

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem**

DANIELA LESINA MONTE BLANCO

**RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: uma
revisão integrativa**

Porto Alegre

2013

DANIELA LESINA MONTE BLANCO

**RESILIÊNCIA EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: uma
revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Disciplina TCC II, da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Simone Algeri

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me acompanharam nessa trajetória de altos e baixos, mas de grandes conquistas.

À minha família agradeço pelo apoio, compreensão e incentivos.

Aos meus amigos agradeço pela companhia em todos os momentos.

Às amigas que conquistei na faculdade agradeço por tudo que fizeram por mim, foram as pessoas mais importantes dessa trajetória.

Aos demais colegas agradeço por terem compartilhado comigo de muitos momentos importantes nesses últimos anos.

Aos bons profissionais que tive a oportunidade de conhecer agradeço por me acrescentarem conhecimentos e por me darem bons exemplos.

À minha orientadora de TCC, Simone Algeri, agradeço por me ajudar a concretizar essa conquista e por amenizar o estresse desse último ano nos momentos dos nossos encontros e com suas palavras de carinho.

RESUMO

A resiliência é a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidades. Objetivou-se identificar os fatores de resiliência em crianças vítimas de violência intrafamiliar. Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), baseada em Cooper (1982), método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas sobre o mesmo assunto. A amostra deste estudo foram nove artigos que responderam plenamente a questão norteadora. Após a análise da amostra foram identificados 17 fatores de resiliência demonstrados pelas crianças vítimas de violência intrafamiliar. Estes foram agrupados conforme o modelo triádico de resiliência estipulado por GROTBORG (2005), para uma compreensão mais abrangente dos fatores de resiliência encontrados. Considera-se que a compreensão da resiliência, bem como fatores de resiliência ou fatores de proteção, pode ajudar os profissionais da saúde a desenvolver estratégias de intervenção para ajudar estas crianças, pois a aplicação do termo resiliência, nas áreas da saúde e educação, possibilita uma nova perspectiva à Enfermagem, dimensionando, assim, outro universo de alternativas de enfrentamento para crianças vítimas de violência intrafamiliar. Recomenda-se a realização de mais pesquisas referentes a este assunto devido à complexidade do tema e das diversas variáveis relacionadas à temática. Também sugere-se a realização de capacitações para profissionais da área da saúde, visando reconhecer o problema e abordar adequadamente a criança e sua família dentro dos preceitos legais.

Descritores: resiliência, violência, criança.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA	10
3.2 VIOLÊNCIA INTRAMILIAR	12
3.3 RESILIÊNCIA	14
4 MÉTODO	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Formulação do problema	17
4.3 Coleta dos dados	17
4.4 Avaliação dos dados	19
4.5 Análise e Interpretação dos dados coletados	19
4.6 Apresentação dos resultados	19
4.7 Aspectos Éticos	19
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	20
5.1 Atributos individuais	22
5.2 Aspectos da família	23
5.3 Características dos ambientes sociais	24
6 DISCUSSÃO	27
6.1 O papel da enfermagem na construção da resiliência em crianças vítimas de violência na família	27
6.2 intervenções na comunidade	27
6.3 Detecção de violência	28
6.4 Disciplina positiva	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30

8 RECOMENDAÇÕES	30
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A.....	37
APÊNDICE B.....	38
ANEXO I – Carta de aprovação da COMPESQ	39

1 INTRODUÇÃO

Diariamente somos surpreendidos com notícias de crianças em situação de diversas violências no mundo e no Brasil, em muitos casos, cometida pelas suas famílias, que deveriam ter a função de proteger a vida e a integridade dessas crianças. Apesar das recomendações, normas e resoluções existentes contra a violência infantil, pesquisa da Datafolha, realizada em 2010, aponta que 75% das crianças e adolescentes no Brasil sofrem violência praticada por pais e responsáveis durante sua formação, ou seja, a violência é exercida como uma forma de disciplinar, pois os adultos que utilizam este tipo de violência física contra criança justificam seu uso como um método de educação.

A violência contra a criança é considerada como causa externa na Classificação Internacional de Doenças/CID. Nesse sentido, este documento aponta que essas causas externas são responsáveis por 8% dos gastos hospitalares com crianças menores de cinco anos de idade (Brasil, 2001).

Ao refletir sobre o fenômeno da violência intrafamiliar, observo ser necessário explorar o enfrentamento da criança sobre esse evento adverso. Pensar nas diferentes reações de cada criança frente às diversas situações de violência praticada contra ela, possibilita ao profissional da saúde entender como cada criança reage frente ao sofrimento. Esse mecanismo de enfrentamento denomina-se resiliência, que é “a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidades” (GROTBERG, 2005, p.15). Uma vez que segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2002) aos profissionais da saúde cabe papel importante de prevenir a violência na medida em que fornecem, aos que detêm o poder de decisão para implementar programas, os resultados de estudos sobre a predominância, as conseqüências e o impacto dessa violência. Maior compreensão da resiliência, bem como fatores de resiliência ou fatores de proteção, pode ajudar os profissionais a desenvolver estratégias de intervenção para ajudar crianças abusadas e negligenciadas a funcionar dentro de limites aceitáveis sobre as medidas de competência comportamental, social e cognitivo (DUMONT; WIDOMB; CZAJA, 2007). Nesse sentido, este trabalho objetiva fornecer subsídios para a prática do cuidado mais especializado frente esta problemática, por meio de uma Revisão Integrativa, buscando conhecer a produção atual sobre o tema.

Sendo assim, nessa perspectiva, apresenta-se como questão norteadora deste estudo: Quais são os fatores de resiliência demonstrados pelas crianças vítimas de violência intrafamiliar?

2 OBJETIVO

Identificar os fatores de resiliência em crianças vítimas de violência intrafamiliar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. 3º, “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e, art. 5º, “ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (UNESCO, 2013).

