

Violência por parceiro íntimo e resiliência em mulheres da Amazônia ocidental brasileira

Intimate partner violence and resilience in women from the western Brazilian Amazon
Violencia del compañero íntimo y resiliencia en mujeres de la Amazonía occidental brasileña

Vivian Victoria Vivanco Valenzuela¹  <https://orcid.org/0000-0003-0486-8168>

Luciano Magalhães Vitorino²  <https://orcid.org/0000-0003-1023-8488>

Edwin Vivanco Valenzuela³  <https://orcid.org/0000-0002-5540-6273>

Lucila Amaral Carneiro Vianna⁴  <https://orcid.org/0000-0001-6284-8152>

Como citar:

Valenzuela WV, Vitorino LM, Valenzuela EV, Vianna LA. Violência por parceiro íntimo e resiliência em mulheres da Amazônia ocidental brasileira. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0199345.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00199345>



Descritores

Violência por parceiro íntimo; Violência contra a mulher; Resiliência psicológica; Atenção primária à saúde; Prevalência

Keywords

Intimate partner violence; Violence against women; Resilience, psychological; Primary health care; Prevalence

Descriptores

Violencia de pareja; Violencia contra la mujer; Resiliencia psicológica; Atención primaria de salud; Prevalencia

Submetido

28 de Julho de 2020

Aceito

21 de Junho de 2021

Autor correspondente

Vivian Victoria Vivanco Valenzuela
E-mail: wwwivian@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Ana Lúcia de Moraes Horta
(<https://orcid.org/0000-0001-5643-3321>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, identificar o fator predominante da resiliência, verificar se a violência por parceiro íntimo influencia na resiliência.

Métodos: Pesquisa epidemiológica analítica transversal com 291 mulheres entre 18 e 59 anos, usuárias da Atenção Primária à Saúde, no período de abril a julho de 2018 em um município da Amazônia ocidental brasileira. Instrumentos: questionário socioeconômico; rastreador de violência validado por Schraiber e col.; escala de resiliência validada por Pesce e col.

Resultados: Prevalência de violência nos últimos 12 meses: 53,3%. A maior concentração de participantes foi no Fator I da resiliência com 55% das participantes. Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis da violência física e resiliência ($p=0,023$).

Conclusão: Mais da metade das participantes sofreu violência por parceiro íntimo, principalmente a violência psicológica, seguida da física e da sexual. Predominou nas participantes o Fator resiliente I de perseverança, disciplina, bom humor e empatia. A violência física influenciou negativamente no desenvolvimento da autoconfiança e capacidade de adaptação, tornando estas mulheres menos flexíveis às mudanças, mais dependentes e com menos autoconfiança.

Abstract

Objective: To verify the prevalence of violence against women perpetrated by the intimate partner, to identify the predominant factor of resilience, to verify whether intimate partner violence influences resilience.

Methods: Cross-sectional analytical epidemiological research with a total of 291 women between 18 and 59 years old, users of Primary Health Care, from April to July 2018 in a city in the western Brazilian Amazon. Instruments: socioeconomic questionnaire; violence tracker validated by Schraiber et al.; resilience scale validated by Pesce et al.

Results: Prevalence of violence in the last 12 months: 53.3%. The highest concentration of participants was in Factor I of resilience with 55% of participants. There is a statistically significant relationship between the variables of physical violence and resilience ($p=0.023$).

Conclusion: More than half of the participants suffered intimate partner violence, mainly psychological violence, followed by physical and sexual violence. The Resilient Factor of perseverance I, discipline, good humor and empathy predominated in the participants. Physical violence negatively influenced the development of self-confidence and adaptability, making these women less flexible to change, more dependent and with less self-confidence.

¹Universidade Federal do Acre, Cruzeiro do Sul, AC, Brasil.

²Faculdade de Medicina de Itajubá, MG, Brasil.

³Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil.

⁴Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Verificar la prevalencia de violencia contra la mujer, perpetrada por el compañero íntimo, identificar el factor predominante de resiliencia, verificar si la violencia del compañero íntimo influencia en la resiliencia.

