o trauma vivenciado⁽²⁹⁾. Portanto, os profissionais visavam à capacitação das mulheres para que buscassem vidas seguras, produtivas e independentes⁽²⁶⁾, promovendo também sua emancipação e fortalecimento⁽³³⁾.

Também foi revelado o atendimento prestado pelos profissionais dos serviços^(16-19,29,32-33) e as orientações às mulheres^(16-17,19) dadas em hospitais. Essas orientações versavam sobre a busca da promotoria pública pela mulher⁽¹⁶⁾, e as dadas em ONGs se relacionavam com a realização do boletim de ocorrência, uma vez que em casos graves a sua realização poderia agravar a situação de violência⁽¹⁶⁾. Quando dadas por membros de igrejas, as orientações importantes para um desfecho satisfatório da situação⁽¹⁷⁾.

A empatia, sensibilidade e acolhimento também foram aspectos dos atendimentos prestados, sendo que nos estudos avaliados, foram demonstrados por profissionais de saúde^(16,18). Um estudo destacou que quando as mulheres eram acolhidas pelos serviços da rede, havia sucesso no enfrentamento da violência⁽¹⁷⁾. Outros fatores positivos foram a discussão do caso^(19,29) por equipe multidisciplinar em uma ONG⁽¹⁹⁾ e interinstitucionalmente entre uma organização de enfrentamento à violência contra a mulher, equipamentos de saúde, secretarias de saúde, educação e assistência social⁽²⁹⁾.

Outros aspectos indicados foram a assistência integral à mulher, em termos físicos, psicológicos e jurídicos, desenvolvida por uma ONG⁽²⁹⁾; o conhecimento dos profissionais sobre a missão de sua instituição ou organização⁽²⁹⁾; e a rotina padronizada e organizada em fluxos nas delegacias da mulher⁽³²⁻³³⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas negativas apontaram a culpabilização, discriminação da mulher, concepções patriarcais e julgamento moral^(15,17-19,24,26,31-33). Esses fatores são evidenciados quando os profissionais culpam as mulheres pela violência vivenciada⁽¹⁵⁾ e fazem julgamentos de ordem moral⁽³³⁾, seja afirmando que algumas supõem que o homem está deixando de gostar delas se não empregam a violência⁽¹⁹⁾ ou tentando justificar as agressões, ofensas e humilhações infringidas às mulheres pelo seu comportamento pouco adequado ou provocador⁽¹⁷⁾ ou pelo uso de substâncias⁽³²⁾. Isso ocorre também quando os pais acreditavam que a mulher era a errada, fazendo com que, às vezes, retornasse ao agressor⁽²⁴⁾ e conseqüentemente à situação de violência.

Nos serviços, juízes banalizavam a Lei Maria da Penha em vez de cumpri-la⁽¹⁵⁾; médicos declaravam que não se podia acreditar em todas as histórias de mulheres que diziam viver situações de violência sexual, pois faziam falsas denúncias visando abortar; e quando profissionais na delegacia discriminavam as mulheres⁽³²⁾, realizavam declarações baseadas em estereótipos de gênero e mitos sobre a violência familiar⁽¹⁸⁾ e quando desqualificavam, banalizavam e riam da dor das mulheres quando essas prestavam queixa contra o marido por estupro⁽³²⁾. Isso levava muitas a não acreditarem que a delegacia pudesse as ajudar⁽³¹⁾. Ao terem a situação de violência ignorada ou minimizada ao buscar ajuda, as mulheres sentiam-se culpadas e silenciadas⁽²⁶⁾.

Outras representações dos profissionais e da comunidade relacionam-se a: a compreensão da violência como doença a ser tratada⁽¹⁵⁾; a consideração da Lei Maria da Penha como inconstitucional por alguns juízes, que afirmavam que essa contrariava a igualdade de direitos entre homens e mulheres⁽¹⁵⁾; o entendimento da medida protetiva como papel de valor simbólico, que podia ser respeitado ou não pelo agressor⁽¹⁵⁾; a percepção de que a violência não representava um perigo real para as mulheres⁽¹⁸⁾; o entendimento de que os outros serviços eram concorrentes e não parceiros no trabalho interdisciplinar e interinstitucional⁽¹⁹⁾; a desvalorização da delegacia da mulher por parte da polícia⁽³³⁾; e o conhecimento de alguns profissionais apenas do seu setor de atuação⁽¹⁹⁾. No que tange a essa última representação, os profissionais também desconheciam o percurso que uma mulher em situação de violência deveria percorrer em busca de ajuda e quais recursos eram mais eficientes ou quais modos eram mais ágeis e com menos sofrimento para as mulheres quando essas buscavam ajuda⁽¹⁹⁾.

A essas representações, somavam-se às concepções de que a violência contra a mulher se tratava de um assunto de domínio privado^(29,33-34) e, portanto, difícil de ser percebido e de

sofrer intervenção pelo poder público⁽²⁹⁾ e de serviços de saúde⁽³⁴⁾, por exemplo. Tais representações podem ser explicadas pelo fato de que os delitos do âmbito doméstico são social e historicamente considerados menos importantes que os da esfera pública⁽³³⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas positivas indicaram a compreensão da Lei Maria da Penha como um dispositivo legal inovador^(15,29) criado a fim de punir com mais severidade o agressor da mulher⁽¹⁵⁾. Dentre os aspectos da Lei, considerados avanços, está a exigência da criação de casas abrigo e do atendimento ao agressor⁽²⁹⁾. Ainda, as evidências apontaram a compreensão da importância do trabalho em rede^(17,33), de acordo com a qual os profissionais reconheciam a necessidade de integração entre os diferentes serviços⁽³³⁾ diante das dificuldades do trabalho isolado⁽¹⁷⁾; e a sensibilização de profissionais quanto à violência^(29,32,34), dentre os quais médicos e enfermeiras⁽³⁴⁾.

Quanto às evidências científicas dos fatores de resposta em relação aos resultados obtidos considerados negativos, foram indicadas respostas negativas dos setores de aplicação da lei, policial e judicial^(18,26), sendo que nos 10 países-cenário de um dos estudos, esses foram os setores que ofereceram as piores respostas às mulheres que buscaram ajuda⁽¹⁸⁾. Outro estudo apontou que quando as mulheres chamaram a polícia, esta não fez nada para melhorar a situação de violência⁽²⁶⁾.

No que se refere à resposta do setor de saúde, essa se limitava ao tratamento de lesões^(18,26,32), a partir do qual as mulheres recebiam assistência e então retornavam ao agressor que lhes infligiu as lesões⁽²⁶⁾. Tal resposta se deve pela suposta especificidade do serviço hospitalar: tratamento de lesões graves e/ou com risco de morte⁽³²⁾. Diante disso, as mulheres consideravam que as instituições do setor de saúde eram aquelas que podiam curar seus ferimentos ou doenças, mas nas quais não podiam discorrer sobre suas experiências de violência⁽¹⁸⁾.

Em relação ao setor educacional, não havia respostas deste, visto que profissionais consideravam gênero e violência familiar questões que se afastavam do domínio da política educacional e dos currículos⁽¹⁸⁾. Ainda, um estudo sobre os comportamentos de busca de ajuda das mulheres que já viveram em sua vida violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo revelou que mais de 40% dessas não foi ajudada por ninguém⁽²¹⁾.

As evidências científicas dos fatores de resposta em relação aos resultados obtidos considerados positivos indicaram a diminuição de casos de lesão corporal após a Lei Maria da Penha⁽¹⁵⁾, pois quando a mulher registrava o boletim de ocorrência por ameaça e solicitava a medida protetiva, raramente havia lesão⁽¹⁵⁾. As evidências indicaram também a cessação da

violência pelo parceiro após registro de boletim de ocorrência ou prisão desse^(16,26) em alguns casos, porém isso era temporário⁽²⁶⁾.

Tem-se o destaque em relação ao suporte das organizações de mulheres dedicadas à violência contra a mulher⁽¹⁸⁾, em especial das que forneceram serviços relacionados à saúde da mulher e aos direitos legais, sendo pioneiras na promoção de políticas públicas para prevenir, enfrentar e erradicar o problema⁽¹⁸⁾. Igualmente, há respostas positivas das instituições religiosas⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, as quais constituíam ponto de referência, mesmo que não oferecessem serviços específicos para as mulheres⁽⁸⁾; e da polícia⁽²¹⁻²²⁾, o que dependia do tipo e da gravidade da violência que as mulheres experimentavam⁽²²⁾.

Decisões executadas e ações empreendidas

As evidências científicas das decisões executadas e ações empreendidas pelas mulheres apontaram a realização de denúncia nas delegacias, registro do boletim de ocorrência e solicitação de medida protetiva^(15-16,19,23,25-26,30). Quanto a esses aspectos, estudos apontaram que alguns profissionais presumem que existem mulheres que tomavam tais atitudes sem estar vivenciando uma situação de violência, mas para que o companheiro se afastasse da casa diante de um término de relacionamento ou quando não há mais interesse ou amor por esse companheiro⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Por outro lado, um estudo revelou que as mulheres que mais chamaram a polícia relataram que esse tipo de busca de ajuda era extremamente perigoso⁽²⁶⁾.

Muitas mulheres desistiram de dar seguimento ao processo e retiraram a queixa^(16,19,33) e, assim, poucos terminaram com a aplicação de pena ao agressor⁽¹⁹⁾. Nos casos de desistência, os profissionais culpavam as mulheres, alegando que essas abriam processos e exigiam proteção, onerando os serviços e obstaculizando o funcionamento adequado do sistema⁽¹⁹⁾. Assim, a queixa das mulheres perde legitimidade, do ponto de vista dos profissionais⁽³³⁾.

Outra decisão executada e ação empreendida foi a busca de proteção do Ministério Público⁽¹⁹⁾, especialmente nas situações-limite em que há violência grave e risco de morte, nas quais as mulheres não esperam a audiência⁽¹⁹⁾ e nem buscam ajuda em serviços de saúde^(17-18,20-21,23-25,35), como hospitais e centros de saúde^(20,23-24). Quanto aos hospitais, as mulheres os procuravam quando estavam gravemente feridas, apresentando sangramento. Já os centros de saúde, eram procurados quando os traumas eram considerados leves pelas mulheres⁽²⁴⁾.

As mulheres buscaram também a ajuda da família, de amigos e de vizinhos^(16-17,21-25,27-28,30,35); da polícia^(20-23,26,35); de organizações não governamentais⁽²²⁾; de organizações religiosas⁽²⁰⁻²³⁾; de abrigos para mulheres^(20-22,26); de organizações de mulheres^(21,35); e de agências de serviço social⁽²⁶⁾.

As mulheres buscaram trabalho para tornarem-se financeiramente independentes^(25,35); separaram-se do companheiro temporária ou definitivamente^(20-21,25-27,35); mudaram-se de estado⁽²⁶⁾; defenderam-se física ou verbalmente⁽²⁰⁾; e conversaram com alguém^(21,23) ou com o companheiro, a fim de que esse tivesse uma mudança de atitudes⁽³⁵⁾.

Limitações do estudo

As limitações se relacionam à complexidade de combinar estudos com diferentes abordagens metodológicas, à restrição das buscas nos idiomas inglês, português e espanhol, e à não consulta de literaturas cinzentas, como teses e dissertações.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Políticas Públicas

Em relação aos fatores impulsionadores, recomenda-se ampliar o acesso das mulheres às informações acerca dos seus direitos e os locais/serviços onde podem buscar atendimento/ajuda, o que poderá impulsionar o início da rota. É necessário sensibilizar as mulheres de que a resolução das situações de violência vai além da delegacia da mulher, havendo um conjunto de serviços e de pessoas que poderão atendê-las e apoiá-las. No que tange aos fatores de resposta, visando que aconteça um trabalho multiprofissional e intersetorial pautado no acolhimento, na empatia e na ausência de estereótipos de gênero e julgamento moral, recomenda-se empregar protocolos assistenciais, aumentar os recursos humanos nos serviços e qualificá-los.

CONCLUSÃO

Destacaram-se na síntese desta revisão, dentre os fatores impulsionadores da rota crítica, a violência grave, medo ou ameaças. São fatores negativos para resposta a falta de proteção, a precariedade da infraestrutura e dos recursos humanos das instituições, a desestruturação da rede e a culpabilização das mulheres. O fator positivo para resposta centra-se nos encaminhamentos das mulheres e na reorganização da vida. Em relação às decisões executadas e ações empreendidas os destaques foram a denúncia, o acesso ao serviço de saúde e de polícia, a busca de ajuda da família, amigos e vizinhos, e a separação. Os elementos do diagrama da rota crítica estão articulados entre si e poderão impulsionar, inibir ou retardar o início da rota pela mulher, afetando o desfecho das situações de violência.

Ao considerar a apreciação crítica dos artigos por meio da classificação de evidências dos estudos primários, segundo o tipo de questão de pesquisa, a maioria foi de significado e de nível 2, o que indica a lacuna de metassíntese. Por outro lado, os artigos de tipo prognóstico/etiologia, todos de nível 4, indicam a necessidade de revisões sistemáticas e de

estudos primários do tipo coorte ou caso controle. Não foram recuperados artigos do tipo intervenção, o que aponta outra lacuna.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet]. WHO; 2013 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
2. Organização das Nações Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. [Internet]. ONU; 2006 [cited 2018 Jan 11]. Available from: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>
3. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2018 Jan 10]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
4. Brasil. Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Mulher contra a Violência. Secretaria da Transparência. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Pesquisa DataSenado [Internet]. Brasília; 2017. [cited 2017 Dec 03]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>
5. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MMP. Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(5):458-64. DOI: 10.1590/1982-0194201400075
6. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013;10(5):e1001439. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001439
7. Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Fam Pract.* 2015;32(4):381-86. DOI: 10.1093/fampra/cmz017
8. Zancan N, Wassermann V, Lima GQ. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando Fam* [Internet]. 2013[cited 2018 Jan 30];17(1):63-76. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a07.pdf>
9. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. OPAS; 2000. DOI: 10.13140/2.1.4019.8726
10. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. UNGA; 2015 [cited 2018 Jan 30]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
11. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
12. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. [Internet] The Joanna Briggs Institute; 2014. [cited 2018 Jun 10]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
13. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, (Eds.). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg.* 2010;8(5):336-41. DOI: 10.1016/j.ijsu.2010.02.007
15. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(3):691-700. DOI: 10.1590/S1413-81232013000300015
16. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio

- Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):743-52. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000400013
17. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(5):1293-1304. DOI: 10.1590/S1413-81232013000500014
 18. Sagot M. The Critical Path of women affected by family violence in Latin America. *Violence Against Women*. 2005;11(10):1292-1318. DOI: 10.1177/1077801205280189
 19. Presser AD, Meneghel SN, Hennington ÉA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saúde Soc*. 2008;17(3):126-37. DOI: 10.1590/S0104-12902008000300013
 20. Ellsberg MC, Winkvist A, Peña R, Stenlund H. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:547-55. DOI: 10.1136/jech.55.8.547
 21. Fanslow JL, Robinson EM. Help-Seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand. *J Interpers Violence*. 2010;25(5):929-51. DOI: 10.1177/0886260509336963
 22. Frías SM. Strategies and Help-Seeking behavior among mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013;19(1):24-49. DOI: 10.1177/1077801212475334
 23. Silva RA, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1-8. DOI: 10.1590/S0034-89102013005000007
 24. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;19(3):417-24. DOI: 10.1590/S0104-07072010000300002
 25. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Ruiz-Pérez I. Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending Primary Care in Spain. *J Fam Violence*. 2015;30(4):453-60. DOI: 10.1007/s10896-015-9684-z
 26. Moe AM. Silenced voices and structured survival: battered women's help seeking. *Violence Against Women*. 2007;13(7):676-99. DOI: 10.1177/1077801207302041
 27. Fugate M, Landis L, Riordan K, Naureckas S, Engel B. Barriers to domestic violence help seeking: implications for intervention. *Violence Against Women*. 2005;11(3):290-310. DOI: 10.1177/1077801204271959
 28. Barrett BJ, St. Pierre M. Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. *Violence Against Women*. 2011;17(1):47-70. DOI: 10.1177/1077801210394273
 29. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(36):93-108. DOI: 10.1590/S1414-32832011000100008
 30. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Silva SR, Vasconcelos VD. Femicide: narratives of gender crimes. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(46):1-17. DOI: 10.1590/S1414-32832013000300003
 31. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(1):249-58. DOI: 10.1590/1413-81232014201.21202013
 32. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23. DOI: 10.1590/S0104-12902011000100014
 33. Kiss LB, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(23):485-501. DOI: 10.1590/S1414-32832007000300007
 34. Vieira EM, Ford NJ, Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):681-90. DOI: 10.1590/S1413-81232013000300014
 35. Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:352-58. DOI: 10.1136/jech.2009.105759

PERCURSO METODOLÓGICO

“Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros”.

(Benjamin Franklin)

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será apresentado o caminho metodológico visando responder os objetivos delineados, sendo descritos o tipo de estudo, esboço geral do estudo, cenário, participantes, geração e análise de dados, considerações éticas, apresentação e devolução dos resultados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa baseada em arte, coerente com o objeto de estudo dessa investigação: a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero.

A abordagem qualitativa se caracteriza por buscar compreender as experiências humanas vivenciadas pelos participantes da pesquisa, o que é possível a partir da descrição das experiências, tal qual são definidas por estes (TURATO, 2003). Deste modo, justifica-se a escolha dessa abordagem pelo fato de que o problema de investigação se centra nas experiências de mulheres em situação de violência de gênero na busca por ajuda no enfrentamento desta situação. O que contempla a dimensão da subjetividade destas (SAGOT, 2007).

Esta abordagem é empregada ao se estudar a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos (MINAYO, 2014). Aplica-se ainda a “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos” (MINAYO, 2014, p. 57). Tal abordagem não se encontra fundamentada em modelos hierarquizados, mas em modos mais horizontais, participativos e colaborativos entre pesquisador e pesquisados (MENEGBEL, HENNINGTON, 2007).

A pesquisa baseada em arte, por sua vez, é definida pelo uso sistemático de produção do tipo artística ou expressões artísticas mediante diferentes formas de arte, dentre as quais pinturas, desenhos, música e poesia. O emprego da arte é fundamental como via de acesso a experiência humana, principalmente, quando o objeto de estudo se trata de um tema sensível (MCNIFF, 2007; MCNIFF, 2009). Como é o caso da violência contra as mulheres, reconhecida internacionalmente

como um tópico sensível de pesquisa (FRAGA, 2016).

4.2 ESBOÇO GERAL DO ESTUDO

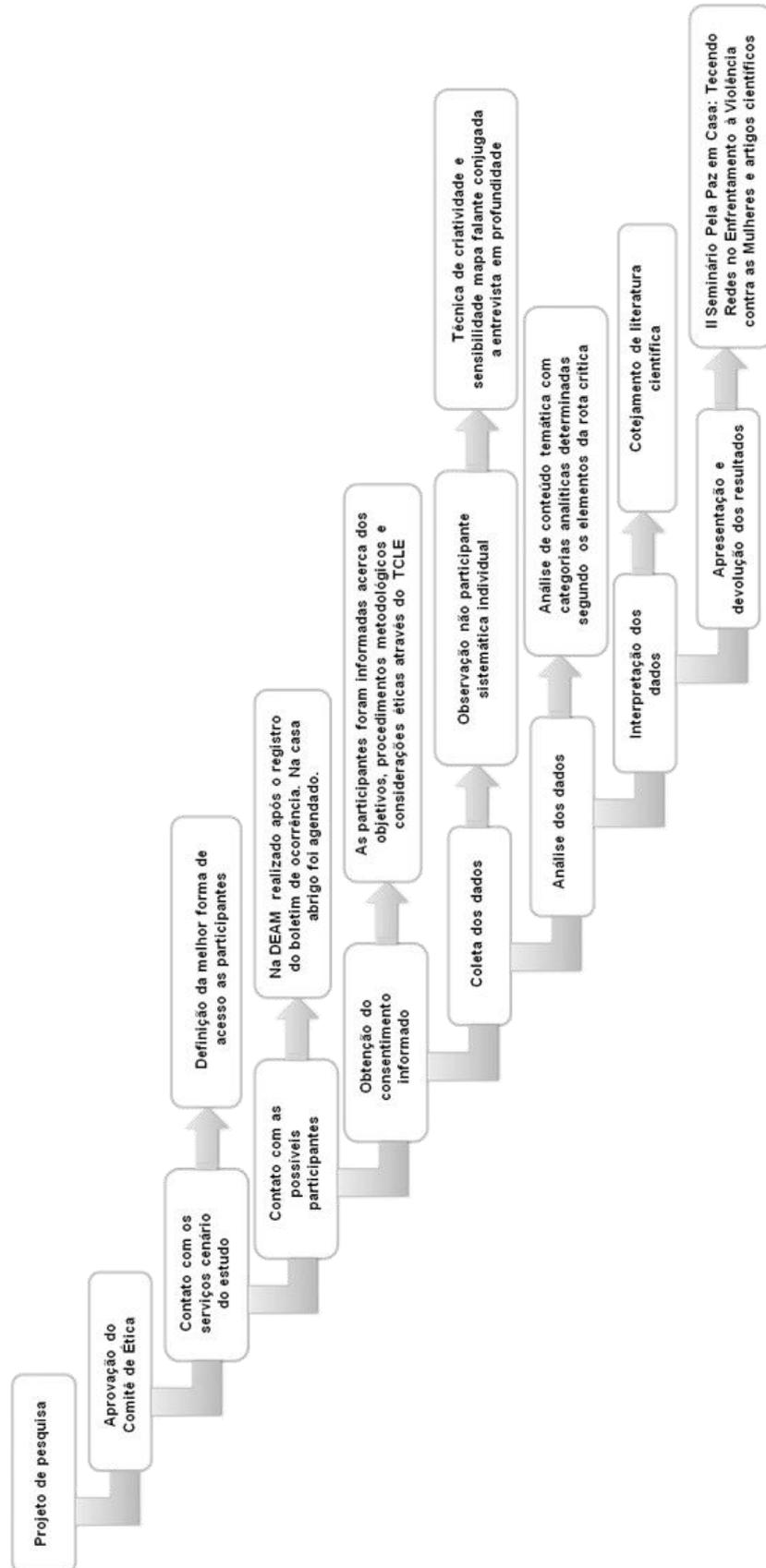
A seguir segue a figura (Figura 4) que resume os passos para o desenvolvimento do estudo, desde sua concepção até a apresentação e devolução dos resultados.

4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Maria - RS, Brasil. Trata-se de um município de médio porte com uma população estimada de 277.309 habitantes. Localiza-se geograficamente na região central do estado do RS a 300 km de distância da capital Porto Alegre (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

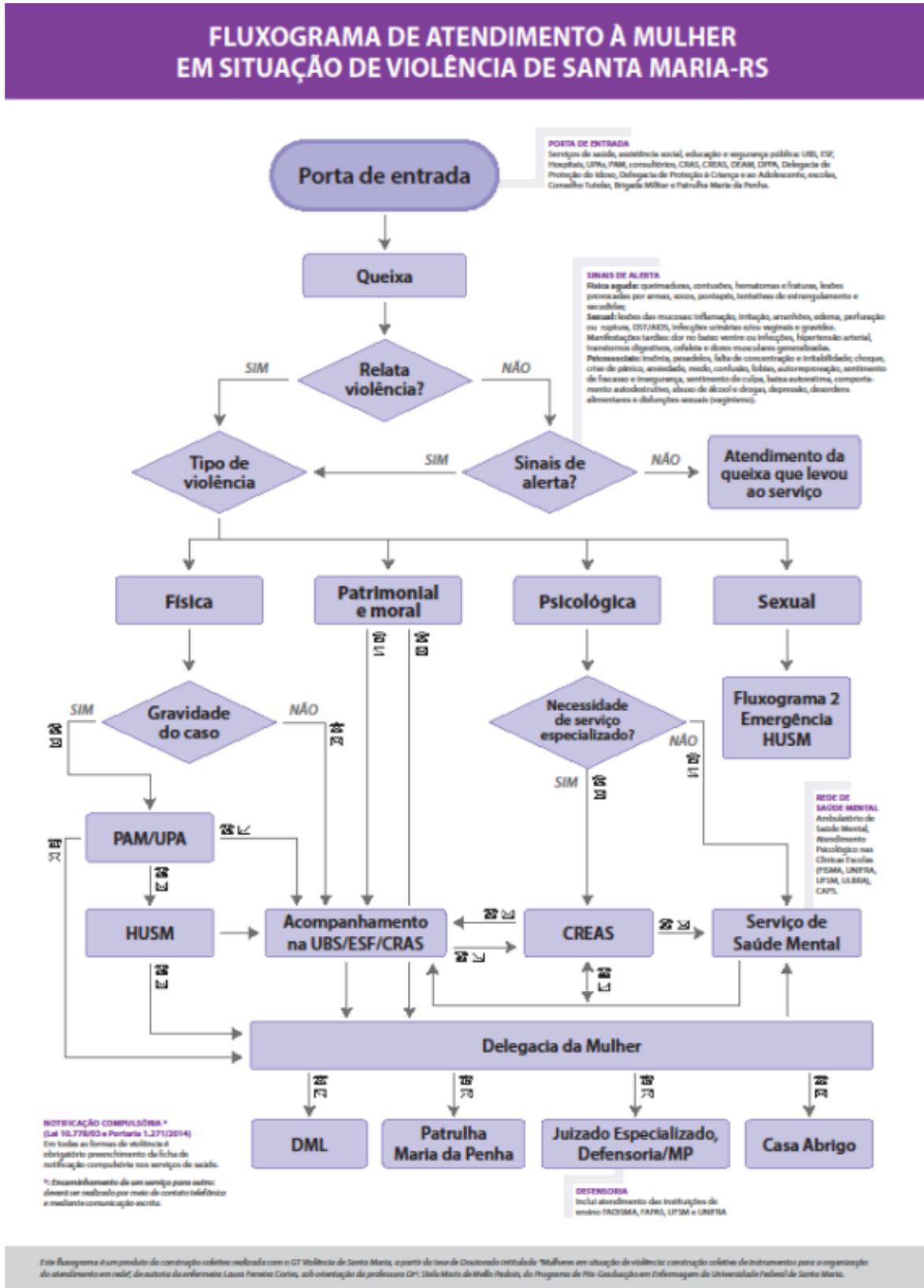
O município conta com serviços policial, judiciário, pericial, de saúde, assistência social e saúde mental para atenção às mulheres em situação de violência. A organização destes serviços, bem como a sua articulação foram discutidas em tese de doutorado desenvolvida no GP-PEFAS e vinculada ao PPGENF/UFSM, intitulada Articulação do atendimento em rede para mulheres em situação de violência (CORTES, 2017). O produto da tese foi a elaboração de um fluxograma (Figura 5) para representar a rede de atendimento para as mulheres nesta situação.

Figura 4 - Esboço geral do estudo



Fonte: autora.

Figura 5 - Fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência de Santa Maria - RS



Fonte: Cortes (2017).

O fluxograma apresentado aponta os seguintes serviços:

No âmbito jurídico-policial, o município conta uma DEAM, uma Delegacia de Pronto Atendimento (DPPA), a Patrulha Maria da Penha, o Juizado Especializado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, a Promotoria de Justiça Especial Criminal e de Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica e o Instituto Médico Legal (IML), também conhecido como Departamento Médico Legal (DML). A DEAM realiza o atendimento de mulheres em situação de violência de segunda a sexta-feira das 08h30min às 12h00minh e das 13h30min às 18h00min. Corresponde a uma unidade especializada da Polícia Civil para atendimento às mulheres em situação de violência. Suas ações centram-se na prevenção, apuração, investigação e ajustamento legal das situações de violência perpetradas contra as mulheres (BRASIL, 2010). A DPPA por sua vez, assiste mulheres em situação de violência que necessitam de atendimento fora do expediente da DEAM.

A Patrulha Maria da Penha, implantada no município em junho de 2015, fiscaliza as medidas protetivas, ou seja, faz o acompanhamento domiciliar de mulheres em situação de violência que solicitaram esta medida². O Juizado Especializado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, implantado no município em janeiro de 2016 é responsável exclusivamente por casos envolvendo violência no ambiente doméstico, possibilitando maior celeridade aos procedimentos³. A Promotoria de Justiça Especial Criminal e de Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica, por sua vez, tem dentre suas atribuições oficial nas medidas protetivas de urgência, em situações de violência doméstica e familiar contra a mulher ou solicitá-las; e fiscalizar as entidades governamentais ou não governamentais que prestam atendimento a essas mulheres (BRASIL, 2009a).

Em se tratando do setor pericial, o IML, vinculado ao Instituto Geral de Perícias (IGP) é responsável por realizar o exame de corpo de delito nas pessoas que vivenciaram situações de violência, tendo em vista encontrar elementos (danos, lesões corporais) capazes de subsidiar o processo contra o agressor.