No entanto, a violência contra criança está presente em várias sociedades e, ao longo da história da civilização, foi se naturalizando como forma de educar, principalmente no que tange a um costume aprendido e repassado por gerações, o que caracteriza a violência multigeracional, tonando o lar um espaço privilegiado para expressão das diversas formas de violentar uma criança. Ocorre, em muitos países, como uma prática cultural e socialmente aceita. Isso tem consequências devastadoras para a saúde das crianças. (NACIONES UNIDAS, 2013). É considerado um importante problema de saúde coletiva, porque as crianças, por exemplo, que são fisicamente maltratadas, correm o risco de uma série de resultados adversos na infância, adolescência e idade adulta (JAFFEE et al., 2007). Dentre os males que as crianças vítimas de violência carregam pela vida está a depressão, o estresse, o medo, os terrores, as infelicidades e a angústia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013).

No Brasil, a Constituição Federal estipula no seu art. 227º que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2013). Assim, seguindo as normativas da Carta Magna o Estatuto da Criança e do Adolescente considera no art. 4º que “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2013). Entretanto, na prática não é o que ocorre, pois o Brasil, ainda debate o Projeto de Lei 672,

encaminhado pelo ex-presidente Lula ao Congresso Nacional; a iniciativa estabelece o direito de crianças e adolescentes de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante. Garantir essa preservação constitucional é primordial, para quem trabalha com crianças e adolescentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, os profissionais da saúde são obrigados a notificar (ao conselho tutelar) os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes (FERREIRA E SCHRAMM, 2000). O cumprimento dos direitos garantidos pelo ECA é amparado pelo Conselho Tutelar, que é um órgão permanente e autônomo, mantido com recursos públicos (FIOCRUZ, 2001).

Sabe-se que 31 países, são signatários das diretrizes do Comitê dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, voltados para a proteção de crianças e adolescentes, a fim de eliminar o castigo violento e humilhante de crianças, cujo Documento o Brasil ainda não aderiu até a presente data.

3.2 VIOLÊNCIA INTRAMILIAR

Na maioria das vezes quem deveria cuidar e proteger as crianças é quem comete atos violentos. Violência familiar ou intrafamiliar se refere a todas as formas de abuso de poder que se desenvolve no contexto familiar e que ocasionam diversos níveis de dano às vítimas. Assim como a violência doméstica, a violência familiar pode ser baseada em gênero, mas no caso da violência contra criança a violência familiar é baseada na geração (CORSI, 2003).

O Mapa da Violência 2012 mostra que a violência física, que ocorre em todas as faixas etárias e preponderantemente na residência da vítima, concentra 40,5% do total de atendimento registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Ministério da Saúde (MS). As crianças atendidas até os nove anos de idade têm como os principais responsáveis pelas violências físicas os pais, englobando aqui pai, mãe, padrasto e madrasta, concentrando acima de 50% das notificações por violências físicas nessa faixa etária. A partir dos cinco anos de idade são praticadas por amigos e/ou conhecidos da vítima, ocupando o segundo lugar, com 22,1% dos casos atendidos. Em terceiro lugar, 16,9% dos casos, são cometidas por pessoas desconhecidas das vítimas, também relevante a partir dos cinco anos de idade (WAISEL, 2012).

Deve ser considerado que os quantitativos registrados representam só a ponta do “iceberg” das violências cotidianas que efetivamente acontecem: as que demandam atendimento do SUS e que, paralelamente, são declaradas como violência. Por baixo desse quantitativo visível, um enorme número de violências cotidianas nunca chega ao conhecimento público. A notificação obrigatória poderia fornecer um quadro persuasivo para a garantia dos direitos das crianças (WEKERLE, 2013).

Muitas famílias usam da violência como forma de educar, como o uso sistemático da palmada, tida como um simples instrumento corretivo ou preventivo, ela encerra um problema maior que é a naturalização e aceitação social do uso da violência. Aplicá-la ensina a criança que a força física ou simbólica pode ser utilizada para solucionar conflitos. Ao praticar o ato de bater é preciso levar em consideração que esse tipo de violência é um comportamento que se aprende, quando batemos estamos ensinando a bater e alimentando o ciclo da violência cotidiana, onde as crianças são as maiores vítimas (REDE NÃO BATA EDUQUE, 2013).

O uso da violência como prática disciplinar está geralmente associado ao abuso de uma posição de poder que os pais estão em relação aos filhos. Pesquisas apontam que crianças cujas mães utilizavam práticas coercitivas tendem a solucionar seus conflitos na vida adulta da mesma maneira, o que leva, muitas vezes, a indivíduos não ajustados socialmente (CECCONELLO;ANTONI;KOLLER,2003). Tendo estes, maior probabilidade de exposição subsequente a traumas e experiências de revitimização na idade adulta (WIDOMA; CZAJA; DUTTON, 2007).

Além disso, é importante destacar que as crianças quanto mais jovens, podem ser mais suscetíveis aos efeitos da violência familiar que as crianças mais velhas (STERNBERG et al., 2005; GONÇALVES, 2003; TEICHER, 2002). Nessa perspectiva desenvolvimental, quanto mais cedo for a exposição a violência ou a formas de cuidado inadequadas, mais consequências negativas no desenvolvimento são esperadas, pois a regulação dos padrões emocionais tende a ser estruturada durante a infância e adolescência (MONTEIRO; MAIA, 2009).

3.3 RESILIÊNCIA

A primeira geração de pesquisadores sobre resiliência, em 1970, discutiam o que se distingue nas crianças que vivem em risco social que se adaptam positivamente das que não se adaptam à sociedade? Esses pesquisadores procuraram identificar os fatores de risco e de resiliência que influem no desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente apesar de viverem em condições adversas. E através de um estudo realizado com uma população do Haiti que sofrera situações de estresse, concluiu-se que muitas crianças tinham capacidade de superação das dificuldades. Mas sem exceção ocorria o fato de estas crianças terem recebido o apoio irrestrito de algum adulto significativo para elas, familiar ou não. Evidenciando a importância do vínculo positivo. Aparentemente não se percebia que o afeto, o amor recebido era base de tais desenvolvimentos exitosos (GROTBORG, 2005, p.15). O vínculo positivo pode ser com uma pessoa próxima da criança, mas também um profissional em quem ela possa confiar. Assim, parece-nos possível romper com a ideia de um ciclo sem saída, uma vez que vínculos protetivos podem ser estabelecidos e reforçados, de modo a fornecer o suporte necessário à criança (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003). Começa-se a ampliar o foco da pesquisa, de qualidades pessoais que permitem superar as adversidades para os fatores externos do indivíduo (nível sócio econômico, estrutura familiar e presença de um adulto próximo). Identificando-se o modelo triádico de resiliência, o qual identifica os fatores resilientes e de risco em três grupos: atributos individuais, aspectos da família e as características dos ambientes sociais a que as pessoas pertencem (GROTBORG, 2005, p.15). Uma vez que a resiliência encontrar-se tanto no indivíduo quanto no contexto social (CELIA, 2013).