Métodos: Investigación epidemiológica analítica transversal con 291 mujeres entre 18 y 59 años, usuarias de la Atención Primaria de Salud, en el período de abril a julio de 2018 en un municipio de la Amazonía occidental brasileña. Instrumentos: encuesta socioeconómica; rastreador de violencia validado por Schraiber y col.; escala de resiliencia validada por Pesce y col.

Resultados: Prevalencia de violencia en los últimos 12 meses: 53,3 %. La mayor concentración de participantes se dio en el Factor I de resiliencia con 55 % de las participantes. Existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de violencia física y la resiliencia ($p=0,023$).

Conclusión: Más de la mitad de las participantes padecieron violencia del compañero íntimo, principalmente la violencia psicológica, seguida por la física y la sexual. Entre las participantes predominó el Factor resiliente I de perseverancia, disciplina, buen humor y empatía. La violencia física influyó negativamente en el desarrollo de la autoconfianza y en la capacidad de adaptación, haciendo con que estas mujeres sean menos flexibles a los cambios, más dependientes y con menos autoconfianza.

Introdução

Historicamente, desde o século XVI interesses hegemônicos dos países capitalistas influenciam diretamente a história da Amazônia e a história das mulheres que nela habitam. Desde os tempos da colonização milhares de mulheres indígenas foram sistematicamente estupradas, torturadas e assassinadas. Posteriormente com o advento da exploração da borracha e migração de homens nordestinos, as mulheres continuaram servindo como objeto sexual e mercadoria de troca ou relegadas ao plano doméstico e muitas vezes cumprindo dupla jornada de trabalho nos seringais. Ser mulher no seringal era pertencer a um homem e ser obediente. A Amazônia vivenciou a consolidação de uma sociedade patriarcal, falocêntrica e violenta que se perpetua até hoje.⁽¹⁾

O patriarcalismo se legitima nas relações desiguais de poder no ambiente familiar, fazendo que a violência contra a mulher, seja física, psicológica ou sexual, ganhe invisibilidade, por ocorrer no âmbito privado, sendo o parceiro íntimo o principal perpetrador.⁽²⁻⁵⁾

O Banco Mundial identificou em 2017 que 33% de 173 países, não possuem legislação específica para coibir a violência contra a mulher no ambiente doméstico.⁽⁶⁾ No Brasil, desde a promulgação da Lei Maria da Penha nº. 11.340/2006 (LMP) o país tem alcançado avanços significativos no combate a violência contra as mulheres, possibilitando a criação e adequação de políticas públicas para seu enfrentamento, embora, ainda existam deficiências para sua efetiva aplicação.

De acordo com a LMP, é considerada violência contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada

no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.⁽⁷⁾ Este agravo, constitui problema global de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos, com sérias repercussões na saúde física, mental, sexual e reprodutiva da mulher, além de interferir na sua plena participação na sociedade e consequentemente no desenvolvimento socioeconômico do país.^(2,8)

Em 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS), identificou que, em todo o mundo, a forma mais comum de violência contra a mulher era aquela praticada pelo parceiro íntimo, 30% das mulheres sofreram violência física ou sexual.⁽²⁾

O conceito de resiliência procede das ciências exatas, embora, na atualidade tenha ganho destaque nas Ciências Humanas, Sociais e da Saúde. Na década de 1970, foi considerada atributo individual e determinada geneticamente, focando seus estudos nas psicopatologias e como reduzir danos. Na década de 1990, uma segunda geração de investigadores a considerou como processo dinâmico entre fatores individuais, familiares e sociais.^(9,10)

Na atualidade, a resiliência, está atrelada à psicologia positiva, destacando as potencialidades e qualidades humanas e sua capacidade de suportar e se recuperar depois de eventos traumáticos.⁽¹¹⁾ É um processo resultante de uma situação em que um indivíduo enfrenta, com relativo sucesso, condições adversas e situações de risco, com o auxílio de fatores externos e fora de seu controle.⁽¹²⁾

Considerando o contexto de vida de mulheres dentro de uma sociedade profundamente patriarcal, onde os homens detêm e legitimam seu poder atra-

vés da violência, deflagra uma cadeia de consequências problemáticas nos níveis, físico, mental e social dessas mulheres, onde o desenvolvimento da resiliência poderá também estar afetado negativamente.

