

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM**

CURITIBA

2011

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Maria Labronici

CURITIBA

2011

Trigueiro, Tatiane Herreira
O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições para o cuidar em enfermagem / Tatiane Herreira Trigueiro
– Curitiba, 2009.
82 f.: il. ; 31 cm.

Orientador: Liliansa Maria Labronici
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Resiliência Psicológica. 2. Violência Doméstica. 3. Violência contra a Mulher. 4. Enfermagem. I. Labronici, Liliansa Maria. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 615.1

TERMO DE APROVAÇÃO

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO


**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:  _____

Profa. Dra. Liliana Maria Labronici

Presidente da banca: Universidade Federal do Paraná-UFPR.

 _____

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Membro titular: Universidade Federal do Piauí-UFPI.

 _____

Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Membro titular: Universidade Federal do Paraná-UFPR.

Curitiba, 01 de novembro de 2011.

Este trabalho é dedicado:

À todas as **mulheres participantes desta pesquisa;**

À **Deus** pela vida e proteção para eu pudesse ter força e coragem para sempre lutar pelos meus sonhos;

À minha **mãe tão amada** e toda **minha família**, sempre unida, forte e lutando uns pelos outros.

AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as bênçãos em minha vida.

À Josete Messias Herreira, minha mãe, pelo amor mais verdadeiro e puro, por tudo que já passamos na vida e que, mesmo assim, sempre me mostrou o lado bom e bonito da vida, por ser minha melhor amiga e por ser meu exemplo de luta.

Ao meu tio Athos e tia Claudete, por terem tanto carinho por mim, por sempre verem minha determinação na vida, por me mostrarem que sempre havia uma luz nos momentos de escuridão e pela imensa ajuda.

À Profa. Dra. Liliana Maria Labronici, por todos esses anos de ensinamentos e também pelas risadas e horas de lazer, que nunca serão esquecidos.

À Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro pelas sábias contribuições que enriqueceram esta pesquisa desde seu começo.

À Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani por sempre estar por perto, pelas contribuições e ensinamentos em toda minha trajetória pela UFPR.

À toda minha família maravilhosa pela força.

Ao Bruno Tadeu Stella pelo amor, carinho e por sempre dizer que eu era capaz.

Ao meu amigo Filipe Ignês pelas risadas, força, apoio e por acreditar em mim.

Às minhas amigas de infância por toda nossa história, nossas lágrimas, gargalhadas, broncas e delicadezas.

À Maria Isabel, Maria Lúcia, Kátia Kochla, Débora Fegadoli, Gabriele Vargas e Janete Batista por serem grandes amigas que jamais esquecerei.

Às companheiras Luisa e Fernanda e todas as outras meninas da turma de Mestrado em Enfermagem, por todos esses anos de convivência e diversão.

À banca desta dissertação, pelas sábias contribuições.

Aos funcionários da Pousada de Maria, pela atenção e ajuda.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de crescimento.

A Universidade Federal do Paraná, por ser minha segunda casa, por ser o local onde eu cresci como profissional.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA) pelas contribuições e amizades e CAPES pela bolsa fornecida durante todo esse tempo de estudo.

*“If I turn into another dig me up from under
What is covering the better part of me, sing this song
Remind me that we'll always have each other
When everything else is gone”*

Incubus - Dig

RESUMO

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. **O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições para o cuidar em enfermagem.** 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

Trata-se de pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada em um Serviço de acolhimento institucional denominado Pousada de Maria, localizada no município de Curitiba, Paraná, de novembro de 2010 a fevereiro 2011, com 08 mulheres vítimas de violência doméstica que lá residiam. Teve como objetivos Compreender a trajetória de vida das mulheres vítimas de violência doméstica e Descrever o processo de resiliência das mulheres vítimas de violência doméstica residentes em um Serviço de Acolhimento Institucional. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semi-estruturada gravada, e da análise de conteúdo temática emergiram dois temas: Trajetórias de vidas marcadas pela violência doméstica e A força do amor materno no enfrentamento da violência doméstica. Constatou-se que todas as entrevistadas sofreram violência doméstica cometida pelo companheiro, e entre suas variadas formas, a psicológica, a física e a patrimonial foram relatadas. O ciclo da violência sofrida dentro do lar somente foi rompido quando essas mulheres perceberam que a agressão e o sofrimento estavam se estendendo também aos seus filhos, o que as fizeram tomar a decisão de sair de casa e procurar ajuda, e esse enfrentamento se configura como o passo inicial do processo de resiliência. Todavia, a possibilidade dessas mulheres permanecerem com seus filhos neste Serviço de Acolhimento foi o motivo principal para que apresentassem perspectivas para superar o vivido e, assim, dar continuidade a esse processo, ao desejarem um futuro promissor para a família, e uma vida digna e sem violência. Destarte, o Serviço de acolhimento institucional é uma rede de apoio social importante, e que ajudou as mulheres no enfrentamento da violência doméstica e na continuidade do processo de resiliência. A inserção da Enfermeira em Serviços de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência doméstica é fundamental, porquanto ao prestar assistência direcionada para a multidimensionalidade delas, poderá incitar o desenvolvimento do processo de resiliência, de maneira a atuar como tutora da resiliência. Todavia, a resiliência é um tema que necessita de conhecimento e preparo para poder atuar de modo a ir além da dimensão física, com um olhar diferenciado para as dores da alma que ficam aguardadas no subjetivo e também ocasionam problemas à saúde.

Palavras-chave: Resiliência Psicológica. Violência Doméstica. Violência contra a Mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. **The process of resilience in female victims of domestic violence: contributions to the nursing care.** 82p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Health Sciences Sector, Federal University of Parana, Curitiba, Brazil, 2011.

It is an exploratory qualitative research study, carried out in a shelter for battered women called Pousada de Maria (Maria's Inn), located in the municipality of Curitiba, Parana State/ Brazil, from November, 2010 to February, 2011, with 8 female victims of violence abuse who were living there. It objectified to Understand the living trajectory of these women victims of domestic abuse, and Describe the process of resilience of female victims of domestic abuse living in a shelter. Data collection was held by means of a recorded semi-structured interview, and two themes emerged from the analysis of the thematic content: Living trajectories marked by domestic violence and The strength of maternal love facing domestic violence. It was evidenced that all of the interviewed women suffered domestic abuse by their partners, and among its ways, psychological, physical and property-related ones were reported. The cycle of violence suffered inside their homes was only broken when those women realized that beating and suffering were being extended to their children, which made them decide to leave home and search for help, and such confrontation configures the initial step in the process of resilience. However, the possibility of those women to stay in the shelter with their children was the main reason for them to envisage the perspectives of overcoming their lived experiences and continue that process, wishing a promising future for their family and a dignified, non-violent life. Notwithstanding, the shelter is a significant social support network, which has helped the women to confront domestic violence and continue the process of resilience. The insertion of nurses in such shelters for women, victims of domestic violence is paramount as the delivered care targeting their multidimensionality may foster the development of the process of resilience, thus nurses may act as tutors for resilience. However, resilience is an issue which demands knowledge and qualification in order to act beyond the physical dimension, with a differing look at the pains of the soul which have been kept in the subjective and also bring about health problems.

Keywords: Resilience, Psychological. Domestic Violence. Violence Against Women. Nursing.

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA.....	10
2 APROXIMAÇÃO COM O TEMA E SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 RESILIÊNCIA.....	16
3.1.1 Fatores de proteção.....	22
3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	26
4 MATERIAIS E MÉTODO.....	39
4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	39
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	39
4.3 DELIMITAÇÃO TEMPORAL PARA OBTENÇÃO DOS DISCURSOS.....	40
4.4 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
4.5 OBTENÇÃO, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1 TRAJETÓRIAS DE VIDAS MARCADAS PELA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	44
5.2 A FORÇA DO AMOR MATERNO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICES.....	74
APÊNDICE 1-ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	75
APÊNDICE 2-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	77
ANEXOS.....	78
ANEXO 1-APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR.....	79
ANEXO 2-APROVAÇÃO DA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL.....	80

1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

A desigualdade de gênero, ainda presente nas sociedades, pode levar à relação de sujeição da mulher, e gerar violência, que se refere à hierarquia de poder, conflitos de autoridade, desejo de domínio e aniquilamento do outro. Quando a dominação é praticada do gênero masculino para o feminino, estabelece-se uma relação de desigualdade e subordinação, constituindo a violência de gênero (MOREIRA *et al.*, 2008).

A violência de gênero é considerada toda ação contra a mulher, que cause dano físico, sexual, mental, sofrimento, ameaças, coerção ou privação da liberdade feminina em espaço público ou privado (MATTAR *et al.*, 2007). Esta violência configura um problema de saúde pública em todo o mundo por afetar a mulher em suas múltiplas dimensões, a família e a sociedade (OMS, 2002).

O fenômeno violência contra a mulher atinge diferentes raças, etnias, religiões, níveis de escolaridade, idades, gerações e classes sociais, e se constitui violação aos Direitos Humanos e às liberdades fundamentais, razão pela qual políticas públicas internacionais e nacionais direcionam seus esforços para preveni-la e erradicá-la, promovendo a igualdade entre homens e mulheres (CURITIBA, 2008).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher define a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto na esfera pública quanto na privada (BRASIL, 1994).

A violência contra a mulher é um problema complexo que pode acontecer em diversos locais e de múltiplas formas, todavia, quando ocorre no ambiente doméstico, é denominada violência doméstica. Este tipo de violência pode ser definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial no espaço de convívio permanente das pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas (BRASIL, 2006a).

O governo brasileiro a fim de intervir neste fenômeno elaborou e publicou, em 2004, a Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher, que apresenta como princípios norteadores o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da

saúde, consolidando os avanços em diversas áreas voltadas à saúde da mulher, como por exemplo, o combate à violência doméstica e sexual. Nessa política, o Ministério da Saúde repassou responsabilidades às secretarias estaduais e municipais, respeitando as especificidades de cada lugar, na formação de suas redes locais, para que, desta forma se desenvolva a interface nas três esferas, federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006b).

O agravo da violência contra a mulher sempre esteve presente na história da humanidade, no Brasil parece sair da invisibilidade, e aparecer nas estimativas revelando que a cada 24 segundos no país uma mulher sofre espancamento que resulta em marcas, cortes ou fraturas (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Um dispositivo que parece contribuir para a visibilidade da violência doméstica contra a mulher é a Lei nº 11.340/06, denominada Lei Maria da Penha, que estabelece medidas de assistência e proteção às vítimas, além de criar mecanismos para coibir e prevenir este agravo (BRASIL, 2006a).

A violência doméstica contra mulheres se inicia com relações desiguais entre homens e mulheres, é naturalizada no processo de socialização e reproduzida entre gerações (GOMES *et al.*, 2007). Pode provocar problemas de saúde como lesões, queimaduras, hematomas, fraturas, agressões sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, gravidez indesejada, e manifestações tardias como infecções ou transtornos digestivos (CURITIBA, 2008).

Existem, ainda, outros problemas que podem ser desencadeados na mulher em função da violência, como insônia, pesadelos, irritabilidade, crise do pânico, ansiedades, fobias, baixa auto-estima, uso de drogas, alterações sociais como isolamento, mudanças frequentes de emprego ou moradia, entre outros (CURITIBA, 2008). Assim, é preciso que o tratamento seja direcionado não apenas para a questão biológica, mas à subjetividade dessas mulheres, porque a experiência traumática vivida por elas deixa também marcas invisíveis.

As marcas ficam registradas no corpo, o primeiro e único lugar da experiência humana (LABRONICI, 2002), e em algum momento da vida e por determinada razão a mulher consegue encontrar uma maneira de enfrentar a situação e se libertar do seu opressor quando procura a delegacia da mulher para fazer o Boletim de Ocorrência ou os Centros de Referência.

Pesquisa realizada por Labronici (2011) com cinco mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo companheiro, em um Centro de Referência e

Atendimento à Mulher em situação de Violência Doméstica, em Curitiba, constatou que, essas mulheres, diante da ameaça à vida delas e dos filhos, decidiram romper com o ciclo da violência, e procurar ajuda nas redes de apoio social como a delegacia da Mulher e o Centro de Referência, o que desencadeou o enfrentamento, dando início ao processo de resiliência.

Há mulheres que se deixam destituir pelas adversidades da vida, pelos conflitos, situações de estresse e violência, contudo, existem outras que não se deixam abater pelo infortúnio, ou se mostram capazes de aproveitar a situação desfavorável e crescer no âmbito pessoal, social e profissional. Essa capacidade de resistir à adversidade e utilizá-la como fator de crescimento se chama resiliência. A pessoa resiliente age no presente com motivação no seu projeto de vida (SÓRIA *et al.*, 2006).

Para estimular o desenvolvimento da resiliência é necessário perceber que a suspensão dos maus-tratos ou situação de violência não é o fim do problema, pois a lesão está presente na história do indivíduo. Neste sentido, é preciso reelaborar a representação da situação adversa, para que se possa pensar no passado sem se abater (CYRULNIK, 2004).

A realização de pesquisas sobre resiliência com um grupo de pessoas que vivenciaram semelhantes situações de estresse, proporciona aos que lidam com esses indivíduos, especialmente os profissionais de saúde, intervir de forma a produzir resultados diferentes, pois estimula estes profissionais a ir além da simples tentativa de resolver o problema, no intuito de promover as competências e mecanismos de proteção dos indivíduos afetados (RIBEIRO; SANI, 2009).

Uma das profissões da área de saúde comprometida com a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos é a Enfermagem. Esta profissão pode contribuir para a identificação e prevenção dos fatores de risco que podem gerar a violência, na tentativa de proteger as mulheres deste agravo, vez que o fenômeno causa danos à sua saúde. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de enfermagem estejam preparados para reconhecer o processo de resiliência de forma a estimular ou incitar seu desenvolvimento no ser humano.

Para identificar o processo de resiliência é necessário que a equipe de enfermagem esteja capacitada para reconhecê-la nos indivíduos expostos a fatores de risco, como a violência, a fim empreender um plano de cuidados de enfermagem direcionado a acelerar este processo (MARTINEZ; FERRIANI, 2004).

A Enfermagem além de identificar o processo de resiliência, deve reconhecer e analisar os fatores de risco, assim como os mecanismos de proteção desenvolvidos pelos indivíduos, visto o elevado impacto que ambos podem gerar na elaboração de medidas de prevenção de danos à saúde, assim como, na intervenção em pessoas já envolvidas em alguma situação de estresse como a violência (RIBEIRO; SANI, 2009).

Estudos no campo da violência doméstica sobre resiliência têm encontrado fatores que auxiliam na proteção e recuperação dos maus tratos. Contudo, não têm sido questionados suficientemente os fatores que colaboram para a recuperação do indivíduo. As investigações sobre a influência dos fatores protetores na saúde física e mental, e estudos sobre resiliência em mulheres maltratadas fornecem elementos para compreender a sua adaptação eficaz, mostram como se recuperam de um trauma e, melhoram a vida e as relações pessoais (JARAMILLO-VÉLEZ *et al.*, 2005).

2 APROXIMAÇÃO COM O TEMA E SITUAÇÃO-PROBLEMA

Minha aproximação com pesquisa envolvendo mulheres vítimas de violência doméstica teve início no ano de 2007, com o meu interesse pelo tema e participação na Iniciação Científica. O primeiro estudo ocorreu mediante o delineamento do perfil dessas mulheres que residiram em algum momento em um Serviço de acolhimento institucional no município de Curitiba, Paraná, entre os anos de 1993 e 2007. Foram analisadas 886 fichas de registro. A média de mulheres atendidas por ano foi de 63, entretanto, antes de serem encaminhadas ao local, 58,8% procuraram o serviço de saúde, demonstrando a importância de os profissionais de saúde estarem capacitados para perceber, reconhecer e saber intervir frente essa situação (LABRONICI *et al.*, 2010a).

Após o término dessa pesquisa, o envolvimento com a temática foi cada vez maior e mais intenso, após adentrar no local e conviver com profissionais capacitados que poderiam de alguma forma, fazer a diferença na vida dessas mulheres, que se encontram vulneráveis em uma etapa da vida marcada pela insegurança, incertezas e medo.

No ano de 2008, pesquisa envolvendo cinco mulheres vítimas de violência doméstica, teve como objetivo desvelar o significado de ter morado em um Serviço de Acolhimento Institucional, possibilitando perceber que estas mulheres tiveram dificuldade em se relacionar com seus filhos enquanto conviviam com o agressor, e a partir do momento em que se distanciaram desse e foram para o serviço, encontraram um ambiente acolhedor e harmonioso que possibilitou redescobrir e reaprender o papel de ser mãe, mediante reflexão existencial e resgate da auto-estima (LABRONICI *et al.*, 2010b).