Em 1990 uma segunda geração de pesquisadores sobre o assunto passou a questionar quais os processos associados a uma adaptação positiva, já que a pessoa viveu ou vive em condições de adversidade? E entenderam a resiliência como um processo dinâmico em que as influências do meio estão envolvidas.

Tendo a noção de resiliência como um processo permite entendê-la em função da interação dinâmica de múltiplos fatores, os quais podem ser familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, afetivos, biográficos, socioeconômicos, sociais e/ou culturais. Descartando-se assim a ideia de que a resiliência é somente um atributo pessoal, e percebendo não ser uma tarefa apenas da criança, mas da

família, da escola, da comunidade e a sociedade, as quais devem promover recursos para que a criança possa se desenvolver mais plenamente (GROTBERG, 2005, p.15). Pois a capacidade de ser resiliente pode ser desenvolvida (SAPIENZA e PEDROMÔNICO, 2005). Não sendo apenas uma característica individual, como cita MELLITO e OJEDA, (2005).

Além do mais, esses fatores mudam nas diferentes etapas do desenvolvimento, pois as situações de adversidades não são estáticas (GROTBERG, 2005, p.15; CELIA, 2013). Raramente existe um caminho causal direto levando a um resultado específico e que as crianças são ativas na construção de seu próprio mundo social (HOLTA, 2008). A resiliência pode mudar ao longo do tempo, indivíduos que apresentam funcionamento não elástico na infância podem atingir níveis de adaptação do funcionamento na adolescência através das entradas corretivas de, por exemplo, a prevenção e a programação de intervenção nas escolas (TOPITZES et al., 2013). Por isso, a resiliência é mais bem caracterizada como um processo dinâmico, pois os indivíduos podem ser resistentes a riscos ambientais específicos ou resiliente em um período de tempo, mas não a outro, não procedendo como resposta única aos diferentes fenômenos da vida (MARTINEZ-TORTEYA et al., 2009; CELIA, 2013).

A resiliência esta ligada ao desenvolvimento e ao crescimento humanos, incluindo diferenças etárias e de gênero. Evidenciando-se a necessidade de utilizar plenamente o conceito de resiliência nas ações sociais, educativas e de saúde que englobe os indivíduos de todas as idades, as famílias e as comunidades assistidas por programas que promovam e reforcem as suas características resilientes. Promover a saúde através da aplicação do conceito da resiliência é realizar o cuidado a criança no seu mais amplo sentido. E para isso é necessário uma relação adequada entre os profissionais da saúde com as crianças e seus familiares (GROTBERG, 2005, p.15).

As ações institucionais são entendidas como propiciadoras de resiliência desde que efetivadas através de um vínculo com a criança e o adolescente. E este talvez seja um dos grandes ganhos que a resiliência traz para o campo da saúde, ou seja, propõe uma nova prática pautada em ações personalizadas, nas quais a interação entre sujeitos realmente se estabeleça como vínculo de confiança, como espaço de acolhida e escuta (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

A prevenção primária prioriza programas que buscam aumentar a resistência das crianças em casos de agressão, através de um reforço do conhecimento do problema e da competência das mesmas, visando uma resposta adequada às situações de risco (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

O ambiente precisa estar formado e conscientizado de que é possível buscar algo para fortalecer a resiliência, com base em fatores que favoreçam a credibilidade e autossuficiência (CELIA, 2013).

A não superação da violência pode resultar em depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, agressividade, impulsividade, delinquência, hiperatividade, abuso de substâncias e distúrbios de personalidade. Além desses danos psicológicos apresentam os neurológicos que se manifestam, inicialmente, no comportamento e aprendizagem (GONÇALVES, 2003; BRAUIN e BOCK, 2004).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Para realização do presente estudo foi utilizada a Revisão Integrativa (RI), pois é uma metodologia que possibilita a síntese de um determinado assunto baseado em publicações já existentes. Foi baseado em Cooper (1982), método que agrupa os resultados obtidos e pesquisas sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (CROSSETTI, 2012). A primeira etapa para a realização deste estudo será a delimitação da questão norteadora por meio da formulação do problema que será seguido pelas etapas de coleta de dados, avaliação, análise e interpretação dos dados e posterior apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

4.2 Formulação do problema

Quais são os fatores de resiliência demonstrados pelas crianças vítimas de violência intrafamiliar?

4.3 Coleta dos dados

As pesquisas serão realizadas em bases de dados eletrônicos, no Sistema de Automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BDENF), no Sistema da Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science, National Library of Medicine (Medline), no Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores (Decs) utilizados na busca foram: resiliência, violência, criança.

Os critérios de inclusão empregados foram: artigos nacionais e internacionais de enfermagem e de outras áreas; nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre os anos de 2003 e 2013; artigos originais de estudo do tipo qualitativo e quantitativo que abranjam o tema em pesquisa; artigos completos, disponíveis e de acesso livre on-line ou que contenham resumos indexados na base

de dados (estes quando não disponíveis em texto completo, serão acessados em periódicos na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS - EEUFRGS).

Os critérios de exclusão empregados foram: artigos não completos, não disponíveis on line e/ou na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS (EEUFRGS) que não abordem a temática de estudo. Foram excluídos também teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, documentos e anais de eventos.

Inicialmente foram encontrados 118 artigos, através do cruzamento dos descritores, sendo 01 na BEDENF, 11 na LILACS, 26 na MEDLINE, 02 no SCIELO e 78 na Web of science. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se 78 artigos no total, neste momento também foram excluídos os 17 artigos repetidos, ficando em 61 artigos. Após a leitura dos resumos foram excluídos os artigos que não estavam de acordo com o tema proposto. Quatorze artigos foram lidos na íntegra, sendo selecionados 9 para compor a amostra, estes responderam plenamente a questão norteadora. A maioria dos artigos foi de publicação recente e todos de metodologia qualitativa.

