

Análise do desempenho ocupacional em mulheres vítima de violência doméstica
Analysis of the occupational performance in women victims of domestic violence
Análisis del desempeño ocupacional en las mujeres víctima de la violencia doméstica

Recebido: 28/03/2020 | Revisado: 29/03/2020 | Aceito: 31/03/2020 | Publicado: 01/04/2020

Noelle Pedroza Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8890-0780>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: noellep.silva@gmail.com

Joyce Chaves de Souza Araújo

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2832-2509>

Hospital Federal de Bonsucesso

E-mail: joycearaujo1992@gmail.com

Marcia Karolayne Garcia Quadros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1310-5907>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: marciaquadros@live.com

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2137-7830>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: stcaraujo@gmail.com

Nébia Maria Almeida de Figueiredo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0880-687X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: nebia43@gmail.com

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

Instituto Federal do Rio de Janeiro, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1917-2294>

E-mail: angela.silva@ifrj.edu.br

Resumo

Introdução: A violência doméstica tem recebido lugar de destaque entre os profissionais de saúde por ser considerada problema de saúde pública, pois a mulher nesta situação altera o seu desempenho ocupacional. **Objetivos:** Analisar a atuação da Terapia Ocupacional frente as alterações do desempenho ocupacional das mulheres que sofrem violência doméstica. **Metodologia:** O método escolhido nesta investigação foi o cartográfico. O contexto foi realizado na Casa da Mulher Nilopolitana do Estado do Rio de Janeiro, onde elas estavam inseridas. A estratégia para produção dos dados envolveu encontros coletivos com 25 mulheres acima de 18 anos, para coleta de dados, se utilizou as verbalizações nas oficinas terapêuticas ocupacionais, diário de campo, testes e entrevistas. Os dados foram analisados pelo software IRAMUTEQ, o qual possibilitou diversos tipos de análises dos dados textuais, organizando-os pela distribuição e quantificação dos vocabulários. **Resultados:** Foram produzidas 293 unidades de registro. Destaca-se: marido, casa, corpo e filho, que vinculados ao desempenho ocupacional geraram as categorias AVD, AIVD, corpo e subjetividade. **Conclusão:** A violência doméstica a partir da Terapia Ocupacional identificou que está profissão atenua e contribui para o acolhimento, promoção da saúde, percepção de si mesma, e abre novo campo de atuação para esta profissão.

Palavras-chaves: Violência doméstica; Terapia ocupacional; Violência; Saúde da mulher.

Abstract

Introduction: Domestic violence has received a prominent place among health professionals because it is considered a public health problem, as women in this situation alters their occupational performance. **Objectives:** To analyze the role of Occupational Therapy in the face of changes in the occupational performance of women who suffer domestic violence. **Methodology:** The method chosen in this investigation was cartographic. The context was held at the Nilopolitana Woman's House in the State of Rio de Janeiro, where they were located. The strategy for data production involved collective meetings with 25 women over 18 years of age, for data collection, using verbalizations in occupational therapeutic workshops, field diaries, tests and interviews. The software IRAMUTEQ, which made possible several types of analysis of the textual data, organizing them by the distribution and quantification of the vocabularies, analyzed the data. **Results:** 293 registration units were produced. It stands out: husband, home, body and son, which linked to occupational performance, generated the categories ADL, IADL, body and subjectivity. **Conclusion:** Domestic violence from the

Occupational Therapy identified that this profession attenuates and contributes to welcoming, health promotion, self-perception, and opens a new field of action for this profession.

Keywords: Domestic violence; Occupational therapy; Violence; Women's health.

Resumen

Introducción: La violencia doméstica ha recibido un lugar destacado entre los profesionales de la salud por ser considerado problema de salud pública, ya que la mujer en esta situación altera su desempeño ocupacional. **Objetivos:** Analizar la actuación de la Terapia Ocupacional frente de las alteraciones del desempeño ocupacional de la mujer víctima de la violencia doméstica. **Metodología:** El método elegido en esta investigación fue el cartográfico. El contexto se llevó a cabo en la Casa de la Mujer Nilopolitana del Estado del Río de Janeiro, donde se encontraban. La estrategia para la producción de datos implicó encuentros colectivos con 25 mujeres mayores de 18 años, para colecta de datos, se utilizaron las verbalizaciones en los talleres terapéuticos ocupacionales, diario de campo, pruebas y entrevistas. Los datos fueron analizados por el software IRAMUTEQ, el cual permitió diversos tipos de análisis de los datos textuales, organizándolos por la distribución y cuantificación de los vocabularios. **Resultados:** Se produjeron 293 unidades de registro. Destaca: marido, casa, cuerpo e hijo, que vinculados al desempeño ocupacional generaron las categorías AVD, AIVD, cuerpo y subjetividad. **Conclusión:** La violencia doméstica a partir de la Terapia Ocupacional, identificó que esta profesión atenúa y contribuye a la acogida, promoción de la salud, percepción de sí misma, y abre nuevo campo de actuación para esta profesión.

Palabras clave: Violencia doméstica, Terapia ocupacional, Violencia, Salud de la mujer

1. Introdução

A violência contra a mulher, além de violar seus direitos se constitui em importante problema de saúde pública. Ela pode ser: física, sexual, econômica e psicológica resultando em expressivos custos econômicos, sociais comprometendo sua funcionalidade podendo gerar graves consequências para a saúde mental; reprodutiva e física, afetando também as crianças e o ambiente familiar (WHO, 2013).

Segundo Alves & Pitanguy (1991) até meados do século XIX, a vida da mulher era administrada conforme os interesses masculinos, a qual devia obedecer às ordens do pai ou do marido, sendo envolta em uma aura de castidade e de resignação, pura e recatada, virgem quando solteira, e quando casada devotada e dependente financeiramente do esposo tendo como função procriar e obedecer, pois o marido tinha todos os direitos sobre ela e sobre seu

corpo (Lucena et al, 2016) talvez pela virilidade masculina gerando o mito de força, poder, pois ele se sentia no dever de “proteger” sua esposa imprimindo relações de dominação-submissão mesmo que para isso ele tivesse, às vezes usasse a força para obter sua obediência.