Assim, este estudo objetiva verificar a prevalência da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo nos últimos doze meses; identificar o fator predominante de resiliência nessas mulheres e determinar se a violência por parceiro íntimo (VPI) influencia na resiliência.

Métodos

Pesquisa epidemiológica analítica com desenho transversal, realizada em doze unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil.

O Estado do Acre se localiza no extremo sudoeste da região Norte e ocupa uma área de 164.122,280 km², limitando-se ao norte com o Estado do Amazonas, a leste com o Estado de Rondônia, a sudeste com a República de Bolívia e ao sul e oeste com a República do Peru. O município de Cruzeiro do Sul é o segundo mais populoso do Acre, segundo dados do IBGE a estimativa populacional para 2019 era de 88.376 habitantes, destes 50,04% eram mulheres.⁽¹³⁾

Para o cálculo da amostra, utilizou-se o software G*Power 3.1.9.2 com objetivo de realizar modelos de regressão múltipla entre variável dependente (resiliência) e 46 variáveis independentes, com efeito médio ($f^2 = 0.15$), nível de significância 5% ($\alpha = 0,05$) e poder de teste de 80%. Resultou na amostra de 228 mulheres. Considerou-se possíveis perdas, mantendo significância estatística da amostra e homogeneidade na distribuição das mulheres nos locais de pesquisa, completou-se o número de 300 participantes. Devido à inexistência de distribuição populacional por território adscrito das unidades, seguindo critérios estatísticos, a amostra foi distribuída homogeneamente: 25 participantes por unidade. Assim, a população se constituiu de 291 participantes, devido a desistência de nove mulheres durante a entrevista.

A seleção das participantes foi por amostragem aleatória estratificada enquanto elas aguardavam en-

fileiradas as senhas de atendimento na unidade de APS, realizou-se contagem de 1 a 3, aquela que fosse atribuído o número 3 seria selecionada. A coleta de dados foi no período de abril a julho de 2018.

Critérios de exclusão: mulheres menores de 18 e maiores de 59 anos, sem parceiro íntimo, residentes na zona rural do município ou em outros estados, portadoras de algum tipo de déficit cognitivo, recusa na participação por qualquer motivo e desistência em qualquer etapa da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em sala privativa, mais confortável às participantes, para estas se sentissem acolhidas e à vontade, o que facilitou o processo de comunicação.

Instrumentos de pesquisa:

- Questionário sociodemográfico, utilizando-se nomenclaturas do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Variáveis: idade, escolaridade, raça, religião, exercício de trabalho remunerado e renda mensal familiar.
- Questionário rastreador de violência contra a mulher por parceiro íntimo, cuja construção se baseou no *Violence Against Women Study* (VAW) da Organização Mundial da Saúde (OMS), validado no Brasil em 2010 por Schraiber e col. Busca estimar a violência contra a mulher no ambiente doméstico, tem alta consistência interna e capacidade de discriminar as formas de violência psicológica, física e sexual. A violência é considerada presente, quando a mulher responde sim a um dos itens do instrumento.⁽¹⁴⁾
- Escala de resiliência: (RE) desenvolvida por Wagnild e Young, é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva nos acontecimentos significativos da vida. Adaptada para a população brasileira em 2005 por Pesce e col. e apresentou validade de conteúdo, construto e critério. Possui vinte e cinco itens com resposta as afirmações tipo Likert variando de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente). Sua mensuração pode ser através de escore, que oscila entre 25 e 175 pontos (Menos de 125 pontos: baixa resiliência; entre 125 e 145 pontos: resiliência média; mais de 145 pontos: alta resiliência) e analisada por fatores. Esses fatores descrevem

atributos que servem de auxílio para o enfrentamento dos problemas da vida. Fator I: de resolução de ações e valores, indica ações relacionadas à energia, persistência, disciplina e à concepção de valores que dão sentido à vida, como a amizade, a realização pessoal, a satisfação e significado da vida; Fator II: de independência e determinação, indica a capacidade de resolver situações difíceis de forma independente, lidar com várias situações ao mesmo tempo, aceitar as adversidades e situações que não podem ser mudadas; Fator III: de autoconfiança e capacidade de adaptação a situações, revela a crença de que a pessoa superará seus problemas e de manutenção do interesse em coisas que considera importantes.^(15,16)

A análise foi realizada com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19. Para prevalência da VPI foram consideradas todas as atitudes violentas relacionadas à violência psicológica, física e sexual, infligidas pelo parceiro nos últimos doze meses, distribuídas em frequência absoluta e relativa. Para análise do nível padrão da resiliência por fatores, usou-se frequência absoluta e relativa. Para a estatística inferencial da violência e resiliência utilizou-se o Teste de Levene para análise de variância, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A escala de resiliência apresentou Alfa de Cronbach geral de 0,894 demonstrando consistência do instrumento.