² Dados divulgados na web site da Prefeitura Municipal de Santa Maria: Santa Maria recebe Patrulha Maria da Penha e Ônibus Lilás para atender mulheres vítimas de violência; 30 de junho de 2015. Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/noticias/10815-santa-maria-recebe-patrolha-maria-da-penha-e-onibus-lilas-para-atender-mulheres-vitimas-de-violencia>

³ Dados divulgados em jornal local: Diário de Santa Maria, Juizado da Violência Doméstica é criado em Santa Maria; 21 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://diariosm.com.br/juizado-da-violencia-domestica-criado-em-santa-maria-1.2029444>

No que se refere aos serviços públicos da área da saúde, a APS do município é constituída por 32 unidades de saúde, sendo 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 13 Unidades de Saúde da Família (USF) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019a).

A atenção secundária à saúde possui um serviço referência para os casos de violência contra as mulheres: o Pronto Atendimento Municipal (PAM), o qual atende as emergências e urgências clínicas e traumáticas, sendo referência para os casos de violência física no município de Santa Maria - RS. Este também é um serviço em que há a pactuação por parte da Secretaria de Município da Saúde, sendo de amplo conhecimento dos profissionais envolvidos.

Da mesma forma, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é indicado para adultos e crianças que vivenciaram situações de violência sexual no município e região, compondo a atenção terciária à saúde. A instituição é referência em atendimento em saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a Região Central do estado do RS, Brasil. Recebe os usuários nestas situações 24 horas por dia, pelas portas de entrada do Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Pediátrico, Centro Obstétrico e ambulatório. No âmbito dessa instituição foram incluídos dois setores. Um deles, a Equipe de Matriciamento em Violência Sexual, é composta por duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga, uma médica obstetra e uma médica infectologista pediátrica. Esta equipe foi efetivada através da Portaria 003/HUSM de 10 de fevereiro de 2016, e é responsável por realizar atendimentos ambulatoriais exclusivos para pessoas em situação de violência sexual.

Outro setor se refere ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUSM, o qual trabalha com a detecção e investigação de qualquer suspeita ou confirmação de agravo ou doença de notificação compulsória atendidos neste hospital. Assim é encarregado de realizar busca ativa, notificar casos de violência, rever as fichas de notificação preenchidas por outros profissionais tendo em vista corrigir incoerências, bem como produzir dados em relação à violência.

O fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência de Santa Maria - RS indica também serviços de assistência social. Neste sentido, o município possui três Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), responsáveis pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social do município. Destaca-se que o CRAS é a principal porta de entrada do SUAS (PREFEITURA

MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019b). Conta ainda com dois Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), serviços de proteção social de média complexidade que atuam na proteção de pessoas em situação de violência e com contingências pessoais e sociais, desenvolvendo também ações para eliminação/redução da violação dos direitos humanos e sociais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019b). E, com uma casa abrigo para mulheres em situação de violência, a qual oferece moradia segura e proteção, em caráter temporário e sigiloso, às mulheres em risco de vida iminente em razão da violência doméstica, que estejam acompanhadas ou não de seus filhos, retirando-as de seu núcleo familiar, social ou comunitário (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019b; BRASIL, 2011d).

O fluxograma inclui ainda, serviços de saúde mental do município (Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) e atendimento psicológico de clínicas-escola vinculadas às universidades do município (Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA; Universidade Franciscana - UFN; Universidade Luterana do Brasil - ULBRA).

Foi a partir deste fluxograma que foram elencados os cenários para a observação e acesso as participantes do estudo, sendo eles: DEAM, Equipe de Matriciamento em Violência Sexual/HUSM, CRAS, CREAS e casa abrigo.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Diante da proposta elaborada por Sagot (2000) e Meneghel e Hennington (2005), optou-se por analisar rota crítica de mulheres em situação de violência na perspectiva destas mulheres. Deste modo, as participantes do estudo foram mulheres em situação de violência.

Como critérios de inclusão, elencou-se: estar inclusa na faixa etária entre 18 e 59 anos, estar ou ter vivenciado uma situação de violência e ter acessado um dos serviços escolhidos como cenário do estudo. O parâmetro para demarcação da faixa etária refere-se à legislação e às delegacias especializadas existentes no município. Em se tratando das mulheres de 18 a 59 anos, estas são atendidas na DEAM, com base na Lei Maria da Penha. Nesta delegacia, também são realizados registros de ocorrência de situações de violência cujos agressores são filhos, vizinhos, desconhecidos, entre outros.

A população feminina, com idade inferior a 18 anos é atendida na Delegacia de Proteção à Criança ao Adolescente (DPCA), com base no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Já as mulheres a partir de 60 anos de idade são atendidas na Delegacia de Proteção ao Idoso (DPI), de acordo com o Estatuto do Idoso.

Inicialmente, previa-se que a forma de acesso às participantes do estudo poderia ser junto a qualquer um dos serviços escolhidos como cenário do estudo em que se imaginava ser possível encontrar estas mulheres e realizar o convite para a participação na pesquisa. No entanto, ao longo da realização da primeira técnica de geração de dados, que foi a observação não participante sistemática individual, identificou-se que os únicos serviços em que se conseguiria abordar as mulheres seriam a DEAM e a casa abrigo.

A primeira, pelo fato de que todas as mulheres que registram boletim de ocorrência mesmo que na DPPA passam pela DEAM, pois os registros da DPPA toda a segunda-feira e após os feriados são encaminhados para a DEAM onde são protocolados na recepção, e repassados para a delegada responsável. Após, seu despacho, ou seja, a definição do que deverá ser realizado, ocorre a distribuição dos boletins entre os cartórios dentro da própria DEAM. A segunda possibilidade de acesso das mulheres foi a casa abrigo, visto que esta recebe mulheres após o registro de boletim de ocorrência, cujo encaminhamento se dá especialmente via DEAM.

Deste modo, a DEAM e a casa abrigo foram os cenários de acesso às mulheres nos quais foi realizado o convite para 35 mulheres em situação de violência. Destas, 12 foram as participantes deste estudo. Considera-se que dentre as mulheres que não aceitaram participar da pesquisa, algumas não relataram os motivos para não participar. Ao passo que outras afirmaram que não haviam sofrido violência, apenas ameaças perpetradas pelo ex-companheiro, ex-marido ou companheiro atual. O que revela as diversas concepções dessas mulheres acerca da violência, as quais nem sempre se veem como objeto desta (VIRKKI, 2015). Esta dificuldade de captação das mulheres em situação de violência reflete a dificuldade que elas têm de se reconhecerem na situação de violência e se disponibilizarem a falar sobre o problema, mesmo estando em serviços de atenção. Destaca-se que na casa abrigo, todas as mulheres convidadas aceitaram participar da pesquisa, o que pode ser explicado pelo fato de que neste as mulheres se sentem mais seguras, pois o serviço pressupõe a ausência de contato com o agressor, além de que o

endereço é sigiloso.

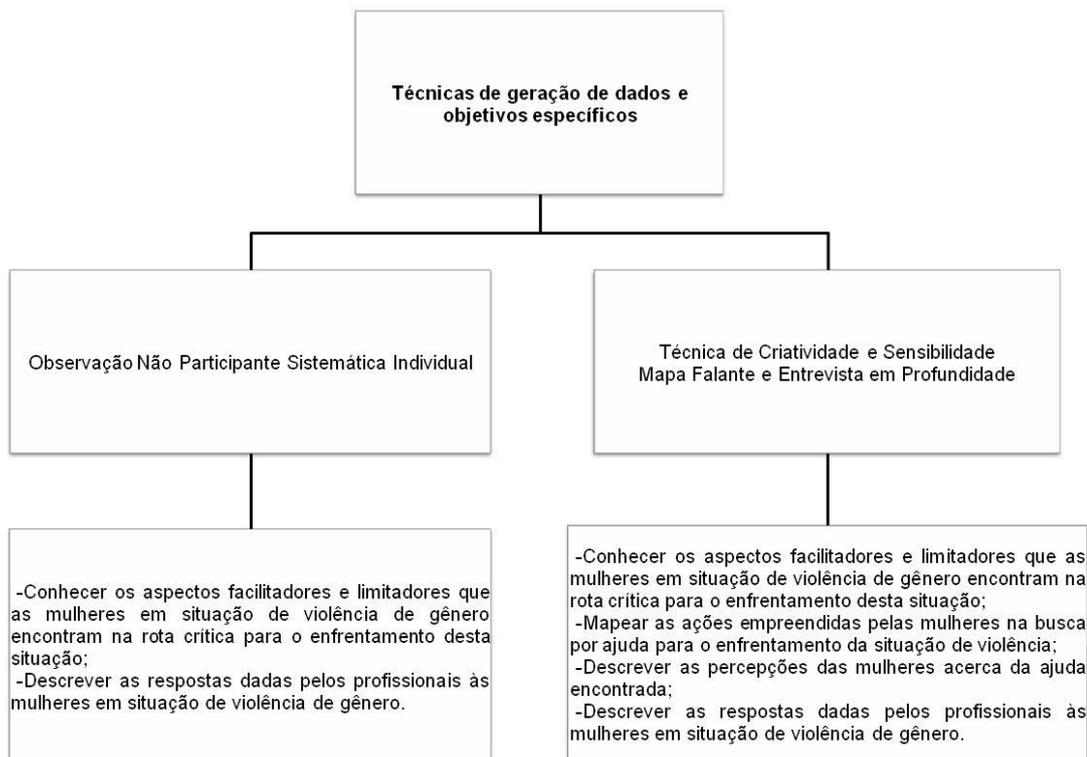
4.5 GERAÇÃO DE DADOS

As técnicas de geração de dados de excelência em pesquisas qualitativas são aquelas que possibilitam obter as experiências dos participantes e dos processos vivenciados mediante suas próprias palavras e ritmos (SAGOT, 2000).

Para a geração de dados no período de agosto a dezembro de 2017 foram empregadas duas técnicas. A primeira foi a observação não participante sistemática individual nos serviços de atendimento as mulheres em situação de violência escolhidos como cenário deste estudo e a segunda, a técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade, desenvolvida com mulheres em situação de violência.

Na figura que segue são representadas as convergências entre as técnicas de geração de dados e os respectivos objetivos específicos do estudo (Figura 6).

Figura 6 - Convergência entre as técnicas de geração de dados e objetivos específicos do estudo. Santa Maria – RS, 2019



Fonte: autora.

4.5.1 Descrição da observação não participante sistemática individual

A observação trata-se de uma técnica empregada por pesquisadores em estudos de abordagem qualitativa, permitindo examinar fatos ou fenômenos. Neste estudo, foi desenvolvida a observação não participante sistemática individual.

Na observação não participante, o pesquisador tem o papel de espectador. Isso significa que o pesquisador entra em contato com a realidade estudada, mas não se integra a ela, ou seja, presencia o fato, mas não participa dele. A observação sistemática, também denominada de estruturada, busca responder a propósitos preestabelecidos. Já a observação individual é aquela realizada por um único pesquisador (MARKONI; LAKATOS, 2010).

Antes de iniciar a observação, foi realizado agendamento nos serviços cenário do estudo, após a obtenção da autorização institucional e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Na oportunidade a pesquisadora/observadora explicou aos profissionais quais eram os objetivos e procedimentos da pesquisa e foram pactuados quais seriam os melhores dias e horários para realizar a observação em cada serviço. Para realizar esta técnica, houve uma sistematização prévia, representada pela construção de um roteiro de observação tendo como foco os objetivos da investigação (APÊNDICE A).

Ressalta-se que a pesquisadora/observadora estava presente nos serviços cenários do estudo, observando o desenvolvimento dos atendimentos realizados, contudo não realizava interrupções ou intervenções. Ainda, observou a existência de protocolos, cartazes, assim como identificou pessoas com as quais poderia conversar acerca do funcionamento e organização do serviço e atendimentos.

Os dados obtidos foram registrados de imediato em um diário de campo, a fim de evitar perda de informações acerca dos dados observados. Esse é um recurso em que se fazem anotações de informações de modo detalhado e que são consideradas relevantes para o estudo diante da observação. Neste sentido, o diário de campo compreende um recurso fundamental para a pesquisa, possibilitando o registro de observações, sentimentos e vivências, que poderão subsidiar a análise dos dados gerados (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Destaca-se que durante a observação foi utilizado um caderno como diário de campo onde a observadora registrava o que era observado em relação ao objeto do estudo. As informações anotadas neste diário foram transcritas em um programa editor de textos a fim de

integrarem o corpus de análise.

No estudo em tela foram realizadas 85 horas de observação, encerradas quando a observadora compreendeu que já havia subsídios para o desenvolvimento da segunda técnica de geração de dados, especialmente acerca dos fatores de resposta como a disponibilidade dos profissionais e dos serviços, as representações destes profissionais em relação à situação de violência e dos resultados obtidos pelas mulheres a partir da busca de ajuda nos serviços observados. No quadro a seguir estão descritas quantas horas de observação foram realizadas em cada serviço.

Quadro 2 - Horas de observação não participante sistemática individual desenvolvidas em cada serviço cenário do estudo. Santa Maria – RS, 2019

Cenário do estudo	Horas de observação
Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher	59 horas e 30 minutos
Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria	17 horas
Centro de Referência da Assistência Social	3 horas
Centro de Referência Especializado de Assistência Social	2 horas
Casa Abrigo	3 horas e 30 minutos

Fonte: autora.

Os trechos do diário de campo apresentados nos resultados estão identificados pela sigla NO (notas de observação), seguida da sigla correspondente ao serviço no qual foram observados os eventos.

4.5.2 Descrição da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade

A segunda técnica para geração de dados empregada foi a técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade com as mulheres em situação de violência.

Inicialmente, previa-se o desenvolvimento do mapa falante em grupo, contudo, devido à dificuldade de reunir as mulheres, foi desenvolvida a técnica de criatividade e sensibilidade de modo individual, sendo esta uma possibilidade de aplicação quando os participantes não se sentem à vontade para expor suas percepções em grupo. Isso ocorre especialmente quando essas percepções estão

relacionadas à vivência de situações como a violência, que de modo geral, desencadeia sentimentos como vergonha e constrangimento. Assim, essas mulheres sentem-se estigmatizadas e evitam que outras pessoas além de uma rede restrita saibam sobre a situação. Desta forma, relutam em participar de pesquisas ou em atividades em grupo. Ressalta-se que o desenvolvimento da técnica de criatividade e sensibilidade de modo individual vem sendo empregado em diferentes estudos (SILVA; ALVIM, 2010; CREMONESE et al., 2017; MATTOS, 2017).

O Mapa Falante possibilita a visualização da dimensão espacial e social da experiência dos participantes por meio do grafismo dos lugares nos quais as pessoas circulam (GAUTHIER et al 1998; GROLEAU, CABRAL, 2009; McNIFF, 2004; FERREIRA, PEREIRA, 2013). Associa conhecimento técnico-científico, arte, criatividade e sensibilidade, de forma simples e lúdica (FERREIRA; PEREIRA, 2013). Destaca-se que o mapa falante foi utilizado, pela primeira vez, como dinâmica de criatividade e sensibilidade por Monteiro (1999), em um estudo sobre a rota do álcool na vida de adolescentes de uma comunidade do município do Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

Para a sua operacionalização percorreram-se cinco momentos, os quais serão descritos a seguir. O quadro abaixo representa o planejamento necessário ao pesquisador para desenvolver com acurácia a geração dos dados. Contudo, há que se destacar que o desenvolvimento dos momentos ocorre de modo concomitante, especialmente, a partir de terceiro momento.

Quadro 3 - Momentos desenvolvidos na técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade e seus respectivos objetivos. Santa Maria – RS, 2019

Momentos	Objetivo
Primeiro momento	Apresentação da pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e da atividade que seria desenvolvida.
Segundo momento	Explicação sobre a técnica de criatividade e sensibilidade e disponibilização do material necessário ao seu desenvolvimento.
Terceiro momento	Produção do mapa falante.
Quarto momento	Apresentação do mapa falante.
Quinto momento	Discussão gerada pelo mapa falante conjugada a entrevista em profundidade.

Fonte: autora.

No primeiro momento houve a apresentação da pesquisadora, em que a mesma recebia a participante de modo cordial e a encaminhava para local reservado. Na DEAM, a mulher era convidada a conversar com a pesquisadora após ter realizado o registro do boletim de ocorrência, em sala reservada disponibilizada especialmente para a pesquisa. Na casa abrigo era realizado agendamento prévio mediado pela psicóloga, e a geração de dados era realizada no espaço em que a mulher estava residindo.

Neste momento, reforçar o anonimato foi fundamental, buscando com que a mulher se sentisse mais segura para participar da pesquisa. Isso porque a tomada de decisão da mulher em situação de violência para ir a delegacia pode levar tempo, sendo que por vezes não é a primeira vez que a mulher procura este serviço. Neste sentido, a pesquisadora pôde perceber que as mulheres têm medo de serem reconhecidas e que o agressor fique sabendo que estas realizaram a denúncia.

No que tange ao ambiente físico para o desenvolvimento da pesquisa, este deve assegurar a eticidade desta, conforto e bem-estar do participante, além da privacidade para o diálogo com o pesquisador (CABRAL, NEVES, 2016). Em se tratando de um tema sensível como a violência contra as mulheres, garantir um ambiente adequado foi fundamental para a pesquisa, de modo que a mulher se sentisse acolhida, respeitada em sua singularidade e pudesse discorrer livremente sobre a situação vivida.

Após esse contato inicial, a pesquisadora apresentava os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos e as considerações éticas, mediante a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A mulher que concordava em participar do estudo o assinava em duas vias, ficando uma com a participante e a outra com a pesquisadora. Após esta assinatura, era solicitado as mulheres perguntas que permitiram caracterizá-las.

No segundo momento, houve a explicação acerca da técnica de criatividade e sensibilidade. Logo, era disponibilizado o material necessário ao seu desenvolvimento, sendo eles: folhas de ofício, cartolinas, giz de cera, canetas do tipo hidrocor e esferográfica. Foi utilizada uma linguagem simples, que proporcionasse a compreensão da mulher em relação à atividade que seria desenvolvida. Ainda, necessitou considerar aspectos como a idade da mulher, o que influenciava muitas vezes na sua compreensão, além da necessidade de repetir a explicação com outras palavras sempre que necessário. Assim, só se avançava para

o próximo momento quando a mulher compreendia o que estava sendo proposto.

A produção do mapa falante foi contemplada no terceiro momento, no qual a mulher em situação de violência era convidada a representar por meio de um desenho ou com palavras o caminho percorrido, bem como as pessoas e os recursos (instituições, serviços, organizações, vizinhanças) que haviam buscado para enfrentar tal situação (APÊNDICE B). Descrevendo assim, suas relações com o meio social, relacionando com pessoas ou com instituições (FERREIRA, PEREIRA, 2013). Desse modo, destacava os lugares e as pessoas que fizeram ou fazem parte da trajetória de sua experiência (CABRAL; MORAES, 2015). No momento da produção do mapa falante, a pesquisadora buscou não interromper as participantes, deixando que estas o produzissem livremente.

Ao manusearem os materiais disponibilizados para o desenvolvimento da produção artística e serem incumbidos desta atividade, os participantes são levados a uma imersão em suas memórias recentes e latentes (CABRAL, NEVES, 2016). No estudo em tela, o mapa falante possibilitou com que as mulheres relembassem o caminho percorrido desde a ocorrência da situação de violência até a busca de ajuda para a o enfrentamento desta situação, bem como as pessoas que a apoiaram. Ao construir sua produção artística de forma livre foi se constituindo um espaço propício para o diálogo e interação entre as mulheres e a pesquisadora, essencial para que se atingisse o objetivo do estudo.

No quarto momento houve a apresentação do mapa falante pela mulher que era convidada a falar sobre o que construiu naquele momento. Esse pode ser considerado um dos mais delicados, pois durante a apresentação da produção as mulheres iam revivendo a situação de violência. O que mobilizou os sentimentos das mulheres, os quais por vezes foram expressos através do choro. Nestes casos, a pesquisadora buscava acalmar a mulher, oferecia um copo com água e as questionava sobre a continuidade da atividade. Ainda, durante a apresentação, algumas mulheres foram lembrando-se de elementos que poderiam acrescentar à produção artística, e assim o fizeram. Destaca-se que nenhuma das mulheres nas quais houve a mobilização do choro quiseram interromper a participação na pesquisa.

O quinto momento contemplou a discussão gerada pelo mapa falante conjugada a entrevista em profundidade. Esta modalidade de entrevista busca com que o participante discorra livremente acerca de um tema, sendo que perguntas

adicionais do pesquisador, quando realizadas, tem em vista proporcionar maior profundidade às reflexões e esclarecer dúvidas (MINAYO, 2014; BRITTEN, 2009). Este momento foi conduzido pelas seguintes questões geradoras: Quais as pessoas e os recursos que você tem buscado para enfrentar as situações de violência? Quais as facilidades e dificuldades encontradas nesta trajetória? Quais as suas percepções acerca da ajuda encontrada? (APÊNDICE B).

Durante este momento algumas mulheres também se lembravam de algo a ser acrescentado na produção. Outras ficavam receosas em falar, principalmente com relação às instituições e serviços procurados para enfrentar a situação de violência. Nesta direção, a pesquisadora reiterava o anonimato e o uso dos dados oriundos da pesquisa apenas para fins acadêmicos, deixando claro que as mulheres podiam expressar-se sem medo. Também, buscava incentivar as mulheres a responderem as questões geradoras sempre retornando a produção artística.

A técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade foi gravada (áudio) com o consentimento das mulheres. Teve duração média de 40 minutos, sendo a mais curta de meia hora e a mais longa de 1 hora e 15 minutos. O encerramento do trabalho de campo foi determinado quando foi compreendida a lógica interna do objeto de estudo (MINAYO, 2017).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foi empregada a análise temática proposta por Minayo, a qual possibilita inferir dados de certo contexto, a partir da organização, leitura e discussão dos mesmos (MINAYO, 2014). Esta análise encontra-se operacionalmente dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014).

A fase de pré-análise correspondeu à organização do material, com base nos objetivos do estudo. Para isso, primeiramente, foi realizada a transcrição dos dados obtidos por meio da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade, de forma literal em um editor de textos. A este material foram agrupadas as NO do diário de campo. Assim, houve a constituição do corpus da pesquisa.

Após, foi realizada a escuta das gravações e a leitura flutuante, que consistiu no primeiro contato da pesquisadora com o material empírico obtido, a partir do que

emergiram as impressões iniciais acerca do material. Em seguida, cada uma das entrevistas e o diário de campo foram importados para o software MAXqda versão 2018. Este é um software para análise qualitativa de dados que auxilia na sistematização dos dados e, em especial, na construção de categorias, também chamadas de códigos. Assim, após a importação dos dados, foi realizada uma sequência de leituras exaustivas, os trechos das falas das participantes e das NO foram categorizados com base em categorias analíticas determinadas de acordo com os elementos da rota crítica que corresponderam aos códigos, ou seja, cada segmento selecionado foi associado a um código (Figura 7). Esse processo possibilitou compor o material que foi submetido a uma análise mais aprofundada.

Posteriormente, teve início a fase de exploração do material. Nesta, foi realizado o recorte de informações comuns encontradas no material transcrito os quais haviam sido codificados ao final da fase anterior. Destarte, foram enumerados os núcleos de sentido, que se referem a palavras, frases e expressões que dão significado ao conteúdo do material e sustentam as categorias analíticas (MINAYO, 2014).

A última fase constitui-se no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesta, fez-se inferências e interpretações acerca dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo. Desta forma, os recortes realizados anteriormente, foram analisados de acordo com o marco conceitual que sustenta o objeto de estudo.

Após, foi feita a triangulação dos dados obtidos mediante as diferentes técnicas de geração de dados (Figura 8), visto que os dados não se restringem apenas a uma única fonte, o que amplia as possibilidades de aproximação com o objeto de estudo (MINAYO, 2014).

Figura 7 - Codificação dos dados no software MAXqda. Santa Maria – RS, 2019

The screenshot displays the MAXqda software interface for document coding. The main window shows a document titled "DIÁRIO DE CAMPO" with the following text:

Data: 22/08 **Horário de início:** 11:00 **Horário de Término:** 12:20
Local: Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria
Profissional (s) observado (s): Enfermeira - Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário de Santa Maria, Assistente Social, Assistente Social – Residente, Psicóloga, Médica Infectologista Pediatra.

The interface includes a sidebar with a list of documents and codes, and a bottom panel showing a list of codes and their frequency.

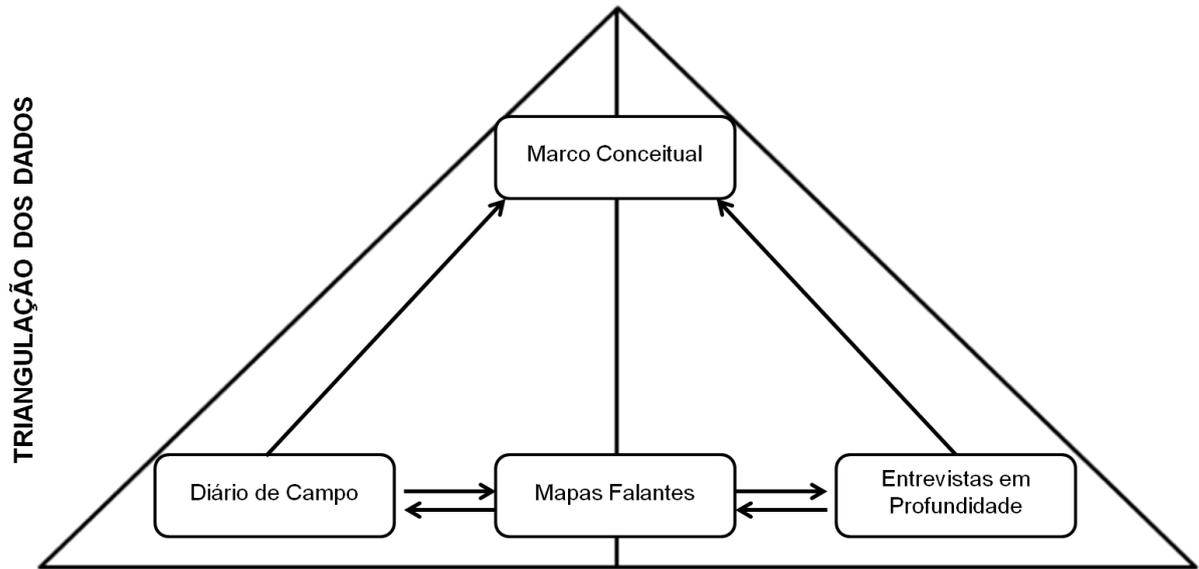
Documento	Quantidade
DIÁRIO DE CAMPO	58
TRANSCRIÇÃO M12	16
TRANSCRIÇÃO M11	16
TRANSCRIÇÃO M10	10
TRANSCRIÇÃO M9	17
TRANSCRIÇÃO M8	20
TRANSCRIÇÃO M7	27
TRANSCRIÇÃO M6	33
TRANSCRIÇÃO M5	40
TRANSCRIÇÃO M4	31
TRANSCRIÇÃO M3	25
TRANSCRIÇÃO M2	48

Código	Quantidade
Decisões executadas e ações empreendidas	76
Resultados obtidos	6
Representações sociais de servidores de serviços e com...	6
Disponibilidade e qualidade dos serviços	116
Apoio de pessoas íntimas	30
Experiências prévias	88
Percepções e atitudes	23
Informação e conhecimento	8
Conjuntos	0

Fonte: autora.

Legenda: captura de tela do software MAXqda.

Figura 8 - Triangulação dos dados. Santa Maria – RS, 2019



Fonte: autora.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido seguindo as recomendações previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Atendendo primeiramente a tramitação do mesmo, o projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, via portal de projetos. Após, foi submetido à apreciação da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE/HUSM), do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria, Secretaria de Município de Desenvolvimento Social e DEAM, a fim de obter as autorizações institucionais para o desenvolvimento da pesquisa.

Após obter as autorizações, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil para ser avaliado pelo CEP com seres humanos da UFSM. Desta forma, a geração de dados só teve início após aprovação do CEP sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 70087817.0.0000.5346, parecer 2.418.287, em 31/07/2017. Após tais trâmites e parecer favorável do referido CEP foi iniciada a etapa de campo, sendo considerados e seguidos os princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Destaca-se que antes do procedimento de geração de dados, as mulheres foram informadas por meio do TCLE (APÊNDICE C) por meio de linguagem acessível, acerca da justificativa, objetivos e procedimentos a serem utilizados na pesquisa, além do destino das informações coletadas (BRASIL, 2012b). E que poderiam suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem possibilidade de retomá-la, e que neste caso, as informações seriam excluídas e inutilizadas. Garantindo assim, o princípio ético da autonomia.

As participantes também foram esclarecidas de que sua participação no estudo não envolveria qualquer tipo de remuneração, sendo que a pesquisadora se dispôs a esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam surgir no transcorrer da pesquisa. Nesta direção, ao expor claramente os objetivos da pesquisa, possíveis contribuições, liberdade de participação no estudo e anonimato, os pesquisadores contribuem com o empoderamento dos possíveis participantes. Que a partir destas informações terão possibilidades de decidir acerca da sua participação ou não na investigação (RAFAEL; MOURA, 2013).