Elas eram consideradas posse dos pais, não tendo direito a escolha ou a opinião, só conseguindo sua liberdade por meio do casamento, que na realidade dava continuidade a submissão, agora para o marido, não alterando seu status de inferioridade e obediência, pois ele tinha o direito de fazer o que quisesse com ela, inclusive violentá-la e agredi-la (Lira & Barros, 2015).

Osterne (2005) define violência doméstica contra a mulher como “qualquer ação ou conduta que cause morte, constrangimento, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, moral ou simbólico à mulher, no âmbito doméstico, ou seja, em seu espaço domiciliar”. A Organização Mundial da Saúde, ao publicar o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde define a violência como o uso intencional de força ou de poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações (Krug et al, 2002).

Neubauer et al (2015) referem que os primeiros estudos sobre violência doméstica surgiram na década de 80, com a abertura de delegacias da mulher, com a meta de identificar o perfil dos crimes e os agressores possibilitando a repressão e desenvolver a prevenção da violência doméstica por meio do estado.

De acordo com Sá (apud Zacan, 2013) a violência tem grave fator de risco à sua saúde física e mental, originando sérios agravos à sua qualidade de vida, no desenvolvimento de comportamentos de risco, com comprometimento emocional, suscitando dificuldade no relacionamento com os filhos sustentado pela depressão, angústia, medo e ansiedade.

Oliveira (2007) esclarece que o estigma da violência é vivido por muitas mulheres se decompõe em múltiplos fatores que as impedem de denunciarem seus agressores ou os deixarem, por medo de passarem por dificuldades materiais e financeiras em razão de sua dependência econômica, primeiro por não estarem engajadas no mercado de trabalho, por não possuírem moradia própria, se sentindo imobilizadas e desencorajadas, sobretudo por desconhecerem, as redes de apoio possíveis, as se articulam aos serviços de apoio à mulher e oportuniza o rompimento do ciclo de violência.

O cuidar para o terapeuta ocupacional implica em conhecer a mecânica corporal, sensorial e a perceptiva de seu cliente estabelecendo interação entre os sujeitos (quem trata e quem é tratado) e na realização de ações sensíveis que envolvam além da sensibilidade

própria dos sentidos, mas também a liberdade, a criatividade, a subjetividade, a intuição, a comunicação e o acolhimento.

O modelo de desempenho ocupacional (CAOT, 2007) entende as ocupações sobre as diferentes perspectivas da vida do cliente, recuperando as raízes humanistas da profissão. Sobre este ponto de vista neste modelo, as pessoas são seres espirituais e agentes ativos, com potencial para identificar; escolher e se envolver em ocupações, cujo resultado é a relação dinâmica entre a pessoa, o ambiente e a ocupação possibilitando a liberdade de escolha, organização e ampliar satisfatoriamente ocupações significativas que são culturalmente importantes para seu cliente e definidas como adequadas à idade, cuidados pessoais (autocuidado), gozo da vida (lazer) contribuindo para o tecido social e econômico das suas comunidades (produtividade).

Este modelo é sensível à realidade social marcada pela marginalização de amplos setores da sociedade, a sua discriminação por razões econômicas, de raça, sexo ou deficiência. Ele se centra e na prática centrada no cliente, cujo papel primário deste profissional é o de possibilitar a ocupação e o secundário proporcionar mudanças nos componentes de desempenho e em elementos ambientais/contextuais. Os terapeutas ocupacionais reconhecem a importância da criação de ambientes acessíveis e de prestar apoio, vindo reforçar o sentido, a conexão por meio da inclusão daqueles que foram marginalizados, em ocupações significativas (Colquhoun et al, 2012).

O homem vive num corpo que se relaciona, que cria, que se expressa, que sofre pressões, que vibra e se movimenta. Marinho & Bruhns (2003) referem que o homem “já nasce solidário com o seu corpo e faz com que o corpo faça o que tem que fazer. Este fazer está relacionado aos hábitos linguísticos, os quais fazem do corpo um produto da educação”. Do mesmo modo, ele é afetado pela religião, pelo grupo familiar, pela classe social, pela cultura e pelos valores que moldam sua personalidade. Assim sendo, a inteligência e a sensibilidade se confundem na ação corporal, pois cada gesto é único em cada ser, e seus movimentos representam reações físicas e emocionais que tem significado próprio e expõem sentimentos, informações, cultura, linguagem entre outras, pois neste contexto, o humano é corporal e espiritual.

A motivação inicial para a pesquisa se justificou pela observação do cuidado em Terapia Ocupacional a esta mulher que sofre agressões dos mais variados tipos, além de ser um problema de Saúde Pública, pois a violência se transforma em barreira para a promoção da saúde integral da mulher e todo o seu núcleo familiar, além da necessidade de ampliação

da atenção à saúde da mulher, pondo em voga outros aspectos como bem-estar da população feminina, resultantes das agressões, a nível cognitivo, emocional, social, familiar e físico.

Neste sentido, ao se estabelecer diálogos, debates e discussões acerca do cotidiano de mulheres que sofrem hostilidades. Teve-se como questões norteadoras da pesquisa: Como a Terapia Ocupacional pode auxiliar uma mulher que sofreu e sofre violência doméstica pelo parceiro? Como se dá a convergência na intencionalidade do ser, do fazer e do estar em Terapia Ocupacional no envolvimento dos atores nesse processo? E em que medida está profissão favorece a construção deste viver?

O objetivo foi estudar a intervenção da Terapia Ocupacional em mulheres vítimas de violência doméstica e identificar que mudanças ocorreram no viver da participante e as alteração no desempenho ocupacional, após o início da assistência deste profissional.

2. Metodologia

Os caminhos percorridos para compreender e investigar sobre o objeto deste estudo, que diz respeito à mulher que sofre violência doméstica viabiliza a construção de conhecimento de Terapia Ocupacional por meio da interação dos conteúdos com a prática acadêmica, que permitiu gerar duas vertentes: uma ligada a capacitação para a pesquisa; a segunda, o desenvolvimento da prática do trabalho com mulheres que sofrem agressões.