Esta pesquisa atende as questões éticas nacionais e internacionais. O projeto foi aprovado sob registro: CAAE: 58700716.7.0000.5505 em março de 2017 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias. As mulheres que referiram estar expostas à violência durante a entrevista foram orientadas a procurar ajuda na rede de atendimento municipal.

Resultados

Em relação às características sociodemográficas, das 291 entrevistadas: 32,6% (n=95) tinham entre 25 e 34

anos; 51,2% (n=149) se autodeclararam com pele preta ou parda; 48,5% (n=141) se declararam católicas e 37,5% (n=109) evangélicas; 46,4% (n=135) cursaram ou estavam cursando o ensino médio; 63,2% (n=184) realizavam algum trabalho remunerado e 41,2% (n=120) tinham renda familiar de dois a três salários mínimos. A prevalência de VPI entre as participantes foi de 53,3% (n=155). Destas 65,2% (n=101) relataram violência psicológica; 18,7% (n=29) violência física e 16,1% (n=25) violência sexual. Verificou-se a resiliência por escore: 50,9% (n=148) participantes apresentavam resiliência média e 49,1% (n=143) resiliência baixa, sendo que nenhuma obteve escore que a situasse com alta resiliência. Analisou-se a resiliência por fatores. Cada fator possui quantidades diferentes de afirmações, portanto foi necessário ponderar os valores para possibilitar a comparação entre eles. Observou-se maior concentração de respostas das participantes no Fator I: 55%; seguido do Fator III: 25% e Fator II: 20%. Frente a estes achados, analisou-se a relação entre o perfil resiliente por fatores e a violência sofrida pela mulher: psicológica, física e sexual, apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Relação estatística entre a resiliência por fatores e os tipos de violência perpetrada nas mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde

Resiliência por fatores	Violência psicológica		Violência física		Violência sexual	
	Z	p	Z	p	Z	p
Fator I	3,351	0,068	0,062	0,804	0,284	0,595
Fator II	0,033	0,856	1,146	0,285	1,712	0,192
Fator III	0,092	0,762	5,23	0,023	0,356	0,551

Z - erro padrão; p - significância

Não há relação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p < 0,05$), exceto para o Fator III e a perpetração da violência física ($p = 0,023$). O que expressa que mulheres que sofrem violência física por parte do parceiro íntimo, apresentam comprometimento no desenvolvimento do Fator Resiliente III, apresentando características como: menos flexibilidade às mudanças, menos autoconfiança e mais dependência.

Discussão

As limitações deste estudo estão relacionadas ao delineamento transversal da pesquisa, que impede a

inferência causal e investigação da variabilidade da resiliência ao longo do tempo, assim como fatores de risco e proteção, considerando que a resiliência é um construto mutável. Os resultados permitiram compreender a magnitude da violência no contexto social da Região Norte, considerando suas peculiaridades na construção e perpetuação do patriarcalismo. Estes resultados poderão influenciar as políticas de saúde e educação locais com vistas a adoção de ações que visem o fortalecimento da resiliência feminina e conseqüentemente seu empoderamento na perspectiva de uma educação crítica emancipatória.