Em 2009 e 2010 vieram outras pesquisas envolvendo a violência em suas variadas formas e vítimas. No ano de 2011, novamente em outra pesquisa no Serviço de acolhimento institucional citado anteriormente, com 08 mulheres vítimas de violência doméstica que lá residiam, foi possível constatar que o consumo de álcool e crack pelo parceiro íntimo foram fatores de risco que desencadearam a violência doméstica do tipo física, psicológica e patrimonial. Assim, a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres foram prejudicadas, vez que a insegurança, o

medo e dificuldades para dormir começaram a fazer parte das suas vidas (TRIGUEIRO; LABRONICI, 2011).

Destarte, a realização desta pesquisa se justifica, vez que a resiliência pode fornecer subsídios para a Enfermagem desenvolver ações de cuidado e promoção à saúde, no intuito de melhorar a qualidade de vida das mulheres vítimas de violência doméstica, e direcioná-las a encontrar o caminho a ser percorrido para alcançar a resiliência.

Diante do exposto, tem-se como **objeto de pesquisa**: o processo de resiliência das mulheres vítimas de violência doméstica, e como **questão norteadora**: Como se desenvolve o processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica? Nesse sentido, os **objetivos propostos são**:

Compreender a trajetória de vida das mulheres vítimas de violência doméstica;

Descrever o processo de resiliência das mulheres vítimas de violência doméstica residentes em um Serviço de Acolhimento Institucional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 RESILIÊNCIA

Nesta investigação foi necessário, primeiramente, buscar a etimologia da palavra resiliência que tem origem no latim, *re+salio*, que significa ser elástico. Exprime uma ideia de uma ação que se desenvolve a partir de algo ou alguém, que possui uma flexibilidade que é própria e susceptível de ser ativada e incrementada (TAVARES; ALBUQUERQUE, 1998).

Segundo o dicionário Houaiss (2009) a palavra resiliência é descrita como a capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças. O dicionário inglês Longman (2003) refere resiliência como a capacidade de tornar-se forte, feliz ou bem sucedido novamente depois de um evento ou situação difícil, e as ciências que a utilizaram pela primeira vez foram a física e a engenharia.

Em 1807, o físico, médico e egiptólogo britânico Thomas Young se apropriou da palavra resiliência, para explicar a aplicabilidade de energia sobre materiais e a deformação máxima capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes (NORONHA *et al.*, 2009).

Posteriormente, a palavra resiliência foi adaptada às ciências humanas e se referia à capacidade de o ser humano se apresentar de forma positiva frente às dificuldades mediante observação das formas positivas de conduta de crianças e/ou grupos de pessoas que vivenciaram fatores negativos. Pesquisas foram se estendendo a outras áreas de estudo, como o estudo das reações psicológicas diante de situações traumáticas individuais, como o abuso sexual, ou coletivas como catástrofes ambientais (BARLACH; LIMONGI-FRANÇA; MALVEZZI, 2008).

Na Psicologia, a resiliência vem sendo estudada há mais de trinta anos, mas sua definição não é tão clara e precisa como na física, em função das inúmeras variáveis e múltiplos fatores que envolvem os estudos dos fenômenos humanos (YUNES, 2003).

Um dos percussores na área da Psicologia é o psicólogo Rutter, que compreende que a resiliência não está na eliminação do evento estressor, mas sim na forma como o indivíduo percebe essa situação e consegue utilizar a auto-

confiança e a competência social para dominar o estresse. Neste sentido, o processo da resiliência está em “como” as pessoas lidam com as mudanças na vida e quais atitudes tomam diante dessas situações (RUTTER, 1985).

Na língua portuguesa, a palavra resiliência, aplicada às ciências sociais e humanas, vem sendo utilizada há poucos anos. No Brasil ainda se restringe a um grupo limitado de pessoas integrantes de círculos acadêmicos (YUNES, 2003), as áreas de conhecimento que mais publicam sobre essa temática são a Psicologia, Agronomia, Ciências Sociais e Química (SÓRIA *et al.*, 2006).

A utilização do conceito resiliência nas ciências da saúde ocorreu por volta de 1970, com estudos sobre pessoas submetidas a traumas agudos ou prolongados e que não adoeceram como era de se esperar (REGALLA; GUILHERME; SERRA-PINHEIRO, 2007).

Um dos principais objetivos dos pesquisadores em 1970 era identificar os fatores que auxiliavam as pessoas a manter um desenvolvimento saudável na presença das adversidades. Portanto, sua utilização nos espaços médico-psico-social é recente (NORONHA *et al.*, 2009). Para a medicina, refere-se à capacidade de o indivíduo resistir à doença, à infecção por conta própria, ou com à administração de medicamentos (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

A partir de 1990, as publicações sobre resiliência tiveram mais ênfase na Psicologia, principalmente em pesquisas que trabalhavam com populações de risco como as vítimas de violência, crianças e adolescentes em situação de rua, entre outros. Este foco inicial ainda persiste em pesquisas atuais a respeito deste tema, porém, em menor intensidade (CARVALHO *et al.*, 2007).

Em meados de 1990 a resiliência foi definida como uma capacidade humana básica que nasce com o indivíduo. É ter consciência da situação estressora e, mesmo assim, saber agir com força e esperança. Neste sentido, ser resiliente significa ter a ideia de superação da adversidade com coragem e habilidades (GROTBERG, 1995).

O conhecimento sobre resiliência se ampliou a partir do final da década de 90, deixando de ser uma condição inata, para ser um fenômeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (NORONHA *et al.*, 2009). Atualmente, sabe-se que a resiliência, para a psicologia, está relacionada à qualidade da resistência e da perseverança frente às dificuldades, atua como forma de o sujeito desenvolver uma melhor qualidade de vida através da superação da adversidade,

por meio do contexto no qual está inserido, sua cultura e responsabilidade coletiva (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

A resiliência apresenta uma dimensão positiva das reações dos indivíduos frente aos desafios, trazendo uma perspectiva promissora no campo da saúde e do desenvolvimento humano. Contudo, torna-se um desafio tanto para os indivíduos que vivem condições psicossociais desfavoráveis, como para pesquisadores que buscam compreender esse fenômeno, porque ainda suscita inúmeros questionamentos em busca de respostas, no sentido de clarear e acrescentar o corpo de conhecimentos que envolvem esta temática (SILVA *et al.*, 2009).

Na área da saúde a resiliência é um tema importante que foi incorporado recentemente, razão pela qual se encontra em fase de construção, discussão e debate, porque ainda não há um consenso em relação à sua definição (PESCE *et al.*, 2004). Nesse sentido, está em evolução nesta área e é caracterizada por processos dinâmicos que facilitam a organização e a integração da experiência vivida em modos de funcionamento adaptativos (CASTRO; MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

Pesquisas sobre resiliência como tema central ou associada a outros aspectos, tiveram seu maior desenvolvimento nos últimos cinco anos, contudo, ainda acompanham as investigações estrangeiras no que se refere à concentração nas temáticas crianças e adolescentes (SOUZA; CERVENY, 2006).

Ao longo de mais de 30 anos de estudo, a resiliência tem sido observada junto a populações expostas a diferentes fatores de risco como guerra, pobreza extrema, maus tratos entre outros. Estas observações proporcionaram um acervo de conhecimentos sobre o tema, e fizeram com que se tornasse um conceito que desafia a lógica a respeito de como algumas pessoas conseguem manter o equilíbrio e outras não, vivendo situações semelhantes (SILVA, 2003).

Acreditava-se, de início, que indivíduos resilientes eram aqueles que como uma barra de aço suportariam prolongada exposição ao estresse, sem apresentar alterações ou danos em sua saúde emocional ou competência cognitiva. Atualmente, este conceito abrange outras dimensões menos rígidas, porém, mais atenta às condições sociais que levaram à ocorrência do fenômeno (NORONHA *et al.*, 2009).

Dentro da perspectiva psicossocial, a resiliência é vista como a capacidade de resposta consistente diante de desafios e dificuldades, por meio de atitude

positiva, otimista, perseverante, que ajude a manter a flexibilidade e equilíbrio dinâmico durante e após os embates de personalidade (SÓRIA *et al.*, 2009).

Ser resiliente implica encontrar um conjunto de forças psicológicas e biológicas, para que seja possível alcançar um processo de mudança e aprendizado, por meio de processos fisiológicos ativados pelo estresse, do reconhecimento da dor, dos sentidos, e de tolerá-los até que se consiga resolver os conflitos de forma construtiva (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

O fenômeno da resiliência é concebido como o processo que vai além da superação da adversidade em si, porque se relaciona ao comportamento do indivíduo diante da situação e dos benefícios desta experiência. (LASMAR; RONZANI, 2009). Caracteriza-se como um processo de enfrentamento, superação e adaptação que pode ser desenvolvido em qualquer fase da vida do indivíduo vulnerável (POLETTI, 2008).

Por processo, entende-se a ocorrência de uma série de ações sistematizadas que visam a mudança, mediante um caminho a ser seguido para se alcançar certo resultado, sendo a resiliência entendida como:

processo de mobilização interna que desencadeia um movimento de rupturas e de abertura existencial em direção ao outro, com o intuito de ser ajudado, de transcender a experiência vivida e encontrar um novo sentido para a existência, mesmo que provisório. (LABRONICI, 2011, p. 12)

Nesse sentido, considerar uma pessoa resiliente é impróprio na terminologia diagnóstica, porque a palavra resiliência diz respeito à descrição de um modo de estar. Portanto, seria mais adequado dizer que o indivíduo possui características de resiliência que podem ser específicas e transitórias em alguns contextos (CASTRO; MORENO-JIMÉNEZ, 2007).

A resiliência é construída gradativamente por meio de cada ação e palavra, e refere-se à evolução e à história do indivíduo. Portanto, o ambiente no qual o indivíduo vive pode ser conturbado, todavia, é capaz de encontrar uma forma de se recuperar e seguir adiante (SILVA, 2003).

A retomada do equilíbrio psíquico, a aptidão para aguentar e retomar o desenvolvimento em circunstâncias adversas, são elementos da melhora do indivíduo afetado, ou seja, sua resiliência (CYRULNIK, 2004). A resiliência por ser

compreendida como processo social e intrapsíquico, possibilita o desenvolvimento de uma vida saudável mesmo quando se vive num ambiente hostil (PESCE *et al.*, 2004).

O que é analisado na resiliência são as necessidades e adaptações de acordo com o comportamento expresso pela pessoa em um determinado momento de sua vida. A resiliência baseia-se nas expectativas que a situação demanda, e nas tarefas evolutivas esperadas para aquele momento. Sob este prisma, relaciona-se com um fenômeno da adaptação humana que se caracteriza pelos resultados positivos na presença de fatores negativos no desenvolvimento de determinada pessoa (CECCONELO, 2003).

A adaptação compreendida como atributo vital da condição ontológica do ser humano, é um processo através do qual o indivíduo administra suas relações consigo mesmo e com o ambiente, aprende a diferenciar situações positivas e negativas e reagir a elas, de maneira a alterar o ambiente e seus próprios recursos, e confirmar sua autodeterminação (BARLACH; LIMONGI-FRANÇA; MALVEZZI, 2008).

A resiliência por ser considerada uma adaptação inesperada diante do sofrimento, não justifica que a determinação das condições e da qualidade de vida das pessoas, sob responsabilidade do Estado e das políticas públicas, seja esquecida, mas sim, vista como um desafio para os gestores e elaboradores de estratégias de prevenção de agravos e proteção à saúde (SÓRIA *et al.*, 2006) numa tentativa de desenvolver os mecanismos de adaptação do indivíduo, ou seja, maneiras, estratégias ou planos para lidar com os problemas. O conjunto destas estratégias constitui aquilo que habitualmente se chama de resiliência (GONÇALVEZ, 2003).

O desenvolvimento da aptidão de resiliência passa pela ativação das capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, isto é, pela autorregulação e autoestima (SÓRIA *et al.*, 2009). Entretanto, é necessário cautela ao utilizar o conceito, porque não é sinônimo de superação (NORONHA *et al.*, 2009), e sim, algo que vai além disso.

Sob esse prisma, a resiliência é vista como um fenômeno complexo interligado ao ambiente em que o ser humano vive uma situação adversa de caráter temporário ou constante em sua vida, que necessita ser resolvido. Resolver os

problemas de forma positiva significa administrar o estresse, e mobilizar recursos pessoais para enfrentar essas situações sem sucumbir diante delas (SILVA, 2003).

Não é possível afirmar que uma pessoa é mais ou menos resiliente que outra, porque a resiliência é um processo de transformação que se dá de ato em ato, de palavra em palavra, e registra o desenvolvimento dos sujeitos em um meio, no qual escreve, assim, sua história numa determinada cultura. É um conjunto de fenômenos que direcionam os indivíduos para dentro do contexto afetivo, social e cultural (CYRULNIK, 2004).

Resiliência não significa a sensação de bem-estar constante, pois não é uma característica estática, e nem é ativada para toda e qualquer situação adversa, visto que um indivíduo pode se apresentar como resiliente diante de um evento, e não o ser diante de outro fator de risco (CARVALHO *et al.*, 2007). Mudar, “sair dessa” no sentido de realizar a “passagem da sombra para a luz, a escapada do porão ou a saída do túmulo, implicam a necessidade de reaprender a viver outra vida”, de se restabelecer, de tornar bonito o que antes era feio (CYRULNIK, 2004, p.3).

Metaforicamente falando, Cyrulnik (2004), afirma que a resiliência é a arte de navegar nas torrentes, e que cair na correnteza leva a uma cascata de ferimentos, aos quais o indivíduo deve resistir, brigar para não ser mais arrastado, até que uma mão seja estendida, de modo a oferecer um recurso externo, uma relação afetiva, uma instituição social ou cultural que possibilite o desenvolvimento da resiliência.

A resiliência, portanto, necessita de um espaço na Saúde Pública, pois seu desenvolvimento auxilia na prevenção e promoção da saúde, do bem estar e da qualidade de vida de indivíduos e sociedades. Os profissionais de saúde, para tal, devem reconhecer os problemas apresentados pelos pacientes, para que assim, consigam elaborar estratégias de atenção para auxiliar no restabelecimento do indivíduo (ASSIS *et al.*, 2006).

O profissional de saúde, para realizar um bom atendimento, deve acreditar na capacidade de superação de dificuldades, precisa crer na capacidade de resiliência que os indivíduos podem desenvolver e, assim, tornar-se um mediador desse processo nos seus pacientes, sendo capaz de identificar e estimular as potencialidades existentes nas pessoas, independentemente do ambiente que ele vive (ASSIS *et al.*, 2006).

Na Enfermagem, a abordagem do processo de resiliência pode contribuir para reflexões e capacitação das equipes, a fim de que seja possível colaborar no

desenvolvimento deste processo identificando os fatores de proteção e de risco que envolvem a clientela assistida (SÓRIA *et al.*, 2006).

Em um estudo sobre resiliência com mulheres vítimas de violência por Rodrigues, Carinhonha e Penna (2010) identificou que os profissionais de saúde, com ênfase na Enfermagem, foram reconhecidos como principais colaboradores dessas mulheres no enfrentamento da violência vivida. A assistência prestada estimula a promoção da resiliência, para que essas mulheres encarem e saiam fortalecidas da situação de violência.

A Enfermeira, inserida em redes de apoio social como, os Serviços de Acolhimento Institucional para mulheres vítimas de violência doméstica, que estimulam a resiliência, estará também realizando o cuidado. Para que isso ocorra deverá atendê-las em sua multidimensionalidade, e direcioná-las a encontrar mecanismos ou fatores de proteção presentes em seu entorno, que lhes possibilitem iniciar ou progredir nesse processo, tornando esta profissional uma tutora da resiliência (LABRONICI, 2011).

3.1.1 Fatores de proteção

A resiliência fruto de um processo dinâmico, baseia-se em dois polos, o primeiro representado pelos eventos de vida negativos, pelas adversidades e o segundo, pela proteção, as formas de apoio internas e externas que o direcionam para o reestruturação da vida que a adversidade desestruturou (ASSIS *et al.*, 2006).

Fazer um projeto para distanciar o passado, metamorfosear a dor do momento para torná-la uma lembrança gloriosa ou divertida, certamente explica o trabalho da resiliência. Esse distanciamento emocional se tornou possível pelos mecanismos de defesa custosos, porém necessários como a negação, isolamento, fuga para frente, ou seja, impedir o retorno da angústia, da intelectualização e, sobretudo, da criatividade (CYRULNIK, 2004).