A partir destes conhecimentos optou-se pelo estudo cartográfico em sua dimensão quanti-qualitativa (Minayo, 2012). A opção em utilizar o método cartográfico favoreceu perceber os caminhos da mulher saindo de territórios de pesquisa; indo em busca de novos percursos e diálogos para saber e compreender o viver dela sobre seu corpo e sua vida, pois ao trabalhar com suas relações interpessoais, ela acessa seu imaginário e a sua subjetividade possibilitando o desbloqueio dos conteúdos emocionais.

O método cartográfico observa as linhas de forças e os fluxos que atuam com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2006). O eixo prático e a concentração sem focalização assume sintonia com o problema, em que se procura evitar as interferências relacionadas a saberes, representações e experiências anteriores; evidenciando-se o ato de cartografar como o próprio percurso da investigação (Passos et al, 2009).

As pistas deste método acompanharam os procedimentos de produção de dados envolvendo o campo da subjetividade, que muitas das vezes impediram de se estabelecer

pistas tendendo a descrever; discutir e coletivizar a experiência do cartógrafo em quatro variedades de atenção: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento (Kastrup, 2007).

O primeiro momento o rastreio apareceu de modo a verificar os caminhos e os processos de produção, de perceber as conexões da mulher e suas relações visando possibilitar o acompanhamento de movimentos e a construção da rotas, com suas nuances e essência ao longo do fenômeno a ser pesquisado (Passos et al, 2009).

O estudo foi realizado no município do Nilópolis, no estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2018). O município possui população de aproximadamente 162.485 mil habitantes, sendo que 59% (93.916) são mulheres (IBGE, 2018). O contexto escolhido foi a Casa da Mulher Nilopolitana, onde elas se cadastraram e foram convidadas a participar do projeto intitulado Vivências Femininas: Rede de enfrentamento à violência contra a mulher na zona oeste do Município do Rio de Janeiro (PROEXT/MEC). Foram incluídas mulheres com idade superior a 18 anos, independente de credo, etnia e escolaridade e que tinham histórico de agressões no âmbito doméstico.

O toque foi o momento que se caracterizou pela coleta de dados por meio de oficinas e entrevista semiestruturada, logo após a aprovação do Comitê de Ética e a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do termo de imagem e som. Cabe destacar que a presente investigação atendeu a todos os critérios da Resolução nº 466/2012 e 510/2018, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil e foram cumpridos todos os preceitos ético-legais, garantindo os direitos de anonimato e sigilos das participantes. O mesmo aprovado sob o número 403.561, sob o registro CAAE: 19759713.8.0000.5268.

Todo este cuidado ético permitiu o acesso às informações que influenciaram as mulheres no seu viver cotidianamente para cuidar do seu corpo, com ou sem agressões. Ocasão em que elas se projetaram nas oficinas sensíveis oportunizando o desbloqueio dos conteúdos internos que ao percebê-los na projeção; tomaram consciência e ampliaram; tornando-se capaz de se relacionar melhor com sua vida e com o mundo, ao trazê-los até a consciência, ele pode ser explorado e se desenvolver (Jung, 2012). Chopra et al (2010) referem que muitos destes conteúdos psíquicos negativos são considerados penosos e incompatíveis favorecendo a pessoa a entrar verdadeiramente em relação com os seus opostos restituindo a energia psíquica, de tipo cognitivo e afetivo, que antes residia isoladamente nos conteúdos psíquicos.

Neste sentido, a coletar dados se caracterizou pela estratégia coletiva de técnicas artísticas como: a modelagem do corpo (representar por meio da massa de modelar seu corpo), pintura e desenho (projetar-se dos aspectos simbólicos da cor, forma e ambiente) e

mosaico, cuja meta era fazer com que elas percebessem existe a possibilidade de nova estruturação do caos (cacos), pois quando elas reestruturam o caos. Todas estas técnicas possibilitaram a análise iconográfica e simbólica das projeções da mulher que geraram profundas transformações na sua psique, o que lhe proporcionou mergulho interno rumo ao seu autoconhecimento (Jung, 2012). Os outros mecanismos de coleta de dados foram o diário, que se constitui na escrita em casa dos sentimentos e comportamentos, representando o viver no decorrer da semana, as entrevistas e os testes de Beck e da Escala diagnóstica: estresse, ansiedade e depressão.

A importância no desenvolvimento da pesquisa de campo revelou que elas possuem múltiplas entradas e não seguem um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado, assegurado pelo rigor do método sem abrir mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento (Strey & Werba, 2012 como citado por Grossi et al, 2012). Ao final de cada oficina era aberto espaço as participantes para verbalizarem como foi o processo de criação e o que significou o seu produto, vinculado as questões positivas e negativas do corpo e dos agenciamentos vivenciados ao longo de sua vida sobre as agressões sofridas.

O pouso se caracterizou pela assembleia geral, onde foram trazidas as conclusões das pesquisadoras e as participantes validaram ou não os achados, representando a vivência e a percepção das mesmas sobre a violência doméstica. Nesta etapa da pesquisa foi preciso realizar paradas representando as dificuldades das mesmas ao lembrar das agressões sofridas, instantes em que o campo se fechou. Este novo território que estava se formando se reconfigurou, várias vezes, porque muitas delas se sentiram afetadas pelas verbalizações das participantes (Ibidem)

O coletivizar esta experiência exigiu permanente conexão entre as linguagens verbais e não verbais caracterizada pelos gestos num movimento de ir e vir, de reconhecer e desconhecer o fenômeno estudado.

O quarto e último momento do cartógrafo, o reconhecimento, foi entendido como interseção entre a percepção e a memória das pesquisadoras, que se basearam nos meios de obtenção de dados: a entrevista, as oficinas, as observações (comportamentos e apresentação), diário de campo, teste e entrevista, pois todo o material coletado, foi organizado, para iniciar o processo de categorização dos dados.