O quadro 1 apresenta os artigos selecionados durante as etapas da Revisão Integrativa e as bases de dados utilizadas.

Bases de Dados	Nº total de artigos	Nº de artigos após critérios	Leitura dos resumos	Leitura na íntegra	Utilizados na pesquisa
BEDENF	01	0	0	0	0
LILACS	11	3	3	0	0
MEDLINE	26	24	24	0	0
SCIELO	02	02	02	02	01
Web of science	78	49	32	12	08
TOTAL	118	78	61	14	9

Quadro 1. Artigos selecionados nas etapas da RI e bases de dados utilizadas.

Fonte: Monte Blanco, Daniela Lesina. **Resiliência em crianças vítimas de violência familiar**. Porto Alegre. 2013.

4.4 Avaliação dos dados

Foi elaborado um instrumento com as seguintes informações: título, identificação dos autores, ano de publicação do artigo, objetivo do estudo, metodologia do estudo, conclusões e limitações. Preenchido após a leitura dos artigos.

A análise das informações foi realizada por meio da leitura exploratória do material bibliográfico encontrada, com abordagem qualitativa. A leitura dos artigos possibilitou observar as convergências, agrupando-as e assim categorizando-as.

4.5 Análise e Interpretação dos dados coletados:

Foi elaborado um quadro sinóptico, que consistiu na síntese e comparação dos dados obtidos dos instrumentos. Este quadro consistie nas seguintes variáveis: numeração, título, autor, ano de publicação, objetivo, abordagens sobre resiliência. A análise deste quadro consiste na comparação, síntese, discussão e conclusão das informações extraídas do instrumento.

4.6 Apresentação dos resultados:

Os resultados obtidos serão apresentados no item cinco deste trabalho, de forma descritiva, em quadros e tabelas, permitindo assim melhor compreensão da síntese realizada.

4.7 Aspectos Éticos

Respeitou-se a autenticidade das idéias dos autores em questão que constituíram a amostra deste estudo que foi formatado segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Na presente revisão integrativa analisou-se nove artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e que responderam plenamente a questão norteadora. No Quadro 2 são apresentados os fatores de resiliência demonstrados pelas crianças vítimas de violência intrafamiliar, foco desse estudo.

	FATORES DE RESILIÊNCIA	AUTORES (ANO DE PUBLICAÇÃO)
1	Desenvolvimento cognitivo, inteligência	James Topitzes (2013) / Cecilia Martinez-Torteya (2009)/ Sara R. Jaffee (2007)
2	Desenvolvimento socio-emocional	James Topitzes (2013)
3	Desenvolvimento moral	James Topitzes (2013)
4	Desenvolvimento motivacional	James Topitzes (2013)
5	Autoestima	Stephanie Holta (2008)
6	Temperamento fácil de lidar	Sara R. Jaffee (2007)/ Cecilia Martinez-Torteya (2009)
7	Novas práticas familiares e dos pais	Kathleen J. Sternberg (2006)
8	Vínculo afetivo e de confiança com algum adulto sem necessidade de vínculo biológico	Stephanie Holta (2008)
9	Vínculo afetivo e de confiança com um dos pais	Stephanie Holta (2008)
10	Vínculo afetivo e de confiança com algum profissional de saúde	Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira (2003)
11	Interações saudáveis com novos cuidadores adotivos	Debbie Chiodo (2008)
12	Relações amorosas	Christine Wekerle (2013)
13	Respostas oportunas apropriadas e adaptadas individualmente	Stephanie Holta (2008)
14	Estruturas de apoio social e comunidade em geral	Stephanie Holta (2008) / Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira
15	Suporte fora do domicílio (vizinhança, amigos)	Kimberly A. DuMonta (2007)

16	Adequação à escola	James Topitzes (2013)
17	Notificação obrigatória como um contexto para a resiliência	Christine Wekerle (2013)
18	Outros acontecimentos ao longo da vida	Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira (2003)

Quadro 2. Fatores de resiliência demonstrados pelas crianças vítimas de violência intrafamiliar.

Fonte: Monte Blanco, Daniela Lesina. **Resiliência em crianças vítimas de violência familiar**. Porto Alegre. 2013.

O Quadro 3 expõe os fatores de resiliência agrupados conforme o modelo triádico de resiliência estipulado por GROTBORG (2005), para uma compreensão mais abrangente dos fatores de resiliência encontrados.

FATORES DE RESILÊNCIA	AUTORES
Atributos individuais	Kimberly A. DuMonta / James Topitzes / Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira / Cecilia Martinez-Torteya / Sara R. Jaffee
Aspectos da família	James Topitzes / <i>Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira</i> / Cecilia Martinez-Torteya / Kathleen J. Sternberg / Stephanie Holta / Debbie Chiodo
Características dos ambientes sociais	Christine Wekerle / Jeffrey L. Edleson / James Topitzes / Kimberly A. DuMonta / <i>Maria de Fátima Pinheiro da Silva Junqueira</i> / Stephanie Holta

Quadro 3. Fatores de resiliência agrupados.

Fonte: Monte Blanco, Daniela Lesina. **Resiliência em crianças vítimas de violência familiar**. Porto Alegre. 2013.

5.1 Atributos individuais

Segundo Topitzes et al. (2013), Gonçalves (2003), Antunes (2004), Melillo e Ojeda (2005), a competência cognitiva é um fator resiliente, pois influencia na adaptação social. Consideram que a resiliência pode demonstrar um potencial de inteligência de uma pessoa, na medida em que a inteligência é a capacidade de resolver problemas e criar produtos de valor social.

Um funcionamento cognitivo adequado entre as vítimas de violência pode contribuir para resultados positivos de desenvolvimento. O desenvolvimento cognitivo, medido como a linguagem ou a capacidade de leitura, pode prever significativamente mais tarde resiliência entre os sobreviventes de violência. Mas, as habilidades cognitivas, nas situações de risco, devem interagir com as forças contextuais, a fim de atualizar os efeitos protetores (Gonçalves, 2003; Antunes, 2004; Melillo e Ojeda, 2005).