Importante se faz destacar que os fatores de proteção ou defesa não eliminam os eventos adversos, contudo, proporcionam coragem que leva o indivíduo a ter um melhor enfrentamento para superar o evento estressor, de modo a torná-lo sobrevivente, e impulsioná-lo a ser o primeiro a participar, a ter senso de humor e desenvolver sua criatividade, entre outros (BARREIRA; NAKAMURA, 2006).

Os fatores de proteção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Assim, podem não apresentar efeito na ausência do evento estressor, e sua função é estritamente modular a resposta em situações adversas (POLETTTO; KOLLER, 2008).

A partir das adversidades o ser humano reconhece limites, suas possibilidades e como se percebe no mundo, o que permite desenvolver algumas proteções individuais, que potencializam a resiliência como: o desenvolvimento de afeto por si próprio; estratégias para enfrentar diretamente os problemas; acreditar na vida além da matéria e ter fé na vida; ter boa saúde mental, e não se envolver em comportamentos antissociais, alguns aspectos responsáveis pela unicidade genética e sua possibilidade de transformação pela ação da cultura; o apoio social, como a escola, as amígdas e os serviços de saúde e o apoio familiar (ASSIS *et al.*, 2006).

Um estudo realizado por Teles (2005) com crianças com câncer e suas mães identificou que, diante de um evento como a doença, apropriaram-se de fatores de proteção para enfrentar a doença, como a fé, o brincar, as redes de apoio social, as voluntárias do hospital, a família, os amigos, as outras mães que estavam vivendo a mesma situação e a equipe de saúde.

O teatro, o desenho, a arte, o romance, o ensaio e o humor fazem a memória do trauma ser menos dolorosa, são vistos como mecanismos de defesa, pois ajudam a construir um novo sentimento sobre si mesmo. Outro fator de proteção pode ser relatar a tragédia. Entretanto, se quem ouve o relato julga ou condena, cessa a resiliência do relator, de torná-lo reabilitado, quando este compartilhar poderia ser transformado em militância, intelectualização ou em arte (CYRULNIK, 2004, p. 196).

Um estudo realizado por Carvalho *et al.* (2007) identificou como fatores de proteção de pacientes portadores de HIV/AIDS, o enfrentamento cognitivo e a aceitação da infecção, a participação da família no tratamento como fonte de apoio afetivo, o papel das organizações governamentais e não governamentais e a religiosidade.

Há que se salientar que os fatores de proteção se relacionam com as condições do próprio indivíduo e dos familiares (PINHEIRO, 2004), têm a função de interagir com os eventos de vida, e acionar processos que possibilitem incrementar a adaptação e a saúde emocional (POLETTTO; KOLLER, 2008).

Uma proteção ou defesa por ser caracterizada como uma forma de lutar contra uma pulsão interna ou uma representação, pode ser mais bem exemplificado, quando somos torturados por uma lembrança que se impõe em nós e que levamos para onde vamos (CYRULNIK, 2004).

Pesquisa realizada por Jaramillo-Vélez *et al.* (2005) com mulheres vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo constatou, através de uma escala de resiliência, que apesar do alto nível de angústia e violência a que foram submetidas, essas mulheres apresentaram características de personalidade que podem ser conduzidas por meio de adequada orientação, a serem convertidas em pessoas resilientes.

Um fator de proteção que pode ser desenvolvido pelo indivíduo é o humor, pois o riso e a diversão libertam o sofrimento e a angústia, o sorriso transmite um sentimento de cumplicidade afetiva com o outro, trazendo um pouco de leveza ao ocorrido. Assim, “a rebelião do humor abre as portas da prisão do trauma” e faz parte da resiliência (CYRULNIK, 2009, p. 47).

As condições para desenvolver a resiliência estão relacionadas ao próprio indivíduo como, expectativas, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, estabilidade emocional, engajamento nas atividades. E relacionadas com condições familiares como estabilidade na relação entre seus membros, afetividade dos pais, boa comunicação entre os integrantes da família, coesão, consistência, e as redes de apoio que ofereçam um ambiente sem conflitos e limites definidos e realistas (PINHEIRO, 2004).

Fatores de proteção são elementos indispensáveis para o restabelecimento do equilíbrio perdido. Entre eles está a estratégia de *coping* que diz respeito às ações e opiniões do indivíduo diante da ocorrência dos eventos adversos, visa a esforços e comportamentos a serem utilizados para lidar com os eventos negativos, que podem estar direcionados para regular o estado emocional ou focalizados no problema, tentando modificá-lo (PESCE *et al.*, 2004).

A eficácia da estratégia de *coping* reside na sua capacidade de reduzir o desconforto imediato. Por exemplo, durante um incidente, a resposta desejável de enfrentamento é parar a dor, e fazê-lo de forma mais eficiente possível (SNYDER, 1999). Para Cyrulnik (2009) o *coping* corresponde ao enfrentamento no próprio instante em que o evento estressor ocorre.

O *coping* é parte da essência do processo de mudança da vida do ser humano, permeada de experiências que despertam os modos de pensar, sentir e se comportar, e com isso, espera-se que o ser humano consiga aprender e crescer com os eventos que iniciam as nossas respostas de enfrentamento. Portanto, ele não só é fundamental para a sobrevivência, mas também se relaciona com a qualidade e a construção de nossas próprias vidas e identidade (SNYDER, 1999).

3.2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Inúmeros são os fenômenos que se fazem presentes no cotidiano da humanidade em diferentes culturas e contextos históricos, destacando-se, entre eles a violência. Ao olharmos para a história das ideias éticas desde a antiguidade clássica até a atualidade, podemos constatá-la, e perceber que existe a preocupação em obter meios para evitá-la, diminuí-la e controlá-la (CHAUÍ, 2002), porquanto é uma ação que envolve perda da autonomia e, sob esta ótica, passa a ser utilizada como uma maneira de manifestação das relações de dominação, negando a liberdade do outro, a igualdade e a vida (ROSA *et al.*, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade” (BRASIL, 2006b), e a declara um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

Independentemente da faixa etária, as pessoas podem sofrer violência, que se manifesta por espancamentos, humilhações, ofensas, sendo as mulheres o alvo principal. Em função de sua vulnerabilidade, vivenciam humilhações, cujas consequências causam dano psicológico, físico, comportamental, sexual, interpessoal ou espiritual (TELES; MELO, 2003).

O fenômeno da violência contra a mulher deve ser abordado na sua integralidade, visto que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Trata-se de um agravo que ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. Os agressores praticam atos contra a vítima em diversos cenários, que se traduzem por agressões físicas ou ameaças, maus tratos psicológicos, abusos ou assédios sexuais (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

A violência contra a mulher é um fenômeno mundial, que se manifesta em diferentes sociedades, mediante uma multiplicidade de formas, e pode ser desencadeada por fatores diversos (MATTAR *et al.*, 2007). Na classe social baixa se torna visível em razão das denúncias e do acompanhamento ou intervenção dos órgãos públicos, enquanto na alta sociedade ocorre o anonimato e a discrição, vez

que as mulheres têm condições de ter suas necessidades supridas por serviços particulares (NEVES; ROMANELLI, 2006).

Em 1979, a Assembléia Geral das Nações Unidas publicou a Convenção que mencionava a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, descrita como uma declaração internacional de direitos para as mulheres. Esta declaração é composta por 30 artigos que definem as formas de discriminação contra as mulheres, e uma série de medidas a serem adotadas pelos Estados (UNITED NATIONS, 2009).

Os Estados que aceitarem a Convenção devem incorporar o princípio da igualdade de gênero no sistema jurídico, estabelecimento de tribunais e outras instituições públicas para garantir a proteção efetiva da mulher, e assegurar a eliminação de todos os atos de discriminação contra a mulher por pessoas, organizações ou empresas (UNITED NATIONS, 2009).

No ano de 1993 a violência contra as mulheres foi reconhecida mundialmente como um abuso contra os direitos humanos, e desde então convenções têm sido realizadas como: a Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra a Mulher (1993); a Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (1994), e a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (1995). Delas, resultaram declarações ratificadas pela maioria dos governos, que, por sua vez, se refletem em políticas nacionais de prevenção e combate a esta criminalidade (OPAS, 1998).

A Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra a Mulher, em 1993, afirma que a violência contra a mulher é uma manifestação histórica das relações desiguais de poder entre homens e mulheres, que conduziram à sua dominação e à discriminação, como uma forma de impedir o avanço social da mulher. Assim, este tipo de agravo é um obstáculo para a realização dos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz, pois prejudica ou anula o gozo das mulheres por seus direitos humanos e pela sua liberdade (UNITED NATIONS, 2000).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher denominada “Convenção de Belém do Pará” de 1994 considera que o reconhecimento e o respeito irrestrito de todos os direitos da mulher, são condições indispensáveis para seu desenvolvimento individual e para a criação de uma sociedade mais justa, solidária e pacífica (BRASIL, 1994).

A violência contra a mulher é reconhecida pela Convenção de Belém do Pará como uma situação generalizada que independe de raça, classe, religião, idade ou qualquer outra condição, viola os direitos humanos e das liberdades fundamentais, de modo a limitá-los total ou parcialmente. É uma ofensa à dignidade humana, e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens (BRASIL, 1994).

Em 1995, a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, de Beijing, apresentou os objetivos de adotar medidas de prevenção e eliminação da violência contra a mulher, assim como estudar as causas e consequências deste tipo de agravo e a eficácia das medidas preventivas adotadas, e encontrar ações que visem eliminar o tráfico de mulheres (UNITED NATIONS, 2011).

Há que se destacar que a partir da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em 2003, na cidade de Viena, e com a Declaração sobre a eliminação da violência exercida contra a mulher, este fenômeno passou a ser uma preocupação das políticas públicas mundiais e dos direitos humanos (OMS, 2005). Nesse sentido, deve ser eliminada mediante vontade política, atuações judiciais e civis em todos os setores da sociedade.

No Brasil, nos últimos vinte anos, foram criados serviços públicos voltados para o atendimento às mulheres vítimas de violência, como casas-abrigo, centros de referência multiprofissionais e delegacias de defesa da mulher (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

A primeira Delegacia da Mulher foi implantada na cidade de São Paulo, em 1985, e o atendimento especializado oferecido, estimulou as vítimas a denunciar as agressões sofridas, pois o agressor ao ser chamado pela autoridade policial se sentia intimidado (DIAS, 2007).

A Lei dos Juizados Especiais, contudo, fez com que diminuísse a procura das mulheres pela Delegacia, vez que a conciliação era imposta, caso contrário a vítima teria o direito de representar a agressão desde que na presença do agressor. Caso a conciliação fosse aceita o crime não constava mais na certidão de antecedentes do agressor (DIAS, 2007).

No Brasil, os avanços legais foram tímidos, no sentido de que, foram criadas e implementadas medidas de preservação dos direitos da mulher, bem como ações públicas efetivas voltadas para a prevenção e combate à violência contra a mulher, depois que a farmacêutica, Maria da Penha Maia Fernandes, uma entre tantas

vítimas de violência doméstica, que em função da passividade da justiça brasileira, conseguiu a condenação de seu marido e agressor que foi preso por tentar matá-la por duas vezes e deixá-la paraplégica (DIAS, 2007).

A história de Maria da Penha teve repercussão nacional e internacional, e a formalização da denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos ocorreu por intermédio do Centro pela Justiça e o Direito Internacional, e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (DIAS, 2007).

O governo brasileiro por não ter formalizado resposta às solicitações feitas pela Comissão, foi condenado internacionalmente em 2001 por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Esta situação gerou uma indenização a Maria da Penha, e ainda foi recomendado que o país adotasse medidas para simplificar os procedimentos judiciais das denúncias efetuadas pelas vítimas. No entanto, a prisão do seu agressor ocorreu somente em 2002, 19 anos e seis meses após as agressões (DIAS, 2007).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde, ao considerar a saúde da mulher como prioridade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publicada em 2004, que teve como um dos seus temas a promoção da atenção à mulher em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta a proposta de realizar em parceria com os estados e municípios a estruturação de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência; articular a atenção com ações de prevenção de DST/AIDS, e promover ações preventivas relacionadas a este fenômeno (BRASIL, 2004).

Importante se faz destacar que, desde 2003, de acordo com a Lei 10.778, violência contra mulher é um agravo de notificação compulsória. Desta forma, as vítimas que procurarem o serviço de saúde público ou privado, em território nacional, devem ser obrigatoriamente registradas, a fim de que seja possível o seu controle, e a implementação de medidas de intervenção (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Governo Federal promoveu a primeira Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, a fim de que se fosse discutido o fenômeno violência contra a mulher, que foi considerada um marco brasileiro na afirmação dos direitos da mulher. Por todo o Brasil, a conferência mobilizou aproximadamente 120 mil mulheres que participaram diretamente dos debates, apresentando propostas para a

elaboração do primeiro Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM) (BRASIL, 2005).

O primeiro PNPM tem entre seus objetivos: o reconhecimento da violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica; a criação, o fortalecimento e a ampliação de organismos específicos de defesa dos direitos e de políticas para as mulheres no primeiro escalão de governo, nas esferas federal, estaduais e municipais. A finalidade desses objetivos é tratar a violência contra a mulher como questão de segurança, justiça e saúde pública no intuito de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens no Brasil (BRASIL, 2005).

Importante se faz ressaltar que a violência doméstica contra a mulher não teve a devida importância da sociedade, no poder legislativo e muito menos no Judiciário até a chegada da Lei nº 11.340 no ano de 2006, denominada Lei Maria da Penha (DIAS, 2007).

A Lei Maria da Penha cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar nas formas física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006a).

Em seu artigo oitavo, a Lei nº 11.340 estabelece que as ações através das políticas públicas, devem ocorrer mediante articulação da União, estados, Distrito Federal e municípios, bem como, pela integração do poder judiciário, ministério público e defensoria pública com as áreas de segurança pública, assistência social, educação, trabalho, habitação e saúde (BRASIL, 2006a).

Com o advento da Lei Maria da Penha, a União, estados e municípios têm que realizar investimentos voltados para o combate à violência contra a mulher. Importante se faz ressaltar que, o que antes era apenas parte do Plano Nacional de Política para Mulheres, agora se configura um dever a ser cumprido por estas esferas (BRASIL, 2006a).

No Brasil, em 2007 foi elaborado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com ações previstas para sua implementação nos quatro anos subsequentes, com o intuito de reduzir os índices de violência; promover mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2007).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres aprofunda a implementação da Lei Maria da Penha; fortalece o combate à violência sexual de meninas e adolescentes; promove os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e os direitos humanos das mulheres em situação de prisão (BRASIL, 2007).

A meta do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é o fortalecimento da rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, que ocorrerá mediante reforma ou construção de 764 serviços que atendem a mulher em situação de violência; ampliação do número dos Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em situação de Violência, e capacitação de aproximadamente 200 mil profissionais até 2011, para atuar nas áreas de assistência, prevenção e combate à violência contra a mulher (BRASIL, 2007).

O segundo Plano Nacional de Política para as Mulheres (PNPM) foi aprovado em agosto de 2007 pela segunda Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, validou os princípios e pressupostos do primeiro PNPM. Contudo, a segunda Conferência ampliou o escopo do primeiro plano, e propôs novas estratégias para somar àquelas já existentes (BRASIL, 2008).

Em 2008, há o lançamento do segundo PNPM, que expressa a vontade política e o comprometimento do Governo Federal, para eliminar a discriminação contra as mulheres. Na avaliação do primeiro Plano evidenciou-se que deve ser preservada a continuidade de ações fundamentais para o cumprimento dos objetivos e metas da promoção da igualdade de gênero, considerando a necessidade de um tempo de maturação e consolidação (BRASIL, 2008).

O segundo PNPM propõe ações que desconstruam as desigualdades de gênero; interfiram nos padrões sexistas e machistas ainda presentes na sociedade, promovam o empoderamento feminino, e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 do Ministério da Saúde, acrescentou a violência doméstica, sexual e/ou auto-provocada à relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2010a). A violência doméstica é a mais frequente forma de violência contra a mulher e seus agressores mais comuns são o parceiro ou ex-parceiros (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003). Nesse sentido, faz-se necessário compreender o fenômeno violência de gênero.