O referencial teórico-analítico utilizado se alicerçou na análise de conteúdo disposto por Bardin (2011) designado como: conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens

que permitiriam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens. Nesse sentido foram considerados os aspectos mais importantes como a validade, fidedignidade e a generalização, na busca do rigor científico.

Utilizou-se o software IRAMUTEQ gratuito e licenciado pela General Public Licence, o qual possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais dos mais simples, como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras) até a realização de análises multivariada como a Análise de Similitude, além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras. O processamento da análise lexical no IRAMUTEQ (Ratinaud, 2009) teve início na identificação e reformação das unidades de textos, que transformaram as unidades de contextos iniciais (UCI) em unidades de contexto elementares (UCE).

O corpus textual se baseou no material inserido, que representou as falas das mulheres a partir da inserção dos dados no software, por meio das seguintes variáveis: (s_1, participante 1), idade (id_1 = 18 a 23 anos e id_2 = 24 a 29 anos), e escolaridade (esc_1, sem escolaridade). Ratinaud (2009) refere que após esta inserção os dados são codificados, classificados e enumerados gerando a nuvem de palavras e a análise de similitude, pela quantificação dos vocábulos, de acordo com o IRAMUTEQ 7.2.

Acredita-se que o conhecimento e a compreensão da palavra das mulheres, que passam por situações de violência, proporcionaram aos Terapeutas Ocupacionais, subsídios para a melhoria do acolhimento e assistência as mesmas, nos serviços da Rede Pública de Saúde e Social de relevância, que ao se somar à preocupação e comprometimento profissional para a melhoria da assistência integral da mulher, considerando-se suas especificidades, desejos, angústias e funcionalidade.

3. Resultados

Ao todo participaram da pesquisa 25 mulheres que ao serem induzidas a coletivizar aspectos do cuidado corporal e de si mesma antes e pós agressão, geraram dados quantitativos e qualitativos assim distribuídos:

Dados Quantitativos

Em relação ao estado civil, 22 eram casadas ou residiam com seus companheiros ou refizeram suas vidas e tinham novo cônjuge, somente três estavam solteiras, que mesmo sendo agredidas, elas (85%) permaneciam casadas, morando com seus agressores em suas

casas. Em relação ao credo, Deus foi pouco referenciado por elas, porém elas mencionaram serem evangélicas (12), católicas (6), espíritas (4) e ateias (3).

Quanto a escolaridade, 69% (17) tem acima do ensino médio, o que as qualifica como mulheres que tinham condições para denunciar seus agressores, porém, não o fazem por temer novas agressões e maiores implicações que afetem mais a sua vida e a saúde de seus filhos. Quanto à etnia destaca-se que as participantes se declaram predominantemente pardas (17), como no estudo de Silva e Oliveira (2016) que esta opção era superior as que se intitularam negras e brancas, respectivamente. Das atividades laborativas observou-se predominância do lar e diaristas (75%) seguida de desempregadas e apenas uma profissional liberal, muito próximos ao identificado noutros estudos realizados no Brasil (Barros et al, 2016; Dourado, Noronha, 2015; Lucena et al, 2016) nos quais declararam dependência financeira de seu cônjuge para se manter e aos filhos (Costa et al, 2016).

Em relação aos atos de agressão, 75% referiram foram praticadas pelo cônjuge, mais de seis. Elas identificaram como tipo principal de violência física (21), 14 uniram a física com a psicológica e com a econômica, dados compatíveis aos identificados no estudo de Dourado & Noronha (2015). Quanto as sequelas e o comprometimento à saúde proveniente das agressões físicas foram verificados que 12 tiveram lesões moderadas (fratura de fêmur, ulnar, quirodáctilo e dentes), 5 queimaduras de segundo grau e uma sofreu lesão na coluna, por enforcamento, bastante comuns em sociedades tradicionalmente machistas (Al Dosary, 2016; Tavoli et al, 2016) alterando o seu desempenho ocupacional gerando dependência dos filhos ou dos familiares.

O resultado do inventário de depressão de Beck 45% tiveram escore de 49 pontos, tendo a classificação de depressão grave, 35% com 30 pontos moderada, pontuação essa que podem caracterizar desejo de morrer, ideação suicida, tristeza, perda do prazer, irritabilidade e alteração do sono. Na escala de depressão, ansiedade e estresse as características comuns, foram: afeto negativo, sofrimento emocional e alterações fisiológicas no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (Vignola & Tucci, 2014) avaliando os sintomas de disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. A ansiedade gerou efeitos musculoesqueléticos, ansiedade e angústia situacional e medo. O estresse foi vinculado à dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilidade em agitar-se/chatear-se, reação exagerada/irritável e impaciência (*Ibidem*), cuja a média foi de 47 pontos (grave) para 52% das participantes e 32% tiveram escore 28 (moderada).

Para Segabinazi et al. (2012) a associação positiva entre afetos negativos (“culpada”, “deprimida”, “desanimada”, “irritada”) com os sintomas de ansiedade, depressão e estresse

decorre da semelhança dos mesmos e as variáveis identificadas nos resultados dos instrumentos utilizados para avaliar as subjetividades das mulheres que sofrem violência doméstica.

Neste sentido, esta pesquisa vai de encontro com os dados obtidos pelos pesquisadores reforçando que o estresse provenientes das agressões e do medo encontram-se presentes nestas mulheres e alteram sua qualidade de vida

Dados qualitativos

O objetivo inicial da terapia ocupacional foi criar espaço terapêutico para que estas mulheres pudessem expor como elas próprias suas queixas e experiências, com o intuito de tentar acessar os conteúdos bloqueados pelas agressões e favorecer a criação de protocolos de cuidado deste profissional, pois poucos estudos existem nesta área. Auxiliando-as nas mudanças de posições em que elas se colocaram e que as impediam de assumir e escolher por si só outras formas de agir em relação sua experiência vivida.