Os ajustes sócio-emocionais também parecem desempenhar um papel definitivo em potencializar ou mitigar os efeitos da violência. Por exemplo, os processos relacionados com a regulação emocional parecem discriminar entre sobreviventes de violência resilientes e não resilientes. As vítimas de violência que exercem alguma forma de regulação da emoção são mais propensas a alcançar resultados positivos (TOPITZES et al., 2013).

Enquanto o mau trato prevê resultados sociais pobres, tendências comportamentais pró-sociais ou apoios sociais positivos podem ajudar as vítimas de maus-tratos perceberem resultados adaptativos. Em suma, parece que diferentes indicadores de regulação da emoção e ajustamento social ou de apoio representam risco potencial ou mecanismos de proteção para crianças vítimas de violência (TOPITZES et al., 2013).

As estratégias de disciplina dos pais associados com violência prejudicam o desenvolvimento moral das crianças. Vários estudos têm apoiado a ideia de que as diversas violências cometidas dificultam a aquisição de habilidades de raciocínio moral. Além disso, parece que o desenvolvimento moral deficiente pode resultar em problemas como a delinquência no futuro. Evidenciando-se, portanto, este como um fator de resiliência (TOPITZES et al., 2013).

A autoestima, autoconfiança, auto-interpretação positiva, empatia e autonomia ou independência são evidenciados pelos autores Garcia (2001),

Gonçalves (2003), Antunes (2004), Melillo e Ojeda (2005) como fatores de proteção presentes nos indivíduos resilientes. É fundamental e necessária principalmente na infância, pois aos “olhos da criança”, o senso de valorização própria é essencial para vencer tarefas e superar estágios do desenvolvimento (CELIA, 2013). Este fator é um dos blocos de construção da resiliência, surge como um elemento crítico subjacente a capacidade das crianças para desenvolver estratégias de enfrentamento bem-sucedidas. A autoestima contribui para a capacidade da criança de lidar, porque as crianças que se sentem no controle de suas circunstâncias de vida e que têm melhor autoconceito podem ser menos afetadas pela violência. Enquanto os relatos de violência intrafamiliar na literatura dizem que a autoestima é muitas vezes susceptível de ser danificada, devido a criança viver com a vergonha e acuada pelo agressor, também é importante salientar que as crianças com alta autoestima em uma área (por exemplo, escola) pode focar e construir sobre esse domínio, o que lhes permite mais facilmente escapar da violência de sua família (HOLTA, 2008).

5.2 Aspectos da família

Mudanças nas práticas familiares e nas condutas dos pais, bem como na capacidade das crianças para avaliar e lidar com as violências sofridas podem ajudar a mitigar os efeitos adversos da violência intrafamiliar (STERNBERG et al., 2005).

O fator mais favorecedor, integrador e forte para resiliência é, sem dúvida, a existência de um apego seguro, formado principalmente nos primeiros anos de vida. A possibilidade de se sentir amado e de ter alguém para amar traz a sensação de confiabilidade, segurança, o que implicará no futuro em um processo saudável de desapego. A meta do apego é a busca do desapego adequado, não doloroso, ou seja, a capacidade de se independentizar, de conduzir a criança à autonomia (CELIA, 2013).

Diversos autores concordam que os vínculos positivos com adultos de referência encorajam as atitudes positivas frente aos problemas, tendo um especial valor, pois um forte vínculo positivo, além de reforçar os fatores de proteção internos da criança como: autoestima, afetos e valores, também auxiliam no reforço dos fatores de proteção externos, ou seja, suporte social fora da família.(Gonçalves,

2003; Sapienza e Pedromônico, 2005). O vínculo mais básico do ser humano é o apego à figura materna, onde se elabora e desenvolve a autoestima da criança (Melillo e Ojeda, 2005).

As interações saudáveis que promovem a resiliência podem dar-se em lares com novos cuidadores adotivos. Schneiderman, Connors, Fribourg, Gries, Gonzales (1998) Os autores sugerem que os conselheiros são obrigados a facilitar a colocação de uma criança em lares adotivos após trauma relacionado com a prática de violência intrafamiliar na origem, facilitando a transição para a colocação na família substituta, através da promoção de interações saudáveis com os cuidadores adotivos, auxiliando o desenvolvimento da criança na diminuição do sentimento de perda que a criança carrega consigo; incentivando a estabilidade emocional em uma família que dará subsídios para o seu fortalecimento interior (CHIODO, 2007). Por outro lado, segundo o autor CELIA (2013), apesar de a adoção poder proteger do risco uma criança nascida em uma família disfuncional, a própria adoção, quase sempre, traz consigo outras questões inerentes ao processo, afinal a criança terá que efetuar um processo de transição e adaptação de viver sem violência (CELIA, 2013).

5.3 Características dos ambientes sociais

A adequação entre um indivíduo e seu ambiente é importante para desenvolver resiliência (DUMONT; WIDOMB; CZAJA, 2007). Os fatores de risco e de proteção presentes no ambiente de cada criança assim como, sexo da criança, idade, a frequência, gravidade e cronicidade da violência no lar e a relação da criança com a sua rede social pode influenciar o impacto da exposição da mesma (EDLESON et al., 2007).

Uma rede social de apoio, também é apontada como fator de proteção. O apoio da comunidade através de grupos como os esportivos ou religiosos, as Organizações não Governamentais (ONG) são uma rede de apoio que estabelece uma relação social reforçando no jovem sua autoestima, o sentimento de pertencer a algo ou alguém (EDLESON et al., 2007).

Muitos estudiosos supõem que o desempenho escolar adequado pode promover a resistência à violência. Visto que, esse evento adverso aumenta a probabilidade de vários resultados escolares negativos, incluindo má realização e

absentismo. Em um estudo transversal, concluir o ensino médio, mesmo quando o desempenho acadêmico permanece baixo, foi empiricamente demonstrado para aumentar a resistência entre os indivíduos vítimas de violência quando crianças (TOPITZES et al., 2013).

Dentre os fatores sociais existe a Notificação obrigatória que pode ser conceituada como parte de um processo de resiliência, em que a lei define o estágio para a segurança das crianças e o bem-estar de planejamento. As intervenções eficazes que se seguem, podem ser consideradas como um contexto para a resiliência. Leis que exigem profissionais para denunciar maus-tratos às autoridades é uma estratégia prática para implementar proteção mínima à criança e padrões de serviço. Leis de notificação obrigatória que proteja os direitos das crianças e torne público a situação vivenciada exigindo providencias legais cabíveis (WEKERLE, 2013).