No que se refere à beneficência e não maleficência compreende-se que as mulheres foram informadas quanto aos possíveis riscos de sua participação, e que esta não apresentaria nenhum risco físico. No entanto, a questão geradora da técnica de criatividade e sensibilidade poderia mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos relacionados à dimensão emocional, pelo fato de que as participantes iriam refletir sobre a sua rota crítica no enfrentamento da situação de violência.

Nesta direção, a pesquisadora se colocou à disposição para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que fossem necessários dentro do próprio serviço no caso da atenção hospitalar, e no âmbito da Secretaria de Município de Saúde em se tratando dos demais cenários. Destaca-se que não foi necessário realizar nenhum encaminhamento desta natureza durante a geração de dados com as mulheres.

As participantes foram orientadas acerca dos benefícios da investigação, os quais serão indiretos, e consistem em dar maior visibilidade ao tema da violência contra as mulheres e para o conhecimento acerca da rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria - RS. Ainda, os dados gerados fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem

desenvolvidas sobre a temática.

Foi destacado o caráter voluntário de participação na pesquisa, bem como a garantia de anonimato e sigilo das informações geradas. Para isso, as participantes do estudo foram identificadas pela letra M de mulher seguida do número ordinal referente a sequência de participação na pesquisa (ex. M1, M2...M12). Após tais esclarecimentos, o TCLE foi assinado em duas vias pelas mulheres que aceitaram participar do estudo, ficando uma via com a participante e outra com a pesquisadora.

O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D) resguarda o sigilo e a privacidade das participantes. Diante disso, os materiais oriundos da geração de dados constituirão um banco de dados, que será arquivado em formato digital e impresso, e mantido sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, em armário chaveado por um período de cinco anos, e após serão destruídos.

4.8 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após o encerramento da geração e análise dos dados, foi realizado o Seminário Pela Paz em Casa: Tecendo Redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (ANEXO E). Este seminário constituiu o IX Seminário integração da pesquisa com a prática (SIPP) promovido pelo GP-PEFAS.

Neste seminário foram apresentados aos serviços que assistem mulheres em situação de violência em Santa Maria – RS os dados da dissertação (ARBOIT, 2016; ARBOIT et al., 2017) e tese em andamento da pesquisadora, bem como de outras pesquisas acadêmicas do GP-PEFAS (CORTES, 2017; CORTES; PADOIN; BERBEL, 2018; CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016) e de outros pesquisadores da UFSM de diferentes áreas. A apresentação destes dados teve como objetivo subsidiar a discussão das possibilidades de (re) construção, qualificação e comunicação no que se refere à rede de atenção as mulheres no município, a partir da retomada do fluxograma de atendimento às mulheres em situação de violência e do instrumento de comunicação entre os serviços, ambos produtos da tese da Doutora Laura Ferreira Cortes (CORTES, 2017).

Estiveram presentes no seminário 135 pessoas, dentre estas discentes e pesquisadores de cursos técnicos, de graduação e pós-graduação da UFSM; representantes do Juizado Especializado de Violência Doméstica e Familiar contra a

Mulher; da Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher; Ministério Público Estadual; Defensoria Pública; Patrulha Maria da Penha; Secretaria de Município da Saúde; Secretaria de Município de Desenvolvimento Social; Grupo de Trabalho Integrado no Enfrentamento às Violências de Santa Maria e Observatório de Violência do Hospital Universitário de Santa Maria; 4ª Coordenadoria Regional de Saúde; e casa abrigo.

Deste seminário, emergiu a demanda da criação de um fórum permanente de discussão e articulação acerca da temática da violência contra as mulheres, com foco naquela perpetrada por parceiros íntimos, com vistas à formação de uma rede de atenção a estas mulheres em Santa Maria - RS. Assim, em março de 2019 este espaço foi instituído a partir de um projeto de extensão coordenado pela Prof.^a Dr.^a Laura Ferreira Cortes em parceria com a Prof.^a Dr.^a Stela Maris de Mello Padoin.

As reuniões deste fórum estão ocorrendo desde abril do corrente ano, de forma descentralizada em cada um dos serviços nos quais há representação no fórum. Busca-se com este integrar profissionais de serviços de saúde, assistência social, segurança pública, saúde mental, judiciário e pericial com vistas à construção da rede de atenção às mulheres em situação de violência no município, bem como a qualificação profissional e acadêmica dos participantes.

Quanto à difusão dos dados, pretende-se realizá-la por meio da publicação de artigos científicos em periódicos da área da saúde, observando a classificação dos periódicos a partir do Qualis igual ou maior que A2.

4.9 DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados da tese aos serviços que constituíram o cenário deverá ser desenvolvida junto ao Fórum de enfrentamento à violência por parceiro íntimo contra as mulheres do Município de Santa Maria: promoção da cultura de paz e superação da violência. Esta apresentação deverá ocorrer no II Seminário Pela Paz em Casa: Tecendo Redes no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, programado para novembro do corrente ano, o qual corresponderá ao X SIPP/GP-PEFAS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe”.

(Aldous Huxley)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo primeiramente será apresentada a caracterização das mulheres e das situações de violência vivenciadas por estas. Após, serão apresentadas as categorias e subcategorias analíticas determinadas pelos elementos do diagrama da rota crítica: fatores impulsionadores, fatores de resposta e decisões executadas e ações empreendidas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DAS MULHERES E DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

Participaram do estudo 12 mulheres, cuja idade variou de 21 a 56 anos, sendo a média de 34,9 anos. Quanto à cor, a maioria das mulheres se autodeclarou branca. Em relação à profissão, a maioria era faxineira, do lar ou desempregada. Quanto à escolaridade, predominaram mulheres com 2º grau completo (Tabela 1).

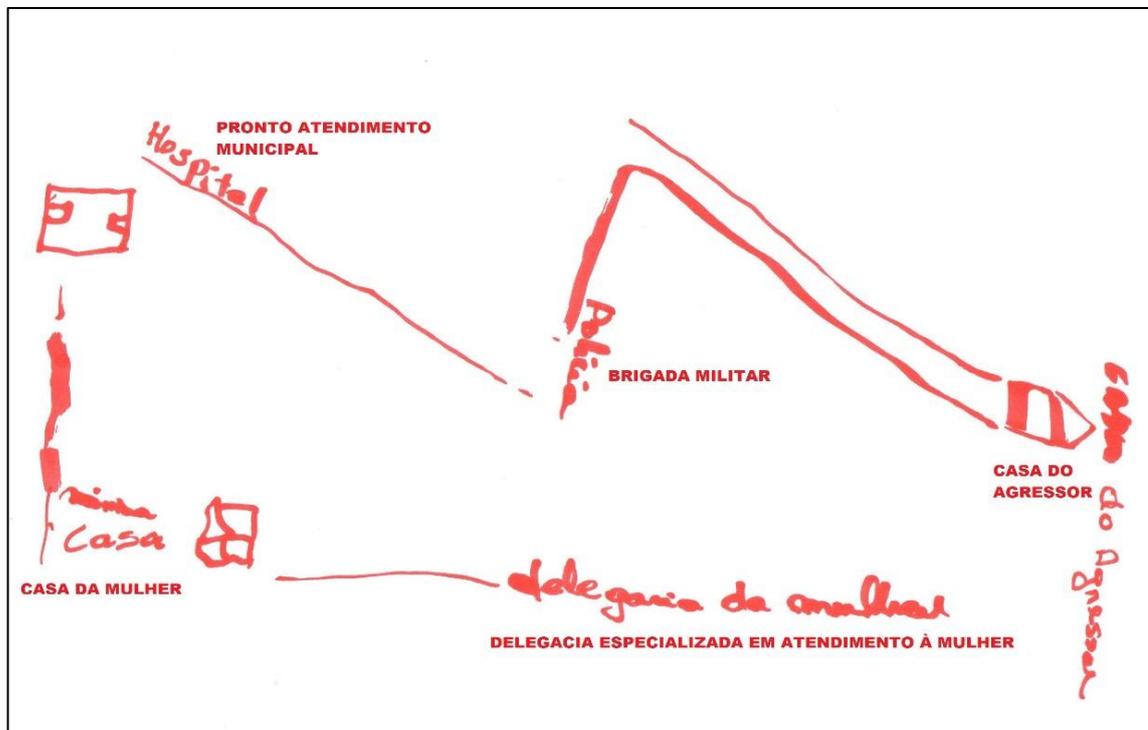
Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas relacionadas às mulheres em situação de violência participantes do estudo. Santa Maria - RS, 2019

Variáveis	n (12)	%
Idade (anos)		
21 a 32	5	41,7
33 a 44	5	41,7
45 a 56	2	16,7
Cor (Autodeclarada)		
Branca	9	75
Parda	3	25
Profissão/Ocupação		
Faxineira	2	16,7
Do lar	2	16,7
Desempregada	2	16,7
Catadora de materiais recicláveis	1	8,3
Auxiliar administrativo	1	8,3
Instrumentadora cirúrgica	1	8,3
Auxiliar de limpeza	1	8,3
Manicure	1	8,3
Pensionista	1	8,3
Escolaridade		
2º grau completo	5	41,7
1º grau completo	3	25
1º grau incompleto	3	25
Curso Técnico	1	8,3

Fonte: autora.

A seguir, será realizada a apresentação das participantes do estudo, a contextualização da situação de violência vivenciada por cada, descrita no mapa falante (MF) denominado de Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de cada participante desse estudo, tendo em vista a melhor descrição da rota crítica relatada pelas mulheres participantes. Serão mantidas expressões empregadas pelas mulheres garantindo a fala original.

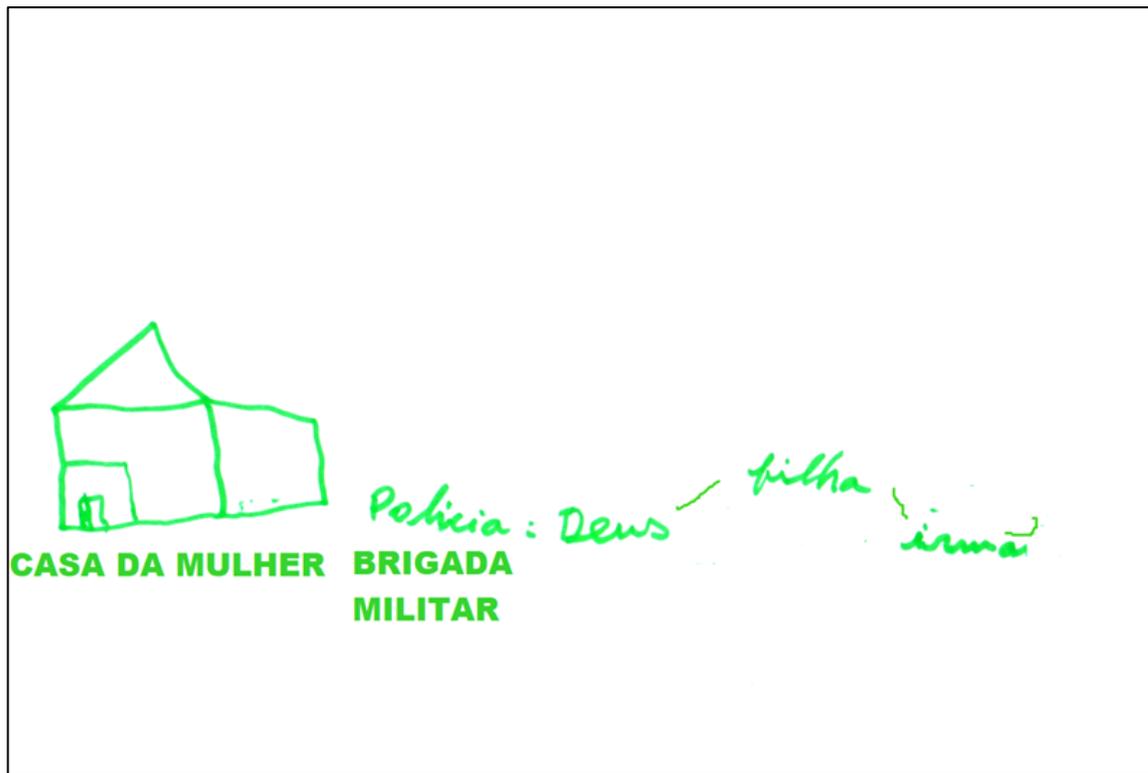
Figura 9 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M1



MF, M1

Participante M1 – Tem 53 anos, branca, pensionista, possui 1º grau completo e filhos. Era casada há 27 anos e após se separar do marido devido à violência no casamento, mudou-se de cidade para buscar ser mais feliz. Após a mudança, conheceu um companheiro com o qual se relacionou por cinco anos, até que decidiu terminar o relacionamento. Após o término desse último relacionamento deu-se início a violência física, psicológica e moral pelo ex-companheiro. No último episódio, o agressor a convidou para ir a casa dele para conversarem. Ao chegar lá, iniciaram agressões físicas e verbais. Quando teve oportunidade, M1 ligou para a Brigada Militar e os policiais a levaram ao Pronto Atendimento Municipal, no qual ficou em observação durante uma noite. Após esse período de observação, M1 foi para casa onde decidiu registrar o BO, dirigindo-se a DEAM. Ao descrever o caminho percorrido na busca por ajuda, ressaltou que se trata de uma “longa estrada”. Os lugares/serviços nos quais M1 buscou ajuda foram, o PAM, a Brigada Militar e a DEAM. Não relatou o apoio de nenhuma pessoa no enfrentamento da situação de violência. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

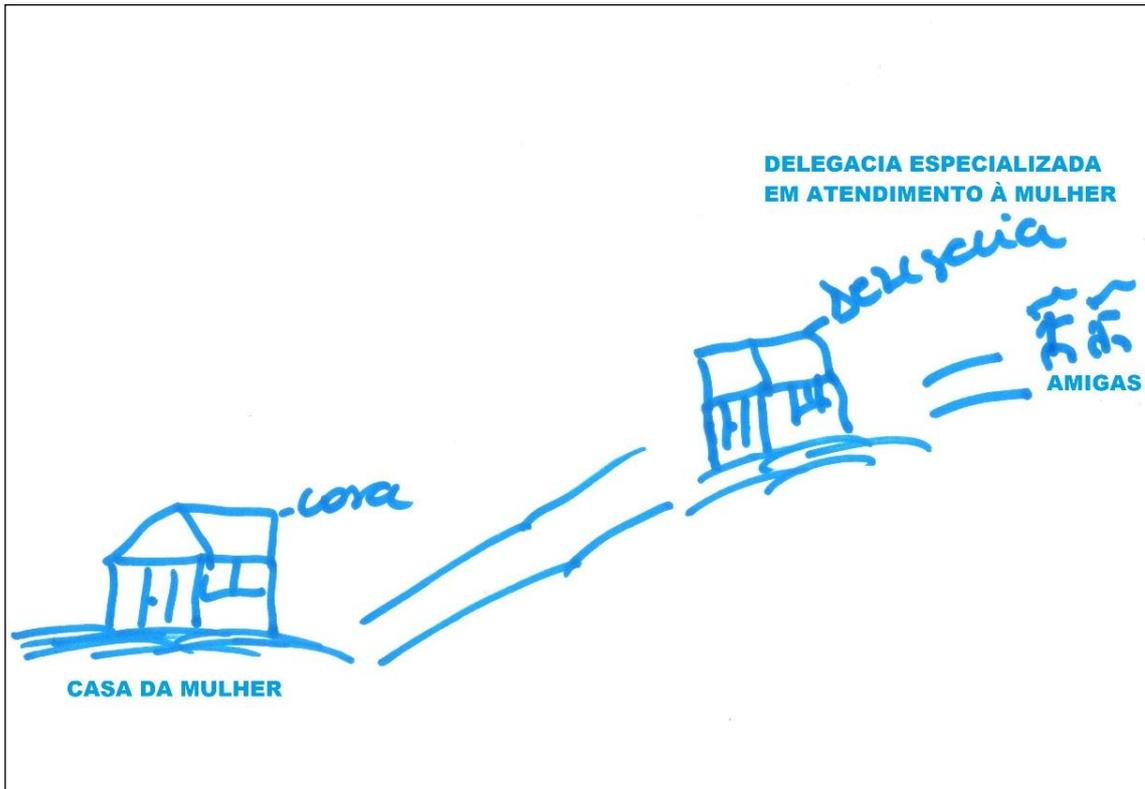
Figura 10 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M2



MF, M2

Participante M2 – Tem 52 anos, parda, faxineira, possui 1º grau incompleto, um filho e uma filha (falecida há 14 anos). Viúva do primeiro casamento. Mantém um relacionamento com o companheiro há quatro anos, com o qual reside atualmente. Relatou situações de violência física, psicológica, moral e patrimonial. Realizou diversos registros de BO, e segundo ela quando solicitavam que o companheiro fosse depor, este nunca comparecia. Apesar da situação vivenciada, não podia sair de casa, pois o único filho vivo não poderia a receber em sua casa, pois tinha esposa e filhos para cuidar e morava em uma casa pequena. Além disso, segundo ela, o filho não quer intervir na situação. O último BO registrado se deu pelo fato de o companheiro ter deixado-a trancada dentro da residência. Quando M2 conseguiu ligar para a Brigada Militar, o companheiro fugiu. Após, se dirigiu até a DEAM para registrar o boletim de ocorrência, contudo estavam em greve. Assim, retornou alguns dias depois para registrar o BO nesta mesma delegacia. Os serviços nos quais M2 buscou ajuda foram a Brigada Militar e a DEAM. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação de violência foram a filha já falecida, Deus e uma irmã, para a qual liga às vezes, mas que também não consegue lhe dar muito suporte, pois tem depressão. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

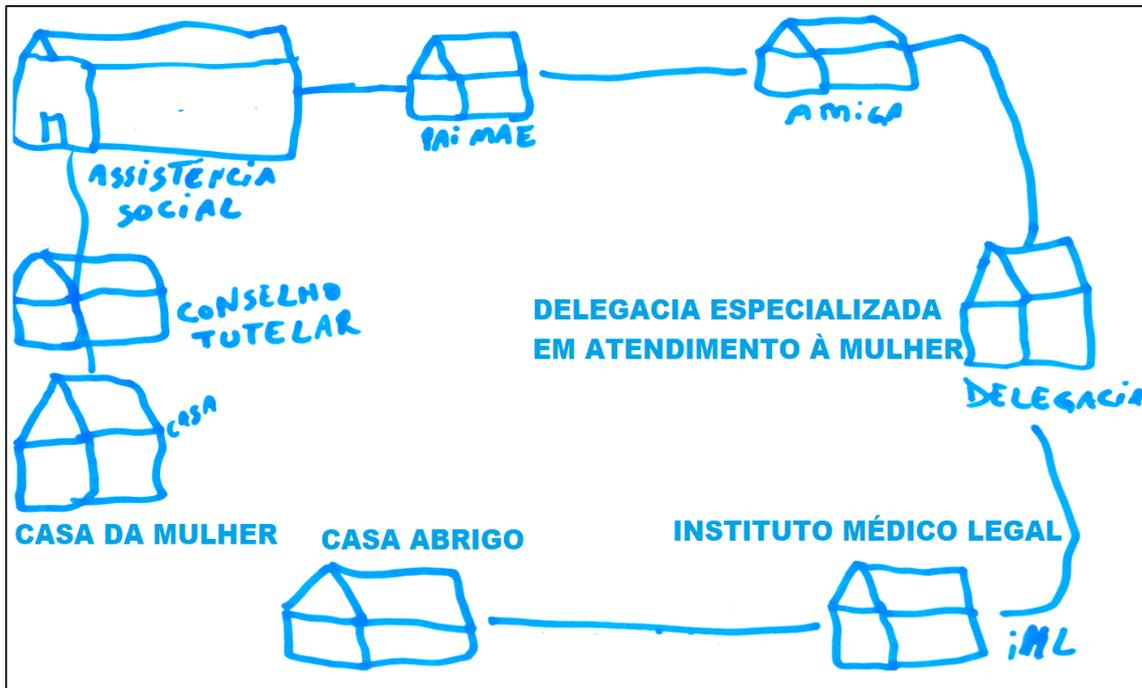
Figura 11 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M3



MF, M3

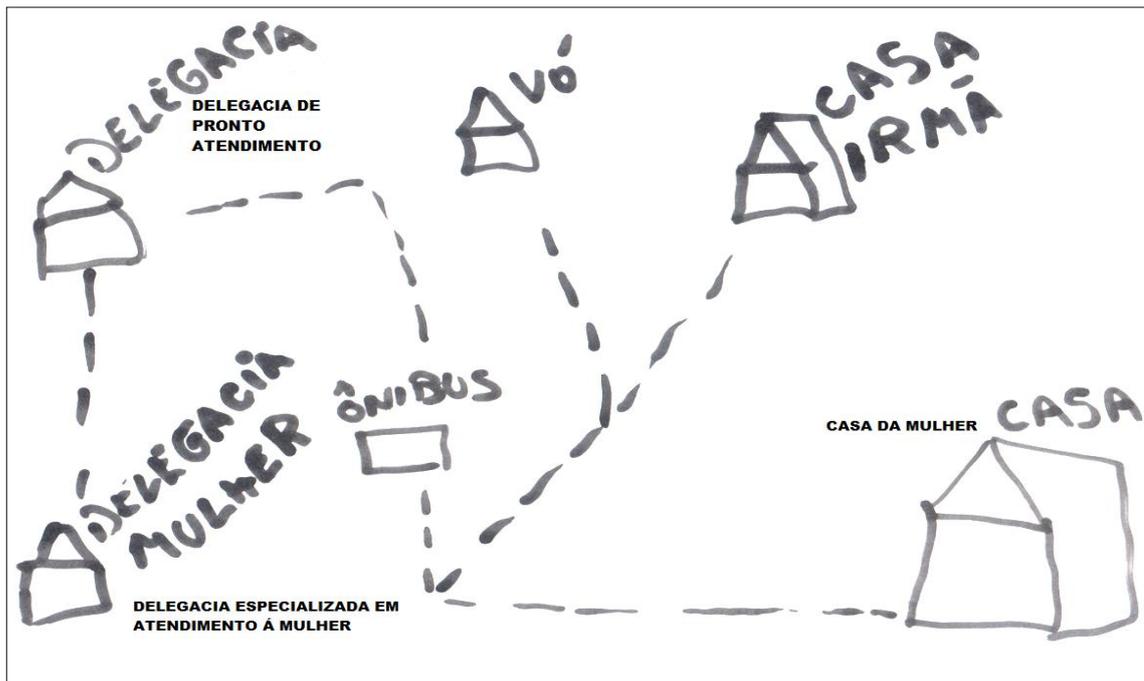
Participante M3 – Tem 41 anos, branca, desempregada, possui 2º grau completo e uma filha. Relata que a situação de violência teve início após a separação do marido, sendo caracterizada por violência física, psicológica, moral. Quando ocorreu a primeira agressão registrou o primeiro BO. Posteriormente, tentaram retomar o relacionamento, mas não deu certo. O último BO registrado foi devido à ameaça. Segundo M3, o ex-marido a encontrou em uma festa e foi ameaçá-la com arma de fogo. O serviço no qual M3 buscou ajuda foi a DEAM. As pessoas que a apoiam no enfrentamento dessa situação, são suas amigas, porque sua família não a apoia. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

Figura 12 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M4

**MF, M4**

Participante M4 – Tem 24 anos, branca, do lar, possui 1º grau incompleto, dois filhos e uma filha. Estava casada há sete anos quando o marido foi preso por envolvimento com tráfico de drogas. Desde a prisão, o marido solicitava que seus dois irmãos praticassem violência física e psicológica contra a esposa. Diante das agressões, resolveu solicitar a ajuda do Conselho Tutelar, a qual não foi efetiva, pois segundo ela, a conselheira tinha medo de represálias por parte dos agressores. Após um temporal solicitou ajuda em uma escola, e na oportunidade pediu para a assistente social ajuda para sair de casa juntamente com os filhos em decorrência da violência vivida. Assim, foi orientada pela assistente social para ir até a casa de seus pais onde ficaria mais segura com os filhos. Como a casa dos pais ficava muito distante, pediu ajuda para uma amiga. Dias depois decidiu ir até a DEAM onde realizou o registro do BO e foi encaminhada ao IML e posteriormente a casa abrigo. Os serviços nos quais M2 buscou ajuda foram o Conselho Tutelar, a assistente social de uma escola, a DEAM, IML e casa abrigo. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação de violência foram seus pais e uma amiga. Foi acessada para participar do estudo na casa abrigo.

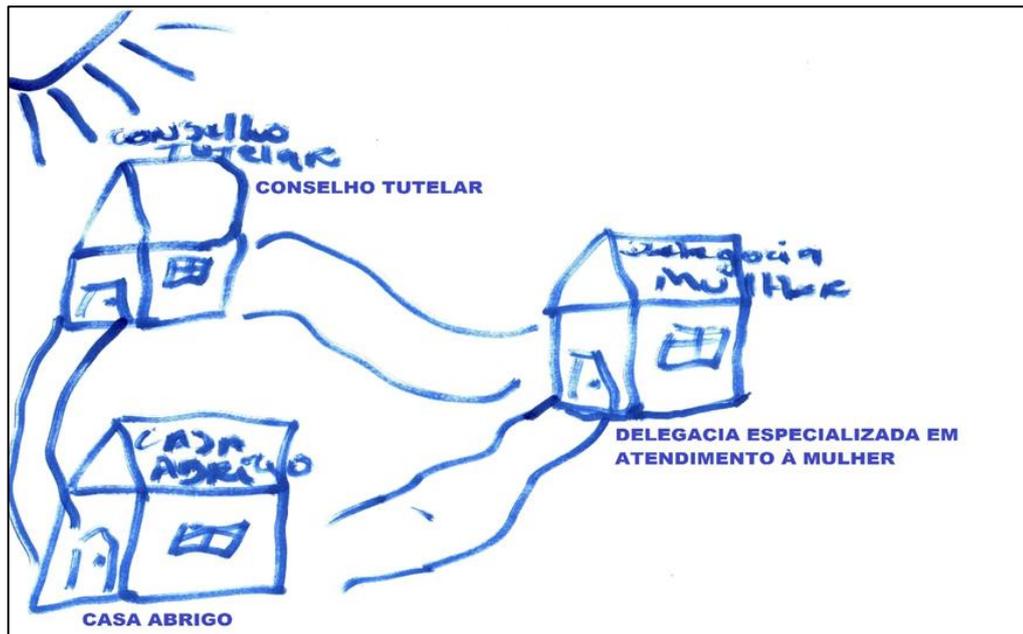
Figura 13 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M5



MF, M5

Participante M5 – Tem 28 anos, parda, manicure, possui 1º grau incompleto, um filho e uma filha. Mantinha um relacionamento com o marido que era usuário de drogas há dez anos. Com sete anos de casamento sofreu a primeira situação de violência física e psicológica, pois não deu dinheiro a ele para que comprasse drogas. Na oportunidade realizou o registro do BO na DPPA. Após, resolveu permanecer com o marido em função dos filhos. No entanto, decidiu se separar novamente, pois segundo ela o uso de drogas seria um mau exemplo para o filho adolescente. Contudo, o marido não aceitou a separação e vem ameaçando M5 e seus filhos. Assim, se dirigiu até a DEAM para registrar o BO, onde obteve uma medida protetiva, a partir da qual o marido foi retirado da casa. Segundo M5, em uma das vezes em que sofreu ameaças, chegou a acionar a Brigada Militar, contudo, estes não compareceram em sua residência. Os serviços nos quais M5 buscou ajuda foram a DPPA, a DEAM e a Brigada Militar. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação de violência foram a avó e a irmã que a ouvem quando precisa conversar. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

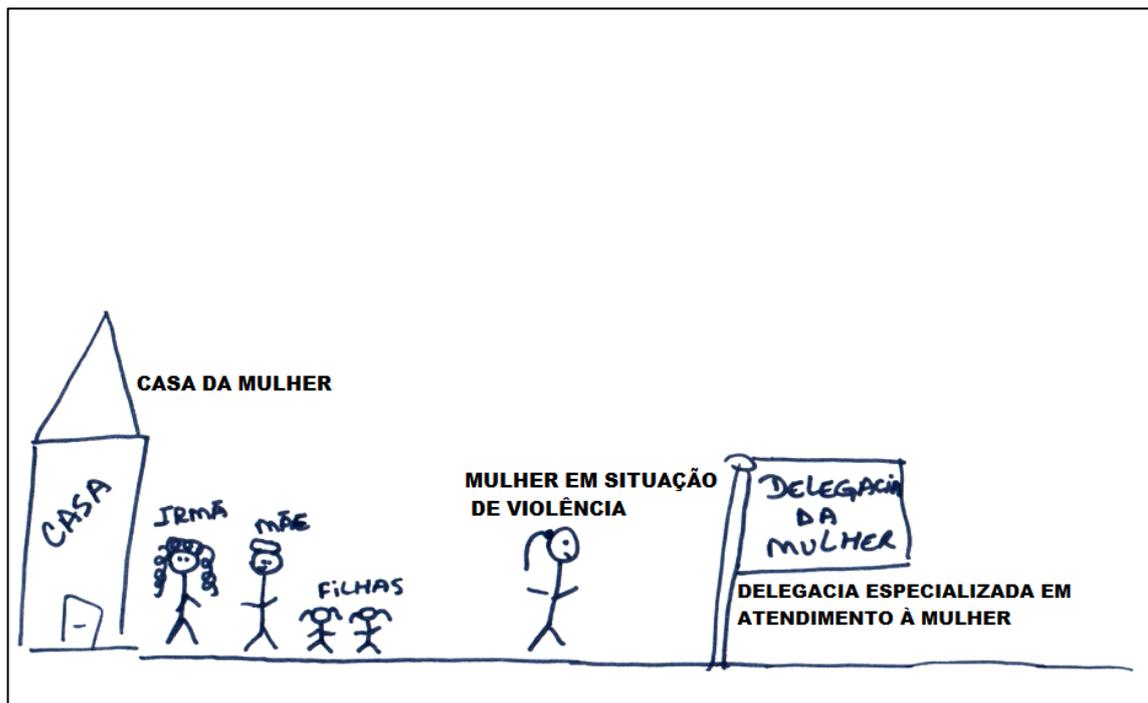
Figura 14 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M6



MF, M6

Participante M6 – Tem 42 anos, parda, catadora de materiais recicláveis, possui 2º grau completo, um filho e três filhas. Mantinha um relacionamento com o companheiro há oito anos. Quando o conheceu ele era alcoólatra. Após realizar tratamento para alcoolismo, o companheiro começou a usar drogas. A partir disso, começou a vivenciar violência psicológica, moral e principalmente patrimonial. Isso porque o companheiro vendia objetos, móveis e eletrodomésticos que haviam em casa e não a ajudava a garantir a subsistência das filhas pequenas. M6 citou que inclusive chegou a ficar alguns dias sem comer para dar o pouco que tinha para suas filhas. Quando a situação começou a ficar insustentável, solicitou ajuda do Conselho Tutelar, o qual disponibilizava alimentos a família e também a orientava, especialmente acerca da necessidade de denunciar o companheiro. Certo dia, quando estava caminhando pela rua, o companheiro a abordou com ameaças e tentou roubar seu celular. Um rapaz que assistiu ao fato a chamou e orientou sobre a importância de M6 denunciar o companheiro na DEAM tanto para o bem estar dela quanto das filhas. Então M6 foi até esta delegacia, realizou o registro do BO e foi encaminhada para a casa abrigo, tendo em vista que a casa em que morava com as filhas e o companheiro era da família deste. Os serviços nos quais M6 buscou ajuda foram o Conselho Tutelar, a DEAM e a casa abrigo. Relata que não tem apoio da família, pois quando esta ofereceu ajuda, M6 quis permanecer com o companheiro. Foi acessada para participar do estudo na casa abrigo.