Ao final de cada oficina era deixado um tempo para reflexão do assunto emergente do dia, a fim de ser trazido pelas clientes no próximo encontro, anotações, sentimentos e conflitos gerados pela questão proposta. No contexto desta intervenção foram desenvolvidas estratégias para articular a Terapia Ocupacional do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ), com a Casa da Mulher de forma a garantir atendimento qualificado e humanizado, pelo acolhimento as vítimas, e na busca de identificar as percepções delas com respeito a esta temática.

Foram produzidos 381 unidades de registros, que gerou único corpus, relacionado a todas verbalizações. Identificou-se 29 unidades de contexto iniciais (UCI), 477 segmentos de textos os quais foram classificados perfazendo 80% das verbalizações das mulheres. Exibindo-se os 12 primeiros enunciados que versam o viver na violência o processo de agenciamento, dispostos nos depoimentos a seguir, respectivamente:

“[...]... quando ele apontava na porta, mandava as crianças se esconderem e ficarem quietinhas [...]Não sabia como estava o humor dele (P.04)

“[...]... sou casada há mais de dez anos, ele me xinga o tempo todo.... [...] sabe ele é um homem forte... [...]os vizinhos escutam, mas temem a ele.... (P.20)

“[...] ... uma vez reagi, pra que... [...]apanhei tanto que quebrei dois dentes... (P.09);

“[...]... sou saco de pancada, todo dia tem novidade... [...] ele limpo ou drogado (P. 16)

“[...]Voltei por causa dos filhos. Ele disse que iria mudar, mas não mudou nada. Ao contrário, ficou mais violento e não respeitava nem os filhos”. (P -12)”

“[...]... às vezes ele era muito violento, ainda mais quando bebia... [...] ele bate, apanhei... [...] fico calada, tenho vergonha e medo... (P. 23).

“[...].... Quando tô fazendo alguma coisa, ocupo a cabeça, fico um pouco longe dos problemas, por mais que ele tente me controlar né.... [...] fica difícil.... (P. 17)

“[...] chutou minha barriga, foi tão forte, que perdi o bebe... [...]estava grávida de 6 meses... (P – 13)”

4. *“[...]Ele quebrou meu braço, foi o direito.... Como vou me vestir, fiquei dependente da minha filha.... [...] Não adianta dizer que me ama (P. 23).”*

“[...]... teve uma vez que ele quase colocou fogo na casa... [...] tive que sair correndo com meus filhos... (P. 08)

“[...] ele apertou meu pescoço, quase o quebrou, [...] meu filho gritou para ele parar (P. 14)

“[...] se Maria da Penha entrar aqui... [...] a sepultura é certa para você e ele ri (P.01)

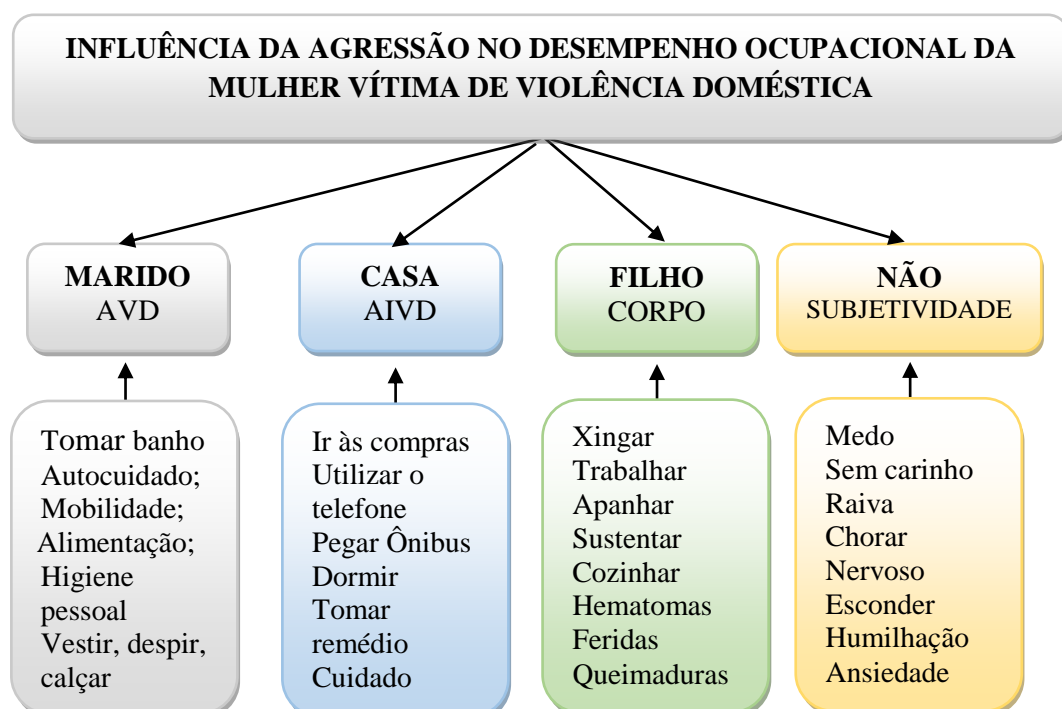
As categorias surgiram após a análise textual que se baseou na análise de conteúdo de Bardin, cujo programa informático pode fazer vários tipos de ligações, o que possibilitou identificar as coocorrências entre os termos e sua estrutura de representação. O IRAMUTEC se apoiou na teoria dos grafos, pois um grafo constitui o modelo matemático ideal para o estudo das relações entre objetos de qualquer tipo, ao trazer as indicações da conexidade entre as palavras auxiliou na identificação da estrutura do corpus textual, se distinguindo das partes comuns e as especificidades em função das semelhanças (Marchand, Ratinaud, 2012).

A análise dos dados obtidos vinculando-os aos componentes do desempenho ocupacional se baseando na funcionalidade, que para Van de Vem et al (2005) engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo (com condição de saúde) e os seus fatores contextuais, se transformando em sistema de múltiplos sistemas que se cruzam e interagem em constante mutação, num modelo biopsicossocial, que se centra na saúde, privilegiando a capacidade e o desempenho, ao invés de se centrar nas deficiências.