A violência de gênero resulta da dominação masculina que produz e reproduz uma relação de desigualdade, em função da hierarquia de papéis sociais e padrões comportamentais de subordinação (MOREIRA *et al.*, 2008). O caráter de dominação fez com que a mulher se tornasse submissa, obediente, reprodutora, fiel, cuidadora do lar, educadora dos filhos. Este papel foi se naturalizando com o passar dos anos, e a situação de submissão tornou-se comum na maioria das sociedades (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

A questão do gênero delimita o poder entre os sexos, o controle da sexualidade, da vida reprodutiva da mulher, o que faz com que o homem assegure e determine regras de descendência e patrimônio, e fortaleça a divisão sexual do trabalho (BRASIL, 2002).

A divisão atribuída ao gênero feminino regulamentou a reprodução e organizou as famílias, o que na atualidade ainda carrega uma forte carga simbólica e cultural, e atribui à mulher o sinônimo de fragilidade e dependência do homem, ainda considerado chefe da família (BRASIL, 2002).

A crença de que o gênero masculino é o detentor de poder, faz com que o autoritarismo e a violência contra a mulher sejam justificados como algo natural entre os seres humanos. Assim, muitos homens não caracterizam suas atitudes como violentas, e algumas mulheres não reconhecem que estão sofrendo violência (BRASIL, 2002). As diferenças de gênero, papéis e comportamentos muitas vezes criam desigualdades em que um sexo se torna competente para desvantagem do outro (WHO, 2009).

As mulheres em muitas sociedades são subordinadas, e têm menor status social do que o homem, fator que favorece o controle e maior poder de decisão deles nesta relação. Essa desigualdade de gênero aumenta o risco de violência contra a mulher, e inibe sua capacidade de buscar proteção (WHO, 2009).

Nas relações conflituosas de gênero, o agressor tem o desejo de destruir a auto-estima da mulher por meio de críticas constantes relacionadas ao seu comportamento inadequado tanto no espaço privado como no ambiente. Isso a isola do mundo exterior e de sua família, impedindo-a de trabalhar, e a distancia das pessoas que poderiam lhe dar apoio, e essa condição a impede de buscar ajuda (DIAS, 2007).

A violência de gênero é permeada por desigualdades sociais e econômicas existentes entre homens e mulheres, e também decorre de fatores históricos

(LABRONICI *et al.*, 2010a), que se manifestam através de atos como agressões física, psicológica e sexuais. Todas essas formas de violência, quando cometida no lar, denomina-se violência doméstica (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Há que se destacar que as mulheres quais sofrem violência doméstica, a agressão é geralmente cometida pelos maridos e companheiros (BRASIL, 2008). Este tipo de violência é definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas (BRASIL, 2006a).

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão praticada dentro ou fora de casa que cause algum tipo de dano ao bem-estar, integridade física, psicológica ou à liberdade e ao direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família com ou sem laço de consangüinidade; expressa dinâmicas de poder e afeto presentes em relações de subordinação/dominação, como, por exemplo, em uma relação homem e mulher (BRASIL, 2002).

Uma pesquisa realizada em uma casa abrigo para mulheres vítimas de violência em Curitiba analisou 886 fichas de atendimento entre os anos de 1993 e 2007 e, revelou que os agressores eram os companheiros em 71,41% dos casos. O principal motivo para não romperem com a situação de violência foi o desejo de permanecer com a família (64,45%), seguido da dependência financeira (13,65%), da insegurança ou medo do agressor (13,44%) e da falta de emprego e abrigo (3,49%) (LABRONICI *et al.*, 2010a).

A vergonha ao expor a agressão praticada por seu parceiro também é um dos motivos que as fazem silenciar, e quando denunciam nem sempre encontram apoio institucional que esperam para ajudá-las a seguir com o processo. Este é um dos fatores que propiciam o retorno ao convívio com o agressor (DEEKE *et al.*, 2009) e as colocam em situação de vulnerabilidade.

Outro motivo que colabora para que a vítima permaneça em convívio com seu agressor, é que nem sempre ela quer a separação e a prisão. Deseja que a violência acabe, para que possa reconstruir sua relação. Quando procura por um socorro é porque já não suporta as agressões e a submissão imposta, o que gera medo e vergonha, que a impede de procurar ajuda (DIAS, 2007).

A violência contra a mulher cometida pelo parceiro ainda é ocultada atrás de portas fechadas, contudo, não pode ser negada por mais tempo, porque na contemporaneidade sabe-se que faz parte do cotidiano de milhões de mulheres (OMS, 2005).

Conforme o governo brasileiro ressaltava a importância da elaboração de estratégias de proteção à mulher, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, desde 2002, no intuito de implementar ações voltadas para a saúde da mulher, desenvolveu o Programa Mulher de Verdade, que proporciona atenção à mulher em situação de violência, e oferece atendimento à saúde em seu aspecto bio-psico-social, com ações integradas entre as unidades de saúde, hospital, juizados, Delegacias da Mulher e a Fundação de Ação Social (FAS) (CURITIBA, 2008).

A OMS a fim de dimensionar a magnitude do problema violência contra a mulher promoveu no ano de 1996, uma reunião consultiva de expertises em violência contra a mulher que concentrou investigadores, profissionais de saúde e promotores da saúde procedentes de diversos países, tendo solicitado a realização de pesquisas internacionais para explorar as possibilidades e consequências na saúde, bem como os fatores de risco da violência contra as mulheres (OMS, 2005).

Em 2005, estudo realizado pela OMS em 50 países do mundo revelou que entre 20% e 75% das mulheres vítimas de violência por seus parceiros haviam sofrido maus tratos psíquicos como insultos, humilhação e intimidação. As ameaças com danos físicos foram menos frequentes, embora quase uma em cada quatro mulheres no Brasil e Peru tenha relatado que havia sido ameaçada.

Pesquisa realizada por Vives-Casis *et al.* (2010) na Espanha, com 13.094 mulheres que responderam a um questionário sobre agressão, constatou que a violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo foi a forma mais prevalente deste tipo de agravo, totalizando 128 casos, dos quais 98 ocorreram dentro do domicílio. Diante da análise dos impactos à saúde da mulher vítima de violência, evidenciou-se as dores físicas crônicas em garganta, cabeça e costas e doenças coronarianas, apresentaram maiores índices de utilização de drogas psicotrópicas, auto-percepção da má qualidade de vida e sofrimento psicológico.

Estudo realizado por Djikanovic' *et al.* (2011) em Belgrado, na Sérvia, constatou que, das 1.196 das mulheres, 22,7% sofreram agressão física e 6,3% violência sexual do parceiro íntimo. Das que sofreram agressão física,

aproximadamente 22% mulheres procuraram auxílio, 12,01% foram à polícia e 10% aos serviços de saúde, e as razões mais frequentes apontadas para tal atitude foram a gravidade da agressão e o impacto negativo sobre os filhos.

No Brasil, em 2001, mais de dois milhões de mulheres sofreram espancamentos graves, com mais de 205 mil casos registrados nas Delegacias de Defesa da Mulher, colocando o país em terceiro lugar entre os que mais agridem as mulheres (MATTAR *et al.*, 2007).

Dados de uma pesquisa, do DataSenado (2009), intitulada “Violência Doméstica contra a Mulher”, realizada no Brasil, com 827 mulheres, revelaram que, destas mulheres, 83% conhecem ou já ouviram falar da lei Maria da Penha e 58% souberam indicar uma ou mais de uma forma de proteção como a prisão do agressor, programas de proteção à mulher e casa abrigo. Do número total de entrevistadas, 160 já sofreram agressão; 81% relataram que a violência foi cometida pelo parceiro íntimo, como marido, companheiro ou namorado e o tipo de violência mais cometida foi a física (51%), porém, apenas 28% denunciaram o agressor.

Uma investigação epidemiológica realizada pela Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) de setembro a novembro de 2009, em 136 serviços de urgência e emergência em várias capitais de estados e municípios do Brasil, constatou que dos 4.012 atendimentos realizados por violência, 27,35% eram do sexo feminino. Deste total, 56% afirmaram que o local da violência foi a residência, em 84% dos atendimentos ocorreram agressão/maus-tratos. Na maioria dos casos (34,30%) a agressão foi cometida por companheiro ou ex, e o tipo de violência mais sofrida foi a física (94,10%), seguida pela psicológica (36,2%) (BRASIL, 2010b).

Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010), com 2.365 mulheres de 176 municípios brasileiros, mediante um questionário estruturado, revelou que 56% da amostra era casada ou amasiada, e 40% mencionaram que já sofreram algum tipo de violência.

Pesquisa realizada por Monteiro e Souza (2007) com mulheres que procuraram a Delegacia da Mulher em Teresina, Piauí, constatou que a violência conjugal está presente em seu cotidiano, e além das agressões físicas, a violência a que são submetidas frequentemente produz efeitos negativos na saúde mental.

Os maus tratos infligidos à mulher repercutem em perdas significativas na saúde física, sexual, psicológica e social (MONTEIRO; SOUZA, 2007), e têm sido associados a maiores índices de suicídio, abuso de drogas, cefaléia, distúrbios

gastrointestinais, dores crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças pélvicas inflamatórias, gravidez indesejada (SCHRAIBER *et al.*, 2002). Podem provocar baixa auto-estima, medo, isolamento social, culpa e até mesmo o sentimento de temor que paralisa e impede a mulher de buscar ajuda (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Estudo realizado por Deeke *et al.* (2009) em uma Delegacia da Mulher em Santa Catarina revelou que 70% das mulheres entrevistadas já haviam registrado de dois a quatro boletins de ocorrência por agressão contra seus parceiros; 48,5% relataram que sofrem agressão verbal diariamente, e 56,7% fazem uso de antidepressivos e ansiolíticos. Nesse sentido, a violência contra a mulher não deve ser vista como uma situação isolada e pontual, mas como um fenômeno complexo que afeta a sua multidimensionalidade e, desse modo, a acompanha de forma intensa e duradoura.

De acordo com dados da Delegacia da Mulher em Curitiba, no Paraná, foram registrados entre setembro e dezembro do ano de 2006, 1.125 casos de violência contra a mulher. Entre os anos de 2003 e 2006 foram notificados 2.467 casos, dos quais 1.872 foram por violência sexual; 548 física; 295 verbal, e 256 por violência psicológica (CURITIBA, 2008).

Relatório publicado pelo Programa Mulher de Verdade, constatou que, no ano de 2009, das 857 notificações de violência contra a mulher em Curitiba, 613 foram classificadas como violência doméstica, das quais 411 foram cometidas pelo companheiro, e os locais que mais atenderam as vítimas foram os hospitais com 504 registros e as Unidades de Saúde com 157 casos (CURITIBA, 2009).

Existe dificuldade ainda de se precisar a real magnitude da violência doméstica, apesar do aumento no número de pesquisas, pois o ambiente familiar e as relações conjugais são considerados aspectos privados, o que contribui para a banalização deste fenômeno social cotidiano (ROSA *et al.*, 2008). As mulheres agredidas pelo parceiro não se sentem vítimas, a falta de limite faz a violência aumentar, e se transforma em um ciclo vicioso, invisível aos olhos da sociedade (DIAS, 2007).

O ciclo da violência contra a mulher praticada no ambiente privado pelo parceiro inicia-se pelo silêncio e indiferença do agressor, depois vem reclamações, reprovações, castigos e punições, que se transformam em agressão física como empurrões e tapas. Assim, a mulher passa a viver assustada, com medo por não

saber quando será a próxima agressão, e se sente culpada por toda a situação, o que a faz pensar que deve perdoar o agressor (DIAS, 2007).

A submissão feminina, como um fato histórico, tem sido culturalmente criticada atualmente, contudo, ainda ocorre nas relações entre homens e mulheres. Assim, acaba por não ser valorizada por muitos como um problema social e de saúde (SCHAIBER *et al.*, 2005).

Os profissionais de saúde devem ir além de ações curativas, e implementar medidas de prevenção e promoção da saúde, vez que a violência afeta física e emocionalmente as vítimas (MINAYO; SOUZA, 1998). Os serviços de saúde não devem ser vistos como um substituto da justiça penal e dos direitos humanos, mas sim como complemento dessas atividades, e instrumento colaborador nas estratégias de prevenção da violência (OMS, 2002).

Os serviços de saúde são espaços em que é possível identificar situações de risco, e traçar medidas para prevenção da violência contra a mulher (BRASIL, 2002). Neste sentido, os profissionais de saúde possuem potencial para tratar as mulheres vítimas de violência, contudo, poucos contam com a sensibilidade e formação necessárias para perceber e reconhecer a violência como causa subjacente dos problemas de saúde destas mulheres (OMS, 2005).

As mulheres em situação de violência são usuárias frequentes do sistema de saúde, e manifestam queixas vagas e crônicas, o que pode passar despercebido pelos profissionais que atuam nesta área (BRASIL, 2002). Portanto, faz-se necessário capacitá-los com educação continuada no intuito de perceber, reconhecer e intervir mediante ações de cuidados que envolvam a mulher em sua totalidade (LABRONICI *et al.*, 2010a).

O preparo dos profissionais de saúde, especialmente da Enfermagem, é indispensável, visto que estão em contato direto com as mulheres vítimas de violência, e isso possibilita que o cuidado seja mais efetivo, e direcionado para a promoção da saúde e, conseqüentemente, para a qualidade de vida, além de possibilitar uma relação de confiança com a vítima (FERRAZ *et al.*, 2009).

A Enfermagem, juntamente com outros profissionais de saúde, deve voltar seu olhar para a prevenção e promoção da saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Assim, o trabalho multidisciplinar com outros setores da sociedade, como o jurídico e social, torna-se indispensável na elaboração de ações efetivas no combate desta criminalidade, além de estratégias comprometidas com a

supervisão e execução das políticas públicas e da legislação vigente na atualidade, visto que refletirá na redução dos índices deste fenômeno.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

O delineamento metodológico da pesquisa é exploratório de abordagem qualitativa, esta trabalha com dados descritivos que permitem alcançar os sentidos que permeiam as relações sociais. O significado que as pessoas atribuem às coisas e a sua vida é a maior preocupação neste tipo de investigação, e é essa realidade que o pesquisador pretende acessar e compreender (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Na Enfermagem, a pesquisa qualitativa tem uma abordagem sistemática, objetiva, com a finalidade de descrever as experiências vividas pelos indivíduos, na constante busca de seus significados e compreensão de forma mais ampla e realista (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

A pesquisa exploratória é realizada quando uma nova área ou tópico está sendo investigado, pois procura revelar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta. Este tipo de pesquisa se inicia com uma situação de interesse, e se desenvolve não por apenas observar o fenômeno, mas sim porque investiga sua natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um Serviço de acolhimento institucional para mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de Curitiba, conhecida como Pousada de Maria. Esta pousada tem como finalidade o acolhimento temporário da mulher e de seus filhos, com vistas à sua reinserção social e ao convívio familiar e social, mediante a retomada de sua vida, de modo a refazer sua história na sociedade (CURITIBA, 2007).

A Pousada de Maria foi implantada no ano de 1993 e preserva sua finalidade na atualidade, garantindo o atendimento às necessidades trazidas pela mulher em

situação de violência doméstica em caráter protetivo e transitório. Atende mulheres acima de 18 anos, acompanhadas ou não de seus filhos até 12 anos de idade. O tempo médio de permanência no local, segundo normativa, é de 90 dias, período que pode ser alterado de acordo com a especificidade de cada caso (CURITIBA, 2007).

Atualmente, dispõe de 20 vagas para abrigar tanto as mulheres quanto seus filhos, e mais sete berços para os menores de três anos. Entre os anos de 1993 a 2007, a média de atendimento anual nesse serviço foi de 63 mulheres (LABRONICI et al., 2010a). O encaminhamento ocorre por meio de serviços como: Núcleos regionais, Centrais de atendimento social, Delegacia da mulher, Conselhos tutelares, Vara da família e Conselho municipal da condição Feminina e Unidades de saúde.

A Pousada de Maria possui o seguinte corpo de funcionários contratados pela Prefeitura Municipal de Curitiba: uma chefe de unidade, um apoio técnico, três auxiliares administrativas operacionais, nove educadoras e uma cozinheira. Os funcionários terceirizados são: dois cozinheiros, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de cozinha e um motorista.

4.3 DELIMITAÇÃO TEMPORAL PARA A OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

O período de desenvolvimento da pesquisa foi de novembro de 2010 a fevereiro 2011.

4.4 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA E A APROXIMAÇÃO

Minha aproximação com todas as mulheres residentes da Pousada de Maria, que totalizaram oito, no período de realização da pesquisa ocorreu após reunião em uma sala reservada destinada a produção de atividades artesanais.