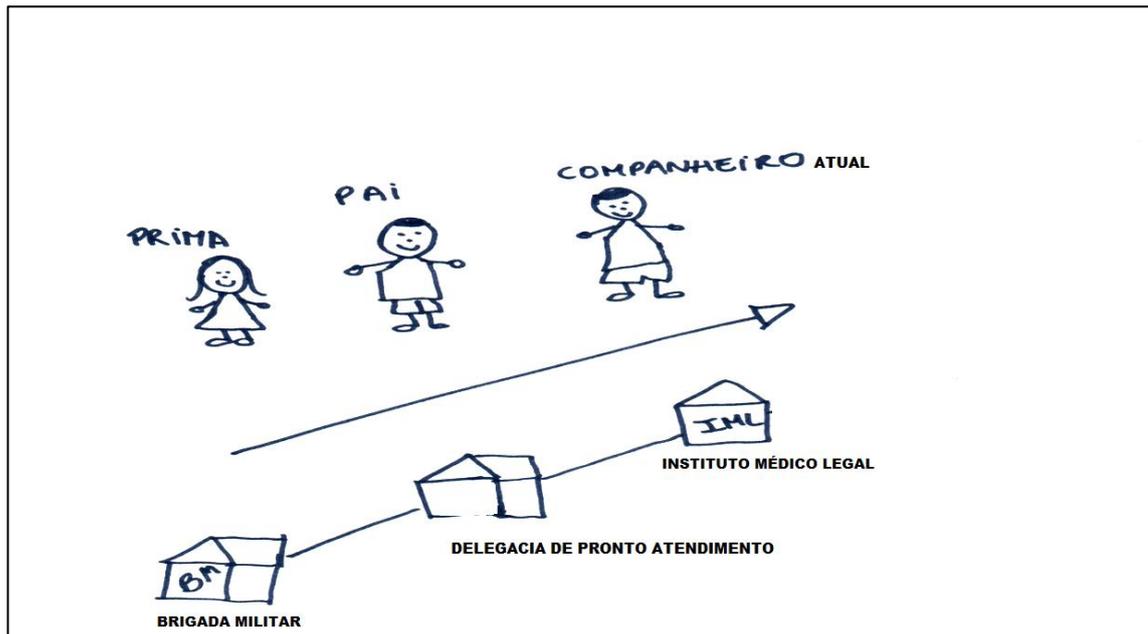
Figura 16 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M8



MF, M8

Participante M8 – Tem 22 anos, branca, auxiliar administrativa, possui 2º grau completo e duas filhas. Mantinha um relacionamento com o companheiro há cinco anos, que considerava turbulento, permeado por violência psicológica, física e moral. Nunca havia registrado BO, pois queria preservar a família. Relata nunca ter falado nada para os familiares, por vergonha e receio de ser julgada. Citou que ficou nove meses separada do companheiro, retomando o relacionamento por dificuldades para cuidar das duas filhas pequenas que solicitavam muito a presença do pai. Na noite anterior ao primeiro registro do BO, o companheiro tentou a estrangular na presença das filhas. Pela manhã foi a DEAM para registrar o BO acompanhada por sua mãe. O serviço no qual M8 buscou ajuda foi a DEAM. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação foram a irmã, a mãe e as duas filhas que são seu alicerce. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

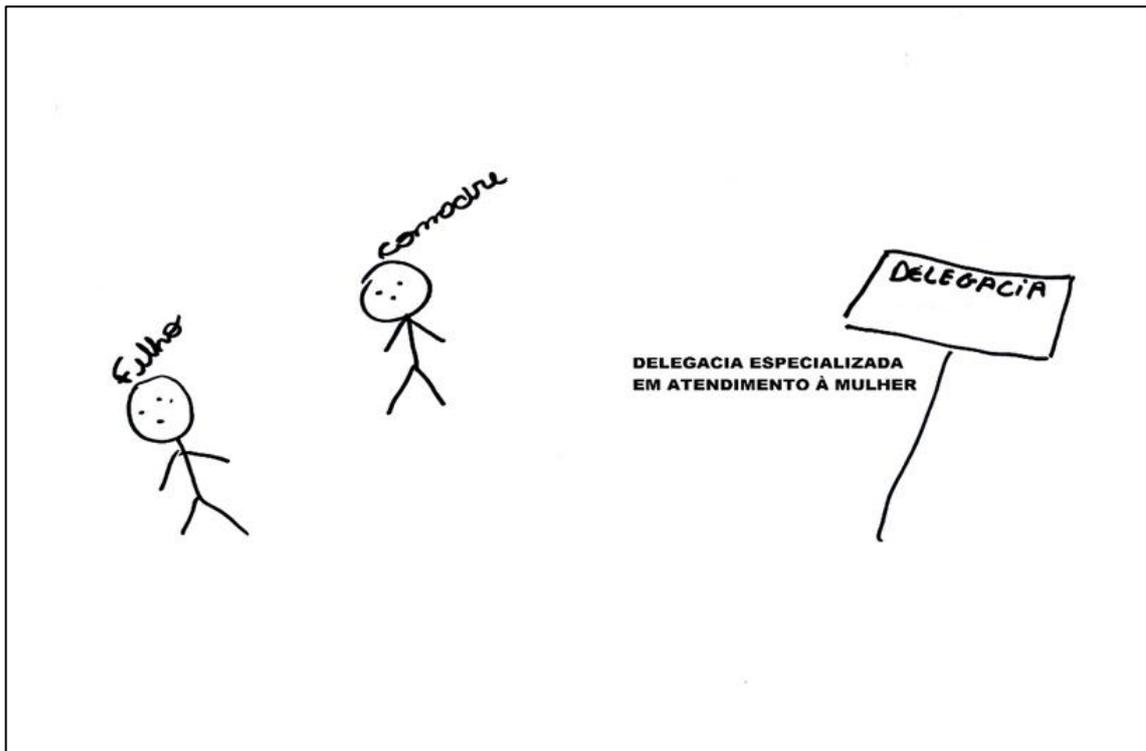
Figura 17 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M9



MF, M9

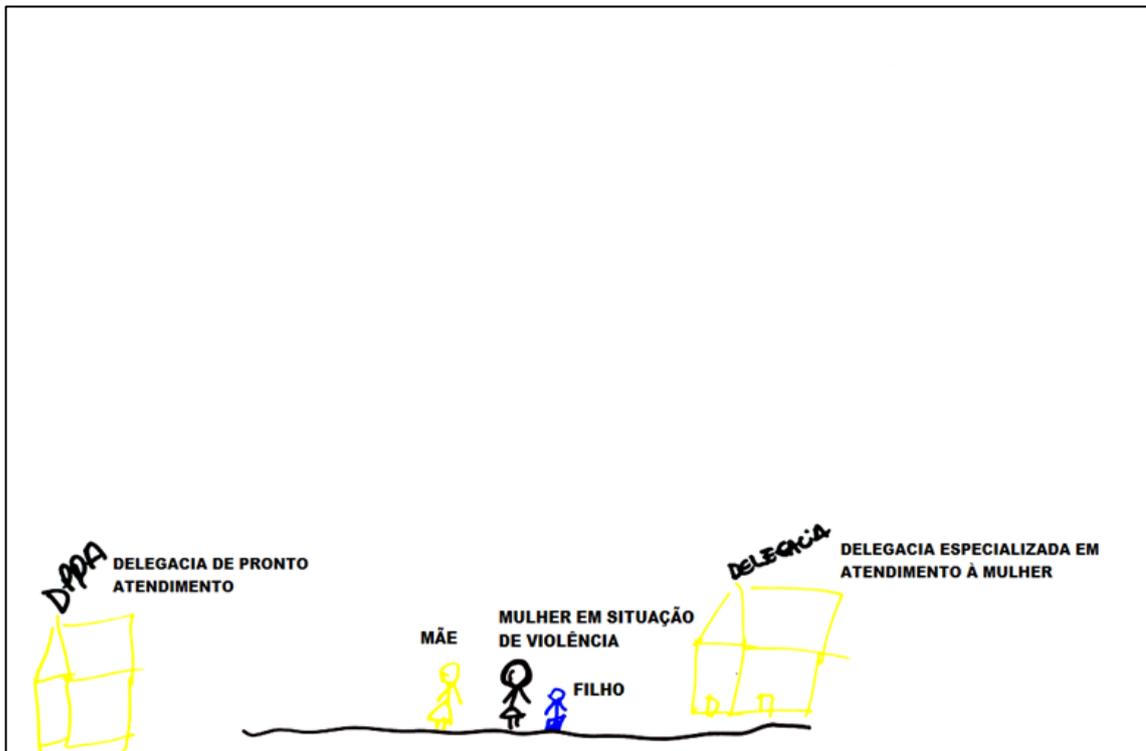
Participante M9 – Tem 26 anos, branca, do lar, possui 2º grau completo e uma filha. Era casada com o agressor com o qual morava em outra cidade e vivenciava situações de violência psicológica e moral. Decidiu terminar o relacionamento e retornar para a cidade dos pais, embora sua mãe não tenha apoiado. Depois de algum tempo, o ex-marido retornou a esta cidade e começou a persegui-la e praticar violência física e patrimonial. Em duas situações, acionou a Brigada Militar, que a encaminhou até a DPPA para o registro do BO. Relatou ir até o Instituto Médico Legal (IML) para exame de corpo de delito. Após, foi chamada para prestar depoimento na DEAM. Os serviços nos quais M9 buscou ajuda foram a Brigada Militar, a DPPA e o IML. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação de violência foram uma prima, o pai e o companheiro atual. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

Figura 18 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M10

**MF, M10**

Participante M10 – Tem 35 anos, branca, auxiliar de limpeza, possui 2º grau incompleto, e quatro filhos. Mantinha um relacionamento com o marido, o qual resolveu sair de casa. Após alguns dias da separação, o ex-marido começou a telefonar e mandar mensagens a ameaçando e realizando xingamentos, caracterizando situações de violência psicológica e moral, o que motivou o registro do BO na DEAM. O serviço no qual M10 buscou ajuda foi a DEAM. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação foram o filho mais velho e a comadre. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

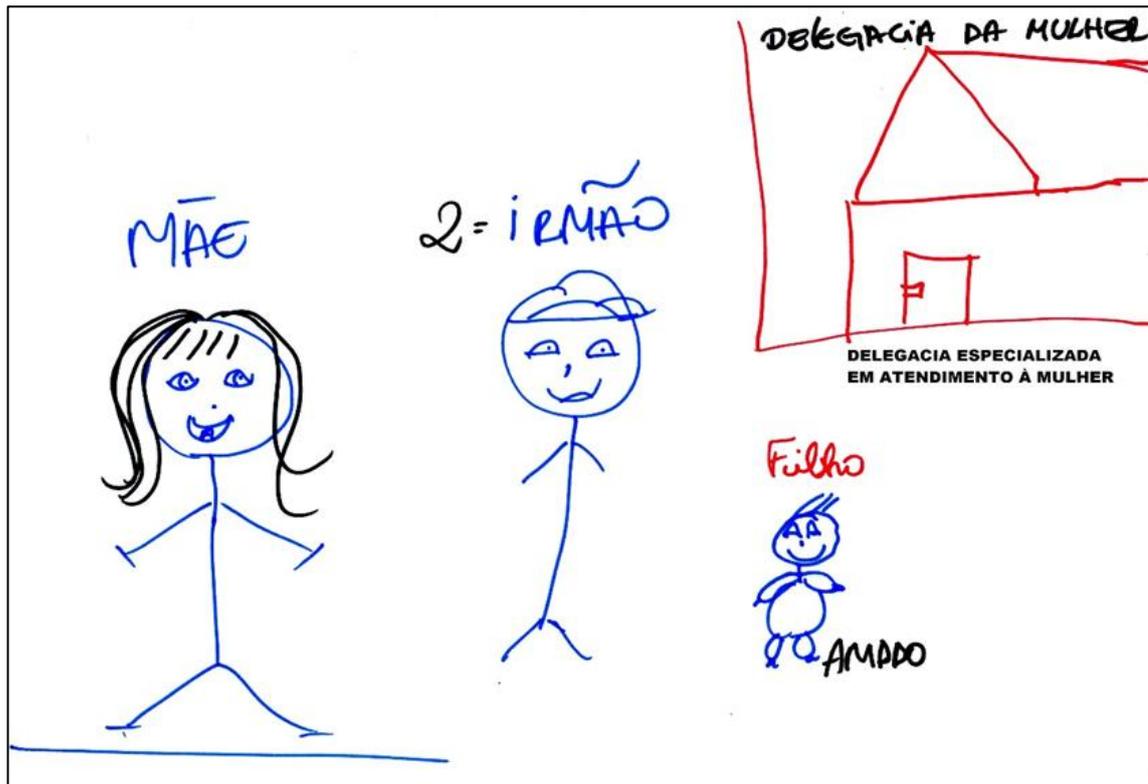
Figura 19 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M11



MF, M11

Participante M11 – Tem 36 anos, branca, possui curso técnico e atua como instrumentadora cirúrgica, tem um filho e está grávida do companheiro atual. Manteve o relacionamento com o agressor (ex-marido) por sete anos, no qual vivenciava violência física, psicológica e moral. Há dois anos conseguiu se separar. Então o ex-marido começou a praticar violência patrimonial e ameaças com arma de fogo, por meio das quais forçou que ela assinasse uma declaração passando a guarda do filho para ele. Nunca havia registrado qualquer BO após as situações de violência. Decidiu registrar BO na DPPA, pois o ex-marido queria levar seu filho para outra cidade. Foi orientada nesta delegacia a procurar a DEAM. Os serviços nos quais M11 buscou ajuda foram a DPPA e a DEAM. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação foram sua mãe e a mãe do ex-marido. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

Figura 20 - Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M12



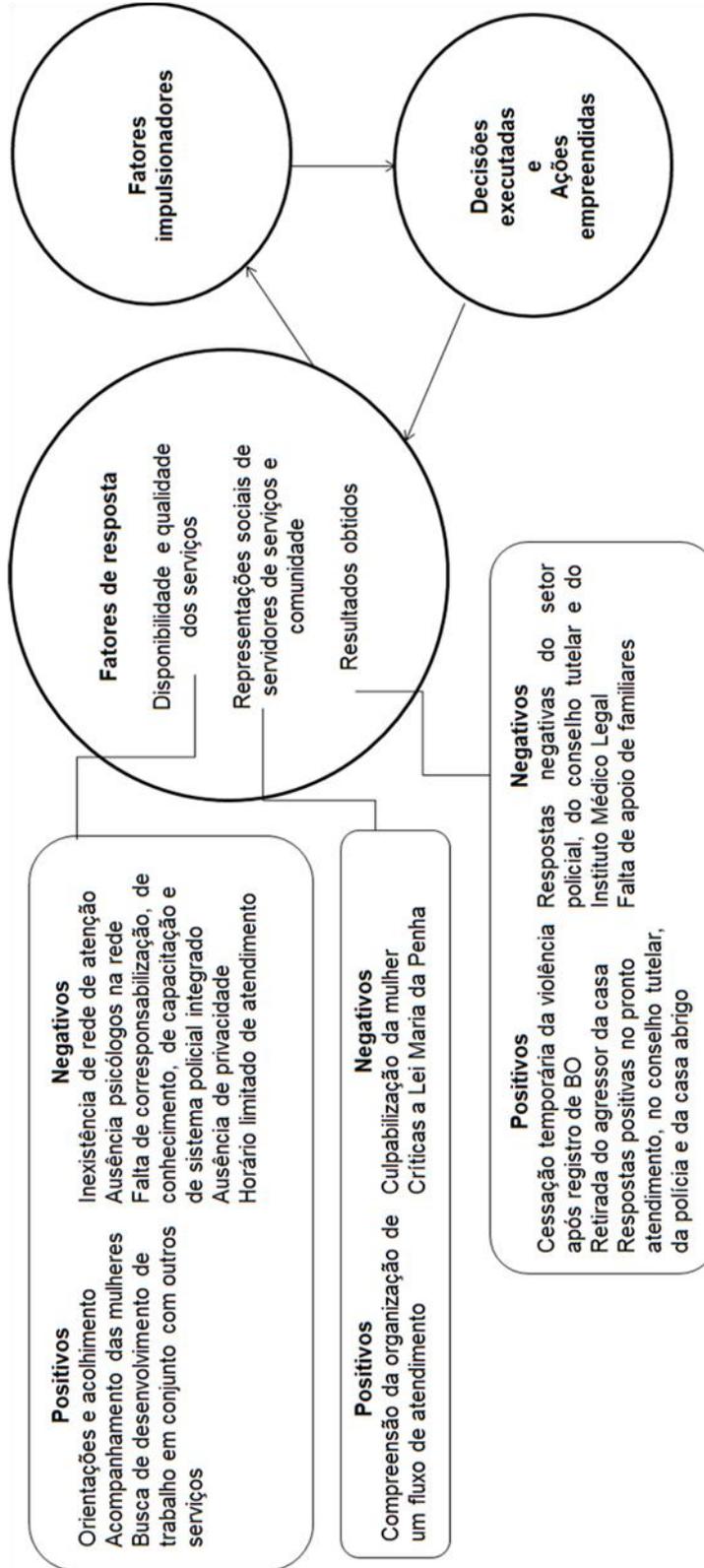
MF, M12

Participante M12 – Tem 21 anos, branca, do lar, possui 2º grau incompleto e um filho. Manteve um relacionamento com o ex-marido que foi usuário de drogas por três anos, marcado por violência psicológica e moral. Não havia registrado BO, pois não considerava que as agressões fossem graves. Após ter vivenciado uma situação de violência física e patrimonial que considerou grave, foi incentivada pela mãe e pelos dois irmãos a realizar o registro do BO na DEAM. O serviço no qual M12 buscou ajuda foi a DEAM. As pessoas que a apoiaram no enfrentamento da situação foram a mãe, seus dois irmãos e seu filho “amado”. Foi acessada para participar do estudo na DEAM.

Os Mapas da rota crítica para enfrentamento da violência de cada uma das participantes auxiliaram na análise da rota crítica das mulheres na medida em que representaram os serviços nos quais buscaram ajuda no enfrentamento da situação de violência, a trajetória percorrida entre idas e vindas aos serviços e o apoio de pessoas próximas. Possibilitaram visualizar aspectos importantes da rota destas mulheres, dentre os quais o predomínio da busca de ajuda em serviços policiais (DEAM, DPPA e Brigada Militar) e a restrita busca de ajuda em serviços de saúde, que ocorria somente nos casos de violência física grave. Os mapas também permitiram visualizar uma rede de apoio restrita e por vezes, inexistente.

A partir da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada com as informações colhidas nas entrevistas em profundidade bem como na observação realizada nos serviços, foi elaborada a categoria que apresenta os fatores de resposta encontrados em âmbito institucional e comunitário que fazem parte da rota crítica das mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero. A análise foi organizada em três subcategorias, subdivididas em fatores positivos e negativos, mantendo a conformidade com os elementos do diagrama da rota crítica: 1) Disponibilidade e qualidade dos serviços; 2) Representações sociais de servidores de serviços e comunidade; e 3) Resultados obtidos (Figura 21).

Figura 21 - Esquema do processo de análise dos fatores de resposta da rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência aplicado ao estudo. Santa Maria - RS, 2019



Fonte: adaptado de SAGOT (2007).

5.2 FATORES DE RESPOSTA

5.2.1 Disponibilidade e qualidade dos serviços

Esta subcategoria descreve fatores de resposta que as mulheres em situação de violência encontram em sua trajetória, os quais estão relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços. Os dados foram extraídos do diário de campo a partir das NO e da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante (MF) conjugada a entrevista em profundidade (M1, M2, M3...).

Os fatores considerados positivos apresentam os seguintes núcleos de sentido: orientações às mulheres e acolhimento das mulheres; acompanhamento das mulheres; busca de desenvolvimento de trabalho em conjunto com outros serviços (Figura 9).

Neste estudo, observou-se que na DEAM foram realizadas orientações, tanto para aquelas mulheres que já haviam registrado boletim de ocorrência e recebido medida protetiva, quanto para as que não sabiam como proceder diante da situação de violência. Percebeu-se que neste último caso, as orientações que as mulheres receberam as ajudavam a tomar a decisão por realizar o registro. Identificou-se que as orientações também eram dadas por outros serviços, a partir da referência ao Conselho Tutelar e da Brigada Militar que emergiram na entrevista e MF.

Nesta manhã chegou uma mulher para saber informações sobre a medida protetiva e se esta era válida também para a sua filha. (NO DEAM)

Chegaram duas mulheres para pedir informações sobre como proceder quando estão vivendo alguma situação de violência. Um profissional responsável por registrar o boletim de ocorrência as recebeu e orientou. (NO DEAM)

O Conselho Tutelar orientava a realizar o BO na DEAM. (MF, M6)

Os policiais orientavam a realizar o BO na DEAM. (MF, M1)

Outro fator positivo se refere ao acolhimento das mulheres. Este foi observado na DEAM, sendo desenvolvido por uma estudante do Curso de Graduação em Psicologia, em estágio curricular.

A estudante explicou sobre a organização e realização dos acolhimentos. Preconizam que após o registro do boletim de ocorrência sejam realizados três acolhimentos psicológicos às mulheres que vivenciaram situações de

violência. O primeiro, preferencialmente no dia da realização do registro. Os outros dois, nas duas semanas subsequentes. Neste acolhimento identifica a necessidade ou não de realizar encaminhamentos das mulheres para serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e atendimento psicológico em clínicas-escola do município. (NO DEAM)

Nos casos de mulheres que ainda não realizaram o boletim de ocorrência, também é desenvolvido o acolhimento. Nestes casos, a estagiária dá orientações que ajudam as mulheres a decidirem se querem registrar o boletim ou não. (NO DEAM)

Tanto as orientações quanto o acolhimento às mulheres dadas no âmbito da DEAM, do Conselho Tutelar e por policiais, se direcionavam aquelas mulheres que já realizaram o registro do boletim de ocorrência ou estavam em dúvida se deveriam o registrar. Orientar as mulheres sobre os seus direitos concedidos a partir da Lei Maria da Penha, assim como quais os serviços que podem lhe auxiliar no enfrentamento da situação de violência são atribuições das autoridades policiais (BRASIL, 2012a), dentre estas os profissionais atuantes na DEAM. As orientações às mulheres no presente estudo foram fundamentais para a tomada de decisão quanto à continuidade da trajetória de enfrentamento da violência ou para a permanência nesta situação. Nesta perspectiva, o papel dos profissionais é fundamental no processo de empoderamento das pessoas em situação de violência para que estas consigam perceber-se nesta situação (VIRKKI, 2015).

Por outro lado, destaca-se que o acolhimento era realizado por uma profissional em formação em alguns dias da semana, não sendo uma conduta institucional. Assim, este acolhimento era proporcionado apenas a uma parcela das mulheres que buscavam a instituição. O que ocorre na DEAM do município cenário tem sido recorrente em outras DEAMs, nas quais a inserção de psicólogos se efetiva por meio de convênios e acordos temporários com governos municipais e universidades, levando a presença descontinuada destes profissionais neste serviço (SOUZA; FARIA, 2017). Sob este aspecto, uma das possibilidades seria que houvesse serviços no município a exemplo do CRAS e CREAS que respondessem a esta demanda de atendimento psicológico de mulheres em situação de violência. Para que isso se efetive, é urgente o trabalho em rede. Destaca-se que tais serviços não foram citados pelas mulheres participantes desse estudo, tampouco surgiram na representação de sua rota crítica nos MF e entrevistas.

Infelizmente, na norma técnica de padronização das DEAMs, o psicólogo não se encontra listado no quadro de profissionais que devem compor a equipe mínima

deste tipo de delegacia (BRASIL, 2010). A presença de psicólogos como membros das equipes das DEAMs seria fundamental, considerando a atuação destes profissionais na compreensão das histórias de vida, situação de vulnerabilidade e violência a que as mulheres estão expostas, na identificação da rede de apoio social destas mulheres, ou seja, pessoas, serviços ou instituições da comunidade com que estas mulheres também podem obter ajuda, e no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da situação de violência vivenciada (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012). Estudo aponta que as mulheres desejam apoio psicológico profissional como meio de gerenciar ou reduzir os impactos negativos da violência (CRIPE et al., 2015). Diante disso, tem-se a premência de alteração na norma técnica da DEAM, requerendo a existência de profissional psicólogo como membro da equipe deste tipo de delegacia. De modo que o acolhimento e atendimento destes profissionais sejam disponibilizados equitativamente as mulheres que procuram a DEAM.

O acompanhamento das mulheres realizado pela assistente social e psicóloga da casa abrigo foi outro fator positivo da disponibilidade e qualidade dos serviços.

Após as mulheres serem desacolhidas, ou seja, saírem da casa abrigo e irem para a casa de amigos e/ou familiares, é realizado o acompanhamento destas para ver como elas e as crianças estão. (NO Casa Abrigo)

Este acompanhamento pós-abrigamento está previsto diretrizes nacionais para o abrigamento de mulheres em situação de risco e violência. Segundo o documento, as mulheres em processo de desabrigamento devem ser acompanhadas pelo Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) localizado mais próximo de sua residência, e na inexistência deste, pelo CREAS (BRASIL, 2011d). O que revela que o fluxo de abrigamento proposto por essas diretrizes não está sendo cumprido, especialmente no que tange a falta de atuação do CREAS no município com as questões de violência.

Outro fator considerado positivo foi a busca do desenvolvimento de um trabalho em conjunto com outros serviços. Observado na casa abrigo, quando a assistente social e a psicóloga acionavam a DEAM ou outros serviços, o que dá pistas de que alguns serviços já buscam atuar na perspectiva da rede de atenção. Por outro lado, já há um fluxo estabelecido entre a DEAM e a casa abrigo, fluxo este que ainda não está pactuado com outros serviços.

Nos casos em que há evasão das mulheres da Casa Abrigo, ou seja, elas deixam a casa espontaneamente, os profissionais informam a DEAM. Deste modo, é realizado um trabalho em conjunto com esta delegacia. (NO Casa Abrigo)

O profissional designado para o acolhimento informa para as mulheres que estas têm direito a serem acolhidas na Casa Abrigo e retornarem três vezes, sempre após o registro do boletim de ocorrência, podendo permanecer na casa por até três meses. Mesmo passando estes três meses, caso a mulher realmente não tenha para onde ir, ela não precisa sair da casa. Os profissionais vão tentando acionar a rede de serviços para que esta tenha um lugar seguro para ir, especialmente pelo fato de que a maioria delas chega acompanhada de filhos, na média de 2 a 3. (NO Casa Abrigo)

Os fatores considerados negativos possuem os núcleos de sentido: 1) inexistência de rede de atenção; 2) ausência de atendimento psicológico no CRAS e CREAS; 3) falta de corresponsabilização dos serviços; 4) falta de conhecimento sobre os demais serviços; 5) falta de capacitação dos profissionais de serviços não especializados; 6) falta de um sistema policial integrado; 7) ausência de privacidade; 8) horário limitado de atendimento da DEAM.