Restrições e a incapacidade sintetiza as alterações das funções e estruturas corporais, as limitações para realizar suas atividades e as advertências da participação, revelando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Assim, as incapacidades advindas das sequelas das agressões foram trazidas pelo software e se converteram em limitações funcionais.

Ao se aplicar a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proposto por Reinert (1990), cujos textos foram classificados em razão de seus respectivos vocábulos os quais foram divididos pela frequência de seus radicais. O software organizou as palavras, que tinham representatividade de composição léxica a partir do agrupamento de termos, do qual se obteve a frequência absoluta definidas em quatro variáveis de interesse, a saber: Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), Corpo e Subjetividade, a partir dos cruzamentos das matrizes dos radicais e palavras, separados pela repetitividade de elementos em classes, com frequência maior que a média de ocorrência no corpus (Figura 1).

Figura 1. Dados gerados pelo software, após inserção das verbalizações.

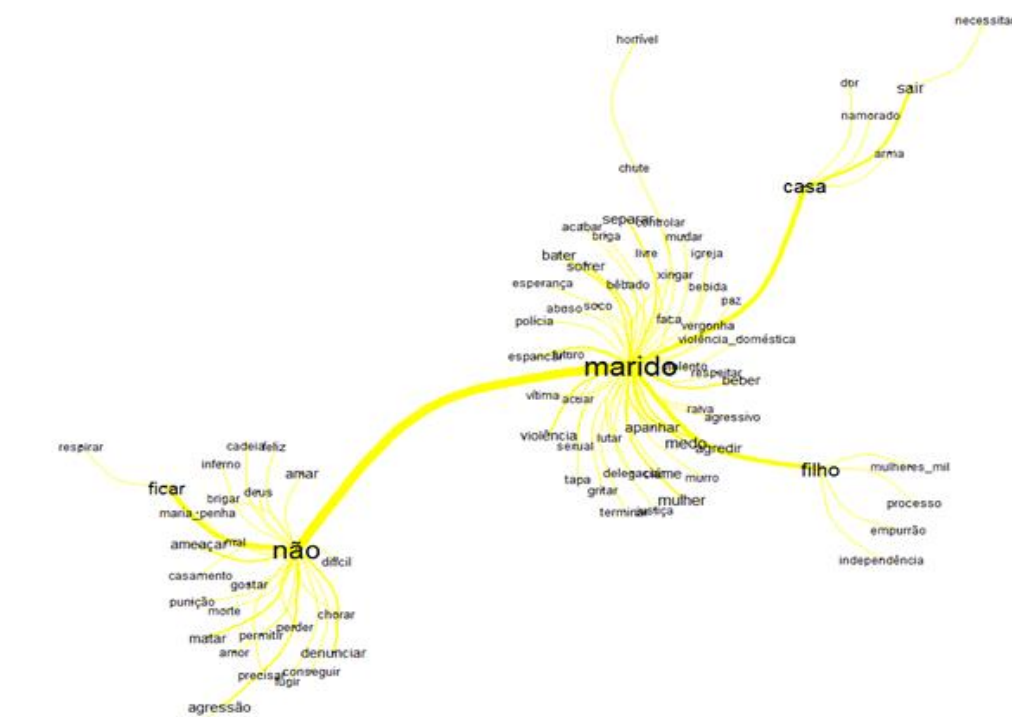


A Análise de Similitude e a Nuvem de palavras apresentam uma estrutura, em que se visualiza o núcleo central e sistema periférico da interpretação da representação que as mulheres têm acerca das agressões. Identificou-se uma estrutura, com um núcleo central (marido) e delimitado e um sistema periférico de interpretação das representações que as mulheres têm acerca dos seus companheiros. Verificou-se que os três grandes eixos organizadores vinculados ao núcleo central (marido), com 84 ligações das verbalizações, demonstrada pelo espessamento da linha, seguida de filho (24 ligações), casa (38 vínculos) e o não (54 conexões).

A análise lexical simples, porém, graficamente interessante auxilia na identificação da estrutura do campo representacional dos fatores associados à violência doméstica vivida pelas mulheres. O primeiro fator que chama a atenção na árvore de similitude são os braços, não idênticos, os quais apresentam linhas mais grossas que deram maior significância e que estavam vinculadas ao marido, o filho, a casa e o não.

Na zona da periferia destaca-se o filho, casa e o não diretamente ligados ao marido (Figura 2).

Figura 2 – Imagem gerada pelo software, após inserção das verbalizações.



O resultado da análise de similitude trouxe indicações da conexidade entre as palavras auxiliando na identificação da estrutura de sua representação gerando leque semântico criando

5. Discussão

Ao se reconhecer que para chegar até a última pista do método cartográfico, pois o mesmo proporciona a possibilidade de novos rastreios, pousos e toques foi necessário caminhar por estradas inseguras distinguindo as linhas de fuga e de tensão ainda não exploradas nas relações das mulheres que sofrem ou sofreram violência doméstica (Sauvagnargues, 2013).

Em cada passo do método ocorria estímulos diferenciados e que iam ao encontro com elas e com os dados produzidos, trazendo à tona memórias de seus maridos, filhos, pais, amigos, colegas de trabalho, vinculados ao espaço social de múltiplas relações abertas e ocultas que percorreram os multivariados circuitos do viver delas.

Categoria 1 – Incapacidades Físicas para realizar as Atividades da Vida Diária.

No caso da prática profissional dos terapeutas ocupacionais, o foco foi o desempenho ocupacional considerando o autocuidado na perspectiva coletiva de tarefas básicas do indivíduo em relação ao cuidado pessoal (Hasselkus, 2008 como citado em Crepeau et al, 2008), por isso as participantes deste estudo apresentaram diminuição de sua capacidade para realizar as tarefas básicas que desenvolveram e mudaram ao longo da vida e que a terapia ocupacional buscou pelo fazer promover a independência e a autonomia delas para realizá-las.