As características sociodemográficas das participantes deste estudo indicam que a maioria tinha entre 25 e 34 anos, autodeclararam-se pretas ou pardas, professavam a fé católica, tinham até oito anos de estudo, trabalhavam e a renda familiar era de dois a três salários mínimos. Estudos brasileiros corroboram os achados desta pesquisa. Estudo em Recife/PE verificou que a maioria das mulheres tinha entre 25 e 49 anos, declararam-se pretas ou pardas, afirmaram ter menos de oito anos de estudo e seguiam uma prática religiosa. Outro estudo em São Paulo/SP, encontrou que a maioria das mulheres tinha até oito anos de estudo, autodeclararam-se negras e católicas. Em pesquisa realizada em Belo Horizonte/MG as participantes, em sua maioria, tinha até 49 anos, afirmaram ter até oito anos de estudo e renda familiar de até três salários mínimos.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Das participantes deste estudo, 53,3% afirmaram ter sofrido violência por parceiro íntimo. Levantamento nacional realizado com dados de notificação compulsória de violência contra mulheres no período de 2011 a 2017 identificou que do total de casos 62,4% foram causadas por parceiro íntimo. O Acre mostrou a segunda proporção mais alta do país: 67,5% ficando atrás apenas do Espírito Santo com 67,6%.⁽²⁰⁾ Outra pesquisa conduzida em São Paulo (2017) aponta 60,9% de mulheres vítimas de VPI,⁽¹⁸⁾ número inferior é relatado em pesquisa em Pernambuco (2016) que aponta 33,3%.⁽¹⁷⁾

Nesta pesquisa 65,2% (n=101) sofria violência psicológica. Diversas pesquisas apontam índices menores: pesquisa em Pernambuco 52,7%; em São Paulo 52,6%; em Belo Horizonte o índice foi de 47,3% (2018); dados da Pesquisa Nacional

em Saúde (PNS) identificou 47,3% (2019) no Brasil.⁽¹⁷⁻²¹⁾

A violência física detectada 18,7% (n=29) foi menor quando comparada a outros estudos: 26% em Belo Horizonte; 37,4% em São Paulo; 44,28% na PNS.^(18,19,21)

O índice de violência sexual encontrado 16,1% (n=25) é mais alto que em Pernambuco 13,6% e em Belo Horizonte 11,7%. Em São Paulo o índice foi maior com 20,3%.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

Os achados sobre violência física 18,7% e violência sexual 16,1% são similares aos dados internacionais apontados pela ONU-Mulheres, 17,8% das mulheres do mundo já sofreram violência física ou sexual pelo companheiro. Quando analisadas por Continente, os maiores índices foram encontrados na Oceania (exceto Austrália e Nova Zelândia) com 34,7%; centro e sul da Ásia 23% e África 21,5%.⁽²²⁾

Outro levantamento assinala que entre 14 e 17% de mulheres informaram ter sofrido VPI física e/ou sexual no Brasil, Panamá e Uruguai e 58,5% na Bolívia. Por outro lado, pesquisa conduzida na América Latina e Caribe aponta que 12% de mulheres entre 15 a 49 anos sofreram VPI física e/ou sexual.^(23,24)

Nessa perspectiva, eventos estressantes cumulativos podem prejudicar a capacidade de resiliência de uma pessoa.⁽²⁵⁾ Por isso a importância da contextualização social desta pesquisa num município da região Norte com alta vulnerabilidade e desvantagens, constatadas pelos indicadores sociais. Processos sócio políticos, estruturas familiares, normas culturais são determinantes para inibir ou propiciar a resiliência em indivíduos que vivenciam experiências traumáticas.⁽²⁶⁾ Uma sociedade que funciona sob rígidas normas patriarcais influencia na perpetração da violência contra a mulher. Há uma padronização de papéis que tem de ser seguido, o homem é a voz máxima no lar, diante da autoridade que lhe foi conferida pela sociedade, subjuga a mulher, entendendo que para ser obediente precisa ser tolhida e anulada.⁽²⁷⁾

O processo da resiliência, é influenciado por diversos fatores, o ambiente e seus componentes são coautores do fenômeno. Sendo então, de caráter transacional, mediado pela interação entre o indiví-

duo e o ambiente, cujo resultado varia em função da sinergia formada por diversos atributos e subprocessos.⁽²⁸⁾ Embora a motivação pessoal para adaptar-se seja primordial no desenvolvimento positivo após a exposição a eventos traumáticos,⁽²⁹⁾ isoladamente, não será suficiente, para desenvolver a resiliência.