Foi revelada a inexistência de rede de atenção expressa pela falta de comunicação e articulação entre os diferentes serviços, somadas ao fato de que os encaminhamentos de mulheres de um serviço para outro foram restritos. Este fato foi encontrado na produção artística das participantes desse estudo, sendo que o Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M10 foi o que melhor representou esta ausência absoluta de uma rede de atenção a essas mulheres.



Fonte: Dados da pesquisa MF, M10 – Figura 18.

Esse fato foi observado na etapa de campo nos serviços, e por vezes era justificado pela ausência de profissionais para assistir as mulheres para onde as encaminhariam.

Na reunião semanal da equipe de matricialmente foram discutidas com seus participantes questões como a inexistência da rede e de serviços de apoio para atendimento/atenção às mulheres e outras populações em situação de violência, além da desarticulação entre os serviços. (NO Equipe de Matriciamento)

Na equipe de matriciamento relatou-se que talvez não fosse responsabilidade do hospital de referência em violência sexual atender as mulheres em situação crônica. Contudo, para não atendê-las, primeiro teria que haver uma pactuação com o município para ver onde seriam atendidas, especialmente no que tange aos atendimentos da psicologia, psiquiatria e assistência social. (NO Equipe de Matriciamento)

Embora na DEAM, a estagiária tenha apontado que durante os acolhimentos identificava a necessidade de realizar encaminhamentos das mulheres para outros serviços, relatou que após os três acolhimentos, orientava as mulheres para que estas buscassem serviços de psicologia de clínicas-escola localizadas em universidades do município, serviços estes que deveriam ser pagos. Esse encaminhamento após três acolhimentos ocorria porque havia muita demanda de acolhimentos para a estagiária na DEAM. (NO DEAM)

Observou-se que as mulheres eram encaminhadas apenas para a Casa Abrigo e para atendimento psicológico e jurídico de estagiários que atuavam na própria delegacia, não havendo encaminhamentos para outros serviços da rede intersetorial de atenção (NO DEAM)

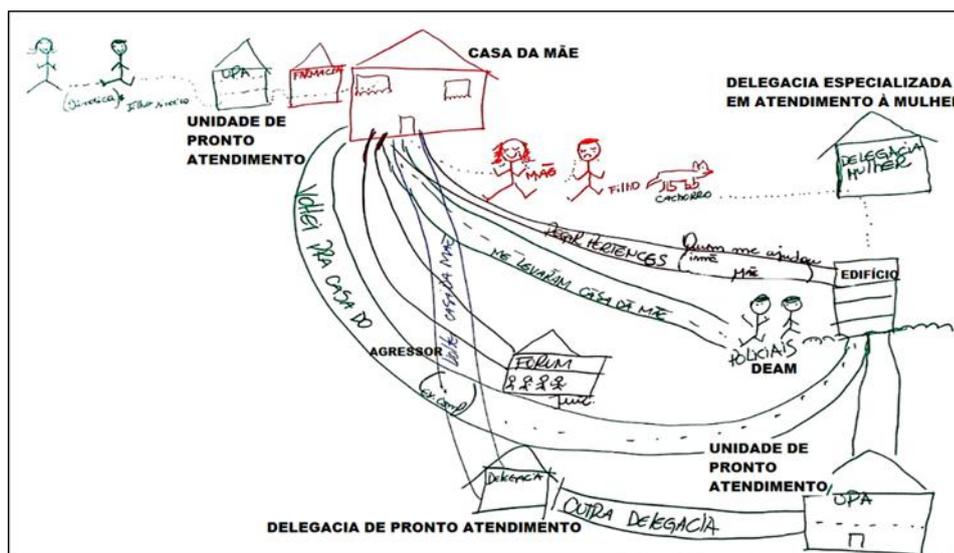
A equipe discutiu alguns problemas de comunicação entre os profissionais dos serviços, em que embora haja distintas formas de comunicação atualmente, estas não funcionam. Neste sentido, nem todos os profissionais entendem a importância da comunicação, e que se esta falha todo o atendimento falha. (NO Equipe de Matriciamento)

Encontra-se em outras investigações esta falta de integração e comunicação entre profissionais de diferentes serviços e setores (MENEGHEL et al., 2011; MENEGHEL et al., 2013; DUTRA et al., 2013; PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; KISS; SCHRAIBER; d'OLIVEIRA, 2007), tendo como consequência uma atuação no âmbito de suas áreas de atuação (PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008) e a falta de continuidade na prática assistencial (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Sob esta perspectiva, quando as mulheres são acolhidas e mantêm na rede de atenção, há sucesso no enfrentamento da situação de violência (DUTRA et al., 2013).

Deste modo, embora existam diferentes serviços que atendem ou poderiam atender mulheres em situação de violência no município cenário do estudo, estes

desenvolvem ações isoladas e desarticuladas. Esta forma de atuação específica e isolada promove a peregrinação das mulheres quando estas buscam ajuda/apoio nos serviços, os quais deveriam atuar de modo intersetorial (VIEIRA et al., 2015).

O que aparece no Mapa da rota crítica para enfrentamento da violência de M7.



Fonte: Dados da pesquisa MF, M7 – Figura 15.

Destaca-se que, para atuar no enfrentamento de situações de violência, tem-se o modelo da rede como o mais reconhecido na literatura. Neste modelo, a entrada de uma pessoa em situação de violência pode ocorrer em qualquer ponto da rede (serviço), em que a circulação dos casos é um trançamento entre os distintos pontos, que mantêm entre si uma relação horizontal (d'OLIVEIRA et al., 2009). Assim, para a constituição de uma rede necessita-se da articulação das ações dos diferentes serviços, mediante o diálogo e contato entre os profissionais destes (CORTES; PADOIN, KINALSKI, 2016). Tais articulações entre redes institucionais e ações intersetoriais constituem-se como formas privilegiadas de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência de gênero, especialmente, aquela que ocorre em âmbito doméstico (COUTO et al., 2018).

Outro fator considerado negativo se tratava da ausência de atendimento psicológico nos CRAS e CREAS, justificado também pelo déficit de profissionais.

Apontou-se a não atuação do CRAS e CREAS no atendimento psicológico às pessoas em situação de violência no município, sendo que estes serviços teriam obrigação de realizar esse tipo de atendimento tanto

individualmente quanto sob a forma de grupos. Contudo, isso não tem acontecido, sendo um dos motivos a falta de profissionais. (NO Equipe de Matriciamento)

O trabalho neste serviço concentra-se primordialmente nas respostas a processos do Judiciário e Ministério Público que solicitam pareceres mediante a realização de visitas domiciliares as famílias. Além do atendimento de demanda espontânea, especialmente de usuários em situação de vulnerabilidade em busca de cestas básicas. Há alguns meses trabalham apenas duas profissionais no serviço, sendo que uma delas está de laudo há 30 dias. Isso porque a equipe ampliada era contratada e após o encerramento do contrato, este não foi renovado. (NO CRAS)

O foco dos atendimentos neste serviço são os idosos e jovens menores de 18 anos, especialmente devido a casos de negligência. Ainda a resposta de solicitações do ministério público, o qual exige relatórios sobre os casos. Sendo assim, são realizadas visitas domiciliares para fazer tais relatórios. (NO CREAS)

Identificou-se através da observação, das falas dos profissionais e pela total ausência nos mapas da rota crítica das participantes e nas falas, que há um foco na vulnerabilidade de grupos específicos: criança e idosos, que são de extrema relevância, mas não há o foco na violência contra as mulheres. Esse foco no atendimento e acompanhamento de crianças e idosos não é coerente com os documentos que norteiam o atendimento no CREAS e CRAS os quais não citam o atendimento de populações específicas, mas que podem ser atendidas famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, de acordo com demandas do território, a exemplo da violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual, entre outras situações (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2009b). Nesta perspectiva, destaca-se a relevância do atendimento psicológico para as mulheres em situação de violência considerando a alta morbidade psicológica nessa população (FERRARI et al., 2014). Para tanto, seria importante no município cenário do estudo, a ampliação das equipes dos CRAS e CREAS, especialmente no que se refere aos psicólogos, para que estes possam desenvolver ações com as mulheres em situação de violência, desde atendimento individual até atendimento grupal e acompanhamento da família.

A falta de corresponsabilização dos serviços não especializados no atendimento de mulheres em situação de violência foi revelada pelos profissionais de um serviço especializado em violência sexual. Segundo estes, profissionais como os da APS poderiam realizar os atendimentos e encaminhamentos, especialmente nos casos de exposição tardia e nos casos crônicos.

A equipe começou a repensar as suas ações, visto que as discussões se direcionam majoritariamente às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Assim, deu-se início a discussão do fluxo de atendimento à mulher dentro do hospital de referência, especialmente quando se tratam de casos crônicos de violência, pois os outros serviços não se responsabilizam e não os atendem. (NO Equipe de Matriciamento)

Em se tratando das situações de violência sexual, expôs-se que após 72 horas de exposição, a profilaxia não é indicada, e, portanto, não é necessário que a usuária seja encaminhada necessariamente ao hospital de referência em violência sexual. Serviços da Atenção Primária a Saúde podem solicitar exames, dar as orientações, e encaminhar as mulheres para atendimento psicológico e de assistência social em serviços do município. Contudo, há uma falta de corresponsabilização dos serviços. (NO Equipe de Matriciamento)

Discutiu-se sobre o fato de que os serviços não especializados não se sentem responsáveis pelo atendimento de mulheres em situação de violência. E assim, há uma grande demanda para o serviço especializado, que não está mais conseguindo abarcar todos os atendimentos. (NO Equipe de Matriciamento)

Esta falta de corresponsabilização dos serviços não especializados leva ao aumento da demanda nos serviços especializados, os quais nem sempre conseguem responder a esta em sua totalidade. Diante disso, estudo denota a importância de que a violência contra as mulheres tenha maior destaque nas políticas de saúde, na formação e capacitação dos profissionais deste setor, pois estes tem o compromisso de reconhecer mulheres em situação de violência, ofertando-lhes escuta empática, apoio psicossocial e encaminhamento a outros serviços (GARCÍA-MORENO et al., 2015b).

A falta de conhecimento de alguns profissionais sobre os demais serviços que poderiam atender as mulheres em situação de violência também foi um fator negativo evidenciado.

Discutiu-se acerca dos casos que estão chegando e ninguém está sabendo para onde encaminhar. (NO Equipe de Matriciamento)

O fato de os profissionais dos serviços que recebem mulheres em situação de violência não conhecerem o atendimento prestado por outros serviços limita a realização de encaminhamentos, e conseqüentemente a trajetória de enfrentamento da situação de violência. Em consonância com estes resultados, estudos evidenciam que o desconhecimento em relação ao funcionamento dos serviços é uma importante barreira para os encaminhamentos de mulheres nesta situação (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; GOMES et al., 2013). A relação entre os

distintos setores e serviços da rede de atenção só se efetivará mediante o conhecimento mútuo entre estes, ou seja, a partir do momento em que compartilham quais são as atribuições de cada um, onde se localizam, quais os procedimentos internos e externos, assim como os horários de funcionamento (MENEZES et al., 2014).

O conhecimento dos profissionais circunscrito as suas áreas de atuação acaba por dificultar a rota das mulheres na busca de ajuda, pois estes desconhecem qual o caminho que esta deve traçar para buscar ajuda e recursos disponíveis e eficazes que poderiam as auxiliar no enfrentamento da situação (PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008).

Outro fator relatado foi a falta de capacitação dos profissionais de serviços não especializados para que juntos pudessem realizar a atenção em rede às mulheres em situação de violência no município.

Os profissionais compreendem que se faz necessária a capacitação dos profissionais dos serviços, uma vez que segundo eles, o hospital de referência não pode atender a demanda gerada por todos os casos de violência no município e região. Neste sentido tem-se a possibilidade de realizar capacitações nos serviços da Atenção Primária a Saúde, tendo em vista explicar sobre a violência, notificação e encaminhamentos a serem realizados. (NO Equipe de Matriciamento)

A falta de um sistema policial integrado revelou outro fator negativo da disponibilidade e qualidade dos serviços. O sistema da DEAM e da Brigada Militar não são unificados, o que evidenciou a falta de proteção e segurança a que estas mulheres estão expostas, mesmo após o deferimento da medida protetiva. Visto que quando o agressor descumprir esta medida, isto é, quando este faz ligações, manda mensagens, se aproxima ou ameaça a mulher ou filhos, estas são orientadas a acionar a Brigada Militar. No entanto, como a Brigada Militar não tem acesso a essa medida em seu sistema, acaba muitas vezes não agindo, o que deixa as mulheres mais suscetíveis à falta de proteção e segurança. Na produção artística de três mulheres participantes desse estudo há a representação da solicitação de ajuda à Brigada Militar, em situações extremas de violência. Sendo o desfecho encaminhar para delegacias para o registro da ocorrência (MF, M1; MF, M2 e MF, M9). Fatos relatados e que ficaram mais claros a partir da observação no setor.

Uma mulher chegou dizendo que o ex-companheiro aproximou-se dela, descumprindo a medida protetiva. Esta acionou a Brigada Militar, contudo,

como no seu sistema não constava a solicitação de prisão, não agiram. Ao chegar a DEAM, como já havia mandado de prisão em aberto, dois investigadores foram imediatamente até o local indicado pela mulher, contudo o ex-companheiro não estava mais lá. (NO DEAM)

[...] (o agressor) ficou brabo, me deu um soco. Ele já tinha me dado uns 4 tapas na cabeça. Tapão de cair. Daí eu chamei a brigada. (M2)

Ressalta-se que no município cenário do estudo existe a Patrulha Maria da Penha. Esta tem como atribuições acompanhar os casos de violência doméstica e o cumprimento das medidas protetivas. Contudo nenhuma das participantes com medida protetiva citou que foi acompanhada por este serviço.

Outro fator negativo se refere à ausência de privacidade observada na DEAM. Tal fato pode fragilizar ainda mais as mulheres, que de modo, geral, levam meses e até anos para tomar a decisão de iniciar a trajetória de enfrentamento da situação de violência.

Nesta manhã todos os boletins de ocorrência foram registrados com a porta da sala aberta, sendo que havia outras pessoas esperando atendimento na sala de espera, que fica em frente. (NO DEAM)

A ausência de privacidade para o registro do boletim de ocorrência foi verificada na observação realizada na DEAM. Neste sentido, destaca-se que embora exista uma sala própria para a realização deste registro, esta fica em frente à recepção e sala de espera, onde há um fluxo significativo de pessoas que podem ouvir o relato das mulheres. Além disso, muitas vezes os profissionais mantêm a porta da sala aberta, o que demonstra ainda mais a falta de preocupação com a garantia da privacidade destas e a própria banalização da violência sofrida pela mulher. O espaço físico inapropriado restringe a privacidade, limitando a abordagem de experiências sensíveis como a de mulheres em situação de violência, o que pode prejudicar a relação entre o profissional e a mulher, conferindo-lhe um caráter impessoal (VILLELA et al., 2011). Assim, é fundamental que os profissionais das DEAMs atendam as mulheres em um espaço que proporcione privacidade e segurança para que possam relatar a situação de violência vivenciada.

O horário limitado de atendimento da DEAM também caracteriza um fator negativo, visto que muitas mulheres trabalham e apenas no intervalo do almoço tem disponibilidade para ir registrar o boletim de ocorrência. Tal circunstância se agrava pelo fato de que como a DPPA não realiza o registro apenas de situações de

violência doméstica, pode ser que esta mulher tenha que ir várias vezes para conseguir ser atendida.

A DEAM funciona de segunda a sexta-feira das 8:30 às 12hs e das 13:30 às 18hs. Nesta são atendidos casos de violência doméstica, seja perpetrada pelo marido, companheiro, mãe, pai, irmão, desde que a vítima seja mulher entre 18 e 59 anos. Nos finais de semana e feriados, quando a DEAM não está aberta, os registros de boletim de ocorrência e demais atendimentos são realizados na Delegacia de Polícia de Pronto-Atendimento (DPPA). (NO DEAM)

Quando se aproxima o meio-dia, as mulheres são orientadas a irem até a DPPA registrar o boletim de ocorrência. (NO DEAM)

Salienta-se que os horários de funcionamento da DEAM, na maioria das vezes, não são compatíveis com os horários em que as situações de violência ocorrem, que é a noite e aos finais de semana. Segundo a norma técnica de padronização das DEAMs, que apresenta as diretrizes ideais de funcionamento destas delegacias, o atendimento nestas deve ser ofertado de forma ininterrupta, nas 24 horas do dia, inclusive aos sábados, domingos e feriados, especialmente quando há só uma delegacia no município (BRASIL, 2010).

Por isso nos mapas falantes das mulheres há a representação da DPPA e também da DEAM (MF, M7; MF, M5 e MF, M11). O que remete a necessidade de a mulher discorrer sobre a situação vivenciada pelo menos nesses dois momentos. Sabe-se que quase na totalidade dos municípios brasileiros as DEAMs funcionam apenas em horário comercial nos dias úteis, pela questão do efetivo policial reduzido. Assim, as mulheres em situação de violência são orientadas a buscar atendimento nas delegacias comuns. Contudo nestas delegacias, muitas vezes, os profissionais não estão preparados para atendê-las. Diante disso, seria fundamental a ampliação do atendimento nas DEAMs em conformidade com a norma técnica, pois a criação destas delegacias especializadas se deu justamente para melhorar o acesso e atendimento das mulheres em situação de violência.

5.2.2 Representações sociais de servidores de serviços e comunidade

Nesta subcategoria são descritos os fatores de resposta que as mulheres em situação de violência encontram em sua trajetória, referentes às representações sociais de servidores de serviços e comunidade. Os fatores positivos apresentam o

núcleo de sentido: compreensão da importância da organização de um fluxo de atendimento. Os negativos possuem os núcleos de sentido: culpabilização da mulher; críticas a alterações da Lei Maria da Penha (Figura 9).

Dentre os fatores considerados positivos está a compreensão da importância da organização de um fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência.

Foi citada a necessidade de organização de um fluxo semelhante ao da criança para as mulheres em situação de violência. (NO Equipe de Matriciamento)

Com relação à organização de fluxos, estudo que buscou identificar quais as informações necessárias para a articulação entre profissionais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência também evidenciou que um fluxograma seria importante para representar o percurso das mulheres e orientar a organização do atendimento na rede de atenção (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

A culpabilização da mulher foi evidenciada como fator negativo. Um profissional da DEAM citou que quase todas as mulheres retiram o boletim de ocorrência.

Segundo um profissional, uma das maiores dificuldades da resolução das situações de violência é a retirada do boletim de ocorrência, sendo que dos cerca de 3000 registros por ano, são retirados aproximadamente 80%. (NO DEAM)

Críticas a alterações realizadas na Lei Maria da Penha a qual normatiza que o atendimento às mulheres na DEAM seja prestado preferencialmente por servidoras também foram fatores negativos da representação de servidores de serviços e comunidade.

Um dos profissionais relatou algumas alterações na Lei Maria da Penha, sendo que uma delas estabelece que mulheres em situação de violência doméstica e familiar deverão ter atendimento policial e pericial especializado e ininterrupto, além de ser prestado preferencialmente por servidoras. Segundo este esta alteração não seria necessária porque algumas mulheres tem mais preconceito do que os homens ao atender mulheres que chegam à DEAM. (NO DEAM)

Quanto a estes aspectos, os profissionais não fazem referência aos motivos pelos quais as mulheres tomam a decisão por retirar o registro. Também não

refletem sobre como o fato de o atendimento ser realizado por um homem pode refletir negativamente, visto que a mulher foi agredida também por um homem.

5.2.3 Resultados obtidos

Nesta subcategoria são relatados os fatores de resposta que as mulheres em situação de violência encontram em sua trajetória, no que tange aos resultados obtidos a partir dos serviços. Estes dados foram extraídos da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante associada a entrevista em profundidade realizada com as mulheres. Os fatores positivos apresentam os seguintes núcleos de sentido: Cessação temporária da violência após o registro de boletim de ocorrência; retirada do agressor da casa; Respostas positivas no pronto atendimento; Respostas positivas do conselho tutelar; Respostas positivas do setor policial; Respostas positivas da casa abrigo. Já os fatores negativos possuem os núcleos de sentido: respostas negativas do setor policial; respostas negativas do conselho tutelar; respostas negativas do instituto médico legal; falta de apoio de familiares (Figura 9).

Em relação a estes resultados considerados positivos, houve a cessação, mesmo que temporária da violência após o registro do boletim de ocorrência.

[...] nunca mais tinha me batido. (M2)

Esta fala revela que mesmo por pouco tempo, o fato de a violência cessar é positivo diante da situação vivenciada, muitas vezes, por anos.

Respostas positivas no pronto atendimento foram evidenciadas como resultados obtidos por uma das mulheres que havia sofrido fraturas. Segundo esta, foi atendida com atenção e por profissionais educados.

[...] eu ouvia as pessoas falarem, postarem nas redes sociais que era um lugar horrível, um lugar péssimo, falta de atenção, falta de médico, falta de tudo. E comigo não aconteceu isso, em nenhuma das vezes em que eu estive lá. Pelo contrário. Eu fui super bem atendida, eu não gastei nada. [...] ficava agendado os meus retornos. Eu não precisei correr atrás de nada [...] tudo que eu precisei fazer com traumatologista foi tudo lá. Pra mim foi tudo ótimo, atendimento, atenção, pessoas educadas. (M7)

Foram relatadas também respostas positivas do conselho tutelar, o qual através de uma conselheira ajudou uma das mulheres a chegar até a DEAM.

O Conselho Tutelar não tinha nada a ver mais comigo porque as minhas filhas já não estavam mais comigo, estavam com a minha outra filha. Mas mesmo assim eu fui lá, conversei com ela [conselheira tutelar] e ela me ajudou a chegar até aqui [DEAM]. Bem mais que um órgão, eles foram amigos. (M6)

Respostas positivas da polícia (DEAM, DPPA e Brigada Militar) também foram relatadas pelas mulheres. Estas se relacionavam ao acompanhamento das mulheres quando estas necessitavam ir a outro serviço ou para que esta pudesse entrar na casa na qual vivia com o agressor retirar pertences, e a retirada do agressor da casa. Assim como ao atendimento recebido no momento do registro do boletim de ocorrência, em que receberam orientações e foram incentivadas para prosseguir com o enfrentamento da situação de violência, seguindo em frente com o processo.

Eles [se referindo a Brigada Militar] me levaram da minha casa direto para a UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. (M1)

Eles [se referindo aos policiais da DEAM] foram ontem comigo ver se recuperava o resto dos documentos. (M4)

[...] eu dei parte [se referindo ao registro do boletim de ocorrência], demorou mais ou menos uma semana e tiraram ele de casa. Essa foi a parte mais fácil. Que eu achei mais ágil. (M5)

Os brigadianos me levaram no pronto atendimento e me levaram na delegacia [se referindo a DPPA]. (M7)

Eu fui na delegacia da mulher para ver como que eu fazia para pegar as minhas coisas no apartamento [...] daí eu fui na quarta-feira de manhã com dois policiais [...] eles me ouviram, me ajudaram. (M7)

Eles [se referindo a DPPA] me ofereceram ajuda, se eu precisasse de um abrigo. (M7)

Aqui [ao desenhar a DPPA] foi maravilhoso. Eles me atenderam muito bem. [...] me aconselharam a como levar o processo, a não parar, a não desistir. (M9)

Eu gostei bastante [se referindo ao atendimento na DEAM]. Tinha coisas que eu não sabia e eu esclareci. (M10)

O acompanhamento da mulher para que esta pudesse retirar seus pertences da casa foi citado em outros estudos brasileiros (MENEGHEL et al., 2011; MENEGHEL et al., 2013), assim como a retirada do agressor da casa (MENEGHEL et al., 2013). Estas são algumas das ações que passaram integrar o processo de trabalho na esfera policial após a promulgação da Lei Maria da Penha no Brasil (MENEGHEL et al., 2011; MENEGHEL et al., 2013; BRASIL, 2012a).

Respostas positivas na casa abrigo foram relatadas e estiveram relacionadas

ao suporte recebido em termos de alimentação, higiene e necessidade de encaminhamento para atendimento médico e odontológico. Assim, as mulheres indicaram que receberam tudo o que precisavam para sua sobrevivência, além de serem encaminhadas a serviços de saúde, quando necessário. Foram duas participantes que relataram essa fonte de apoio (MF, M4; MF, M6).



Fonte: Dados da pesquisa MF, M4, M6 – Figuras 15 e 14.

Aqui é ótimo [se referindo a Casa Abrigo]. Eles se preocupam se a gente está bem alimentada, bem higienizada, se está precisando de um médico. Estão encaminhando dentista para a gente, encaminhando médico. Eles tem essa preocupação da saúde da gente em primeiro lugar. Aqui é muito bom. (M6)

Quanto aos fatores negativos em relação aos resultados obtidos, evidenciaram-se respostas negativas do setor policial (DEAM, DPPA e Brigada Militar). Representadas dentre outros aspectos por atitudes não acolhedoras e escuta restrita a busca de informações necessárias para o registro do boletim de ocorrência na DPPA e DEAM. Além da demora no atendimento da ocorrência pela Brigada Militar ou o fato do não comparecimento quando acionada.

Da polícia [se referindo a Brigada Militar] foi bem vulgar. [...] porque eu estava vomitando muito. Achei que eu ia ter um infarto porque eu tenho problema de pressão alta. E eles mandaram eu parar de vomitar e eu não conseguia responder. Fui muito maltratada por eles. [...] eles não deram bola. Viram que o cara tinha me batido. Ao invés de sair com o cara algemado, prender [...] eles viram com os próprios olhos, pegaram ele no flagra. E não fizeram nada, não prenderam. Eu fiquei muito decepcionada. Pensei: então tu pode matar alguém, fazer o que tu quiser e não dá nada. Eles viram e não fizeram nada. Então tu se acha o que? Um lixo. (M1)

A brigada demora bastante para chegar lá [...] Quando chega [...] já aconteceu isso. Eu chamei, eles disseram que já iam ir. E nada [...] (M5)

Na delegacia [se referindo a DPPA] eu só cheguei, contei o que tinha que contar. Eles registraram, eu assinei os papeis e fui para casa. (M5)

Na delegacia de mulher não foi como eu imaginei que fosse porque eles estavam de greve. [...] eu achei que com tudo o que eu expus lá, eles fossem pegar esse guri [se referindo ao agressor] e internar em algum lugar para não ser um perigo tão grande [...] (M6)

Na outra delegacia [se referindo a DPPA] achei um lugar estranho, grosseiro, um ambiente bem pesado. [...] Achei muito horrível. [...] eu acredito que seja normal o atendimento que eles dão. Lá é oito ou 80. [...] perguntaram: tu quer que ele vá preso? Ai eu falei não. Porque como eu te falei, quando eu cheguei lá era muita informação, era muita gente ao mesmo tempo. Era o meu filho chorando, brigadianos pedindo documento, era a moça me chamando. Eu não tava conseguindo assimilar, pensar. Eu com medo dele, porque ele estava ali. (M7)

Realmente eles são muito estúpidos, muito, muito. [se referindo ao atendimento da Brigada Militar]. Eles chegam: por que tu provocou? Sempre assim. (M9)

Foi um atendimento normal como se eu tivesse no supermercado [se referindo ao atendimento da DEAM] (M12)

Em conformidade com estes achados, estudo desenvolvido com mulheres em situação de violência apontou que o atendimento dispensado pela DEAM foi um dos mais criticados pelas mulheres. Segundo estas, neste serviço eram tratadas com frieza e descaso, sendo frequentemente desestimuladas a dar sequência no processo contra o agressor e encorajadas a dar uma nova oportunidade a este (BARAGATTI et al., 2018). Outro estudo, que analisou as experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção na saúde e na rede intersetorial indicou que o setor policial foi o que mais apresentou reclamações por parte das mulheres, as quais lamentaram o atendimento hostil e negligente por trabalhadores das delegacias (SOARES; LOPES, 2018). Em estudo internacional desenvolvido em dez países, o setor policial juntamente com setores de aplicação da lei e judicial ofereceram as piores respostas às mulheres que buscaram ajuda (SAGOT, 2005).

Outras investigações brasileiras vêm apontando que nas delegacias o atendimento das mulheres limita-se a busca de elementos que possam auxiliar no início da trajetória legal (MENEGHEL et al. 2011; KISS; SCHRAIBER; d'OLIVEIRA, 2007). O que é justificado pela ausência de tempo (KISS; SCHRAIBER; d'OLIVEIRA, 2007). A este respeito, é importante frisar que uma escuta restrita pode limitar as possibilidades de encaminhamentos e outras ações no enfrentamento da situação de violência. Ainda, pode levar a revitimização das mulheres, pois o levantamento incompleto de informações pode levar a sucessivas inquirições sobre a situação. E principalmente, colocar a vida da mulher em risco quando o profissional não ouve de modo integral todos os elementos da situação, pois como

consta na norma técnica de padronização das DEAMs, o BO deve ser o mais completo possível, contendo particularidades a fim de prover qualidade ao inquérito policial (BRASIL, 2010) e conseqüentemente auxiliar na punição ao agressor.