O conceito de autocuidado foi definido por Dorothea Orem (1971-2001), enfermeira, docente do *Department of Health, Education and Welfare – Washington – DC*, como o cuidado pessoal diário, necessário para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento do indivíduo, ao se partir da premissa que todos possuem potencial, se bem que em diferentes graus, para cuidar de si e dos que estão sob a sua responsabilidade (Vitor, Lopes & Araújo, 2010).

Aspetos diretamente relacionados com a capacidade funcional, como: equilíbrio corporal, coordenação motora, destreza manual e força muscular determinaram que a autonomia e a independência no desempenho de atividades inerentes ao autocuidado, condicionando o grau de dependência (Petronilho et al., 2010) se encontravam alterados, o que condicionou sua dependência, associado à diminuição de sua qualidade de vida.

Estas urdiduras falaram não só de um corpo que é agredido, mas que funciona para cuidar de si, com as sequelas das agressões, que as obedecem quando manda caminhar; pegar e pensar. Momentos de fragilidades delas, que favorecerem os processos de encontro, às vezes, por criar ou quebrar fronteiras e oportunizar o acolhimento e a escuta ativa. As

mulheres falaram das dificuldades de tomar banho, se alimentar, de realizar a higiene pessoal, se vestir; despir; calçar, um corpo cuja a funcionalidade ficou bloqueada pela agressão, pela fratura, queimadura, etc.

Categoria 2 – Incapacidades Físicas e emocionais para realizar as Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Segundo Sequeira (2010) o conceito de dependência relaciona-se com a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver. Veríssimo (2004) acrescenta que está “é uma função que varia ao longo da vida implicando reajustamentos criados pelo próprio indivíduo”, sendo está avaliada em função da capacidade de execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVD e AIVD).

Assim a mulher ao associar a palavra casa e suas dificuldades de mantê-la, como realizar as atividades de cozinhar, de lavar e passar roupa, de fazer compras, de limpar a casa, os móveis, o chão, a área externa e interna da casa. No qual esta associação reporta a cultura dela, que verbalizaram que sem limpeza, elas sentem que perderam sua autonomia física, psíquica ou intelectual resultado do agravamento das agressões ou das sequelas, pela ausência, escassez de apoio familiar ou de outra natureza, por não conseguir, por si só realizar as atividades instrumentais da vida diária.

Com a sua capacidade funcional reduzida, elas adotaram comportamentos ou executaram por si mesmas, sem a ajuda de terceiros, ações que lhe permitiriam alcançar nível aceitável de satisfação das suas necessidades básicas e instrumentais (Paschoal, 2000 como citado em Papaléo Netto) e desta forma evitar novas agressões pelo não cuidar da casa e dos filhos, que mesmo com as alterações de suas funções cognitivas, da atividade intelectual, memória e capacidade de comunicação puderam realizar escolhas, das ações pertinentes realização das AIVD evitando assim ampliar o grau de dependência e sequelas físicas e emocionais.

Categoria 3 – O corpo veiculado a palavra filho

O corpo saudável depende de ambiente saudável, por isso as mulheres, ao criar e cuidar de sua família envolve muitas das vezes pais, cônjuge e filhos, entes que devem se preocupar e dar o melhor de si.

Quando questionadas sobre seu corpo, o primeiro aspecto observado foi a fala distanciada, que definiu que se trata de memória esquecida do corpo, que nas dinâmicas

apareceu como topografia renegada e fragmentada, pois o corpo representado não surgiu inteiro ou era comparado ou representado como coisa ou objetivo. Revelou com maior contundência aquilo que as palavras apenas anunciam, mas que foram percebidas como naturalização dos atos agressivos, porque nunca se escutou nada em relação à denúncia do agressor. Na verdade, a dinâmica tendia a acomodação da vítima a realidade do seu cotidiano, na tentativa de pensar que este tipo de prática não passava de simples episódios circunscritos a determinado momento, ou seja, memória revelada naquele espaço pela evocação reflexiva de si.

Ao serem questionadas sobre seu corpo violentado muitas delas utilizaram fala distanciada verbalizando de maneira tímida, quase sussurrando esclareciam que tinham perdido a memória de seu corpo, se transformando em carcaça para ser agredido, sem adereços, a não ser dos hematomas e queimaduras, que na maioria das vezes eram encobertos pelas vestimentas e que quando descoberto por outra pessoa, elas referiram que caíram ou que algum objeto se desequilibrou terminando por feri-la.

Outras relataram que estavam separando-se do marido, que durante dois, três, sete anos sofreram a violência física e psicológica do mesmo, sem que a família ou outra pessoa tomassem conhecimento deste fato, visto que, as agressões incidiam em pontos que podiam ser estrategicamente cobertos, como pescoço (estrangulamento), abdômen (chutes e pontapés) e cabelos (puxões).

Muitas das vezes, elas relataram que se sentiram enraizada no modelo de afetividade “sádica”; que colocou o homem como inacessível ou apenas alcançável no “jogo dos desejos”, “de uma feminilidade-objeto”, pois o corpo ora agredido era também o corpo cobiçado, o corpo que seria para o marido saciar sua vontade sexual, numa relação que já não havia afeto, mas medo e obediência.

Estas mulheres quando teceram suas urdiduras, elas se entrelaçaram umas com as outras, mas demonstraram que tem consciência de que a violência sofrida tinha como contraponto o aval do seu silêncio e de sua inércia, além de ficarem encobertas pelas suas roupas.

Categoria 4 – O não ligado a subjetividade e emoções da mulher.

Petronilho (2012) refere que o domínio emocional ou psicossocial, engloba as atitudes, crenças, valores, motivações, desejos e a percepção de competência na implementação do autocuidado, no domínio comportamental requer habilidades de se relacionar e viver em comunidade, pois o autocuidado é resultado sensível aos cuidados, com impacto positivo na

promoção da saúde e do bem-estar, por meio do aumento do conhecimento e habilidades, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva, com particular destaque para os terapeutas ocupacionais.

A ansiedade, a angústia, a decepção e o medo foram mecanismos emocionais peculiares da mulher que sofreu e sofre violência doméstica, mas que pode se manifestar de forma patológica frente a necessidade de hospitalização, devido aos agravos das agressões. Estes fatos exacerbam os sintomas emocionais, pois elas têm medo que o agressor afete seus familiares, principalmente seus filhos, devido a interrupção das suas rotinas diárias.