No primeiro momento, apresentei-me e relatei minha trajetória na Pousada de Maria e as realizações de pesquisas anteriores envolvendo mulheres vítimas de violência doméstica. Posteriormente, expliquei o motivo da reunião e sobre a dissertação. Ao final perguntei quem gostaria de participar naquele momento,

entretanto, avisei que eu viria mais dias ao local para realização de outras entrevistas.

Minhas visitas a Pousada de Maria ocorriam semanalmente. Ao chegar eu realizava algumas atividades no local, como conversar e interagir na sala de brinquedo com as crianças que lá residiam, assistia televisão com as mulheres e com as educadoras, tomava café com as assistentes sociais, diretora, serventes e cozinheiras do serviço. Todos esses fatores contribuíram para minha aproximação com as mulheres, pois a cada dia elas se mostravam mais receptivas para conversar e relatar o vivido.

Desse modo, fizeram parte da pesquisa todas as mulheres residentes na Pousada de Maria, em um total de 08, que após convite oficializaram sua participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma permanecendo com a pesquisadora e a outra com a participante da pesquisa (APÊNDICE 1).

As entrevistas ocorreram na sala de artesanato ou no consultório de enfermagem do local, por ser um espaço que oferecia privacidade, o que contribuiu para que as mulheres pudessem relatar o ocorrido sem se sentirem constrangidas ou serem interrompidas.

4.5 OBTENÇÃO, REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada mediante entrevista semi-estruturada gravada (APÊNDICE 2), com a seguinte solicitação inicial: Fale-me o que aconteceu com você e o que a trouxe para este serviço?

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009), constituída por quatro etapas: organização da análise, codificação, categorização e inferência.

A primeira etapa compreende a organização da análise, e tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, para conduzir o desenvolvimento de operações sucessivas. Consiste em leitura flutuante do material, a fim de estabelecer o primeiro contato com o documento, deixando-se invadir por orientações e impressões. A leitura vai-se tornando mais precisa, e, assim, há formulação de hipóteses e objetivos (BARDIN, 2009).

A hipótese é uma afirmação provisória que necessita de verificação; trata-se de uma suposição de origem da intuição que deve ser submetida à prova de dados seguros, e o objetivo é a finalidade geral a que o pesquisador se propõe (BARDIN, 2009).

A codificação corresponde à segunda etapa e é uma transformação dos dados por recorte, agregação e enumeração, que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, e é chamada de unidade de registro. Esta é a significação de um segmento de conteúdo, considerada como unidade de base, e as mais utilizadas são a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento, o documento (BARDIN, 2009).

Após a transcrição dos discursos e leitura exaustiva, foram destacados com canetas de diversas cores, os fragmentos dos discursos que continham informações significativas para este estudo, e que me forneciam elementos para formar uma ideia.

A categorização classifica os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguido de reagrupamento segundo o gênero. Categorias são classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns. Esta etapa tem como primeiro objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2009).

Como forma de organização do conteúdo, todos os fragmentos grifados na etapa anterior da mesma cor foram reagrupados, formando um novo documento, para que fosse possível desvendar os significados ainda ocultos dos discursos. Deste documento, após nova leitura exaustiva, as unidades de significado foram selecionadas, possibilitando interpretar e encontrar a essência, o sentido verdadeiro do discurso.

A última etapa chamada de inferência é a conclusão da análise de conteúdo e permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas (BARDIN, 2009). Da qual emergiram as seguintes temáticas: **Trajetórias de vidas marcadas pela violência doméstica** e **A força do amor materno no enfrentamento da violência doméstica**

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (Registro CEP/SD: 943.068.10.06 – C.A.A.E.: 0042.0.091.000-10) (ANEXO1), e pelo Departamento Jurídico da Fundação de Ação Social (protocolo 01-112807/2010) (ANEXO 2).

O anonimato das mulheres participantes da pesquisa foi garantido pela substituição de seus nomes pela letra M, seguido de algarismos arábicos em ordem crescente de realização das entrevistas, de M1 a M8.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 TRAJETÓRIAS DE VIDAS MARCADAS PELA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A apresentação dos aspectos socioeconômicos que caracterizam as mulheres participantes desta pesquisa possibilitará, ao leitor, conhecer uma parte das suas trajetórias de vida e, assim, se familiarizar com os discursos apresentados ao longo deste capítulo.

M1 tem 35 anos, é branca, evangélica, estudou até a primeira série do ensino fundamental, trabalhava de diarista antes de ir morar no Serviço de acolhimento institucional Pousada de Maria, era dependente financeiramente do companheiro e atualmente está desempregada. Tem quatro filhos, dos quais três são com o último companheiro e permaneciam com ela no serviço, sendo uma menina de 12 anos e dois meninos de 8 e 10 anos. Permaneceu em união estável com o companheiro durante 12 anos. Tempo de permanência no serviço até o momento da entrevista: 10 meses.

M2 tem 33 anos, é branca, evangélica, estudou até a terceira série do ensino fundamental, trabalhava de diarista, era financeiramente dependente do companheiro, teve cinco filhos com o companheiro, entretanto, somente dois deles estavam com ela no serviço, dois meninos um com 3 e outro com 1 ano. Permaneceu em união estável com o companheiro por 15 anos. Tempo de permanência na Pousada de Maria era de seis dias.

M3 tem 31 anos, é branca, diz não ter religião, estudou até a quarta série do ensino fundamental. Após adentrar a Pousada de Maria, começou a trabalhar como Auxiliar de Limpeza em uma escola, sua renda mensal é de 540 reais. Tem um filho de 10 anos com seu marido, com quem está casada há 13 anos. O tempo de permanência na Pousada de Maria: 5 meses.

M4 tem 32 anos, é branca, espírita, concluiu o segundo grau técnico em química, é dependente financeiramente do companheiro, trabalhava como autônoma por meio da fabricação caseira de pães. Tem dois filhos, dos quais um é do casamento anterior, o qual mora com a avó materna, e a outra é uma menina de 2

anos que permanece com ela no serviço. Permaneceu em união estável com o companheiro por três anos e, de quem, atualmente, também está grávida de oito meses. Tempo de permanência no serviço até o momento da entrevista: 14 dias.

M5 tem 28 anos, é negra, evangélica, estudou até a quinta série do ensino fundamental, estava desempregada, e era dependente financeiramente do companheiro com quem teve seis filhos, três meninas de 2, 9 e 11 anos e três meninos de 1, 6 e 13 anos, e todos estavam morando no serviço com ela. Permaneceu em união estável com o companheiro durante trezes anos, e estava na Pousada de Maria pela segunda vez. Tempo de permanência: 18 dias.

M6 tem 39 anos, é negra, católica, tem o segundo grau completo, atualmente está desempregada, relata que fazia artesanato para vender, contudo, era dependente financeiramente do companheiro, com quem tem uma filha de 4 anos, e permaneceu em união estável por quatro anos. Tempo de permanência na Pousada de Maria: 21 dias.

M7 tem 31 anos, é branca, católica, estudou até a oitava série do ensino fundamental, estava desempregada, e era dependente financeiramente do companheiro. Tem três filhos de relacionamentos anteriores, entretanto, dois meninos com idade de 4 e 13 anos permanecem com ela no serviço. Está gestante de quatro meses do último companheiro, com quem permaneceu em união estável durante 1 ano e 3 meses. Tempo de permanência na Pousada de Maria: 20 dias.

M8 tem 27 anos, é negra, católica, estudou até a quarta série do ensino fundamental, atualmente está desempregada, mas trabalhava como jardineira autônoma junto com seu companheiro antes de chegar à Pousada. Tem dois filhos de outro relacionamento, e apenas a menina de 3 anos permaneceu no serviço com ela. Estava grávida de quatro meses do ex-companheiro, com o qual permaneceu em união estável durante quatro anos. Tempo de permanência na Pousada de Maria: 14 dias.

As mulheres participantes da pesquisa tiveram uma trajetória de vida marcada por experiências traumáticas conforme seus relatos. Neste sentido, a compreensão do processo de resiliência implica conhecer as diversas formas de violência doméstica manifestada na vida delas e que as levaram ao Serviço de Acolhimento Institucional.

Uma das formas de violência doméstica sofrida pelas mulheres participantes da pesquisa foi a psicológica, e que pode ser evidenciada em alguns discursos a seguir:

[...] ele me agredia não fisicamente, mas verbalmente, com palavras, que eu era isso, aquilo, que eu só prestava para aquilo (sexo) [...]. Foram 13 anos de sofrimento [...]. (M3)

[...] ele sempre teve um temperamento muito explosivo [...]; ele é daquele de te acusar verbalmente e alterar teu psicológico de uma forma absurda [...]. (M4)

[...] me xingava de vagabunda, de cadela, disso e daquilo”, não me deixava trabalhar fora porque dizia que eu ia catar macho na rua [...]; sabe quando a pessoa anula a sua vida? Você não pode fazer mais nada; as coisas que você gostava de fazer, e hoje é isso que eu sinto: ele anulou a minha vida [...]. (M7)

A violência psicológica é definida pela Lei 11.340/06 como qualquer conduta que cause à mulher danos emocionais à sua saúde psicológica como, diminuição da auto-estima, comando das ações e comportamentos por meio de ameaças, humilhações, manipulação, isolamento, chantagens, vigília constante e limitação do direito de ir e vir (BRASIL, 2006a).

As falas das participantes da pesquisa vão ao encontro da definição e explicitam que o agressor ao praticar a agressão verbal dentro do lar as desqualificava, diminuía a auto-estima e restringia a liberdade, como forma de obter controle e cercear a sua liberdade.

Cercear a liberdade individual da vítima é um dos objetivos que o agressor tem ao iniciar a violência psicológica. Seus sinais iniciais são lentos e silenciosos, contudo, vão progredindo em sua intensidade até provocar constrangimento e humilhação, de tal modo que a agressão emocional se torna tão grave quanto a física, por abalar a auto-estima da mulher, sua segurança e a confiança em si mesma, fazendo com que conviva com o terror e com o medo (SILVA; COELHO, CAPONI, 2007), como pode ser evidenciado na fala abaixo:

[...] eu sempre tive medo, “eu não vou conseguir”, o medo me impediu de muitas coisas, eu fiquei tanto tempo para baixo, nada que eu fazia prestava para ele; eu não fazia nada de bom, que eu era burra porque não tinha estudo. (M8)

A convivência com a violência psicológica faz com que a mulher se torne constantemente ameaçada, insegura, com medo, pois nunca sabe quando será a próxima explosão e, assim, torna-se dependente, anula a si própria e vira um alvo fácil (DIAS, 2007).

As humilhações, ameaças e manipulação estavam presentes na relação estabelecida com os agressores, e isso se configura como uma forma de controle, de poder sobre o outro. Nesse sentido, não há autonomia, porquanto esta pressupõe a liberdade de escolha.

Denomina-se autonomia quando existe a liberdade de cada indivíduo ter poder de decisão das próprias ações, a autodeterminação e autogoverno. Nesse sentido, respeitá-la, é reconhecer que cada qual detém visões particulares do mundo, baseadas em crenças, cultura, valores próprios. Desta forma, diz respeito a deliberação para as tomadas de decisão segundo seu plano de vida (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

A autonomia pode ser compreendida também como um conjunto de direitos que conferem ao sujeito uma condição e posição de liberdade da palavra, de ações e pensamentos, e igualdade perante todos os outros membros da sociedade (HELD; BARBOSA; ROSA E SILVA, 1999).

O exercício da autonomia ocorre quando há o governo de si mesmo, por meio das próprias escolhas, e o desenvolvimento de ações orientadas por sua própria vontade desde que dentro dos limites morais estabelecidos (LUNARDI, 1999).

O respeito à autonomia é o reconhecimento do outro enquanto ser humano, dotado de sentimentos e desejos e não simplesmente como um objeto. Desse modo, a autonomia se desenvolve quando há liberdade, e se refere a possibilidade de livre ação, sem coação, manipulação ou influências (OGUISSO; ZOBOLI, 2006). Entretanto, em um lar onde ocorrem episódios de violência contra a mulher, ela não pode existir, o que significa que a autonomia também não.

Em um cotidiano em que não há autonomia, a manipulação do outro ganha força, e as humilhações e ameaças se configuram como violência psicológica. Contudo, outras ações que envolvem este tipo de agravo também foram relatadas pelas mulheres nos discursos abaixo:

[...] para afastar as pessoas de perto...cada vez mais [...] todas as pessoas ao meu redor pareciam uma ameaça para me tirar dele, me afastou de todo mundo. (M4)

[...] parecia uma pessoa normal, no começo, daí ele já começou a tomar conta, por mais que eu não tinha falado nada para ele, se queria ou não ficar com ele, não deixava eu conversar com ninguém. Ele começou a ficar tipo um pai, imaginava ele como um pai, aí pensava: Ah! Ele está me protegendo do mal aí de fora; e ele me colocou uma coleira, me falava o que eu podia fazer ou não, e eu comecei a ver isso como se ele quisesse me proteger, cuidar de mim, e não era bem isso que ele queria, era tomar posse. (M5)

Outra forma de controle é o impedimento de convívio com pessoas não pertencentes ao ambiente familiar, o que levou ao isolamento destas mulheres, desse modo, elas não teriam outra fonte de referência e atenção a não ser o companheiro, que exercia maior poder sobre elas.

Uma forma de disciplinar corpos e torná-los dóceis é pelo poder, o que significa que o outro pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado, e, assim, tornam-se prisioneiros das limitações, proibições e obrigações. O corpo ao ser visto como objeto, torna-se um meio de obtenção de controle diante de forças constantes que o levam à sujeição e submissão (FOUCAULT, 1987).

O poder que o companheiro/agressor detém sobre o corpo da mulher vítima de violência doméstica a torna submissa, insegura e o medo se instala em seu ser. Diante dessa dominação, a mulher para evitar problemas, afasta-se dos amigos, só usa as roupas que ele permite, deixa de se maquiar para não desagradá-lo. Contudo, isso não exclui a demonstração física do poder, porquanto depois das reclamações, repressões, reprovações, castigos e punições, os gritos transformam-se em empurrões tapas, socos e pontapés num crescer sem fim (DIAS, 2007).

A violência física praticada pelo companheiro foi citada pelas entrevistadas, conforme relatos abaixo:

O conheci e fomos morar juntos. Depois de dois meses ele começou a virar a cabeça, começou a me bater, me espancava, já me bateu de facão na cabeça [...]. (M1)

[...] ele voou para cima de mim, me grudou pelos cabelos, queria arrancar meu cabelo fora, aí ele falava “vagabunda não se bate, não se deixa marca, se arranca os cabelos”. (M4)

[...] aí ele começou a me agredir, deu chute, soco, me empurrou. Quando eu tentava me levantar ele me derrubava de novo no chão com uma rasteira [...]; ele tinha me apertado o pescoço, eu apaguei por alguns segundos; estava tudo branco, quando eu voltei só escutava os gritos da minha filha. Quando eu acordei, ele me deu uma cabeçada, fiquei tonta de novo [...]. (M8)

Nas falas acima é possível identificar que os companheiros dessas mulheres utilizaram da força física para dominá-las e torná-las submissas. Contudo, sabe-se que quando o homem deseja ter poder sobre a mulher, desenvolve-o de forma lenta e progressiva, traduzindo-se em ações como, ameaças, injúrias, seduções, censuras, ordens. Tais condutas ficam inscritas nos corpos das mulheres submetidas a essa forma de poder, transformando-se em sentimentos de vergonha, humilhação, ansiedade, tornando-as vulneráveis e propícias as outras formas de dominação (BOURDIEU, 2007), como a violência física.

A violência física acontece quando a dominação masculina se transforma em conduta que ofende a integridade ou a saúde corporal (BRASIL, 2006a), e ocorre mediante tapas, empurrões, chutes, bofetadas, puxões de cabelo, beliscões, mordidas, queimaduras, tentativa de asfixia, ameaças com faca e tentativa de homicídios (SCRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003), ações essas vividas e apresentadas nos relatos de M1, M4 e M8 durante a entrevista.