A demora no atendimento da ocorrência pela Brigada Militar também foi evidenciada por estudo no Brasil que buscou estabelecer a trajetória de mulheres em situação de violência de gênero na cidade de Porto Alegre, RS (MENEGHEL et al., 2011). Respostas negativas deste serviço também foram relatadas em investigação realizada em Campinas, SP, mesmo as mulheres contatando-o no momento em que agressão ocorria (BARAGATTI et al., 2018).

As respostas negativas do setor policial implicam na necessidade de sensibilização e qualificação dos profissionais desse setor, de modo que atendam as mulheres com maior sensibilidade, encorajando-as a romper com a situação de violência e dar continuidade a busca de ajuda. Como também o aumento de recursos humanos e de viaturas para que possam prestar um atendimento mais ágil e resolutivo às mulheres, haja vista que as situações de violência colocam em risco iminente suas vidas, de seus filhos e familiares.

Foram relatadas por uma das mulheres respostas negativas do conselho tutelar, o qual uma vez acionado para auxiliar no boletim de ocorrência, não o fez. Fato relatado por M4, sendo esta a única participante que representou este setor (MF, M4).

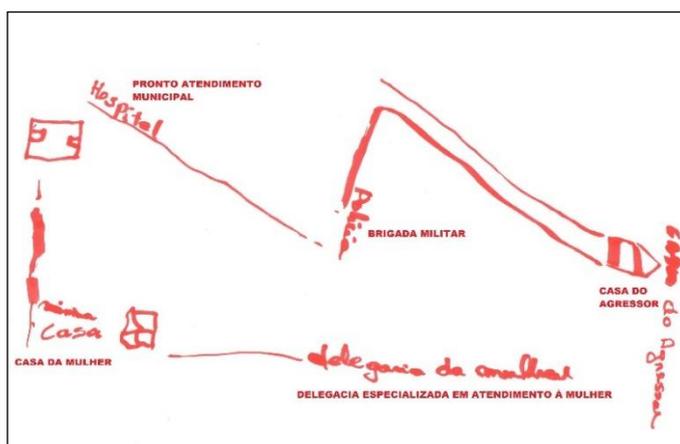
Lá no conselho tutelar eu não posso falar muito porque pedi à conselheira que ficou de dar parte e não deu. Acabou não fazendo nada. Ela disse que ia dar parte. Mas no final acabou não dando parte nenhuma. (M4)

Foram relatadas respostas negativas do Instituto Médico Legal, onde o atendimento se restringiu a avaliação de lesões visíveis que permitiriam constatar a violência e fundamentar o processo.

[...] fui lá no IML e eles não dão muita bola. Ah te agrediram. Onde que é? Me mostra. Só o que eles falam. Eu achei que fosse uma coisa: ah, vamos conversar e vamos ver onde é que é, como é que foi. Não. Só mostra onde que é. Olham e deu. Daí tu assina um negócio e vai embora. (M9)

O mau atendimento no IML também é relatado em outro estudo, que revelou que as mulheres foram atendidas de forma indelicada neste serviço (OLIVEIRA et al., 2005).

A falta de apoio de familiares das mulheres em situação de violência também foi apontada como aspecto negativo. Nos Mapas da rota crítica para enfrentamento da violência das mulheres participantes há duas que não representam em suas produções artísticas as pessoas que ajudam. Demonstrando a possibilidade de ser a mensagem dessas mulheres o vazio de apoio em suas relações sociais.



Fonte: Dados da pesquisa MF, M1 – Figura 9.

Muitas mulheres não relataram para a família a situação de violência vivenciada pelo fato de que esta não aceitava o relacionamento com o agressor.

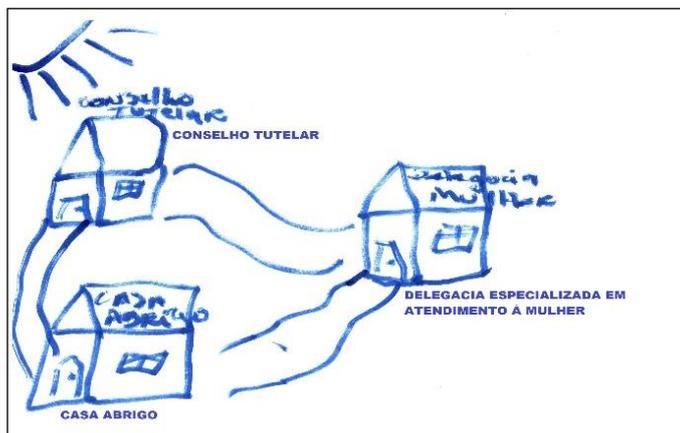
Meu filho me diz: mãe eu já tenho problema demais, tenho meus filhos para cuidar. Tenho minha casa, trabalho a noite inteira. Só tenho uma folga por semana. Daí tem mais tu com teus problemas. Eu não posso te ajudar. (M2)

Não posso falar, não posso contar com minha família porque sempre a mulher que é errada. Eles sabem meio por cima, porque se eu for contar eles ficam contra mim, porque eles acham errado fazer isso. Porque minha mãe, viveu, vive, com meu pai nesse meio de brigas. Então ela acha errado, assim como ela aguentou, eu tenho que a aguentar também. (M3)

A minha mãe fica ainda meio assim [...] é bem complicado porque ela sabe de toda a história e ela acha que a ruim da história sou eu, que eu é que não prestava. (M9)

[...] a minha família nem sabe porque ele me fez brigar com toda a minha família por causa dele. Porque a minha família nunca gostou dele. (M10)

Uma das mulheres citou que não recebeu apoio porque deveria suportar a situação, da mesma forma como sua mãe também a suportou. Outras ainda, mesmo após o término do relacionamento com o agressor não receberam ajuda da família.



Fonte: Dados da pesquisa MF, M6 – Figura 14.

[...] não quiseram me ajudar porque já tinham querido me ajudar antes quando ele era alcoólatra. Eu tive a proposta do meu irmão. Larga ele que eu te ajudo em tudo. Larga ele que eu faço tudo por ti. Se tu não largar eu não vou te dar outra chance. E não deu mesmo. (M6)

Essa falta de apoio de familiares das mulheres em situação de violência é evidenciada por outros estudos. Investigação desenvolvida com mulheres em situação de violência em uma DEAM revelou que muitas dessas haviam presenciado a violência entre diferentes gerações de suas famílias como forma de resolução de conflitos, revelando a transgeracionalidade da violência (SANTOS; MORÉ, 2011b), corroborando com a fala de M3. A partir dessa transmissão geracional da violência, muitos pais julgam as mulheres e as estimulam a retomar o relacionamento com o agressor, a partir da percepção de que são erradas e merecem tal violência (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010) como relatado por M9.

5.3 FATORES IMPULSIONADORES E DECISÕES EXECUTADAS E AÇÕES EMPREENDIDAS

Os resultados das categorias fatores impulsionadores e decisões executadas e ações empreendidas estão apresentados na forma de artigo que será submetido a revista *Journal of Interpersonal Violence*. Apresentado aqui com a diagramação da revista tendo em vista atender a MDT da UFSM (UFSM, 2015).

Driving factors and actions taken by women to confront violence: Qualitative research based on art

Abstract

This qualitative study based on art aimed to analyze the critical path of women in coping with situations of violence in the city of Santa Maria/Rio Grande do Sul, Brazil, in these women's perspective. It has as settings the Women's Police Station (DEAM) and the institutional care service for women in situations of violence, named Casa Abrigo (Shelter House). The "talking map" creativity and sensitivity technique was used in conjunction with the in-depth interview to analyze the critical path of 12 women in situations of violence. The driving factors of the critical path of women in coping with situations of violence were related to their knowledge about the DEAM's assistance, their perceptions about the experience of different types of violence, the fact that they can no longer stand the violence and that they worry about their children, as well as the support of their family, of the ex-husband or ex-partner's relatives and of their female friends. The decisions executed and actions taken by the women included reporting the aggressor, requesting a restraining order, seeking help from the guardianship council and family members, getting back together with the aggressor and leaving home. There is a need to strengthen the decision-making process of women in situations of violence in order to break the silence and the situation of violence. For this purpose, it is urgent to broaden the information and knowledge of women about where and how to seek help, through access to clear and precise information in all places that compose the assistance network for these women.

Keywords: Violence, violence against women, abused women, critical path, qualitative research, Brazil.

Introduction

Violence against women is considered a serious public health problem and a violation of human rights (García-Moreno et al., 2015). It presents high prevalence, and one in three women in the world has been exposed to physical or sexual violence at some point in their lives (World Health Organization [WHO], 2013). It is mainly perpetrated by their current or former partners (Basar & Demirci, 2018; Barros et al., 2016; Chowdhury et al., 2018; Navarro-Mantas, Velásquez, Lemus, & Megías, 2018; Saffari et al., 2017). Violence against

women has its sources in gender, an integral element of social relations based on gender differences, and gives meaning to the power relations established between men and women (Scott, 1995), which legitimize violence against them.

There is evidence that violence against women impacts their health and well-being. These impacts include medical or behavioral and psychiatric problems (Barnawi, 2017), such as depression (Barchi, Winter, Dougherty, & Ramaphane, 2018; Barros et al., 2016; Kachaeva & Shport, 2017; Damra, & Abujilban, 2018; Kotan, Kotan, Yalvaç, & Demir, 2017), conversion disorder and other somatoform disorders (Kotan et al., 2017), in addition to anxiety, low self-esteem, post-traumatic stress disorder, drug abuse (Kachaeva & Shport, 2017) and risk of suicide (Barchi et al., 2018; Kavak, Aktürk, Özdemir, & Gültekin, 2018). Furthermore, women who experience violence are more likely to have low birth-weight children, are twice as likely to have an abortion, 1.5 times more likely to get HIV infection and 2.3 times more likely to use alcohol (WHO, 2013). Evidence also indicates that violence against women has been resulting in lower well-being and suffering of their children (Barnawi, 2017; Bui, Hoang, & Le, 2018).

In spite of these impacts, there are reasons that lead women in situations of violence to remain in the relationship with the aggressor. Among these reasons there is the naturalization of violence (Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013), shame (Dutra, Prates, Nakamura, & Villela, 2013; Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013), fear of retaliation from the aggressor (Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013; Meneghel, Mueller, Collaziol, & Quadros, 2013), financial dependency (Presser, Meneghel, & Hennington, 2008), belief about the importance of the partner in child rearing (Dutra et al., 2013; Frías, 2013), for loving the partner and believing that he will review his attitudes regarding the perpetration of violence (Dutra et al., 2013). On the other hand, when women decide to break this cycle of violence, they desire to

resume their plans, to have their rights to life, freedom, peace and safety guaranteed (Vieira, Padoin, Oliveira, & Paula, 2012).

With this decision, the critical path begins, a set of actions implemented by women when seeking support in their social networks and in the services, breaking the silence and making the situation public. Thus, this is the theoretical framework of support of this investigation. This path presents elements that relate to the women's perceptions, their actions and decisions in the search for coping with the situation of violence. The path also presents elements related to the social responses found regarding the family and community context as well as the institutional one (Sagot, 2000; Shrader & Sagot, 2000). Therefore, this study aims to analyze the critical path of women in coping with the situations of violence in the city of Santa Maria/Rio Grande do Sul, Brazil, in the perspective of these women.

Method

Design, location and period

Qualitative research based on art mediated by the use of artistic production as a way of access to the human experience (Mcniff, 2007; McNiff, 2009), especially when the object of study is a sensitive subject (Fraga, 2016). It was developed in the city of Santa Maria/Rio Grande do Sul, Brazil, in the period from August to December 2017. It had as settings the Women's Police Station (DEAM) and the institutional assistance service for women in situations of violence called Casa Abrigo (Shelter House).

The DEAM is a specialized unit of the Civil Police to assist women in situations of violence. Its actions focus on prevention, verification, investigation and legal adjustment of situations of violence perpetrated against women (Brazil, 2010). The Shelter Houses, in turn, are places that offer safe housing and protection, in a temporary and secretive manner, to

women at imminent risk of life due to domestic violence, whether or not accompanied by their children (Brazil, 2011).

Sample and participants

Twelve women in situations of violence participated in the study. The inclusion criteria were: being aged between 18 and 59 and having accessed a service in the municipality due to the situation of violence.

General outline of the study

The following figure synthetizes the steps for the execution of the study (Figure 1).

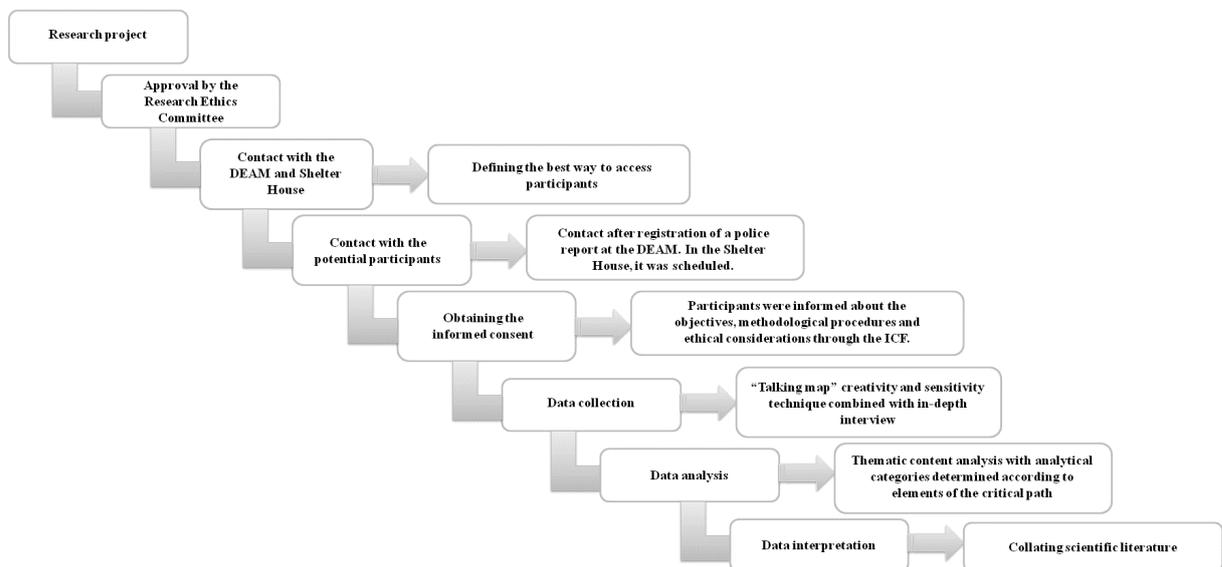


Figure 1. General outline of the study.

Data collection

For the data collection, the “talking map” creativity and sensitivity technique, developed with women in situations of violence, was used, coupled with the in-depth interview. This technique allows the visualization of the spatial and social dimension of the participants' experience through the graphic design of the places where people circulate (Ferreira & Pereira, 2013; Gauthier, Cabral, Santos, & Tavares, 1998; Groleau & Cabral, 2009; Mcniff, 2004). It associates technical-scientific knowledge, art, creativity and

sensibility, in a simple and recreational manner (Ferreira & Pereira, 2013). Five moments were employed for its application, described below.

Moment 1: cordially receiving the participants and forwarding to a reserved place set up for the research. At the DEAM, this moment occurred after they had registered the police report, and at the Shelter House, it was scheduled and held at the place where the participants were living. After this initial contact, the researcher presented the research objectives, methodological procedures and ethical considerations, by reading and explaining the Informed Consent Form (ICF). The women who agreed to participate in the study signed the form in two copies, one staying with the participant and the other with the researcher.

Moment 2: explanation about the creativity and sensitivity technique. Then, the material needed for its development was provided (paper sheets, craft paper, crayons, markers and ballpoint pens).

Moment 3: production of the “talking map” by the participants. The women were invited to represent through drawings or words the path taken, as well as the people and resources (institutions, services, organizations, neighborhoods) they had sought to cope with the situation of violence. That way, women were able to highlight in the artistic production the places and people that were or are part of the journey of their experience (Cabral & Morais, 2015), describing their relationships with the social environment, with people or with institutions (Ferreira & Pereira, 2013). In the moment of production of the talking map, the researcher sought not to interrupt the participants, letting them produce it freely.

Moment 4: the participants were invited to talk about their production. This moment can be considered one of the most delicate, because during the presentation of the production, the women were reliving the situation of violence, which triggered their feelings, which were sometimes expressed through crying. In these cases, the researcher tried to calm the women,

offered a glass of water and asked them about the continuity of the activity. Still during the presentation, some women were remembering elements that they could add to the artistic production, which they did. It should be noted that none of the women who ended up crying wanted to interrupt their participation in the research.

Moment 5: it involved the in-depth interview, in which the woman was encouraged to talk openly about the subject through questions related to the critical path referential, contemplating the discussion generated by the talking map.

Data analysis

The data were systematized and analyzed through content analysis (Minayo, 2014), which was developed in three phases. These phases were concomitant with the field stage, which allowed the conclusion of data collection when the internal logic of the object of study was understood (Minayo, 2017). The phases of the data analysis are described below.

1) Data organization and pre-analysis: literal transcription of the interviews in a text editor, composing the research corpus for in-depth analysis. Afterwards, the recordings were listened and the text was skimmed, which comprised the first contact with the empirical material, making the initial impressions emerge. The empirical material was imported to the MAXqda software version 2018. The sequence of detailed readings was performed, whereby the excerpts of the participants' speeches were systematized into categories established based on the critical path referential. The focus of this analysis was the driving factors and decisions/actions taken.

2) Investigation of the material: clipping common information present in the transcribed material that had been codified at the end of the previous phase. The cores of meaning were enumerated, referring to words, phrases and expressions that give meaning to the content of the material and support the analytical categories. Finally, the cores of meaning were grouped for the constitution of two categories.

3) Treatment of results obtained and interpretation: proposition of inferences and interpretations about the results according to the objective of the study.

Ethical considerations

In order to guarantee anonymity, the participants were identified through the letter W for Women, followed by the ordinal number according to the sequence of participation in the research (e.g. W1, W2...W12). The field stage was recorded (audio) with the consent of the women, with an average duration of 40 minutes. The Institution's Human Research Ethics Committee approved the study, and the recommendations of Resolution No. 466/2012, which regulates research on human beings in Brazil (Brazil, 2012), were met.

Results

Regarding the participants, ages ranged from 21 to 56 years (average 34.9). The color information was self-declared, being mostly white (n = 9), followed by brown (n = 3). All of them had children. As for the profession/occupation, two women were cleaners (n = 2), two were housewives (n = 2), two were unemployed (n = 2) and the others were: pensioner, manicure, recyclable materials collector, administrative assistant, cleaning assistant and surgical technologist. Regarding their education, complete high school prevailed (n = 5), which means 12 years of study, followed by incomplete elementary school (n = 3), incomplete high school (n = 2), complete elementary school (n = 1), and Technical Course (n = 1). Concerning the situation of violence, the women informed the marital status, the aggressor and the typification of the violence (Table 1).

Table 1

Alphanumeric representation of participants, age, marital status, relationship with the aggressor and typification of violence

Participant	Age	Marital Status	Aggressor	Typification of violence
W1	53	Separated	Ex-partner	Physical, psychological and moral violence
W2	52	Has a partner	Current partner	Physical, psychological, moral and patrimonial violence
W3	41	Separated	Ex-husband	Physical, psychological and moral violence
W4	24	Separated	Partner's siblings	Physical and psychological violence
W5	28	Separated	Ex-husband	Physical and psychological violence
W6	42	Has a partner	Current partner	Psychological, moral and patrimonial violence
W7	35	Has a partner	Current partner	Physical, psychological and moral violence
W8	22	Has a partner	Current partner	Physical, psychological and moral violence
W9	26	Separated	Ex-husband	Physical, psychological, moral and patrimonial violence
W10	35	Separated	Ex-husband	Psychological and moral violence
W11	36	Separated	Ex-husband	Physical, psychological, moral and patrimonial violence
W12	21	Separated	Ex-husband	Physical, psychological, moral and patrimonial violence

From the cores of meaning, the categories were configured based on the dimensions of the critical path referential (Sagot, 2000; Shrader & Sagot, 2000). They are represented in the explanatory scheme below, which includes the driving factors, the decisions made and the actions taken, which are the dimensions that this study contemplated (Figure 2).

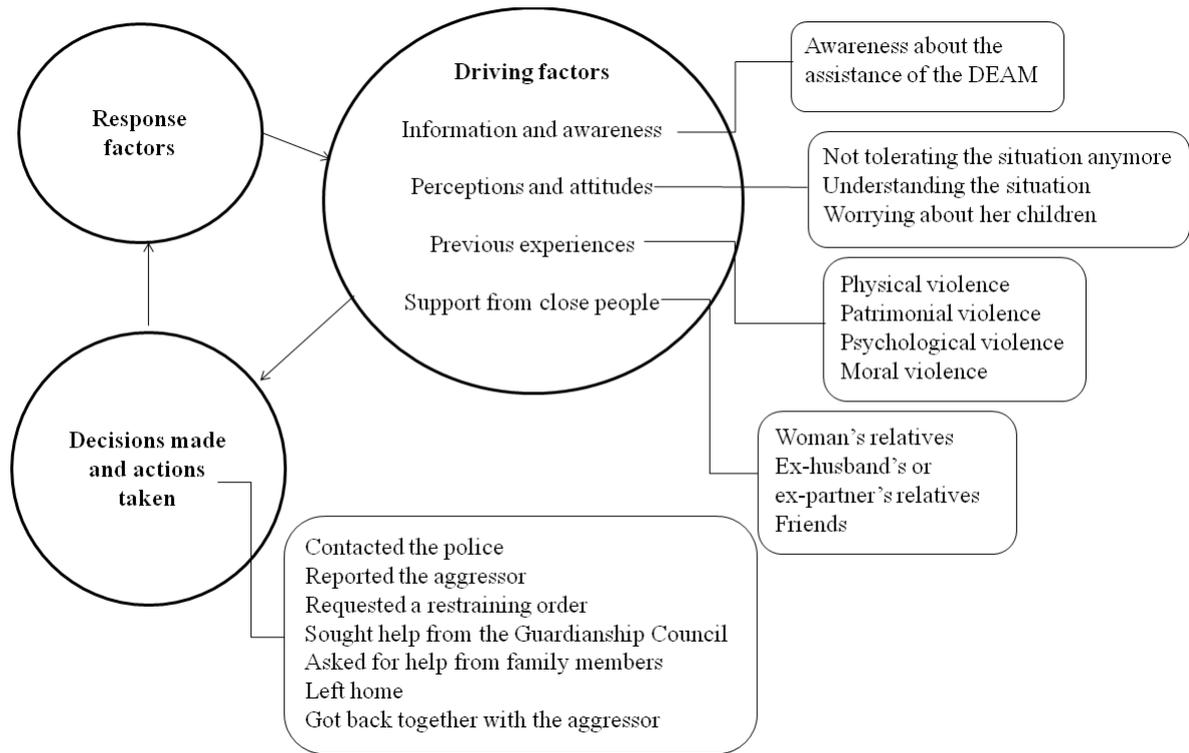


Figure 2. Scheme of the process of analysis of the driving factors, decisions made and actions taken of the critical path applied to the study.

Source: Adapted from “A rota crítica da violência intrafamiliar em países Latino-Americanos” of M. Sagot, 2007, *Rotas Críticas: mulheres enfrentando a violência*, p. 27.

Driving factors of the critical path of women in situations of violence

In this category, the driving factors of the critical path of the women in situations of violence emerged in their speech. They were related to the awareness of the women about the assistance of the DEAM, to the women’s perceptions regarding the experience of different types of violence, to the fact that they could no longer tolerate the violence and that they worried about their children, as well as to the support from their family members, from the ex-partner’s or ex-husband’s relatives and from friends (Table 2).

Table 2

Illustrations of the statements that presented thematic convergence with the driving factors of the critical path and alphanumeric representation of the participants.

Information and awareness
<i>[...] through studies we see that at the police station [DEAM] there’s this assistance, of safety and protection. (W3)</i>
<i>[...] I already knew how it worked here [DEAM], by hearing about it. (W8)</i>

Perceptions and attitudes

[...] I couldn't take it anymore [violence] (W11)

[...] I don't deserve this [violence]. There comes a point that we have to stop suffering, because I suffered a lot from it. (W8)

[...] I didn't want to accept what was happening, didn't want to open my eyes. I was blind, thinking that it [violence] was a temporary thing, that it would change, get better with time. (W6)

I can't give this example to my son. [...] living with him [partner] knowing that he uses drugs, and yet I accept him at home, it's going to be a huge example to my thirteen-year-old son, who is entering adolescence. (W5)

Previous experiences

[...] started hitting me, hitting me. Threw me on the mud, hurt me a lot, arms, stomach. (W1)

My husband was imprisoned [...] then he would call from there [prison] and his siblings would beat me up [...] before it was just punches and kicks. This time it was more serious because it was with a brick. There are still marks here [pointing at one arm and face]. (W4)

Yesterday morning he threatened me with a handgun. [...] said that if I didn't stay with him he would set fire to the house with me and the kids [children] inside. (W5)

He would drink, come home and break everything. [...] things started to disappear from my house [...] my situation was horrible, I had no water, no electricity [...] the neighbors lent me water, and sometimes helped me getting food for the kids. [...] because the little I could get, he would steal [...] he was selling everything I had in my house. (W6)

There were some things [the aggressions] like him covering my mouth, pushing me. Then it was starting to get rougher. He got to the extreme last night, tried to strangle me. I thought I was going to die in front of my daughters [...] (W8)

[...] I couldn't live, I didn't have a job, I couldn't do anything. Only inside the house [...] I was depressed, I didn't believe in myself anymore, found myself ugly. He ruined me. (W9)

Called me a whore [...] he called me every offensive thing you can think of. That I went out to cheat on him, that I'm no good [...] a lot of offenses. (W10)

He set fire to my stuff, tore up my clothes [...] said that other men would only use me [...] that another man wouldn't accept me with my kid [...] I want to work, he doesn't let me. (W12)

Support from close people

[...] my girlfriends. (W3)

I'm more likely to talk to my sister. My sister knows everything [...] my grandmother is not blood-related to me, but I count on her a lot. (W5)

This was my ground for me to get here [drawing the sister and mother]. (W8)

[...] my son is my friend to talk to. (W10)

[...] his mother is in my favor. She went to the courthouse with me to tell me that she's on my side. (W11)

Decisions made and actions taken

In this category, the decisions made and actions taken on the critical for coping with situations of violence emerged in the participants' speech. Such actions included the report against the aggressor, the request for a restraining order, seeking help from the Guardianship Council and from family members, getting back together with the aggressor and leaving home

(Table 3).

Table 3

Illustrations of the statements that presented thematic convergence with the decisions made and actions taken on the critical path and alphanumeric representation of the participants.

Decisions made and actions taken
<i>When he hit me, I crawled out and called the police [State Police]. (W1)</i>
<i>I made a police report again. [...] (W3)</i>
<i>I made the report and requested the restraining order [...] he went to work, I packed my bags. I called my father and he went to pick me up. (W9)</i>
<i>[...] I went to the (guardian) counselor, asked her to get me a place to stay. (W4)</i>
<i>[After registering the police report] I went to my son's and stayed many days there. (W2)</i>
<i>My mom still gets a bit distrusting [...] it's quite complicated because she knows the whole story and she thinks that the bad one is the story is me, that I'm the one who is no good. (W9)</i>
<i>[...] talking here, talking there, we decide to continue together, because of [name of the couple's daughter], since she is really attached to her father. (W5)</i>
<i>I ended up going back, I asked to get back together with him hoping that something would get better, believing that wouldn't happen anymore [...] and it did. (W7)</i>

Discussion

One of the driving factors of the path of the women in situations of violence was their awareness about the assistance provided at the DEAM. This may be related to women's understanding that violence is a problem whose scope is restricted to the police and security sector, as well as to the greater dissemination of the assistance of specialized police stations in the Brazilian media. Studies performed in Peru (Cripe et al., 2015) and in Bangladesh (Parvin, Sultana, & Naved, 2016) have shown that many women do not seek help due to the absence of information about the legal resources available to help (Parvin et al., 2016) them protect themselves and their children os (Cripe et al., 2015). This indicates the need for information about services to be made available, so that women can access different sectors such as health, justice and social assistance.

In this study, the moment in which the women decided to start the trajectory of facing the situation of violence occurred for several reasons, such as no longer enduring

experiencing such situation, realizing that the relationship with their husband and/or partner is permeated by violence, worrying about their children and previously experiencing various types of violence.