Observou-se que a maioria das participantes possuía Fator I da resiliência de resolução de ações e valores, ou seja, apresentavam características pessoais de perseverança, disciplina, bom humor, empatia e sabiam lidar com a pressão psicológica. Entretanto a violência física inibiu a capacidade da mulher de responder positivamente diante de situações que exijam independência e capacidade de adaptação (Fator III), tornando-as menos flexíveis às mudanças, mais dependentes e com menos autoconfiança.

Pesquisa conduzida nos Estados Unidos sobre fatores de risco e proteção para VPI em mulheres imigrantes e refugiadas identificou que a mobilização de forças pessoais como otimismo força de vontade, determinação (Fator I), além da busca de apoio formal externo e apoio familiar, eram eficazes para combater a violência e proteger as mulheres de novos traumas.⁽³⁰⁾

Por outro lado, a VPI e desequilíbrios de gênero socialmente aceitos, impedem as mulheres de exercerem o poder de decisão em igualdade com os homens, limitando-as de mobilizar recursos em caso de crise, prejudicando sua capacidade de adaptação.⁽³¹⁾

Fica evidente, que para prevenir e enfrentar a violência contra a mulher, faz-se necessário reduzir a desigualdade de gênero, e isto requer o engajamento dos diferentes setores da sociedade, para garantir que todas as mulheres e meninas tenham acesso ao direito básico de viver sem violência.⁽³²⁾

Os serviços de Atenção Primária à Saúde constituem importante recurso na resposta à violência contra as mulheres, sendo que, muitas vezes é o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento.⁽³³⁾ Considerando ainda que a natureza interativa, desenvolvimental e contextual da resiliência, não permite prever, que o indivíduo será novamente resiliente em uma situação semelhante no futuro.⁽¹²⁾ É imperativa a transformação social local, ressignificando os conceitos construídos através do tempo.

Conclusão

Nesta pesquisa realizada nas unidades da Atenção Primária à Saúde de Cruzeiro de Sul no Acre, mais da metade das participantes declararam ter sofrido violência por parceiro íntimo nos últimos doze meses, sendo a mais frequente a violência psicológica, seguida da violência física e sexual. O fator resiliente predominante nessas mulheres foi de perseverança, disciplina, bom humor, empatia (Fator I). A perpetração de violência física influenciou negativamente no desenvolvimento da autoconfiança e capacidade de adaptação, tornando estas mulheres menos flexíveis às mudanças, mais dependentes e com menos autoconfiança (Fator III). A herança social que deixou a colonização e a exploração da borracha na região desencadeou cultura patriarcalista socialmente aceitos e vista por meio de fatos que dispensam justificativa ou explicação, transmitida por gerações. A mulher aprendeu a ficar subordinada a figura masculina, aceitando passivamente, desigualdade de escolhas e direitos, conseqüentemente, situações violentas no ambiente familiar, o que contribui na perpetuação da violência contra a mulher e traz uma série de implicações no desenvolvimento da resiliência nesse ambiente. Nessa perspectiva o estudo sobre o desenvolvimento da resiliência pelos profissionais do setor saúde facilita a abordagem das mulheres que sofrem VPI. O enfermeiro deve assumir um papel protagônico no cuidado da saúde e fortalecimento dessas mulheres para a construção de sua autonomia. A interação entre profissional e cliente transcende a prestação de serviço, estabelecendo relação de confiança e colaboração mútua. Um plano de trabalho multisetorial, com o objetivo de desenvolver estratégias culturalmente adaptadas para a realidade local, que acima de tudo, anule hábitos sociais que reforçam a autoridade e o controle do homem sobre a mulher; ações que visem e facilitem o rompimento do vínculo prejudicial com o agressor; a (re)construção da autoconfiança, autoeficácia, autoestima e empoderamento das mulheres para lutar contra a impunidade daqueles causadores da violência doméstica, são estratégias necessárias para o atendimento integral e eficiente das demandas e necessidades das mulheres. Os resultados encontra-

dos aguçam o desejo de realizar pesquisa longitudinal, considerando a variabilidade da forma como as pessoas respondem a situações e experiências de violência, assim como para entender os efeitos deletérios na resiliência e na saúde mental das mulheres que sofrem VPI.