O uso da força física pelo parceiro íntimo foi também uma das formas de privar e reprimir a liberdade da mulher, e pode ser evidenciado nas falas abaixo:

Eu não sei explicar o que ele fazia comigo. Eu comecei a ter medo dele também porque eu comecei a cobrar, dizendo que ele não queria saber de nada, de trabalhar, e que eu estava precisando de coisas para as crianças. Aí ele começou a me agredir, batendo, dando murro na cara, puxando o cabelo, ameaça. E assim foi indo [...]. (M5)

[...] se eu usasse um brinco que ele não gostasse ele me metia a mão na cara e mandava eu tirar o brinco [...]. (M5)

[...] teve uma vez que ele ficou muito violento e quase me jogou da escada do nada... me pegou pelos braços, e começou a gritar que eu não limpava isso, que eu não fazia aquilo [...]. (M6)

Os discursos acima deixam claro que há uma relação de submissão, um controle na tentativa de adestrar, regular as ações e comportamentos das mulheres, a fim de disciplinar e mostrar o exercício do poder. Este ocorre a partir das relações

desiguais de forças, e se efetua pela repressão, manipulação e vigilância constante sobre o outro (FOUCAULT, 1979).

Historicamente, as desigualdades entre o masculino e o feminino baseiam-se entre as divisões biológicas e sociais, as quais estão intimamente ligadas e legitimadas por “uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada”, (BOURDIEU, 2007 p. 33), a qual se faz presente nas relações sociais até os dias de hoje.

A dominação masculina sobre a mulher repercute em uma violência que se instala, inicialmente, de forma silenciosa e invisível, em razão de a agredida não reconhecê-la como tal, ou pelo sentimento existente na relação. A mulher submetida ao poder masculino tem suas percepções e pensamentos com base nos atos do dominador, que nada mais são do que um produto dessa relação assimétrica (BOURDIEU, 2007). Dessa forma, o agressor ao ter forte influência e controle sobre os desejos e escolhas da mulher, parte para a violência em suas variadas formas.

Além da agressão física e psicológica sofrida pelas mulheres entrevistadas, a violência patrimonial também pôde ser identificada nos relatos, conforme evidenciado abaixo:

[...] acabei indo para casa da minha mãe, aí ele surtou que eu não tinha que ter ido e começou a me ligar loucamente, quando eu voltei, ele tinha jogado todas minhas calcinhas fora, minhas roupas íntimas fora, tinha jogado toda comida fora e os meus ingredientes para eu fazer meus pães para vender [...] jogou tudo fora, não tinha um grão de arroz para comer quando eu cheguei em casa, isso que ele rasgou minha identidade, eu estou sem identidade, estou só com a carteira de trabalho porque foi o que eu salvei [...] eu ia procurar as minhas coisas e não tinha. (M4)

[...] uma vez que ele queimou todas minhas roupas. Esse dia eu tive uma audiência para ir, quando eu cheguei em casa minhas roupas estavam todas queimadas, jogou tudo na churrasqueira, daí ele disse que eu não tinha ido para audiência alguma, e eu até mostrei o papel de que estive lá [...]. (M6)

A tentativa das mulheres de se livrar do companheiro e agressor que as intimidava e as anulava gerou nele a sensação de perda de controle e de poder, e talvez tenha sido percebida como uma atitude de confronto, que o incitou a destruir objetos pessoais como roupas e documentos, o que também é compreendido como um tipo de violência.

As ações apresentadas nos discursos de M4 e M6 configuram-se, de acordo com a Lei 11.340/06, como violência patrimonial contra a mulher, compreendida como as ações que resultem em “retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades” (BRASIL, 2006a).

Os tipos de violência aqui apresentados, mediante os danos físicos e emocionais ocasionados, tornaram-se um evento traumático vivido pelas mulheres participantes da pesquisa e, somente, após uma experiência dolorosa que o processo de resiliência pode ou não ser desencadeado.

Diante dos momentos difíceis, de eventos impactantes, de certa forma ocorrem mudanças na vida que podem levar à desestabilização das estruturas internas e externas do indivíduo. Desse modo, se encontra diante de um “ponto de bifurcação” da vida, depara-se entre dois caminhos, um faz com que permaneça mutilado e abatido pelo sofrimento, e o outro leva à reintegração de modo a “juntar os pedaços do nosso eu e do nosso mundo”, para que seja possível reestruturar e traçar novos projetos de vida e resgatar a auto-estima e confiança (FLACH, 1991).

É a partir da situação de estresse, seguida por um desenvolvimento da representação que o golpe causou, como reparação ou ruptura, que a pessoa em processo de resiliência se pergunta o que pode ser feito com a ferida do golpe. Neste sentido, ser resiliente é lembrar a emoção provocada no passado, e reorganizá-la intimamente para que se torne uma lembrança aceitável e não pesada e dolorosa (CYRULNIK, 2005).

O início do rompimento da convivência com a violência sofrida pelas mulheres participantes da pesquisa, e o desenvolvimento da sua representação, podem ser considerados uma forma de enfrentamento da situação vivida e, assim, o passo inicial para o processo de resiliência.

5.2 A FORÇA DO AMOR MATERNO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A resiliência é um processo com altos e baixos, e para que se desenvolva é necessário um evento estressante, um trauma. A palavra trauma tem origem grega e sua etimologia faz alusão à lesão ocasionada por um agente externo (PERES; MERCANTE; NASELLO, 2005). É uma experiência que causa algum dano em razão de sua intensidade e imprevisibilidade, e tem como reação inicial um choque, que pode ou não, ser seguido de recuperação (STRATTON; HAYES, 2003). Sob essa ótica Cyrulnik (2009) afirma que o trauma destrói.

O enfrentamento do trauma vivido é a primeira etapa do processo de resiliência (POLETTTO, 2008), e nesta pesquisa iniciou com o rompimento do ciclo da violência doméstica sofrida pelas mulheres. Romper significa criar abertura ou passagem, dar início ou começar, enquanto enfrentar significa encarar de frente, pôr-se em confronto (HOUAISS, 2009). Portanto, entende-se que para enfrentar a violência doméstica é preciso romper seu ciclo.

É importante mencionar que o enfrentamento que dá início ao processo de resiliência neste estudo, aconteceu quando os filhos das mulheres participantes da pesquisa também passaram a ser vítimas da violência doméstica, conforme evidenciam os fragmentos dos discursos abaixo:

Ele tinha comprado um cachorrinho para nossa filha, no que ele voltou de tarde o cachorro tinha morrido, daí ele se revoltou contra nossa filha, torceu o braço dela, queria fazer com ela igual como o cachorro estava, queria até matar ela. Eu saí de casa no mesmo dia [...] quando eu vi ele fazendo aquilo com a nossa filha eu pensei que ele poderia fazer coisa pior, como que eu vou viver com uma pessoa desse jeito? Não tem como. (M6)

Dessa ultima vez ele bateu nela, porque ela estava com o nariz sangrando. Deve ter sido na hora que a gente estava lutando, porque ele queria me apagar, e quando eu olhei para ela, ela estava com o nariz sangrando, daí eu me desesperei, peguei ela e pulei a janela do quarto, corri para rua. Isso eram 3 três horas da manhã, daí liguei para polícia, fiz pela minha filha, porque eu não aceito que ele bata nela; até então quando era só comigo, tudo bem, mas ela é tudo para mim, então foi por ela que eu tive força. (M8)

Meu marido tentou mexer com a minha menina [...] ele começou a passar a mão nas partes íntimas dela e ela contou para mim [...] então eu não quero desejar para os meus filhos o que aconteceu para mim, que fui estuprada pelo meu padrasto, não quero isso para minha filha. (M1)

De acordo com os discursos acima, entende-se que a violência praticada contra os filhos pelo companheiro fez com que estas mulheres, diante do sentimento materno de proteção e preservação da vida, rompessem e enfrentassem a situação. Talvez isso tenha acontecido porque de acordo com Cyrulnik (2005) um evento estressante só ocorre quando provoca uma surpresa e dor, que seja impactante o suficiente para ficar marcado na consciência, tornando-se uma lembrança dolorosa.

A dor emocional, ocasionada por um momento de estresse e eventos impactantes, pode ser tão real quanto a física, até mesmo, mais intensa e perturbadora pela dificuldade de descrição e compreensão por outrem (FLACH, 1991). Desse modo, foi o estresse desencadeado pela violência contra os filhos que fez com que as mulheres participantes da pesquisa abandonassem o lar que estava em processo de destruição e procurassem ajuda, a fim de que pudessem viver em um ambiente seguro. Assim, o sentimento materno em ter seu filho em segurança perto dela pode ser traduzido em função protetora (BOWLBY, 2002).

As representações íntimas da mãe formam ao redor do seu filho uma rede sensorial que é capaz de afetá-lo no seu desenvolvimento psíquico, o que significa que em parte também é responsável pelo desenvolvimento de um temperamento vulnerável ou resiliente da criança.

Ressalta-se que quando a violência faz parte do campo sensorial que a criança vive, a construção psíquica também é alterada, modificando o curso do seu desenvolvimento. Para retomá-lo e se recuperar do trauma, é necessário que a criança esteja inserida em um ambiente que disponha de alguns suportes, ou tutores de resiliência (CYRULNIK, 2001).

Os tutores de apoio, ou seja, os elementos que amparam, protegem ou dirigem o indivíduo traumatizado, estão presentes no meio, desde que a sociedade e a cultura os conservem e o indivíduo tenha desenvolvido recursos íntimos que possibilitem amparar-se neles (CYRULNIK, 2006). Sendo assim, o indivíduo que convive com a dor e sofrimento, ao avistar um pequeno sinal de atitude positiva de outrem, faz nascer uma ponta de esperança, uma luz no fim do túnel que o ajuda a tornar-se resiliente (CYRULNIK, 2009).

M1 teve uma vida marcada pela violência sexual na adolescência quando foi vítima de seu padrasto. De alguma maneira foi resiliente nesta etapa frágil do desenvolvimento, mas ainda carrega dentro de si as cicatrizes do seu passado. Nesse sentido, o trauma vivido não pode ser apagado ou reversível, mas a perturbação é passível de ser reparada e metamorfoseada (CYRULNIK, 2001). Assim, o fato ocorrido em sua vida veio à sua mente ao ver a cena se repetindo com sua filha, e a fez tomar a decisão.

Uma marca emocional ou trauma provoca no indivíduo uma ferida na sua personalidade, a qual necessita de amparo afetivo de outrem, e da busca de um sentido para o vivido, caso contrário, a pessoa não consegue retomar o equilíbrio psíquico para seguir a vida, e fica alimentando as lembranças que também contribuem para a constituição da identidade humana. Assim, a busca do sentido, possibilita o desenvolvimento de proteção dessa identidade, do sentimento e o início do processo de resiliência (CYRULNIK, 2006).

As mulheres participantes da pesquisa despertaram para o fato de que o convívio com a violência doméstica pode afetar a integridade física e psicológica de todos os membros da família, e isso pode ser constatado nos seguintes fragmentos dos discursos:

Danem-se meus sentimentos. Em primeiro lugar vem a integridade mental dos meus filhos. Como é que duas crianças vão crescer em um ambiente como esse, em que um dia o pai é a melhor pessoa do mundo, e no dia seguinte está quebrando a casa? Como é que vão crescer? Como é que vai ser? A minha filha já está crescendo nesse ambiente todo tumultuado, e agora final de gravidez mais um vai viver assim? Não, meus filhos não merecem isso! [...] essa pequenininha, e esse que está vindo, foi nisso que eu pensei na hora, pensei nos dois, não pensei em mim, só pensei nos dois. (M4)

Fiz tudo por causa dos meus filhos, por que eles estão sofrendo “o meu pequeno disse assim para mim: mãe quando eu crescer eu não vou mais deixar o pai te bater, as meninas falaram: mãe eu não quero casar com um homem assim desse jeito igual o pai, eu não vou nem casar mãe porque eu não quero um homem igual o pai”. (M5)

Como que eu vou deixar que essa menina seja criada dentro dessa situação que eu tava vivendo? (M6)

A família é um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento biopsicossocial do ser humano. Desse modo, a criança que está sujeita a conviver

com a violência no seu ambiente familiar fica vulnerável, e pode crescer em meio às piores formas de relação, que poderão influenciá-la na construção da sua identidade pessoal.

O ambiente familiar é o primeiro local onde os indivíduos desenvolvem suas relações dinâmicas de ordem afetivas, sociais e culturais. Desse modo, a família é compreendida como a matriz da aprendizagem humana, por influenciar o desenvolvimento comportamental e existencial de seus membros, assim como na constituição dos seus relacionamentos sociais (DESSEN; POLONIA, 2007).

Nesse sentido, a família como base do desenvolvimento humano da criança para a idade adulta, tem forte influência na forma como serão constituídas suas relações sociais futuras. Assim, a criança que vivencia a agressão no ambiente familiar está diretamente relacionada ao modo como os indivíduos produzem suas condições existenciais (ALGERI, 2005), fazendo com que ocorra um ciclo de reprodução da violência entre gerações.

A preocupação de uma mãe com a convivência dos filhos com a violência pode ser constatada no discurso abaixo:

[...] eu fui para FAS para procurar uma coisa melhor para mim para as crianças, porque eles precisam de uma coisa melhor, não de briga em casa que nem estava, porque eles não podem se criar vendo aquilo, principalmente ele (filho) porque ele vai querer fazer a mesmo, porque o pai faz. (M2)

A convivência dos filhos de M2 com a violência é uma preocupação desta mãe, pois ao vivenciar a agressão habitualmente, poderia fazer com que compreendessem esse fenômeno como natural, portanto, passível de ser reproduzido futuramente.

As experiências de vida de um indivíduo, juntamente com as dos outros membros que formam sua família, têm influência na constituição da unidade dinâmica, o lar, por estruturar formas de comportamento e relacionamentos interpessoais (DESSEN; POLONIA, 2007).

Uma criança que convive com a agressão dentro do lar está sujeita ao seu aprendizado, pois esta fase do desenvolvimento humano é marcada por inúmeras descobertas, formação do caráter e base do comportamento para a vida adulta. Nesse sentido, atualmente, é de domínio público, que a violência doméstica pode

ser aprendida e reproduzida fora do lar, potencializando a violência social (BRASIL, 2002).

Desta forma, as marcas deixadas pela violência podem afetar profundamente o curso da experiência individual ao longo da vida. A criança que vivencia a violência doméstica pode desenvolver sentimentos negativos de vida, como o pavor, a dor psicológica, dificuldade de fala e diálogo e aniquilamento. (BRASIL, 2006b).

Um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2005) constatou que a qualidade do relacionamento marital pode trazer consequências aos filhos, pois o casal que convive em conflito pode se tornar menos sensíveis, ou não conseguir suprir as necessidades de afeto e segurança de sua prole. Assim, a instabilidade emocional familiar poderá gerar nas crianças depressão, baixa auto-estima, dificuldades de relacionamentos, desencadear comportamento agressivo e sintomas que poderão acompanhá-los até a idade adulta.

Os traumas vividos pelos indivíduos quando não tratados podem ser transmitido aos filhos, pois quando no convívio e na relação afetiva familiar há uma revelação do não-dito, ou seja, quando o assunto é sabido, porém, proibido de ser discutido entre seus membros, devido à dor que a lembrança causa, a transmissão dos sentimentos inerentes ao fato é inevitável. Nesse sentido, é possível transmitir tanto a felicidade quanto a infelicidade, contudo, em um processo resiliente o indivíduo não repete a agressão sofrida e não faz carreira de vítima (CYRULNIK, 2006).

O desejo de continuar a gravidez também foi um dos motivos do rompimento com a violência sofrida, e relatado por uma das entrevistadas, conforme discurso abaixo:

Eu vim parar aqui porque ele descobriu que eu estava grávida e meu marido queria que eu tirasse o neném e eu não ia tirar, ele começou a brigar muito [...] pediu para eu tirar o neném [...] quando eu resolvi ter um filho dele e me diz que não quer mais, agora o neném já está aqui, deixa ele aqui, daqui nove meses quando ele estiver pronto ele vai nascer. (M7)

O relacionamento tumultuado e permeado pela violência também poderia ter colocado em risco a gestação e a vida da mãe e do bebê. O stress, a agitação, o abatimento, o silêncio, os gritos da mãe criam um meio sensorial que pode ser

sentido pelo feto, permitindo a aprendizagem de comportamentos que o levem a embrutecer ou tornar-se agitado após o nascimento. Assim, a história gestacional da mãe de acordo com seus relacionamentos pode participar na construção de traços do comportamento da criança (CYRULNIK, 2001).

Durante a gestação, o vínculo mãe e filho vai se desenvolvendo, contudo, após o nascimento, a criança a vê como base de segurança, procura por informações sensoriais como cheiro, tom de voz, brilho nos olhos característicos dela, o que possibilita construir sentimento de familiaridade e ligação (CYRULNIK, 2001).