A abordagem baseada em evidências para a política da primeira infância e da prática em vários setores, incluindo a notificação obrigatória, poderia fornecer um quadro convincente para a garantia da doutrina de proteção integral aos direitos das crianças. Por ser um importante instrumento de defesa aos direitos de crianças e adolescentes e também de obtenção de dados epidemiológicos sobre situações de violências atendidas na rede de saúde, a notificação é considerada uma das dimensões da Linha de Cuidado (MS). Uma vez que a epidemiologia fornece um contexto crítico para a compreensão apresentação clínica (WEKERLE, 2013).

A fim de contribuir para a adequação e a universalização desse atendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu em outubro de 1998 a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a observância dos preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o ECA, os profissionais da saúde são obrigados a notificar (ao Conselho Tutelar) os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes (FERREIRA E SCHREMM, 2000). Para que este preceito legal seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; fornecer maior conhecimento sobre o tipo de atendimento a ser dado às vítimas desses agravos; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas; e aperfeiçoar o sistema de informação sobre o perfil de morbimortalidade por violência. O cumprimento dos direitos garantidos pelo ECA é amparado pelo Conselho Tutelar,

que é um órgão permanente e autônomo, mantido com recursos públicos (FIOCRUZ, 2001).

Os profissionais de saúde podem atuar não só na notificação, mas também como agentes proporcionadores de resiliência na criança, visto que, a obtenção de um vínculo de confiança, como espaço de acolhida e escuta atua como um fator resiliente importante, pois esta pode ser a única oportunidade da criança violentada estabelecer um vínculo protetivo. Neste contexto é fundamental ter uma visão não só da criança, mas também da família, para subsidiar o profissional diante da circunstância (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

6 DISCUSSÃO

6.1 O papel da enfermagem na construção da resiliência em crianças vítimas de violência na família

A resiliência trata-se de uma conjunção absolutamente singular de fatores que a produzem, o que evidencia a importância dos profissionais da saúde desenvolverem ações preventivas e terapêuticas para ajudar as crianças a alcançarem este mecanismo de defesa. O profissional da enfermagem, por estar na maioria das vezes na linha de frente dos atendimentos de saúde, desempenha papel fundamental na construção da resiliência. Através do vínculo com a criança violentada e sua família, este profissional, pode ser tornar um fator resiliente para a criança. Além disso, se bem capacitado e informado do assunto, o enfermeiro pode desenvolver a resiliência na criança através da busca de outros fatores protetivos para esta, como na educação, por exemplo, ao ensinar as mães a maternagem, a imposição de limites, abordagem da criança sem o uso da violência, e consequentemente proporcionar a criança a oportunidade de criar vínculo com sua mãe.

A participação mais efetiva dos profissionais pode colaborar para a ampliação das iniciativas de atendimento em rede interdisciplinar nesses casos de violência que exigem abordagem especializada e combinada de diferentes setores. Assim, disponibilizando recursos de acordo com as reais necessidades da criança que sofre violência intrafamiliar e seu contexto social (FIOCRUZ, 2001).

6.2 intervenções na comunidade

Estes resultados mostram a importância de intervenções na comunidade, tais como grupos como os esportivos ou religiosos, as Organizações não governamentais (ONG), programas de prevenção e de formação de pais que oferecem cuidadores com habilidades específicas para melhorar as interações entre pais e filhos, o que pode afetar significativamente o comportamento da criança. Essa rede de apoio estabelece uma relação social que reforça no jovem sua autoestima, o sentimento de pertencer a algo ou a alguém, resultando em crianças mais preparadas para enfrentar ou se recuperar de adversidades, assim como a violência

intrafamiliar.

Infelizmente, o financiamento para os esforços de prevenção é baixo. Isso é desanimador, uma vez que a prevenção é muito mais barata do que o tratamento (CHIODO, 2007). Pois a violência contra criança é responsável por 8% dos gastos hospitalares com crianças menores de cinco anos de idade (Brasil, 2001).

6.3 Detecção de violência

A prevenção e a detecção precoce da violência contra crianças se constituem em grandes desafios atualmente, sendo colocadas para todos os segmentos do governo e da sociedade civil devido, principalmente, ao significativo aumento de sua importância na morbimortalidade deste grupo etário. Tal mobilização visa, em especial, fortalecer e potencializar as ações realizadas pelos serviços de saúde através do envolvimento de profissionais de diferentes áreas de atuação na perspectiva de uma nova atitude, compromisso e colaboração em relação ao problema. Para tanto, é fundamental a sensibilização e a capacitação das diferentes categorias profissionais que atendam às crianças em situações de violência.

Entretanto, o modelo assistencial predominante no país, caracterizado pela prática “hospitalocêntrica”, não se mostra adequado ao enfrentamento desta questão relacionada à saúde contemporânea. Com base nesse contexto e visando a reorientação do modelo assistencial vigente, o Ministério da Saúde assume, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia do PSF prioriza a atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial visando atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua.

Tendo como um de seus pressupostos fundamentais, a vigilância em saúde, a estratégia do PSF pode contribuir decisivamente para o enfrentamento da violência familiar nos serviços de saúde. Através de ações que facilitam a integração e estreitam as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, o Programa tem grande potencial para identificar famílias de risco e detectar precocemente o problema, o que permite uma avaliação mais consistente da extensão do mesmo com vista à elaboração de ações mais efetivas para o seu enfrentamento. Apesar disto, as equipes de PSF apontam que a tarefa

a não é simples em função de várias questões: segurança do profissional, falta de treinamento das equipes para a abordagem do problema, ausência de comunicação com os conselhos tutelares (dificultando as possibilidades de referência e contra-referência), entre outros. Tais problemas fazem com que não se tenha ainda, uma idéia nítida da relevância do problema nas populações adscritas, prejudicando uma abordagem sistematizada da questão (NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS, 2007).