Agradecimentos

À Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Federal do Acre (UFAC) pelo empenho e comprometimento para a realização do DINTER. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de doutorado à Vivian Victoria Vivanco Valenzuela.

Colaborações

Valenzuela VVV, Vitorino LM, Valenzuela EV e Vianna LAC contribuíram na elaboração do artigo; na concepção do projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do artigo.

Referências

- Chaves F, César MR. O silenciamento histórico das mulheres da Amazônia brasileira. *Rev Extraprens*. 2019;12(2):138-56.
- World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013 [cited 2020 Jan 11]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
- Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado*. 2014;29(2):449-69.
- Garcia LP, Duarte EC, Freitas LR, Silva GD. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica*. 2016;32(4):e00011415.
- Albuquerque Netto L, Moura MA, Queiroz AB, Leite FM, Silva GF. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):1-8.
- World Bank Group. Closing the Gap Improving Laws Protecting Women from Violence. Women, business and the law. Washington (DC): World Bank Group; 2017 [cited 2020 Feb 8]. Available from: <https://www.empowerwomen.org/en/resources/documents/2016/09/closing-the-gapimproving-laws-protecting--women-from-violence?lang=en>
- Brasil. Presidência da República. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Presidência da República; 2006 [cited 2020 Jan 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
- Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(6):332-40.
- Park N, Peterson C, Sun JK. [Positive psychology: research and practice]. *Ter Psicol*. 2013;31(1):11-9. Spanish.
- Tarragona M. [Positive psychology and constructive therapies: an integrative proposal]. *Ter Psicol*. 2013;31(1):115-25. Spanish.
- Salanova M, Llorens S, Acosta H, Torrente P. Positive interventions in positive organizations. *Ter Psicol*. 2013;31(1):101-13.
- Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS, Hutz CS. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(2):248-55.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades Acre, Cruzeiro do Sul. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [cited 2020 Jan 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/cruzeiro-do-sul/pesquisa/32/28163>
- Schraiber LB, Latorre MR, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AF. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66.
- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993;1(2):165-78.
- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):436-48.
- Barros EN, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence among women in Recife/Pernambuco, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):591-8.
- Barros CR, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units]. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:7.
- Rosa DO, Ramos RC, Gomes TM, Melo EM, Melo VH. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde Debate*. 2018;42(Spe 4):67-80.
- Mascarenhas MD, Tomaz GR, Menezes GM, Rodrigues MT, Pereira VO, Corassa RB. Analysis of notifications of intimate partner violence against women, Brazil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23(Suppl 1):1-13.
- Silva AN, Azevedo CM. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2019;24(7):2691-700.
- UN-Women. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Progress of the world's women 2019–2020. Families in a changing world. New York: UN-Women; 2019 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>
- Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e26.
- United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2019. New York: United Nations; 2019 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>

25. Alim TN, Feder A, Graves RE, Wang Y, Weaver J, Westphal M, et al. Trauma, resilience, and recovery in a high-risk African-American population. *Am J Psychiatry*. 2008;165(12):1566-75.
26. Dias AS, Neves AS. A constituição do vínculo conjugal violento: estudo de caso. *Vínculo*. 2014;11(1):8-15.
27. Siqueira CA, Rocha ES. Psychological Violence against Women: a bibliographic analysis of the cause and consequence of this phenomenon. *Rev Arq Cient*. 2019;2(1):12-23.
28. Benetti IC, Crepaldi MA. Resiliência revisitada: Uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. *Rev Electrónica Investig Docencia*. 2012;7:7-30.
29. Ungar M. Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(3):255-66. Review.
30. Sabri B, Nnawulezi N, Njie-Carr VP, Messing J, Ward-Lasher A, Alvarez C, et al. Multilevel risk and protective factors for intimate partner violence among African, Asian, and Latina immigrant and refugee women: perceptions of effective safety planning interventions. *Race Soc Probl*. 2018;10(4):348-65.
31. Masson VL, Benoudji C, Reyes SS, Bernard G. How violence against women and girls undermines resilience to climate risks in Chad. *Disasters*. 2019;43(Suppl 3):S245-70.
32. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):451-4.
33. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LR, Silva GD. Domestic and family violence against women: case studies and controls with victims treated in urgent and emergency services. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(4):e00011415.