O amor materno é um sentimento que se mostra presente, pois ao perceber seu filho em situação de risco e sofrimento por conta da violência acometida dentro do ambiente familiar, a necessidade de protegê-los se torna maior que o sentimento de vínculo com o parceiro íntimo, a ponto de levá-la a romper e enfrentar a violência ao procurar ajuda. Nesse sentido, a resiliência, de acordo com Flach (1991 p.15) “é uma força que se desenvolve com o pensamento e a ação.”.

Ao darem o passo inicial para o processo de resiliência, estas mulheres ao procurarem ajuda, foram encaminhadas ao Serviço de acolhimento institucional, Pousada de Maria. Este serviço possibilita também o acolhimento dos filhos das vítimas de violência, e para as participantes da pesquisa foi crucial, visto que foi o principal motivo para a continuidade deste processo, e que apontam algumas perspectivas de possibilidade de superação do vivido, conforme pode ser identificado nos discursos abaixo:

O meu pensamento tá em seguir em frente para eu trabalhar e dar as coisas para eles (filhos), porque o que eu estou pensando é nas duas vidas que eu tenho, por isso que eu to indo em frente [...] eu tenho que seguir em frente porque eles vão precisar de estudo, de alguém que dê carinho para eles, de uma pessoa para levar eles no médico, e eu vou ter que estar ao lado deles para o que der e vier [...] vou ter que lutar por eles. (M2)

Eu tenho que mudar de vida pelo meu filho [...] é por ele que eu fiz tudo isso e vou continuar lutando [...]; é por ele que eu fiz tudo que eu fiz, procurei ajuda, procurei melhorar de vida, mas por ele, não pelo pai dele, nem por mim, por ele mesmo que eu fiz isso e por ele faria tudo de novo, porque meu filho é tudo que eu tenho [...] se eu perder o meu filho eu perco até a vontade de viver. (M3)

Os meus filhos, todo dia eu olho para eles e vejo que eles precisam de mim, eles são tudo para mim, a única coisa que eu tenho são eles [...] eu acredito que com todo esse sofrimento ainda vai vir a alegria, com meus netos que vão vir, com meus próprios filhos, quem sabe bisnetos. Quem sabe amanhã meus filhos cresçam e a gente dê risada, nós vamos rir dessa vida que nós tivemos e vamos falar “nossa quanta coisa nós passamos...juntos” quem sabe uma filha minha vai dizer ainda “a tua avó, por tudo que passou, nunca nos abandonou, nunca abandonou os filhos”. (M5)

O filho que eu estou esperando e a vontade de dar um futuro melhor para eles, porque se eu ficar do lado dele novamente eu não vou conseguir. Eu vou ser sempre a mulher que tem que se rebaixar, apanhar, e meus filhos vão ver tudo isso e dizer “minha mãe apanha e não fala nada” [...] a mãe na vida de um filho é tudo, é a base, e eu tenho muita vontade de dar um futuro melhor para minha filha [...] eu não estou fazendo isso por mim, estou fazendo por ela, estou tentando, não estou 100% bem, mas estou tentando melhorar [...] se ele quiser me matar que me mate, mas encostar nela não, não é nem tanto por mim. (M8)

Nas falas acima é possível identificar que a motivação que impulsiona o avanço do processo de resiliência nessas mulheres são os filhos. Os sonhos, o desejo de proporcionar uma vida melhor do que fora a sua, os planos para o futuro junto dos filhos são fatores que demonstram que estas mulheres estão traçando novos caminhos, e perspectivas de vida livres da violência, do medo, da insegurança, como uma forma de poder viver sem a sombra desse trauma vivido, na busca de melhor qualidade de vida para ambos.

Nos discursos, ainda, é possível perceber que a trajetória de lutas e abdições da família, do lar e até mesmo de si própria para proteção dos filhos, fez com que essas mães se tornassem e desejassem ser reconhecidas pelos seus filhos como mães-heroínas.

Com o estabelecimento do amor materno, essa mãe se sente responsável pelo cuidado e educação de seus filhos, que se tornam para ela o centro de sua atenção, e isso faz com que mantenha seus esforços direcionados a eles, e almeja que tenham a possibilidade de poder caminhar em direção a um futuro mais promissor e seguro. Assim, a mãe em seu papel de educadora percebe que suas ações repercutem para além do ambiente familiar, e esta é a base que oferece condições para que, no futuro, seu filho se torne um bom cidadão (BADINTER, 1985).

A preocupação em dar proteção, segurança, harmonia, enfim, uma vida digna e sem violência é o que está propiciando a superação, a continuidade do processo de resiliência das participantes da pesquisa, embora o distanciamento exija rupturas com o outro, com um passado marcado pela dor e sofrimento. Por outro lado, possibilita garantir a integralidade física e psicológica de si e dos filhos, o estabelecimento de um vínculo seguro e uma vida mais saudável.

Importante se faz destacar que quando a relação mãe-filho é estável e segura, o filho desenvolve sentimento de confiança e, assim, atinge estabilidade emocional, de maneira a iniciar as descobertas do mundo ao seu redor, diferentemente quando a construção dessa relação é tortuosa. Dessa forma, cerca de 65% das crianças que desenvolveram um vínculo seguro com suas mães têm melhores condições emocionais para desenvolver o processo de resiliência (CYRULNIK, 2001).

Ainda que a criança tenha vivido em um lar no qual a violência em suas múltiplas formas de manifestação se faz presente, retirá-la deste ambiente familiar e ao mesmo tempo palco de hostilidade, insegurança, parece ser mais salutar para o seu desenvolvimento e sua saúde, e essa foi a preocupação das mulheres participantes da pesquisa, ao ressaltar a importância de mantê-los junto a si.

O Serviço de Acolhimento Institucional, Pousada de Maria é o local de acolhimento da mulher e seus filhos em situação de violência, e possibilita a manutenção do vínculo entre eles. É constituído por profissionais capacitados e treinados que criam um ambiente acolhedor, de modo a possibilitar o relato do corrido livre de julgamentos tanto por parte dos profissionais, como das outras mulheres que vivenciaram situação semelhante, e também auxilia a amenizar o sofrimento e a desenvolver o processo de resiliência.

O relato do evento traumático pode ser um dos fatores que predispõe à resiliência, pelo fato de o indivíduo expor o ocorrido e situá-lo no tempo. Esse tempo se refere à sua representação, ao modo como retornar ao passado para reorganizar as lembranças, para que então seja possível discursar o ocorrido a outrem (CYRULNIK, 2006). Na narrativa sem essa organização temporal, o ocorrido perde o sentido e permanece desestruturado e, desse modo, pode direcionar o indivíduo a uma antirresiliência e à infelicidade (CYRULNIK, 2009).

Nesse sentido, o relato pode ser visto como libertação, pois ao contar para o outro sobre o ocorrido, o sentimento do vivido é metamorfoseado, transformado,

dando coerência ao fato, e se reconciliando com a própria história. Dessa forma, “a busca do sentido revela o despertar da vida psíquica.” (CYRULNIK, 2009 p. 59).

Entretanto, quando o meio impede o indivíduo traumatizado de reorganizar as lembranças do trauma vivido, este pode se tornar uma sequela ou moldar parte da personalidade, pois faz com que reviva toda a situação repetidamente. Contudo, quando o meio familiar, social ou cultural permite que consiga expressar e relatar o ocorrido, a arte, os pensamentos filosóficos são considerados importantes fatores que podem contribuir para o processo de resiliência, vez que é possível a libertação com o passado (CYRULNIK, 2006).

Desse modo, quando a rede de apoio como a família, os amigos, os serviços de acolhimento estão presentes e envolvem o indivíduo traumatizado mediante uma autêntica troca, amizade, reciprocidade e suporte emocional é possível estimular ou reforçar a resiliência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres participantes desta pesquisa tiveram, uma trajetória de vida marcada pela violência praticada pelo parceiro íntimo em suas diversas manifestações como a psicológica, física e patrimonial. As humilhações, ameaças, socos, puxões de cabelo e destruição de pertences provocaram impacto na vida delas, de modo a gerar medo, insegurança, perda da autonomia, submissão, e tudo isso modificou tanto a identidade pessoal, como a maneira de ser e estar no mundo.

A pesquisa possibilitou identificar que as mulheres vítimas de violência doméstica residentes em um Serviço de acolhimento institucional estão em processo de resiliência o qual teve seu início quando romperam o ciclo da violência e foram procurar ajuda como forma de enfrentamento. Não obstante, ao serem encaminhadas ao serviço, a possibilidade de permanecerem junto aos filhos fez com que apresentassem perspectivas de superação do vivido, na medida em que relataram seus sonhos, planos para o futuro e desejo de proporcionar uma melhor qualidade de vida para ela e seus filhos.

O rompimento com o ciclo da violência teve início quando essas mulheres constataram que seus filhos também passaram a ser agredidos, o que gerou mais sofrimento. Assim, o amor materno fez com que enfrentassem a situação, e tomassem a decisão de sair de casa, a fim de obter ajuda, e isso desencadeou o processo de resiliência.

As mulheres vítimas de violência doméstica foram encaminhadas para o Serviço de acolhimento institucional denominado Pousada de Maria, e o fato de poderem permanecer junto com seus filhos as incentivou a ir em frente, em demonstrar perspectivas para superar o vivido, e encontrar um novo sentido para a vida delas e dos filhos.

A Pousada de Maria proporciona um ambiente acolhedor, com profissionais capacitados para apoiar as mulheres vítimas de violência doméstica, calmo, harmonioso, e isso contribui para que consigam reorganizar seus pensamentos, possam pensar em si e nos filhos, e falar do ocorrido sem se sentirem julgadas. Desta forma, este ambiente torna-se um importante fator de proteção no processo de resiliência.

Neste ambiente, a mulher se sente acolhida e segura e, assim, nesse trajeto de mudanças, de saída do ambiente doméstico para a Pousada de Maria, consegue metamorfosear os traumas vividos, pois consegue relatar o ocorrido sem julgamentos, reorganizar-se intimamente, e ir ao encontro de fatores que a auxiliem no processo de resiliência.

Desse modo, a inserção da Enfermeira em Serviços de Acolhimento Institucional é fundamental, porquanto ao prestar assistência direcionada para a multidimensionalidade da mulher, poderá incitar o desenvolvimento do processo de resiliência, mediante postura de acolhimento, flexibilidade, abertura e diálogo. Isso possibilitará conhecer o outro na sua totalidade, e captar a dor mais íntima, aquela que não se trata com curativos e medicamentos, mas sim por meio de uma relação ética e humanizada.

Entretanto, a resiliência é um tema que precisa ser explorado nos cursos de graduação de enfermagem, visto que este conhecimento poderá ajudar a enfermeira em suas ações de cuidados, porquanto terá condições de compreender a experiência traumática vivenciada e auxiliar a encontrar fatores de proteção. Isso poderá incitar ou impulsionar o processo de resiliência.

Durante o trajeto da coleta e análise dos dados vivenciei momentos que permitiram me considerar em consonância com a literatura a respeito da resiliência, visto que as participantes enfrentaram o vivido e se encontram em fase de superação. Entretanto, esta pesquisa possui algumas limitações, visto que não se realizou o acompanhamento dessas mulheres após a saída do serviço, e também pelo fato de a entrevista ter sido pontual.

Ao término desta pesquisa considero que este é um tema que a enfermeira precisa conhecer, a fim de que tenha preparo para atuar de modo a ir além da dimensão física, e ter um olhar diferenciado que possibilite captar as dores da alma, visto que estas também ocasionam problemas à saúde. Isso poderá ocorrer mediante a realização de consultas de enfermagem tanto nas unidades de saúde, como nos serviços de acolhimento ou Centros de Atendimentos às mulheres vítimas de violência ou em risco.

A realização desta pesquisa possibilitou reflexão, e me fez repensar minha atuação como enfermeira, docente, e cidadã e, ao finalizá-la me vejo com um olhar diferenciado direcionado às mulheres vítimas de violência doméstica, assim como para o processo de resiliência. A partir desse momento, durante minha prática

assistencial a resiliência me permitirá um olhar mais humanizado, interpessoal e subjetivo.

REFERÊNCIAS

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev.Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, dez., p. 208-15, 2005. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23551>>. Acesso em: 24/06/2011.

ASSIS, S. G. *et al.* **Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CLAVES/CNPq, 2006. Disponível em: <<http://www4.enf.sp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=4243&tipo=B>>. Acesso em: 08/07/2011.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BALISTA, C. *et al.* Representações sociais dos adolescentes acerca da violência doméstica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.6, n.3, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/05_Original.pdf>. Acesso em: 26/04/2010.

BARREIRA, D.D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, n. 23, p. 75-80, jan./jun., 2006.

BRASIL. Lei Nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. **Casa Civil.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 03/05/2011.

_____. **Convenção de Belém do Pará**, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 12/06/2010.

_____. Decreto nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.contee.org.br/secretarias/etnia/lei_mpenha.pdf>. Acesso em: 05/04/2010. (a)

_____. Atenção integral para mulheres adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. **Ministério da Saúde.** Brasília, 2006. 63 p. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/violdomsex/violdomsex2006.pdf>>. Acesso em: 03/03/2010. (b)

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA-Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2010. (b)

_____. Violência Intrafamiliar. **Ministério da Saúde**. Orientações para a prática em serviço. Brasília, 2002. 95 p.

_____. Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Ministério da saúde**, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105285-2472.html?q=>>. Acesso em: 04/05/2011. (a)

_____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 15/07/2010.

_____. Enfrentamento à violência contra a mulher. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Balanço de ações 2006-2007. Brasília, 2007. 61 p.

_____. Plano Nacional de Políticas para as mulheres. **Secretaria Especial de Política para as Mulheres**. Brasília, 2005. 23 p.

_____. II Plano Nacional de Política para as Mulheres. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2008. 234 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARLACH, L.; LIMONGI-FRANÇA, A.C.; MALVEZZI, S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 42, n. 1, p. 101-112, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/284/28442111.pdf>>. Acesso em: 15/04/2010.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12 ed. São Paulo: Ática, 2002.

CASTRO, E.K de; MORENO-JOMÉNEZ, B. Resiliencia em niños enfermos crônicos: aspectos teóricos. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 81-86, jan./abr., 2007. Disponível em: <<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/resiliencia-en-ni%F1os-transplantados.pdf>>. Acesso em: 27/05/2010.

CARVALHO, F.T de et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, set., 2007. Disponível em:

<http://www.msmedia.com/ceprua/resiliencia_HIV_PublicadoCSP.pdf>. Acesso em: 19/04/2010.

CECCONELO, A.M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 2003. 318 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

CURITIBA. Fundação de ação social. **Abrigo para mulheres vítimas de violência**. Curitiba, 02 folhas. Datilografado. 2007.

_____. **Relatório do Programa Mulher de Verdade**. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 2009. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/vitimas_violencia.htm>. Acesso em: 05/06/2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Mulher. Vítimas de violência. **Atenção à mulher em situação de violência**. 2008. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/mulher/mulherdeverdade.pdf>. Acesso em: 10/05/2010.

CYRULNIK, B. **Autobiografia de um espantinho**. São Paulo: Editora WMF Martins, 2009.

_____. **Falar de amor à beira do abismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Murmúrio dos fantasmas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Resiliência**: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Instituto Piaget. 2001.

DATASENADO. Secretaria de Pesquisa de Opinião Pública do Senado Federal. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2009. Acesso em 03/06/2010. Disponível em: http://www.senado.gov.br/noticias/opiniaopublica/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_e_Familiar_contra_a_Mulher.pdf.

DEEKE, L.P. *et al.* A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200008>. Acesso em: 15/06/2010.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>>. Acesso em: 25/07/2011.

DIAS, M.B. **A Lei Maria da Penha na justiça**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais. 2007.

DJIKANOVIC', B. *et al.* Help-seeking behaviour of women who experienced intimate partner violence: a cross-sectional study conducted in Belgrade, Serbia. **Family Paractice**, v.0, p. 1-7, 2011. Disponível em: <<http://fampara.oxfordjournals.org/content/early/2011/09/05/fampara.cmr061.short?rss=1>>. Acesso em: 23/08/2011.

FERRAZ, M.I.R. *et al.* O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 755-9, out./dez., 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/16395/10874>>. Acesso em 16/07/2010.

FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. **Abrigo para mulheres vítimas de violência**. Curitiba, 02 folhas. Datilografado. 2007.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-es>>. Acesso em: 11/08/2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolesc. Latinoam.**, v. 2, n. 3, abr., 2001. Disponível em: <http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1414-71302001000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03/06/2010.

GOMES, N.P. *et al.* Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 504-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf>>. Acesso em: 24/04/2010.

GONÇALVES, M.J. Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. **Aná. Psicológica**, v. 21, n. 1, Lisboa, jan., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312003000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 24/03/2010.