6.4 Disciplina positiva

Educar não é uma tarefa fácil, assim nesse sentido, muitos pais apelam para a violência porque é comum acreditar que é a melhor forma de manter a autoridade e de proteger os filhos. A palmada ou um tapinha de leve parecem uma boa idéia. Mas sem que a criança entenda direito, os mesmos pais que dão afeto e proteção de vez em quando aparecem com o chinelo na mão. Para não apanhar, as crianças passam a preferir a distância e o silêncio. Mentem para evitar brigas e escondem seus erros. Aos poucos, quase nada se resolve sem gritos ou ameaças. E o resultado disso é que as crianças, ao invés de respeitar os pais, ficam com medo deles, e assim vai enfraquecendo o vínculo pais e filhos, um dos mais importantes fatores de resiliência (REDE NÃO BATA EDUQUE, 2013).

A violência se tornou multigeracional, configura-se como padrão cultural. Nesse sentido, para muitos pais é difícil compreender que usar de violência não é a forma adequada de educar uma criança. Existem outras formas de educar que dão melhor resultado, são as estratégias de disciplina positiva, ou educação positiva, que não utilizam a violência física nem psicológica e promovem o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças de forma saudável e participativa. Jamais se deveria recorrer a tapas, insultos ou palavrões como forma de disciplinar as crianças em pleno desenvolvimento, a final de contas os adultos também não querem ser tratados assim quando cometem erros. Uma das formas de educar sem uso da violência é, por exemplo, dando o exemplo, pois assim a criança aprenderá normas e regras de convivência sem o uso de violência. A adesão a estratégias de disciplina positiva garante a criança um desenvolvimento pacífico, feliz, livre de violência e traumas (REDE NÃO BATA EDUQUE, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do termo resiliência, nas áreas da saúde e educação, possibilita uma nova perspectiva à Enfermagem, dimensionando, assim, outro universo de alternativas de enfrentamento para crianças vítimas de violência intrafamiliar.

Na resiliência, encontra-se uma possibilidade de auxiliá-las desenvolvendo atividades junto às equipes de saúde da comunidade para enfrentamento das situações de violência intrafamiliar. Atuar, identificando os grupos vulneráveis e organizando estratégias de enfrentamento das adversidades constitui cuidado de enfermagem. Além da possibilidade de desenvolver um vínculo protetivo e de confiança com a criança vítima de violência.

Ainda, a resiliência deve ser enfocada como uma proposta ética, em busca de uma adaptação positiva às situações que a criança está exposta. Portanto, é necessária, uma análise ecológica, a fim de compreender sua percepção em relação às ocorrências em sua vida e as influências do contexto e do tempo em que a criança vive.

Estudar a resiliência permite ao enfermeiro, compreender a realidade social na qual as crianças vítimas de violência intrafamiliar vivem, conhecendo suas condições de vida e lhes oportunizando um redirecionamento do cuidado.

Os achados deste estudo indicam ser necessário que os profissionais da área da saúde infantil reúnam seus esforços e conhecimentos num trabalho multidisciplinar envolvendo toda a sociedade na busca por um futuro mais seguro para as próximas gerações.

Nesse estudo também foi possível verificar que a resiliência não é inata, nem nasce da magia: nasce, isto sim, do trabalho de cada pessoa, de cada comunidade, que poderá ser mais ou menos facilitadora da resiliência. Porém, na maioria das vezes isso dependerá da ação humana, dos profissionais e cuidadores da área da saúde, da educação, da cidadania, que só poderá se bem exercida quando houver uma boa capacitação desses profissionais. Pois, se soubermos o que permite as crianças a superar graves experiências negativas com danos mínimos, teremos os meios de aperfeiçoar a resistência ao estresse e às adversidades. (CELIA, 2013).

Um dos limites encontrados ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa foi a carência de trabalhos publicados, principalmente no Brasil, referente a este tema. Mas apesar disso, por fim, acredito que essa RI atingiu o objetivo proposto, na

medida em que, os seus resultados trouxeram subsídios para a prática do cuidado de enfermagem mais especializado frente esta problemática, uma vez que evidencia os fatores que promovem a resiliência em crianças vítimas de violência intrafamiliar, dando uma orientação para este profissional atuar na prevenção e intervenção deste evento adverso.

8 RECOMENDAÇÕES

Essa Revisão Integrativa não esgotou a temática da resiliência, então nesse sentido é necessário fazer algumas recomendações.

Com essa Revisão Integrativa percebe-se a necessidade da realização de muitas pesquisas referentes a este assunto devido a complexidade do tema e das diversas variáveis relacionadas a ele. Além da pouca quantidade dos estudos disponíveis, há escassez de estudos avaliando potenciais estratégias de detecção de violência à criança, principalmente no Brasil; dado fundamental, impressionante, principalmente no que tange ao contexto brasileiro. Várias publicações referem-se ao problema da subnotificação da violência sofrida pela criança dentro da família no Brasil.

Contudo observou-se que é indicado realizar capacitações para profissionais da área da saúde e da educação, visando reconhecer o problema e abordar adequadamente a criança e sua família com este fenômeno presente em sua dinâmica interna. Disponibilizar informação nestas capacitações para o correto preenchimento da notificação, observando os preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90 (ECA), por exemplo, permite orientar estes profissionais a descobrir métodos do indivíduo, família, e os recursos extrafamiliares que estão disponíveis para essas crianças, e como esses fatores trabalharão para promover um desenvolvimento adequado, e ajudando a manter a resiliência em longo prazo (JAFFEE et al., 2007).

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Celso. **Resiliência. A construção de uma nova pedagogia para uma escola pública de qualidade.** Petrópolis, RS. Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. República Federativa do Brasil. **Portaria nº737 de 16 de maio de 2001.** nº 96, seção IE. Brasília: Ministério da Saúde, 18 de mai. de 2001.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2013.

BRAUN, Katarina.; BOCK, Jörg. Cicatrizes da Infancia. **Revista Viver Mentes e Cérebro**, ano 2006, nº 141, 2004, p. 74-77.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Disponível em:

<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2013.

CECCONELLO, A.M; ANTONI,C;KOLLER,S.H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, v.8,n.esp.,p.45-54,2003.