In accordance with these findings, studies have shown that women made the decision to seek help at referral centers in two Brazilian municipalities when the aggressions worsened, because the situation had become intolerable (Albuquerque Netto, Moura, Fernandes e Silva, Penna, & Pereira, 2015; Baragatti, Carlos, Leitão, Ferriani, & Silva, 2018), or because an extreme situation had occurred, such as attempted suicide of their children (Baragatti et al., 2018). These facts were fundamental for them to begin the trajectory of coping with the situation, added to the need to realize that they are experiencing it (Dutra et al., 2013; Meneghel et al., 2011), since they do not always see themselves as the object of violence (Virkki, 2015), or do not recognize that violence is a problem in the relationship with the partner (Cripe et al., 2015).

In the face of these aspects, we understand that, to begin the trajectory, women need to recognize that the situation of violence is a serious problem and affects their rights as human beings. It is important to note that this process is complex, since many women live with violence in the family context since they were children, when the father assaults the mother, for example, and thus they naturalize this situation in the relationship established with the abuser. In this regard, a study pointed out that the acceptance of violence represented the main reason why women did not seek help (Parvin et al., 2016).

Although women suffer from the various types of violence, many of them only begin the trajectory of confrontation when violence intensifies in terms of frequency and severity, losing the status of something natural (Frías, & Agoff, 2015). In addition, severe physical violence increases the probability of women reporting violence and seeking help in comparison to women who are not severely beaten (Parvin et al., 2016).

Another driving factor of the women's trajectory was the fact that violence also began to affect their children, converging with results of other studies (Ellsberg, Winkvist, Peña, & Stenlund, 2001; Presser et al., 2008). When women have children, the probability of seeking help to cope with the situation increases (Parvin et al., 2016) due to the concern about them (Ellsberg et al., 2001; Fanslow & Robinson, 2010).

In this study, the previous experiences of women were related to the experience of physical, patrimonial, psychological and moral violence. There was predominance of women who experienced physical, psychological and moral violence (n=4); followed by women who experienced physical, psychological, moral and patrimonial violence (n=4); physical and psychological violence (n=2); psychological, moral and patrimonial violence (n=1); and psychological and moral violence (n=1). Based on that, it is possible to infer that the aggressor, in general, perpetrates different forms of violence simultaneously. In national and international studies (Basar & Demirci, 2018; Fernández-González, Calvete, & Orue, 2017; Kotan et al., 2017; Saffari et al., 2017; Santos et al., 2017), physical and psychological violence are the most prevalent. Additionally, the partner and ex-partner are mainly responsible for such violence (Araújo et al., 2017; Barros et al., 2016; Basar & Demirci, 2018; Chowdhury et al., 2018; Navarro-Mantas et al., 2018; Saffari et al., 2017). These facts can be confirmed by the present investigation, in which the abusers were the partner (n=7), followed by the ex-partner and the partner's siblings (n=1).

Because the situation happens at a domestic (private) level, there is a common sense that "no one should poke their nose into a husband-and-wife fight," which conveys the idea that the woman could solve the situation on her own. In this respect, many women tend to remain alone and vulnerable until an acute episode of violence occurs, from which they can start seeking help in institutions or get shelter through family or friends (Albuquerque Netto, Moura, Queiroz, Leite, & Fernandes e Silva, 2017). They are motivated by the search for

protection for themselves and their children (Vieira, Souza, Tocantins, & Pina-Roche, 2015) and do so within their social network to break the situation of violence.

Along these lines, the support of people close to the women was a factor that drove them to seek help in coping with violence. This shows the need for professionals who assist these women to recognize in their social networks who could be a source of support, so that they can be contacted and prepared to provide such support. In this study, the family members of the woman (mother, sister, grandmother and son), relatives of the ex-husband/ex-partner (mother) and friends stood out. Such actors were also mentioned in other investigations as a source of support for women to start seeking help (Barrett, & St. Pierre, 2011; Dutra et al., 2013; Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013; Fugate, Landis, Riordan, Naureckas, & Engel, 2005; Meneghel et al., 2011; Moe, 2007; Montero, Martín-Baena, Escribà-Agüir, Vives-Cases, & Ruiz-Pérez, 2015; Santi, Nakano, & Lettiere, 2010; Silva, Araújo, Valongueiro, & Ludermir, 2012).

These are the members of the women's social network whose bond is stronger, and consequently are mostly sought by women searching for help (Vieira et al., 2015). A study has found that the main support received by women in coping with violence was from their offspring, followed by the support of their mother, friends and sisters, and women considered them to be the most significant (Baragatti et al., 2018). Such support from family and friends tends to empower and encourage women, prompting them to break the situation of violence (Cripe et al., 2015; Gomes, Diniz, Reis, & Erdmann, 2015). However, the social isolation resulting from the violent relationship with the partner can impose obstacles, which restricts the number of people to be sought, and consequently impairs the trajectory of facing violence. It means that isolation and a weakened social network can hinder the beginning of the path.

On the other hand, studies indicate that some family members encourage women to stay in the violent relationship or claim they do not want to be involved in the situation (Cripe

et al., 2015). In addition, they often do not recognize the situations reported by women as violent or even underestimate those (Baragatti et al., 2018). Thus, it is clear that whilst a family can be the point of support, it can also be detrimental to coping with violence. Therefore, it is essential that the professional can identify the sources of support that the woman needs, recognizing which member of their family or social support network will be one of these sources.

Regarding the actions taken, the women reported that they called the police, made the complaint against the aggressor, requested a restraining order, sought help from the Guardianship Council, asked for help from family members, left home and some returned to live with the aggressor.

Seeking help from the police (Baragatti et al., 2018; Ellsberg et al., 2001; Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013; Moe, 2007; Montero et al., 2012; Silva et al., 2012), filing a complaint and a request for a restraining order (Baragatti et al., 2018; Meneghel et al., 2011; Meneghel et al., 2013; Moe, 2007; Montero et al., 2015; Presser et al., 2008; Silva et al., 2012; Vieira et al., 2015), as well as seeking help in social assistance services (Baragatti et al., 2018; Moe, 2007; Vieira et al., 2015) are reported. These are decisions and actions taken by women in investigations developed in Nicaragua (Ellsberg et al., 2001), New Zealand (Fanslow & Robinson, 2010), Mexico (Frías, 2013), the United States (Moe, 2007), Spain (Montero et al., 2012) and in Brazil in different states such as Recife (Silva et al., 2012), São Paulo (Baragatti et al., 2018) and Rio Grande do Sul (Meneghel et al., 2011; Meneghel et al., 2013; Presser et al., 2008; Vieira et al., 2015). This shows the worldwide extent of the situation of violence and, especially, that the women's trajectory can be generalized, since the data found are convergent.

The search for help in the family is recurrent in investigations (Barrett, & St. Pierre, 2011; Dutra et al., 2013; Fanslow & Robinson, 2010; Frías, 2013; Meneghel et al., 2011;

Montero et al., 2012; Montero et al., 2015; Santi et al., 2010; Silva et al., 2012); however, often women do not find empathy and solidarity (Meneghel et al., 2011). The parents often believe that the woman is wrong and make her return to living with the aggressor, an attitude based on hierarchical sexual patterns, from which the woman is sometimes considered deserving of violence (Santi et al., 2010). In addition, there is an intra-family transmission of social values and norms that determine women's submission and the naturalization of violence (Frías, & Agoff, 2015).

Seeking help is an action that can take years to be executed, given the factors already mentioned that lead women to stay in the relationship with the abuser. A study from Turkey points out that, of 163 women who suffered violence by their partner, only 10.4% asked for help from a person or institution (Kotan et al., 2017), which reinforces the difficulty of women to start the path.

Such difficulty can make women return to living with the abuser, having as excuses the attachment of the children to their father and the hope that violence will not happen again. Other issues include believing in the change of behavior of the aggressor (Silva, Costa, Colomé, & Silva, 2013), lack of financial resources, threats from the aggressor and feelings of guilt and loneliness (Moe, 2007). There are also women who claim that they love the abuser (Moe, 2007; Silva et al., 2012) and that they wish for the wellbeing of their family and children (Fanslow & Robinson, 2010; Silva et al., 2012). In face of this situation, women should be informed that at any time they can review their decision and look for positive answers in any of the services that compose the protection network for women in situations of violence, without the fear of being judged by professionals who are there to meet their demands for health, safety, justice and social assistance.

The limitation of the present research is related to the inclusion of only two services in which the women sought help, where they were contacted. The study was completed with a

small sample group, so for the results to be generalized, these issues must be taken into account.

Conclusion

We understand that the main trigger for women to seek help lies in the need to recognize that they are in an abusive and violent relationship. This implies the possibility of developing educational programs or actions in school institutions since childhood, for girls and boys, in order to denaturalize violence in the domestic sphere. Thus, the actions would focus on the prevention of new situations of violence.

To strengthen the decision-making process of women in situations of violence, they are going to need support to break the silence and the situation. To this end, it is urgent to broaden women's information and awareness about where and how to seek help, through access to clear and accurate information in all places that compose the assistance network for these women.

While in the school environment actions can be a public policy of prevention, within the services of justice, security, social assistance and health, the process of women's empowerment can become part of the daily clinical practice and of public policies with a view to the integrality of assistance to health and gender.

References

Albuquerque Netto, L., Moura, M.A.V., Fernandes e Silva, G., Penna, L.H.G., & Pereira, A.L.F. (2015). Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36 (spe), 135-142. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.54361

Albuquerque Netto, L., Moura, M.A.V., Queiroz, A.B.A., Leite, F.M.C., & Fernandes e Silva, G. (2017). Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Escola Anna Nery*, 21 (1), e20170007. doi: 10.5935/1414-8145.20170007

Araújo, P.C., Garbin, A.J.I., Arcieri, R.M., Roviada, T.A.S., Reatto, D., & Garbin, C.A.S.

(2017). Violência contra a mulher: levantamento de casos registrados em uma Comisaría del Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Ciências de la Salud*, 15 (2), 203-210. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5756

Baragatti, D.I., Carlos, D.M., Leitão, M.N.C., Ferriani, M.G.C., & Silva, E.M. (2018). Critical path of women in situations of intimate partner violence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3025. doi: 10.1590/1518-8345.2414.3025

Barchi, F., Winter, S., Dougherty, D., & Ramaphane, P. (2018). Intimate partner violence against women in northwestern Botswana: the maun women's study. *Violence Against Women*, 24 (16), 1909-1927. doi: 10.1177/1077801218755976

Barnawi, F.H. (2017). Prevalence and risk factors of domestic violence against women attending a primary care center in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 32 (8), 1171-1186. doi: 10.1177/0886260515587669

Barros, E.N., Silva M.A., Falbo Neto G.H., Lucena S.G., Ponzio, L., & Pimentel, A.P. (2016). Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (2), 591-598. doi: 10.1590/1413-81232015212.10672015

Barrett, B.J., & St. Pierre, M. (2011). Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. *Violence Against Women*, 17 (1), 47-70. doi: 10.1177/1077801210394273

Basar, F., Demirci, N. (2018). Domestic violence against women in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34 (3), 660-665. doi: 10.12669/pjms.343.15139

Brasil. (2010). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às mulheres – DEAMs. Edição Atualizada – 2010. Retrieved from <https://assets-compromissoeatitude-ipc.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/MJ-2010-Norma-Tecnica-Padronizacao-DEAMs.pdf>

Brasil. (2011). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência*. Brasília, DF. Retrieved from <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia>

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Retrieved from <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Bui, Q.N., Hoang, T.X., & Le, N.T.V. (2018). The effect of domestic violence against women on child welfare in Vietnam. *Children and Youth Services Review*, 94, 709-719. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.09.024

Cabral, I.E., & Moraes, J.R.M.M. (2015). Family caregivers articulating the social network of

a child with special health care needs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (6), 769-76, 2015. doi: 10.1590/0034-7167.2015680612i

Chowdhury, M.A.K., Rahman, A.E., Morium, S., Hasan, M.M., Bhuiyan, A., & Arifeen, S.E. (2018). Domestic violence against women in urban slums of Bangladesh: a cross-sectional survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-15. doi: 10.1177/0886260518791235

Cripe, S.M., Espinoza, D., Rondon, M.B., Jimenez, M.L., Sanchez, E.,...Williams MA. (2015). Preferences for intervention among Peruvian women in intimate partner violence relationships. *Hispanic Health Care International*, 13 (1), 27-37. doi: 10.1891/1540-4153.13.1.27.

Damra, J.K., & Abujilban, S. (2018). Violence against women and its consequences on women's reproductive health and depression: a Jordanian sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-17. doi: 10.1177/0886260518770649

Dutra, M.L., Prates, P.L., Nakamura, E., & Villela, W.V. (2013). A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (5), 1293-1304. doi: 10.1590/S1413-81232013000500014

Ellsberg, M.C., Winkvist, A., Peña, R., & Stenlund, H. (2001). Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 547-555. doi: 10.1136/jech.55.8.547

Fanslow, J.L., & Robinson, E.M. (2010). Help-Seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (5), 929-951. doi: 10.1177/0886260509336963

Fernández-González, L., Calvete, E., & Orue, I. (2017). Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, 26 (1), 9-17. doi: 10.1016/j.psi.2016.10.001

Ferreira, A.L., & Pereira, M.F.W. (2013). O mapa falante como instrumento do processo ensino-aprendizado do aluno de medicina. *Revista de Pediatria SOPERJ*, 12 (14), 29-32. Retrieved from http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=631

Fraga, S. 2016. Methodological and ethical challenges in violence research. *Porto Biomedical Journal*, 1 (2), 77-80. doi: 10.1016/j.pbj.2016.04.005

Frías, S.M. (2013). Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*, 19 (1), 24-49. doi: 10.1177/1077801212475334

Frías, S.M., & Agoff, M.C. (2015). Between support and vulnerability: examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. *Journal of Family Violence*, 30 (3), 277-291. doi: 10.1007/s10896-015-9677-y

Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S., & Engel, B. (2005). Barriers to domestic violence help seeking: implications for intervention. *Violence Against Women*, 11 (3), 290-

310. doi: 10.1177/1077801204271959

García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., ... Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*, 385 (9978), 1685-1695. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61830-4

Gauthier, J.H.M., Cabral, I.E., Santos, I., & Tavares, C.M.M. (1998). Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Gomes, N.P., Diniz, N.M.F., Reis, L.A., & Erdmann, A.L. (2015). The social network for confronting conjugal violence: representations of women who experience this health issue. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24 (2), 316-324. doi: 10.1590/0104-07072015002140012

Groleau, D., & Cabral, I.E. (2009). Reconfiguring insufficient breastmilk as a sociosomatic problem: mothers of premature babies using the kangaroo method in Brazil. *Maternal and Child Nutrition*, 5 (1), 10-24. doi: 10.1111/j.1740-8709.2008.00151.x

Kachaeva, M., & Shport, S. (2017). Psychological and psychiatric consequences of violence against Women. *European Psychiatry*, 41, S904. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1851

Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., & Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (4), 574–579. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.016

Kotan, Z., Kotan, V.O., Yalvaç, H.D., & Demir, S. (2017). Association of domestic violence against women with sociodemographic factors, clinical features, and dissociative symptoms in patients who receive services from psychiatric outpatient units in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-21. 2017. doi: 10.1177/0886260517703372

Mcniff, S. (2004). Research in New Keys. *The Journal of Pedagogy, Pluralism and Practice*, 3 (1), 1-7. Retrieved from <https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1218&context=jppp>

Mcniff, S. (2007). Art Based Research. In: Knowles, J.G., Cole, A.R. *Handbook of the Arts in Qualitative Research: perspectives, methodologies, examples, and issues*. United States of America: Sage publications.

Mcniff, S. (2009). Art Based Research. *Chapter: the emergency of a new vision of research*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Meneghel, S.N., Bairros, F., Mueller, B., Monteiro, D., Oliveira, L.P., Collaziol, M.E. (2011). Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27 (4), 743-752. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400013

Meneghel, S.N., Mueller, B., Collaziol, M.E., & Quadros, M.M. (2013). Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (3), 691-700. doi: 10.1590/S1413-81232013000300015

Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed.

São Paulo, SP: Hucitec.

Minayo, M.C.S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5 (7), 1-12. Retrieved from <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>

Moe, A.M. (2007). Silenced voices and structured survival: battered women's help seeking. *Violence Against Women*, 13 (7), 676-699. doi: 10.1177/1077801207302041

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M., Martín-Baena, D., & Peiró, R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (4), 352-358. doi: 10.1136/jech.2009.105759

Montero, I., Martín-Baena, D., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., & Ruiz-Pérez, I. (2015). Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending Primary Care in Spain. *Journal of Family Violence*, 30 (4), 453-460. doi: 10.1007/s10896-015-9684-z

Navarro-Mantas, L., Velásquez, M.J., Lemus, S., & Megías, J.L. (2018). Prevalence and sociodemographic predictors of intimate partner violence against women in El Salvador. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-27. doi: 10.1177/0886260518779065

Parvin, K., Sultana, N., & Naved, R.T. (2016). Disclosure and help seeking behavior of women exposed to physical spousal violence in Dhaka slums. *BMC Public Health*, 16 (383), 1-8, 2016. doi: 10.1186/s12889-016-3060-7

Presser, A.D., Meneghel, S.N., & Hennington, É.A. (2008). Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saúde e Sociedade*, 17 (3), 126-137. doi: 10.1590/S0104-12902008000300013

Saffari, M., Arslan, S.A., Yekaninejad, M.S., Pakpour, A.H., Zaben, F.A., & Koenig, H.G. (2017). Factors associated with domestic violence against women in Iran: an exploratory multicenter community-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-16. doi: 10.1177/0886260517713224

Sagot, M. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Retrieved from <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>

Sagot, M. (2007). A rota crítica da violência intrafamiliar em países Latino-Americanos. In: Meneghel, S.N. (Org.). *Rotas Críticas: mulheres enfrentando a violência*. 1. ed. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos.

Santi, L.N., Nakano, A.M.S., & Lettiere, A. (2010). Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19 (3), 417-424. doi: 10.1590/S0104-07072010000300002

Santos, D.F., Castro, D.S., Lima, E.F.A., Albuquerque Neto, L., Moura, M.A.V., & Leite, F.M.C. (2017). The women's perception on the violence experienced. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9 (1), 193-199. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.193-199

Scott, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. (1995). *Educação & Realidade*, 20 (2), 71-99. Retrieved from <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>

Shrader, E., Sagot, M. (2000). *Domestic Violence: Women's Way Out*. Retrieved from <http://www1.paho.org/english/hdp/hdw/womenswayout.pdf>

Silva, R.A., Araújo, T.V.B., Valongueiro, S., & Ludermir, A.B. (2012). Facing violence by intimate partner: the experience of women in an urban area of Northeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 46 (6), 1014-1022. doi: 10.1590/S0034-89102013005000007

Silva, E.B., Costa, M.C., Colomé, I.C.S., & Silva, D.S. (2013). Violence against women by intimate partners - experiences of this offense and motivations for accusation. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12 (2), 307-314. doi: 10.4025/ciencucuidaude.v12i2.16461

Vieira, L.B., Padoin, S.M.M., Oliveira, I.E.S., & Paula, C.C. (2012). Intentionalities of women who decide to denounce situations of violence. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (3), 423-429. doi: 10.1590/S0103-21002012000300016

Vieira, L.B., Souza, I.E.O., Tocantins, F.R., & Pina-Roche, F. (2015). Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (5), 865-873. doi: 10.1590/0104-1169.0457.2625

Virkki, T. (2015). Social and health care professionals' views on responsible agency in the process of ending intimate partner violence. *Violence Against Women*, 21 (6), 712-733. doi: 10.1177/1077801215577213

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=F0B2F121FE991C1A6B0124218AC6686B?sequence=1

DISCUSSÃO

*“Não é o que você faz, mas quanto amor
você dedica no que faz que realmente
importa”.*

(Madre Tereza de Calcutá)

6 DISCUSSÃO

Este capítulo sintetiza a análise apreendida acerca da rota crítica de mulheres em situação de violência (Figura 10) e apresenta inferências acerca de possíveis caminhos para a qualificação da atenção as mulheres.

Neste estudo, essa rota foi impulsionada especialmente pelo reconhecimento de que estavam vivendo uma situação de violência, por não estarem mais conseguindo suportar e pela preocupação com os filhos, pois em alguns casos a violência também estava os atingindo. Diante disso, é importante o desenvolvimento de ações, na mídia ou nos próprios serviços (individual ou coletivamente), que deem visibilidade as diferentes formas de violência que podem ser perpetradas contra as mulheres, de modo que estas comecem a perceber que se trata de um problema inaceitável para o qual devem buscar ajuda e apoio em diferentes serviços, não se restringindo ao setor policial e de segurança.

Esta rota também foi impulsionada pelo apoio de pessoas próximas, dentre as quais, familiares da mulher e do ex-marido/ex-companheiro, companheiro atual e amigas. Nesse sentido, o apoio de pessoas próximas mostrou-se fundamental na rota das mulheres, para que conseguissem procurar ajuda em serviços e instituições. Apoiar as mulheres mostrando que não estão sós nesta trajetória de busca de ajuda, caracterizada por algumas delas como longa, foi fundamental para que seguissem adiante no enfrentamento da situação de violência.

No que tange aos fatores de resposta relacionados à disponibilidade e qualidade dos serviços destacaram-se como aspectos positivos o acolhimento e informações recebidos na DEAM. Nesta direção, salienta-se a continuidade do acolhimento nesta delegacia e que este seja realizado de modo contínuo por psicólogos. Também, que as informações as mulheres sigam sendo repassadas com exatidão e de forma com que estas compreendem. Especialmente para aquelas mulheres que possuem dúvidas sobre qual a decisão a tomar frente à situação. Neste estudo, as informações repassadas nesta delegacia muitas vezes foram decisivas na tomada de decisão por dar continuidade ao enfrentamento da situação.

Como aspectos negativos da disponibilidade e qualidade dos serviços o destaque se dá para a inexistência de rede de atenção, falta de conhecimento sobre os demais serviços, ausência de privacidade e horário limitado de atendimento, e ausência de atendimento psicológico as mulheres em situação de violência. Diante

destes resultados, é importante que os profissionais conheçam as atribuições e competências dos diferentes serviços que atendem mulheres em situação de violência para que possam realizar encaminhamentos efetivos. Essa necessidade começou a ser atendida no Fórum de enfrentamento à violência por parceiro íntimo contra as mulheres do município que tem como proposta realizar reuniões mensais descentralizadas a fim de que seus membros conheçam os demais serviços da rede.

E que a rede de atenção às mulheres em situação de violência no município realmente se constitua, mediante comunicação e articulação entre os serviços e profissionais destes. Que o horário de atendimento da delegacia especializada seja ampliado conforme preconizado e que sejam disponibilizados espaços que garantam a privacidade e segurança das mulheres no momento de obter informações e registrar o boletim de ocorrência. Ainda, que o atendimento psicológico às mulheres seja realizado pelo CRAS e CREAS como prevê a normatização destes centros.

Quanto aos fatores de resposta relacionados às representações sociais de servidores de serviços e comunidade consideradas positivas ressalta-se a compreensão sobre a relevância da organização de um fluxo de atendimento as mulheres em situação de violência. Diante de tal representação, que o fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência de Santa Maria – RS construído por profissionais e gestores em tese anterior do grupo de pesquisa possa ser empregado na prática dos serviços e instituições, norteados as suas ações. Sob este aspecto há um movimento para atender a demanda de utilização deste fluxograma e trabalho na perspectiva da rede de atenção.

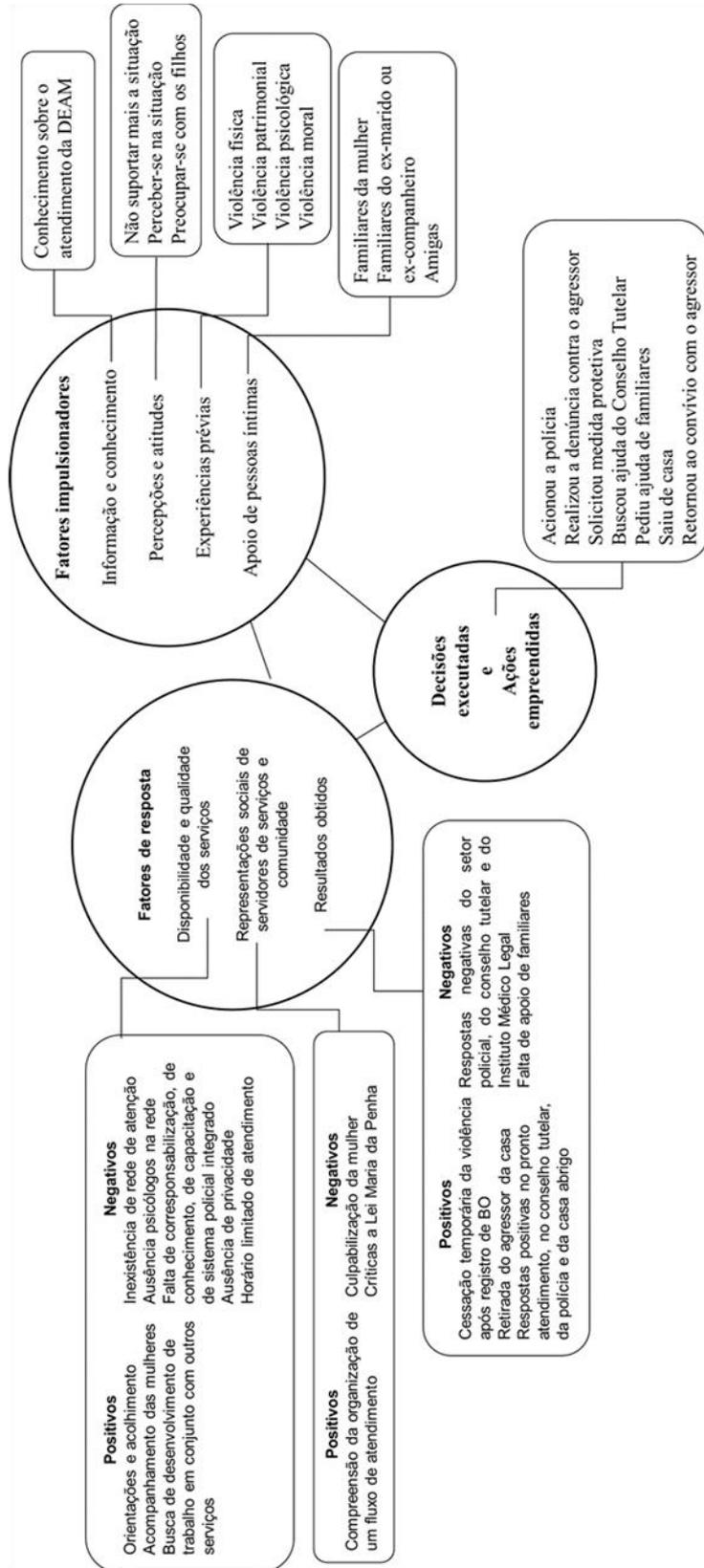
Quanto às representações negativas, destacam-se a culpabilização das mulheres quando retiram o boletim de ocorrência registrado anteriormente contra o agressor e as críticas a alterações da Lei Maria da Penha, a qual prevê que o atendimento nas DEAM's seja realizado preferencialmente por mulheres. É necessário que os profissionais se sensibilizem com a situação das mulheres que vivenciam a violência, que compreendam as suas dúvidas e medos que as levam a retirar a denúncia. Que diante das fragilidades destas mulheres possam as motivar para que consigam superar a situação e buscar viver uma vida sem violência. E que nas delegacias especializadas e também nas delegacias comuns, as mulheres possam, sempre que possível, ser atendidas por mulheres, como a lei preconiza, de modo que se sintam mais seguras e livres para relatar sua situação, anseios, angústias e medos e solicitar ajuda.

No que se refere aos fatores de resposta relacionados aos resultados obtidos considerados positivos destacam-se resultados positivos do setor policial, como acompanhamento da mulher para a retirada de pertences de suas casas e orientações, além da retirada do agressor da casa. E da casa abrigo, que além de ofertar as mulheres o necessário para sua sobrevivência e dos filhos, lhe encaminhavam a serviços de saúde. Nesta direção, aponta-se a importância de que estas ações tenham continuidade e tornem-se ações institucionalizadas nos serviços e não ações individuais desenvolvidas por um profissional específico.

Os resultados obtidos negativos ressaltam a postura não acolhedora do setor policial e a falta de apoio de familiares. Diante disso, indica-se que sejam disponibilizados espaços de reflexão e capacitação no âmbito policial, para a discussão do acolhimento, escuta ativa, não culpabilização, fundamentais para o atendimento de mulheres em situação de violência. No que tange a falta de apoio da família, indica-se a importância de que os familiares sejam mais sensíveis à situação das mulheres, compreendendo que a violência não pode ser naturalizada dentro de suas famílias.

Quanto às decisões executadas e ações empreendidas pelas mulheres em sua rota crítica, destacam-se a denúncia contra o agressor na DEAM e/ou DPPA, sendo esta última acessada apenas nos horários em que a delegacia especializada se encontrava fechada. E a retirada do boletim de ocorrência e o retorno ao convívio com o agressor. Quanto a estas ações, indica-se a importância de os serviços, instituições, familiares ou amigos darem suporte as mulheres para que estas não vejam como opção única a retirada do boletim de ocorrência e retomada do relacionamento. Que a estas mulheres sejam proporcionados espaços de escuta, informações e possibilidades de geração de emprego e renda para que não retomem o relacionamento por dependência financeira. E que aos agressores também seja proporcionado atendimento, para que nos casos em que o relacionamento é retomado as mulheres não venham a sofrer novas agressões.