GROTBERG, E. **A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit**. The Hague: The Bernard van Leer Foundation. 1995. Disponível em: <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>. Acesso em: 27/05/2010.

HELD, D.; BARBOSA, A. S.; ROSA E SILVA, A. M. O. Cidadania e autonomia. **Perspectivas – Revista de Ciências Sociais**, v. 22, p. 201-231, 1999. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/index.php/perspectivas/article/view/2081>>. Acesso em: 06/07/2011.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JARAMILLO-VÉLEZ, D.E. *et al.* Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos em mujeres maltratadas. **Rev. Salud pública**, v. 7, n. 3, p. 281-291, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v7n3/v7n3a04.pdf>>. Acesso em: 17/03/2010.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Rev Texto Contexto Enferm**, v.14, n.1, p. 106-10, jan/mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1.pdf>>. Acesso em: 02/10/2011.

LABRONICI, L.M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LABRONICI, L. M. *et al.* Perfil da violência contra a mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 126-33, 2010.

LABRONICI, L. M. **Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico da enfermeira**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011. Relatório enviado a CAPES.

LABRONICI, L. M. *et al.* A redescoberta da maternidade por mulheres vítimas de Violência doméstica: uma possibilidade existencial. **Revista Cogitare**, v. 15, n. 3, p. 474-9, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18890/12199>>. Acesso em: 11/08/2011.

LASMAR, M.M.O.; RONZANI, T. M. Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 339-350, jul./set., 2009.

LONGMAN. **Dictionary of contemporary english**. London: Longman, 2003.

LUNARDI, V. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan., 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229>>. Acesso em: 06/07/2011.

MARTINEZ, L.C.; FERRIANI, M. G. C. Relación entre las características de La adolescente embarazada y La resistencia al consumo de droga. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. esp., p. 333-9, mar., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea06.pdf>>. Acesso em: 14/07/2010.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria médica Paulista, 2006.

MATTAR, R. *et al.* A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 29, n. 9, p. 470-7, 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>>. Acesso em: 10/05/2010.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, fev., 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: 25/06/2010.

MONTEIRO, C.F.S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 16, n. 1, p. 26-31, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>>. Acesso em: 05/06/2010.

MOREIRA, S.N.T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-9, out., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600011>. Acesso em: 15/04/2010.

NEVES, A.S.; ROMANELLI, G. A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 299-306, jul./set., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n3/v23n3a09.pdf>>. Acesso em: 03/07/2010.

NORONHA, M.G.C.S. *et al.* Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 14, n. 2, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=pt>. Acesso em: 16/05/2010.

OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006.

OLIVEIRA, A. M. N. *et al.* A relação de afeto/desafeto em famílias de crianças com comportamento agressivo. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, v. 9, n. 1/2, p. 23-30, 2005. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2005/03.pdf>>. Acesso em: 23/07/2011.

OMS. **Estudio multipaís de La OMS sobre salud de La mujer y violencia doméstica**. Washington, 2005. 34p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X_spa.pdf>. Acesso em 15/07/2010.

_____. **Informe mundial sobre La violencia y la salud**. Washington, 2002. 49 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf>. Acesso em: 17/07/2002.

OPAS. Subcomité de Planificación y programación del comité ejecutivo. **La violencia contra la mujer em las américas**. Washington, 1998. 13 p. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/GOV/CE/SPP/doc552.pdf>>. Acesso em: 20/07/2010.

PERES, J. F. P.; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Rev. Psiquiatr. RS**, v. 27, n. 2, p. 131-138, mai./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n2/v27n2a03.pdf>>. Acesso em: 03/04/2011.

PESCE, R.P. *et al.* Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic.: Teor. E Pesq.**, v. 20, n. 2, p. 135-143, mai./ago., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 24/03/2010.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a09.pdf>>. Acesso em: 09/05/2010.

POLETTO, M.; KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 405-416, jul./set., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300009>. Acesso em: 14/03/2010.

POLETTO, M. Resiliência: nova perspectiva sobre as potencialidades humanas. **Polêm!ca Revista Eletrônica**, v. 7, n. 3, jul./set., 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REGALLA, M.A.; GUILHERME, P.R.; SERRA-PINHEIRO, M.A. Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. **J. bras. psiquiatr.**, v. 56, supl 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000500010>. Acesso em: 02/05/2010.

RIBEIRO, M.C.O.; SANI, A.I. Risco, proteção e resiliência em situações de violência. **Revista da Faculdade de Ciência da Saúde**, v. 6, p. 400-407, 2009. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1294/1/400-407_FCS_06_-7.pdf>. Acesso em: 14/07/2010.

RODRIGUES, R.F.; CARINHANHA, J.I.; PENNA, L.H.G. Resiliência em mulheres que vivenciaram violência – revisão das produções científicas. **Rev. De Pesq.: cuidado é fundamental Online**, v. 1, n. 1, p. 522-530, jan./mar., 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/443/452>>. Acesso em: 20/06/2010.

ROSA, A.G. da *et al.* A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.152-160, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 15/04/2010.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal Of Psychiatry**, n. 147, p. 598-611, 1985.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200007>. Acesso em: 09/03/2010.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.41-54, 2003. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/ensaio3.pdf>>. Acesso em: 03/04/2011.

SILVA, M.R.S. da. **A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança**: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SILVA, M.R. *et al.* Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. **Texto Contexto Enferm.**, v., 18, n. 1, p. 92-9, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a11.pdf>>. Acesso em: 25/03/2010.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100009>. Acesso em: 23/05/2011.

SNYDER, C. R. **Coping**: The psychology of what works. New York: Copyright by Oxford University Press, 1999. Disponível em: http://books.google.com/books?id=z45iqgEFNYwC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 03/04/2011.

SÓRIA, D.A.C. *et al.* A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 547-51, dez., 2006.

SÓRIA, D.A.C. *et al.* Resiliência na área da enfermagem em oncologia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 702-6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/17.pdf>>. Acesso em: 20/05/2010.

SOUZA, M.T.S. de; CERVENY, C.M.O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>>. Acesso em: 09/04/2010.

STRATTON, P.; HAYES, N. **Dicionário de Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SUMMERS, D. **Longman dictionary of contemporary English**. 4 ed. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited. 2003.

TAVARES, J. ALBUQUERQUE, A.M. Sentidos e implicações da resiliência na formação. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 2, n. 1, p. 143-153, 1998.

TELES, S.S. **Câncer infantil e a resiliência**: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança. 159 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TELES, M.A. de A.; MELO, M de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. Chemical dependency as a risk factor for domestic violence against women. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3266/861>>. Acesso em: 31/10/2011.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. 2000. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En?Opendocument)>. Acesso em: 12/02/2011.

UNITED NATIONS. Division for the Advancement of Women. **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against women**, 2009. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>>. Acesso em: 12/02/2011.

UNITED NATIONS. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. **Fourth World Conference on Women**, 2011. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingdeclaration.html>>. Acesso em: 12/02/2011.

VIVES-CASES, C. *et al.* The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. **Journal of Public Health**, v. 33, n. 1, p. 15-21, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21196478>>. Acesso em: 23/08/2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence prevention the evidence. **Promoting gender equality to prevent violence against women**. Washington, 2002. 49 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf>. Acesso em 18/07/2010.

YUNES, M.A.M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa10.pdf>>. Acesso em: 24/03/2010.

APÉNDICE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE A ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de um estudo intitulado “O processo de resiliência de mulheres vítimas de violência doméstica sob o olhar da enfermeira”, que tem como objetivo identificar o processo de resiliência.

Resiliência significa a capacidade que o ser humano pode desenvolver para conseguir enfrentar, superar ou “vencer” a violência sofrida e se adaptar as mudanças, de modo a encontrar um novo sentido para sua vida.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a seguinte pergunta que será gravada: **Fale-me o que aconteceu com você e o que a trouxe para este serviço?**

O tempo previsto desta entrevista é de aproximadamente 20 minutos. Se você sentir algum desconforto pelo fato de ser gravada sua resposta, poderei apenas anotá-la, porém, não terei condições de prever o tempo que será gasto. Tão logo a pesquisa termine, as respostas serão desgravadas.

Este estudo não oferecerá riscos a você, contudo, poderá haver um desconforto pelo fato de lembrar a situação da violência. Caso isso aconteça, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento.

O benefício desta pesquisa será no sentido de identificar se está ocorrendo o enfrentamento ou a superação da violência sofrida e isto possibilitará o Enfermeiro desenvolver o cuidado visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, e conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida.

O pesquisador que faz parte desta pesquisa é a mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Tatiane Herreira Trigueiro (que realizará a entrevista), contudo, você poderá me contactar no seguinte endereço Rua Padre Camargo nº 280, Alto da Glória, de segunda, terça, quarta e quinta- feira, das 14 às 17 horas, fone: 33607244. Caso você tenha e-mail e queira entrar em contato conosco para esclarecimentos durante e depois da pesquisa poderá fazê-lo para : tatiherreira@hotmail.com

Você é livre para decidir se quer ou não participar da pesquisa, assim como tem a liberdade de se recusar. Neste caso poderá retirar a autorização que você assinou no momento que aceitou participar da pesquisa.

Quando esta pesquisa for divulgada em relatório ou publicação seu nome não aparecerá, pois será substituído por um número ou uma letra.

Pela participação nesta pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____ fui esclarecida, li o texto acima e compreendi do que se trata esta pesquisa da qual fui convidada e concordo em participar de livre e espontânea vontade.

Curitiba, ____ de _____ de 2010.

NOME DO SUJEITO DA PESQUISA

ASSINATURA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ASSINATURA

PELA PESQUISA

Tatiane Herreira Trigueiro

APÊNDICE 2
ROTEIRO DA ENTREVISTA

A- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DAS ENTREVISTADAS

IDADE: _____
RAÇA: _____
ESTADO CIVIL: _____
NÍVEL DE ESCOLARIDADE: _____
CRENÇA/RELIGIÃO: _____
NÚMERO DE FILHOS: _____
NÚMERO COM O COMPANHEIRO: _____
FAZ CONTRACEPÇÃO: _____
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: _____
CONDIÇÃO DE HABITAÇÃO: _____
RENDA MENSAL: _____
É DEPENDENTE FINANCEIRAMENTE DO COMPANHEIRO: _____
TIPO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA: _____
TEMPO QUE PERMANECEU NA VIOLÊNCIA: _____
TEMPO DE PERMANÊNCIA NA POUSADA: _____

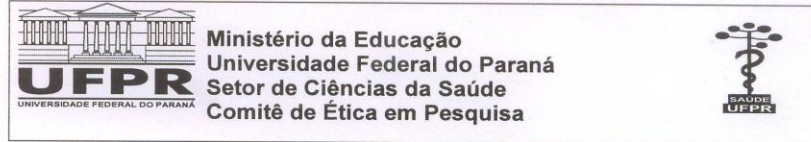
B- ENTREVISTA

Fale-me o que aconteceu com você e o que a trouxe para este serviço?

ANEXOS

ANEXO 1

APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR



Curitiba, 12 de agosto de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Tatiane Herreira Trigueiro

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

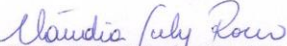
Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“A violência doméstica e a resiliência de mulheres residentes de uma casa abrigo”** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 23 de junho de 2010 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 12 de agosto de 2010.

Registro **CEP/SD**: 943.068.10.06 **CAAE**: 0042.0.091.000-10

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 12/02/2011.

Atenciosamente


Prof. Dr.ª Cláudia Seely Rocco
 Secretária do Comitê de Ética em
 Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa
 Setor de Ciências da Saúde/UFPR
 Rua Padre Camargo, 280 - 2º Andar
 CEP: 80060-240 - Curitiba - PR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP 80060-240
 Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2

APROVAÇÃO DA FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL



TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CIENTÍFICO

Termo de Compromisso para realização de Estudo Científico que entre si fazem, de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS** e de outro a Sra. **TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO**

Aos vinte dias do mês de setembro do ano de dois mil e dez, nesta cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, presentes de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL – FAS**, doravante denominada **FAS**, estabelecida à Rua Eduardo Sprada, nº 4520, Campo Comprido CNPJ nº 76.568.930-0001-08, neste ato representada por seu Presidente **LEANDRO NUNES MELLER**, CPF/MF nº 007.671.179-05, pela Gestora do Termo **SIMONE ANDRÉIA ALIBOSEK**, CPF/MF 873.418.919-04 e pela Suplente da Gestora **LESLIE TEREZINHA CANESTRARO SKROCH**, CPF/MF 580.627.509-49, assistidos pelo Procurador do Município **PAULO DE TARSO CAMARGO SANTOS**, CPF/MF 519.599.339-49, e de outro lado a Sra. **TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO**, CPF/MF 061.334.429-48, doravante denominada **PESQUISADORA**, firma o presente instrumento mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente Termo de Compromisso tem por objeto estabelecer observância aos procedimentos de realização do projeto de pesquisa “A Violência Doméstica e a Resiliência de Mulheres Residentes de uma Casa de Abrigo” a qual tem por objetivo a identificação do processo de resiliência das mulheres vítimas de violência doméstica residentes em uma casa de abrigo.

CLÁUSULA SEGUNDA

O projeto, o qual faz parte do presente Termo de Compromisso, será desenvolvido através de pesquisa exploratória e de abordagem qualitativa, na Unidade de Acolhimento Institucional Pousada de Maria.

CLÁUSULA TERCEIRA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 04 (quatro) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA

O presente instrumento poderá ser alterado, prorrogado ou rescindido a qualquer tempo, uma vez solicitado por uma das partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, independente de interpelação judicial, subentendendo-se rescindido automaticamente quando uma das partes deixarem de cumprir o disposto em qualquer das cláusulas avençadas.

Fundação de Ação Social

Rua Eduardo Sprada, 4520 Campo Comprido 81.270-010 Curitiba Paraná Brasil Tel. (41) 3350 3500 Fax (41) 3373 7540 fas@fas.curitiba.pr.gov.br

J
Tatiane Herreira Trigueiro
PK
SP



CLÁUSULA QUINTA

Atribuições da Pesquisadora:

- Preservar o sigilo de Identificação dos usuários/locais/unidades atendidos pela Unidade de Acolhimento Institucional Pousada de Maria;
- Comunicar à FAS, toda e qualquer proposta de publicação dos resultados da pesquisa em revistas científicas, seminários, congressos e similares;
- Observar os objetivos específicos e geral, bem como as etapas constante no projeto da pesquisa, seguindo rigorosamente a metodologia descrita no projeto de pesquisa sem desviar-se dos objetivos propostos;
- Arcar com todos os gastos para a realização da pesquisa, sem qualquer ônus para a FAS, bem como responder pelos danos e prejuízos resultantes de dolo ou culpa causados à FAS;
- Os dados coletados e os resultados dessa pesquisa realizada serão utilizados pela pesquisadora para fins acadêmicos e, futuramente, poderão ser utilizados pela pesquisadora para fins científicos, como publicação de artigos, participação em seminários, congressos, e outros;
- Desenvolver o projeto em horário compatível com o funcionamento dos locais indicados pela FAS para a execução da pesquisa;
- Disponibilizar um exemplar do seu trabalho de conclusão de curso em formato PDF à Coordenação de Desenvolvimento Profissional para acervo da Fundação.

CLÁUSULA SEXTA

Atribuições da FAS:

- Disponibilizar o acesso aos dados, informações e materiais necessários para a realização da pesquisa, desde que não sejam sigilosos;
- Mobilizar previamente as equipes dos locais envolvidos, para que a Pesquisadora, possa desenvolver o projeto de pesquisa apresentado;

*Liliane Paes
Liquero*

MK

SS




- Acompanhar a coleta de dados na FAS, para a realização do projeto, reportando à Pesquisadora, quaisquer situações inadequadas ou não previstas no decorrer da mesma.

CLÁUSULA SÉTIMA

As partes elegem o foro de Curitiba, Capital do Paraná, com renúncia expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja, para solução de qualquer divergência na efetivação do presente instrumento.

E, por assim haverem avençado, assinam este **TERMO DE COMPROMISSO** em duas vias de igual teor.

Curitiba, 22 de setembro de 2.010.


LEANDRO NUNES MELLER
 Presidente da FAS


TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO
 Pesquisadora


SIMONE ANDRÉIA ALIBOSEK
 Gestora do Termo


LESLIE T. CANESTRARO SKROCH
 Suplente da Gestora do Termo


PAULO DE TARSO CAMARGO SANTOS
 Procurador do Município

1ª Testemunha



2ª Testemunha