CHIODO, Debbie. Child welfare practice and policy related to the impact of children experiencing physical victimization and domestic violence. **Children And Youth Services Review**, London, v. 30, p.564-574, 04 dez. 2007. Disponível em:

<<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0190740907002162>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CELIA, Salvador. Desenvolvimento e Resiliência. In: GUTFREIND, Celso et al. **A Obra de Salvador Celia: Empatia, utopia e saúde mental das crianças.** Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 4. p. 113-146.

COOPER, H. M. **The integrative research review.** A systematic approach. Newburg. Park, CA: Sage 1982.

CORSI, Jorge. La violencia en el contexto familiar como problema social. In: CORSI, Jorge. **Maltrato y abuso en el ámbito doméstico.** Buenos Aires: Paidós, 2003. p. 15-40.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p.08-09, jun. 2012.

DUMONT, Kimberly A.; WIDOMB, Cathy Spatz; CZAJA, Sally J.. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. **Child Abuse & Neglect.** New York, p. 255-274. 26

mar. 2007. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213407000427>>. Acesso em: 15 set. 2013.

EDLESON, Jeffrey L. et al. Assessing child exposure to adult domestic violence. **Children And Youth Services Review**, United States, v. 29, p.961-971, 08 fev. 2007. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0190740907000400>>. Acesso em: 15 set. 2013.

FERREIRA, Ana. L.; SCHRAMM, Fermin. R. Implicações Éticas da Violência Doméstica contra a criança para os Profissionais de Saúde. **Revista Saúde Pública**, nº 34, 2000, p. 659-665.

FIOCRUZ. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**: Orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos_SBP.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013

GONÇALVES. Maria. José. Aumentar a Resiliência das Crianças Vítimas de Violência. **Análise Psicológica**, jan. 2003. v. 21, nº1, p.23-30. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 08 set. 2013

GROTBERG, Edith Henderson. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez. **RESILIÊNCIA descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 15-22.

HOLTA, Stephanie. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. **Child Abuse & Neglect**, Dublin, v. 32, p.797-810, 26 ago. 2008. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213408001348>>. Acesso em: 08 set. 2013.

JAFFEE, Sara R. et al. Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. **Child Abuse & Neglect**. New York, p. 231-253. 28 mar. 2007. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213407000439>>. Acesso em: 15 set. 2013.

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva; DESLANDES, Suely Ferreira. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.227-235, fev. 2003.

MARTINEZ-TORTEYA, Cecilia et al. Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors. **Child**

Development, Michigan, v. 80, n. 2, p.562-577, abr. 2009. Disponível em: <<http://onlinelibrary-wiley-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/j.1467-8624.2009.01279.x/full>>. Acesso em: 15 set. 2013.

MELILLO, Aldo.; OJEDA, Elbio. N. S. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NACIONES UNIDAS . **Promoción y protección de los derechos de los niños**. Disponível em: <http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG_violencestudy_sp.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

NINA ROSA DE OLIVEIRA MARTINS. **DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA A CRIANÇA NA POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF/LAPA RJ** . 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://spw.estacio.br/media/2140454/nina_completa.pdf>. Acesso em: 27 out. 2013.

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

REDE NÃO BATA EDUQUE. **Apresentação e história**. Disponível em: <<http://www.naobataeduque.org.br/conheca-a-rede/apresentacao-e-historia>>. Acesso em: 23 maio 2013

SAPIENZA, Graziela.; PEDROMÔNICO, Marcia. R. M. Risco Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v. 10, nº2, p.209-216 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 17 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Crianças, tapas, surras e humilhações**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=4051&tipo_de_talhe=S>. Acesso em: 23 maio 2013.

STERNBERG, Kathleen J. et al. Michael E. Lamb. **Child Abuse & Neglect**. Cambridge, p. 283-306. 22 out. 2005. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213406000299>>. Acesso em: 15 set. 2013.

TOPITZES, James et al. Adult resilience among maltreated children: A prospective investigation of main effect and mediating models. **Children And Youth Services Review**, United States, v. 35, p.937-949, 19 mar. 2013. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0190740913000959>>. Acesso em: 15 set. 2013.

UNESCO. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2013.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Disponível em: <http://www.ie.uminho.pt/Uploads/NEDH/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.

WAISEL, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf>. Acesso em: 22 maio. 2013.

WEKERLE, Christine. Resilience in the context of child maltreatment: Connections to the practice of mandatory reporting. **Child Abuse & Neglect**. Canadá, p. 93-101. 09 jan. 2013. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213412002451>>. Acesso em: 15 set. 2013.

WIDOMA, Cathy Spatz; CZAJA, Sally J.; DUTTON, Mary Ann. Childhood victimization and lifetime revictimization. **Child Abuse & Neglect**. New York, p. 785-796. 10 dez. 2007. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0145213408001336>>. Acesso em: 15 set. 2013.

MONTEIRO, Ivandro Soares; MAIA, Angela da Costa. Avaliação psicométrica de três questionários sobre o historial familiar. **Rev Psiq Clín**. Portugal, p. 97-104. Acesso em: 09 set. 2009.

APÊNDICE A**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Número	
Título	
Autores	
Ano	
Periódico	
Objetivo	
Metodologia TIPO DE ESTUDO	
Assunto	
Conclusões	
Observações	

APÊNDICE B**QUADRO SINÓPTICO**

Numeração	Título do artigo	Autor	Ano	Objetivo	Modos de resiliência identificados

ANEXO I – Carta de aprovação da COMPESQ

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 25677

Título: Resiliência em crianças vítimas de violência intrafamiliar: uma revisão integrativa

Área do Conhecimento: Enfermagem Pediátrica

Início: 02/09/2013

Previsão de conclusão: 06/12/2013

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Identificar os modos de resiliência em crianças vítimas de violência intrafamiliar.

Equipe UFRGS

Nome: Simone Algeri

Participação: Coordenador

Início: 02/09/2013

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 08/08/2013

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 24/09/2013

Fechar

O estudo consiste de uma revisão integrativa apoiada pelo método de Cooper (1982). Encontra-se muito bem descrito e fundamentado por literatura atualizada e pertinente. Apresenta questão norteadora, objetivos e título consonantes. Todas as etapas do método encontram-se descritas. Sugere-se indicar o período de publicação dos materiais que serão consultados. Aspectos éticos contemplados. As referências observam normas da ABNT. Considera-se o projeto em condições de execução.