Figura 22 - Esquema da compreensão da rota crítica aplicado ao estudo



Fonte: autora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O conhecimento nos faz responsáveis”.

(Che Guevara)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo, cujo objetivo foi analisar a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria - RS, na perspectiva destas mulheres revelou que estas percorreram múltiplas rotas no enfrentamento da violência. Estas rotas são marcadas por idas e vindas aos serviços, por avanços e retrocessos, por sofrimento, dores, humilhação, e em sua maioria, com pouco apoio familiar, institucional e comunitário.

As contribuições do estudo são no sentido de reforçar a premência de estruturação da rede de atenção às mulheres em situação de violência no município. Ao serem apresentados os resultados deste estudo aos profissionais e gestão dos serviços cenário do estudo, tem-se a possibilidade de proporcionar a reflexão destes atores, os quais poderão repensar sobre suas práticas cotidianas na atenção a estas mulheres, bem como propor a melhoria de políticas públicas para o enfrentamento e prevenção da violência contra as mulheres.

A técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante demonstrou-se uma técnica profícua de geração de dados com as mulheres em situação de violência, haja vista que este se trata de um tema sensível na pesquisa. Através do desenho (arte) as mulheres conseguiram representar a rota percorrida na busca de ajuda, assim como as pessoas e serviços nos quais buscaram no enfrentamento da situação de violência. A partir desta representação foi possível desenvolver a entrevista em profundidade. Ressalta-se que o desenvolvimento apenas de uma entrevista não possibilitaria alcançar os resultados deste estudo, visto que a arte mobiliza as memórias das mulheres, que conforme foram representando a sua rota, foram lembrando-se de acontecimentos e pessoas que talvez apenas na entrevista não citariam.

Uma importante contribuição deste estudo se refere a possibilidade de adequação/atualização do diagrama da rota crítica, visto que este aponta que o início da rota crítica das mulheres se trata do momento em que estas decidem romper o silêncio, contando a alguém sobre a situação de violência vivenciada. Mediante os resultados do estudo em tela sugere-se que o início da rota seja considerado como o reconhecimento da situação de violência, pois apenas quando as mulheres compreendem que o relacionamento que estão mantendo com o agressor é permeado pela violência irão conseguir tomar uma decisão, seja expor

situação a algum familiar, amigo, no trabalho ou buscando ajuda em algum serviço ou instituição.

Neste estudo, uma das limitações pode se relacionar ao fato de que as participantes foram apenas mulheres. Contudo, esta opção se deu pelo fato de que a maioria dos estudos que utilizam o marco conceitual da rota crítica foram desenvolvidos também com outros participantes como os profissionais. Nesta perspectiva, identificou-se a necessidade de dar voz às mulheres em situação de violência. Outra limitação se refere ao estudo ter sido desenvolvido em um único município, com um número pequeno de mulheres, as quais foram captadas majoritariamente na DEAM, a qual esteve em greve por alguns intervalos de tempo durante o período de geração dos dados.

Como implicações para a pesquisa, sugere-se que mais investigações sejam desenvolvidas, principalmente no campo da Enfermagem e da Saúde, empregando o marco conceitual da rota crítica, visto que este apresenta fatores diversos que permitem compreender as várias facetas da rota/caminho/trajetória das mulheres no enfrentamento de situações de violência, tanto na perspectiva de mulheres, quanto de profissionais e da comunidade em geral. Na revisão integrativa que compõe a fundamentação teórica da tese, foram encontrados poucos estudos que efetivamente empregaram o marco conceitual da rota crítica. Em contrapartida, a maioria discute sobre os elementos que fazem parte dessa rota, no entanto não se apropriam deste marco conceitual.

Ainda quanto à pesquisa, sugere-se que sejam desenvolvidos estudos de intervenção a exemplo da pesquisa convergente assistencial, visto que já existem investigações acerca da problemática da violência contra as mulheres no município, cujos resultados dão subsídios para esta proposta. Através de estudos desta natureza poderão ser mediadas mudanças na prática com vistas a melhoria da atenção das mulheres em situação de violência no município.

No que tange ao ensino, reforça-se a necessidade de consolidação de espaços formativos que possibilitem a discussão da violência contra as mulheres de modo interdisciplinar, haja vista que este problema é complexo e multifacetado. E, portanto, construir conhecimento interdisciplinarmente é o caminho para a prevenção, assistência e enfrentamento do problema no âmbito de uma rede de atenção as mulheres que vivenciam as situações de violência.

Na extensão, seria importante a criação de espaços de discussão do problema junto aos profissionais, comunidade e as mulheres em situação de violência, problematizando este tema e debatendo possibilidades de prevenção e enfrentamento do mesmo a partir de diferentes olhares.

Por fim, a tese em que esta investigação se sustenta é a de que:

A rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência inicia quando reconhecem essa vivência como insuportável, sendo impulsionadas principalmente pelo agravamento da violência. As suas decisões e ações são influenciadas pelas informações e acolhimento recebidos pelos profissionais no âmbito institucional e pelo apoio recebido de amigos e familiares. O investimento em qualificação de recursos humanos e a comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção a essas mulheres irão proporcionar respostas positivas dos profissionais e serviços.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ARBOIT J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03207, 2017.

ARBOIT, J. **Concepções e ações de profissionais da saúde para atenção em rede às mulheres em situação de violência**. 2016. 167 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

ARBOIT, J. et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: interfaces de gênero na concepção de agentes comunitários de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n.2, p. 1067-74, 2015.

ARBOIT, J. **Violência doméstica contra mulheres rurais na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde**. 2014. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

BARAGATTI, D.Y. et al. Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 26, n. e3025, p. 1-9, 2018.

BRASIL. **Atribuições das Promotorias de Justiça Especiais Criminais e de Defesa da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar** (Resolução do Conselho Superior nº 090, de 14 de setembro de 2009). 2009a.

BRASIL. Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003. **Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher**. 2003c.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - **Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio**, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução, n.66/2012 - Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comissões. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra Mulher**. Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Perguntas e Respostas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. Proteção Social Básica. **Orientações Técnicas**. Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. – 1. ed. – Brasília: 2009b.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. **Relatório 2017**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASIL. Portaria Ministério da Saúde nº 1.271, 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Balanco Ligue 180: uma década de conquistas**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015a.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres** – DEAMs. 2010.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às mulheres** – DEAMs. Edição Atualizada. 2010.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Balanço 1º Semestre/2016**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência**. Brasília, DF, 2011d.

BRASIL. Senado Federal/DataSenado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2015b.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº10.778, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BUI, Q. N.; HOANG, T. X.; LE, N. T.V. "The effect of domestic violence against women on child welfare in Vietnam," **Children and Youth Services Review**, Elsevier, v. 94(C), p. 709-719, 2018.

CABRAL, I.C.; NEVES, E.T. **Pesquisar com o método criativo e sensível na enfermagem**: fundamentos teóricos e aplicabilidade. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1ed. Porto Alegre: Moriá, p. 325- 350. 2016.

CABRAL, I.E., MORAES, J.R.M.M. Family caregivers articulating the social network of a child with special health care needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p.769-76, 2015.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violence against women: theoretical reflections. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 950-56, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2012. 82 p

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. Belém/PA (Brasil): Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 1994.

CORTES, L. F. et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde. **Rev. Rene**, v. 11, n. 4, p. 143-153, 2010.

CORTES, L.F. **Articulação do atendimento em rede para mulheres em situação de violência**. 2017. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2017.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; BERBEL, N.A.N. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 471-476, 2018.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M; KINALSKI, D. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. Esp., e2016-0056, 2016.

COUTO, V. A. et al . Intersetorialidade e ações de combate à violência contra a mulher. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 26, n. 2, e45859, 2018.

CREMONESE, L. et al. Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4 p. e20170088, 2017.

CRIFE, S. M., et al. Preferences for intervention among Peruvian women in intimate partner violence relationships. **Hispanic Health Care International**, v. 13, n. 1, p. 27-37, 2015.

DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. **DATASUS**. 2014.

d'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 4, p. 1037-50, 2009.

DUTRA, M.L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

FERRARI, G. et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. **Glob Health Action**, v. 15, n. 7, 2014.

FERREIRA, A.L.; PEREIRA, M.F.W. O mapa falante como instrumento do processo ensino-aprendizado do aluno de medicina. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 12, n. 14, p. 29-32, 2013.

FONSECA, D. H., RIBEIRO, C. G., & LEAL, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, 24(2), 307-314.

FOWLER, G.; AUSTOKER J. SCREENING. In: DETELS, R.; HOLLAND, W. W.; McEWEN, J.; OMENN, G. S. **Oxford Textbook of Public Health**. New York: Oxford University Press; 1997. p. 1583-1599.

FRAGA, S. Methodological and ethical challenges in violence research. **Porto Biomedical Journal**. 2016.

GARCÍA-MORENO, C. et al. Addressing violence against women: a call to action. **Lancet**, v. 385, p. 1685-95, 2015a.

GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567–79, 2015b.

GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GEHLEN, R.G.S. et al. Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: estudo de caso. **Ciencia y Enfermeria**, v. 24, n. 8, p. 1-12, 2018.

GOMES, N.P. et al. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n.4, 377-84, 2013.

GROLEAU, D.; CABRAL, I.E. Reconfiguring insufficient breastmilk as a sociosomatic problem: mothers of premature babies using the kangaroo method in Brazil. **Matern Child Nutr**, v. 5, n. 1, p. 10-24, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações Completas**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431690&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 30 Nov. 2016.

IPEA. **Atlas da Violência 2019**. Org. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=19873 Acesso em: 28 Set. 2016.

KAVAK, F. et al. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, n. 4, p. 574–579, 2018.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, Dez. 2007.

LUCCHESI, P.T.R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. Patrícia T.R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Vargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

LUCENA, K.D.T. et al . Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1111-21, 2012.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, C. X. **Necessidades de saúde de familiares de crianças com leucemia: conversas e metáforas no itinerário de cuidados**. 2017. 206 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MCNIFF, S. **Art Based Research**. Chapter: the emergency of a new vision of research London: Jessica Kingsley Publishers, 2009.

MCNIFF, S. **Art Based Research**. In: KNOWLES, J.G., COLE, A.R. Handbook of the Arts in Qualitative Research: perspectives, methodologies, examples, and issues. United States of America: Sage publications. 2007.

MCNIFF, S. Research in New Keys. **The Journal of Pedagogy, Pluralism and Practice**, v. 3, n. 1, 2004.

MENDONÇA, M.F.S., LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 32, p. 1-8, 2017.

MENEGHEL et al., Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 743-53, 2011.

MENEGHEL SN. HIRAKATA VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.3, p. 564-74, 2011.

MENEGHEL, S. N. et al . Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 691-700, Mar. 2013 .

MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. **Violência Intrafamiliar e de gênero – o caminho das mulheres no enfrentamento ao sofrimento**. 2005.

MENEGHEL, S.N. et al. Femicide: narratives of gender crimes. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.17, n.46, p.523-33, 2013.

MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, E.A. **A rota crítica das mulheres no Brasil: aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo**. In: S.N. Meneghel (Org.), Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência (p. 51-61). São Leopoldo: Unisinos. 2007.

MENEZES, P.R.M.M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778-86, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 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: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M.S.C. Violência: um velho-novo desafio para a atenção á saúde. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 1-9, 2004.

MONTEIRO, V. **A imagem do álcool na vida dos adolescentes e sua relação com a prática educativa - dialógica da enfermeira**. 1999. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

NICKY, B. **Entrevistas qualitativas**. In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. POPE, C.; MAYS, N. Tradução de Fajardo, A. P. Porto Alegre: Artmed. 2009.

OLIVEIRA, A. K. C. M. C. **Histórico, produção e aplicabilidade da Lei Maria da Penha**: Lei nº 11.340/2006. 2011. 121 f. Monografia (Especialização em Processo legislativo) – Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2011.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-382, Jun, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Suíça: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PINTO, G. **Mulheres no Brasil**: esboço analítico de um plano de políticas públicas para mulheres. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 22 de Set de 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. Postos de saúde. 2019a. Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. Postos de saúde. 2019b. Disponível em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/smasc/>>

PRESSER, A.D.; MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, É.A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 126-37, 2008.

RAFAEL, R.M.R; MOURA, A.T.M.S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 287-90, 2013.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, v.3, n.1, p. 52-59, 2011.

RODRIGUEZ-BORREGO, M. A.; VAQUERO-ABELLAN, M.; ROSA, L.B. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses" suffering abuse by their partners. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 11-18, 2012.

SAGOT M. The Critical Path of women affected by family violence in Latin America. **Violence Against Women.**, v. 11, n. 10, p. 1292-1318, 2005.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. Washington, DC: Organización Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2000.

SAGOT, M.; SHRADER, E. **La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar**. Protocolo de investigación. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPAS), 1998.

SAGOT, Montserrat. **A rota crítica da violência intrafamiliar em países Latino-Americanos**. In: MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). Rotas Críticas: mulheres enfrentando a violência. 1. ed. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.

SANTI, L.N., NAKANO, A.M.S., & LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 417-424, 2010.

SANTOS, A.C.W.; MORÉ, C.L.O.O. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 2, p. 220-35, 2011b.

SANTOS, A.C.W.; MORÉ, C.L.O.O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, v. 21, n. 49, p. 227-35, 2011a.

SCHRAIBER, LB. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-54. 2012.

SHRADER, E.; SAGOT, M. **Domestic Violence: Women's Way Out**. Pan American Health Organization; 2000.

SILVA, C.M.O.G. **Violência contra as mulheres**: a Lei Maria da Penha e suas implicações jurídicas e sociais em Dourados – MS. 2010. 182 p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2010.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 427-34, 2010.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Women in situations of violence: limits of assistance. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 20, n. 1, p. 249-58, 2015.

SILVA, M.C.M.V. **Rota Crítica: os (des) caminhos trilhados por mulheres em situação de violência doméstica na busca por ajuda.** 2008. 214 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVEIRA, L.P. **Serviços de Atendimento a mulheres vítimas de violência.** In: DINIZ, S., SILVEIRA, L. e MIRIM, L. (org.). Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

SIMMONS, S.B.; KNIGHT, K.E.; MENARD, S. Consequences of intimate partner violence on substance use and depression for women and men. **J Fam Viol.**, v. 30, n. 3, p. 351-61, 2015.

SOARES, J.S.F.; LOPES, M.J.M. Experiences of women in situation of violence seeking care in the health sector and in the intersectoral network. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, T.M.C.; FARIA J.S. Descrição dos serviços de psicologia em Delegacias Especializadas de Atendimento às mulheres no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 253-65, 2017.

TAQUETTE, S. et al. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 128 p.

TUMELERO, S.M. **Intersectorialidade nas políticas públicas.** In: SEMINÁRIO NACIONAL SOCIOLOGIA & POLÍTICA. Universidade Federal do Paraná - UFPR, 26 a 28 de setembro de 2011.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

UFSM. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM: estrutura e apresentação /** Universidade Federal de Santa Maria, Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora da UFSM. – Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015. 88 p.

UFSM. Projeto de Pesquisa: **Situações de vulnerabilidade à violência contra as mulheres profissionais do sexo: discutindo a luz do referencial de gênero.** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA: Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, 2011.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, L.B. et al . Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 3, p. 423-29, 2012.

VIEIRA, L.B. et al. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 865-73, 2015.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.S.M.; PAULA, C.C. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Cienc Cuid Saúde**, v. 9, n. 2, p. 383-89, 2010.

VILLELA, W.V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113-23, 2011.

VIRKKI T. Social and health care professionals' views on responsible agency in the process of ending intimate partner violence. **Violence Against Women**, v. 21, n. 6, p. 712-33, 2015.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres. CEBELA. FLASCO/Brasil. 2012.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015**. Atualização: Homicídios de Mulheres no Brasil. CEBELA. FLASCO/Brasil. 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS.

Pesquisador responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Pesquisadora Doutoranda: Enf^a. Jaqueline Arboit

Data: _____ Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Local: _____ Profissional (is) observado (s): _____

Aspectos a serem observados:

Evento observado.

População atendida.

Tipo de atendimento/ação realizada.

Existência de atendimento de mulheres em situação de violência.

Tipo de atendimento/ação realizada com mulheres em situação de violência.

Realização de encaminhamentos para outros serviços.

Tipo de encaminhamento realizado.

Orientações dadas às mulheres.

Recursos humanos e materiais empregados na realização de atendimentos/ações/encaminhamentos.

APÊNDICE B – ROTEIRO DA TÉCNICA DE CRIATIVIDADE E SENSIBILIDADE MAPA FALANTE CONJUGADA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

A. Caracterização das mulheres

1. Iniciais do nome:
2. Idade:
3. Raça/Cor/Etnia:
4. Profissão/Ocupação:
5. Escolaridade:

B. Mapa Falante: Represente por meio de um desenho ou com palavras o caminho percorrido, bem como as pessoas e os recursos (instituições, serviços, organizações, vizinhanças) que você buscou/tem buscado para enfrentar a situação de violência.

C. Possíveis questões para a entrevista em profundidade

1. Quais as pessoas e os recursos que você tem buscado para enfrentar as situações de violência?
2. Quais as facilidades e dificuldades encontradas nesta trajetória? 3. O que motivou você a sair da situação de violência?
3. Quais as suas percepções acerca da ajuda encontrada?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 3220-8938; Av. Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadora Doutoranda: Enf^a. Jaqueline Arboit

Local da coleta de dados: Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Casa Abrigo.

Eu, Jaqueline Arboit, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, a convidamos para participar como voluntário do estudo intitulado **Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS.**

Esta pesquisa tem como objetivo geral pretende analisar a rota crítica de mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero, na perspectiva destas mulheres. Como objetivos específicos: a) Conhecer os aspectos facilitadores e limitadores que as mulheres em situação de violência de gênero encontram na rota crítica para o enfrentamento desta situação; b) Mapear as ações empreendidas pelas mulheres na busca por ajuda para o enfrentamento da situação de violência; c) Descrever as percepções das mulheres acerca da ajuda encontrada; e d) Descrever as respostas dadas pelos profissionais às mulheres em situação de violência de gênero. Para sua realização você participará de uma técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade.

Esta técnica busca com que você represente por meio de um desenho ou com palavras o caminho percorrido, bem como as pessoas e os recursos (instituições, serviços, organizações, vizinhanças) que buscou ou tem buscado para enfrentar a situação de violência. Os dados serão gravados em áudio, e posteriormente transcritos para serem analisados e usados no presente estudo.

Quanto aos riscos, entende-se que a participação nesse estudo não apresenta nenhum risco físico, no entanto as questões geradoras da técnica conjugada a entrevista poderão mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos relacionados à dimensão emocional, pelo fato de que as participantes irão refletir sobre o seu cotidiano. No entanto, a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários dentro do próprio serviço no caso da atenção hospitalar, e no âmbito da Secretaria de Município de Saúde em se tratando dos demais cenários.

Os benefícios desta investigação serão indiretos, e consistem em dar maior visibilidade ao tema da violência contra as mulheres e para o conhecimento acerca da rota crítica no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria - RS. Ainda, os dados gerados fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Você não terá nenhum gasto relacionado à sua participação na pesquisa, os quais serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Após ser esclarecida sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma. É importante que você compreenda que assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra M, por ser a letra inicial da palavra mulher, seguida de um número ordinal que corresponde a sequência de sua participação na pesquisa (ex. M1, M2...). Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Tese para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada **Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS**, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informada, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Santa Maria _____, de _____ de 201_

Nome e Assinatura do participante voluntário

Pesquisador responsável

Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Dd^a. Pesquisadora

Enf^a. Jaqueline Arboit

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: CEP.ufsm@gmail.com

APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem

Pesquisador responsável: Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 3220-8938; Av. Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Pesquisadora Doutoranda: Enf^a. Jaqueline Arboit

Local da coleta de dados: Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Casa Abrigo.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de observação não participante assistemática individual e técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade. A observação não participante assistemática individual será desenvolvida nos serviços escolhidos como cenário, os quais atendem mulheres em situação de violência: Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, Equipe de Matriciamento em Violência Sexual do Hospital Universitário de Santa Maria, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social e Casa Abrigo. O local de realização da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante conjugada a entrevista em profundidade será estabelecido posteriormente, mediante pactuações com os serviços e disponibilidade das mulheres, respeitando os aspectos éticos da pesquisa. Os dados das observações serão registrados por escrito em diário de campo e da técnica de criatividade e sensibilidade mapa falante e entrevistas em profundidade serão gravados em áudio, e posteriormente transcritos para serem analisados e usados no presente estudo. As informações serão utilizadas para execução da presente pesquisa, para a construção de um banco de dados para possíveis releituras com outros referenciais de análise e para desdobramentos da pesquisa.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf^a. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal e chaveado por um período

de cinco anos, na UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala nº 1336, localizada no terceiro andar do Centro de Ciências da Saúde, CEP: 97105-900, Santa Maria – RS. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, dede 201....

Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, JOÃO DA SILVA CHAVES, abaixo assinado, Secretário de Município de Desenvolvimento Social, da qual fazem parte os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e a Casa Abrigo para mulheres em situação de violência, ambos localizados no município de Santa Maria – RS, AUTORIZO a realização do estudo Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria – RS nestes serviços. O estudo será conduzido pelas pesquisadoras Prof. Doutora Stela Maris de Mello Padoin – Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e Jaqueline Arboit – Enf. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

Fui informado, pelas responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas nas instituições as quais represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Santa Maria, 30 de Maio de 2017.


João Chaves
Secretário de Município
Desenvolvimento Social

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO À MULHER

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Delegada Débora Dias, abaixo assinada, responsável pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), autorizo a realização do estudo **Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria - RS**, a ser conduzido pelas pesquisadoras Prof. Doutora Stela Maris de Mello Padoin – Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM e Jaqueline Arboit – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

Fui informada, pelas responsáveis do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, dispondo de infra-estrutura para o desenvolvimento desta.

Data: Santa Maria, 09 de Junho de 2017.

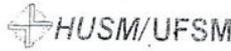


Débora Dias

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO EQUIPE DE MATRICIAMENTO EM VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

JAQUELINE • ARBOITTO@HOTMAIL.COM



Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 085/2017 Data: 07/07/2017

Pesquisador(a): Stela Maria de Melo Padoin Função: Docente Pesquisadora Responsável
 SIAPE: 2093128 Telefone: 55999713143 Unidade/Curso: CCS1 DPGEN/F
 E-mail: stela.maria - padoin@hotmail.com
 Título: Rede Brasileira de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria - RS

TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional
 FINALIDADE: () TCC () Especialização () Mestrado Doutorado () Pós-Doutorado
 () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros
 Qual programa? Programa de Pós-graduação em Enfermagem
 TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (*Strito Sensu*) () Pré-Clinica Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T
 () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV
 - Multicêntrico: Não () Sim, qual?
 - Período Execução: Ano (Início): 2017, Ano (Término): 2018
 FONTE(S) DE FINANCIAMENTO: () Edital Interno do HUSM () Edital Interno UFMS, qual(is)? _____ () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outro(s), qual(is)? _____

GRUPO DE PESQUISA: () Não Sim, qual? GP-PEFAS
 OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Stela Maria de Melo Padoin
 Pesquisador(a) responsável

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

1) SETORIAL:

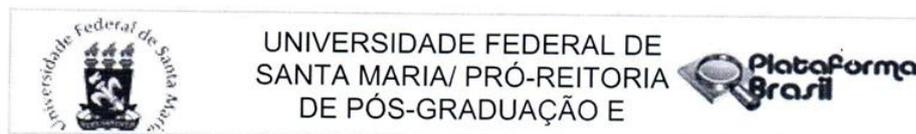
Sectores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>SVE</u>	() Sim () Não	<u>[Assinatura]</u>
<u>Equipe de Matriciamento VS</u>	() Sim () Não	<u>[Assinatura]</u> <small>Enfª Prófª Drª Virginia Rusato COREN 36184</small>
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	
	() Sim () Não	

2) COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: Aprovado! Data: 1/1/17

3) GEP/HUSM ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): [Assinatura] Data: 19/7/17

ATENÇÃO: A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFMS e entrega do parecer conclusivo encaminhado na GEP/HUSM.

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ROTA CRÍTICA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO EM SANTA MARIA - RS

Pesquisador: Stela Maris de Mello Padoin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70087817.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.194.550

Apresentação do Projeto:

O projeto de tese de doutorado em análise intitula-se "Rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero em Santa Maria -RS", vinculado ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS).

A problemática da pesquisa refere-se a indagação sobre "qual a trajetória percorrida por mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria – RS na perspectiva de mulheres e profissionais".

Para isso, refere a pesquisadora que a abordagem de caráter qualitativo, sob o emprego de três diferentes técnicas para a coleta de dados (observação participante nos serviços cenário deste estudo; um grupo com mulheres em situação de violência tendo em vista desenvolver a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Mapa Falante e um grupo com profissionais tendo em vista o desenvolvimento da dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Almanaque) será desenvolvida a partir dos serviços sobre a temática no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS-HUSM); Pronto Atendimento Municipal (PAM); Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Delegacia Especializada

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

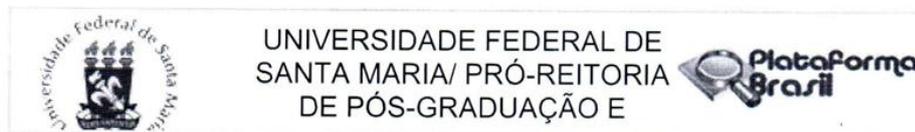
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.194.550

em Atendimento à Mulher (DEAM) e Casa Abrigo. Os participantes serão mulheres em situação de violência e profissionais que integram os serviços cenário do estudo. A análise dos dados será realizada mediante a análise de discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: "Espera-se com os resultados deste estudo contribuir para a melhoria da atenção a saúde as mulheres em situação de violência de gênero no município, uma vez que mediante a descrição da trajetória percorrida por estas mulheres virão à tona quais os pontos dessa rota que necessitam rever a atenção que está sendo prestada."

Objetivos específicos: "a) Conhecer os aspectos facilitadores e limitadores que as mulheres em situação de violência de gênero encontram em sua trajetória;

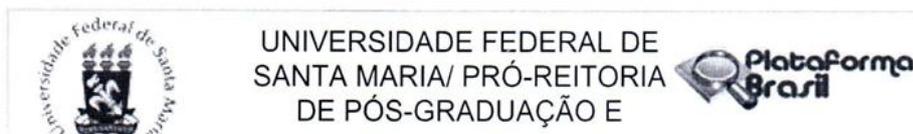
- b) Identificar as ações empreendidas pelas mulheres na busca por ajuda;
- c) Descrever as percepções das mulheres acerca da ajuda encontrada;
- d) Conhecer os sentidos que os profissionais atribuem à violência de gênero;
- e) Descrever as experiências dos profissionais na atenção às mulheres em situação de violência de gênero.
- f) Descrever as respostas dadas pelos profissionais às mulheres em situação de violência."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Quanto aos riscos, entende-se que a participação nesse estudo não apresenta nenhum risco físico, no entanto as questões geradoras das DCS poderão mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional, pelo fato de que os participantes irão refletir sobre o seu cotidiano. No entanto, a pesquisadora estará disponível para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários dentro do próprio serviço no caso da atenção hospitalar, e no âmbito da Secretaria de Município de Saúde em se tratando dos demais cenários."

Benefícios: "Os benefícios desta investigação serão indiretos, e consistem em dar maior visibilidade ao tema da violência contra as mulheres e para o conhecimento acerca da trajetória percorrida por mulheres no enfrentamento das situações de violência de gênero no município de Santa Maria - RS. Ainda, os dados gerados fornecerão subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.194.550

sobre essa temática."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos necessários foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_937235.pdf	23/07/2017 21:39:31		Aceito
Outros	autorizacaohusm.pdf	23/07/2017 21:32:34	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Outros	autorizacaopam.pdf	23/07/2017 21:32:02	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Outros	confidencialidade.docx	23/07/2017 21:26:11	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/07/2017 21:25:35	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	23/07/2017 21:25:17	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

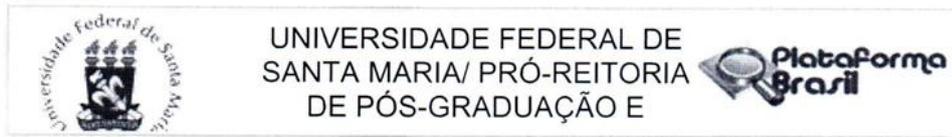
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.194.550

Outros	Autorizacaodelegacia.pdf	22/06/2017 09:30:04	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	22/06/2017 09:28:47	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Outros	registro.pdf	06/06/2017 13:02:56	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	auto.pdf	06/06/2017 13:02:13	Stela Maris de Mello Padoin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 31 de Julho de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO E – FOTOS DO SEMINÁRIO PELA PAZ EM CASA: TECENDO REDES NO ENFRENTAMENTO À VIOLENCIA CONTRA AS MULHERES