A solidão se agravou aludindo a vontade de morrer, pois o luto passou a fazer parte do viver delas. Relatam que entram em grande ansiedade quando sentem a que porta de casa se abriu, sensação não física, mas subjetiva ou cognitiva representando a possibilidade do cônjuge adentrar em casa alcoolizado e seu corpo se transformar em porto de extravasamento dos descontentamentos sofridos no seu dia fora de casa.

Algumas delas (11) verbalizaram que pensam muito em cometer suicídio, como meio de terminar com as suas dores e agressões, muitas não o fazem por causa dos filhos, mas narraram, que assim que eles tiverem meios de se cuidar, que elas podem terminar com a sua vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), o suicídio constitui-se, atualmente, em grave problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos. Pesquisas sobre suicídio e tentativas de suicídio para o sexo feminino apontam a vivência de violência como um dos motivos precipitantes deste ato extremo ressaltando que as perdas interpessoais, as dificuldades de relacionamento e as histórias de violência física, verbal e sexual constituem principais causas para estas tentativas (Marcondes et al, 2002).

Elas verbalizaram que os sentimentos de rejeição, histórias de abusos e perdas, acarretam diminuição da autoestima. Referiram também que o único fator que as impedia de fazer este ato eram os filhos, o medo de deixá-los entregue ao seu algo era o motivador para não morrer.

Nas oficinas, muitas delas aludiram que a morte (verbalizada 12%) evocada várias vezes, não como desejo de morrer, mas como o desejo de sair da situação de sofrimento e dor, desesperança e medo. Assim, com a consciência bloqueada pelas agressões, o suicídio surgiu, enquanto possibilidade de se libertar de todo o sofrimento, inclusive do “mal” e das “perdas”, se transformando em solução para os problemas, mesmo que a morte não se concretizasse.

Dentre os fatores de risco para a depressão encontraram-se: o viver em família disfuncional, pouco suporte social, grande número de eventos estressantes e limitadas técnicas de enfrentamento das situações (Correia et al, 2014). A dor psíquica ocasionada pela violência psicológica e econômica e pelas sequelas das agressões fizeram com que elas se esquecessem de si mesma, de seus valores, de seus desejos, de planos futuros e se subjugassem aos caprichos de seus agressores.

4. Considerações Finais

Participar do projeto PROEXT/MEC intitulado *Vivências Femininas: Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres nos Municípios do Rio de Janeiro* possibilitou a criação de novo modelo de intervenção de terapia ocupacional em mulheres em situação de violência, pela expectativa de vivenciar nas oficinas o cuidado, a relação de ajuda e a promoção da saúde integral da mulher e de seu núcleo familiar. O projeto possibilitou a aproximação com o mundo das mulheres que sofrem violência doméstica e aprender e agenciar a intervenção da Terapia Ocupacional gerando protocolo de atuar; atenuar e contribuir na promoção da saúde destas mulheres.

Esta pesquisa adequou a construção de conhecimento acerca das intervenções no processo do ciclo de violência doméstica à mulher e sua correlação com a perda da funcionalidade, dificuldade de romper os laços que a impediam de denunciar seu parceiro e que as oficinas possibilitaram a aproximação delas com as leis, redes e serviços que possibilitariam a ruptura do ciclo de violência, se assim elas optassem.

Acredita-se que os achados deste estudo contribuem na medida em que proporciona elementos para a identificação da complexidade e multicausalidade dos fenômenos como é a alteração da funcionalidade da mulher que sofre violência doméstica, oferecendo subsídios para se pensar no planejamento de ações que direcionem as práticas da terapia ocupacional.

Desta forma, este profissional pode realizar atendimento pautado no cuidado ao outro em suas dimensões físicas, biológicas e psicossociais, que permitam conhecer seu contexto familiar e traçar o plano de cuidado direcionado as suas especificidades, que permeiam sua história de vida, pela valorização dos espaços e relações, e pelo desenvolvimento de ações de saúde e educação favorecendo a percepção das subjetividades no cotidiano das práticas de saúde.

Faz-se necessário que pesquisa que envolvam mulheres vítimas de violência doméstica

gerem mais estudos e conhecimento na área de saúde e de ciências sociais, para que se realize o cuidar baseado no acolhimento, na escuta ativa e nas experiências multiprofissionais.

Referências

Al Dosary A.H. (2016). Health Impact of Domestic Violence against Saudi Women: Cross Sectional Study. *Int J Health Sci (Qassim)*. 10(2). Recuperado em 21 de março, 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825889>

Alves, B. M. & Pitanguy, J. (1991). *O que é feminismo?* (Coleção Primeiros Passos). São Paulo: Brasiliense.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil.(2017). *Cidades*. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Recuperado em 21 de março, 2020 de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/nilopolis/panorama>

Chopra, D.; Ford, D. & Williamson, M. (2010). *O efeito sombra*. São Paulo: Texto Editores Ltda.

Colquhoun H.L, Letts L.J, Law M.C, MacDermid J.C. & Missiuna C.A. (2012). Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice. *Can J Occup Ther*. 79 (2):120-8.

Correia C.M, Gomes N.P, Couto T.M, Rodrigues A.D, Erdmann A.L & Diniz N.M.F. (2014) Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enferm*, 23(1): 118-25.

Costa N, Gomes H, Almeida T, Pinheiro R.S, Almeida C, Gondim L, Silva M, Campos R.S, Silva S.M. & Lima V. (2016). Violence against women: Can "jealousy" mitigate the significance of violence?. *Estudos de Psicologia*; 33(3): 525-533. Recuperado em 13 de março, 2020 de <http://www.scielo.br/scielo.php>

Crepeau, E. B.; Cohn, E. S. & Schell, B. A. B. (2008). *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional*. Médica Panamericana, p. 757-766.

Dourado S.M. & Noronha C.V. (2015). Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(9): 2911-20.

Grossi P.K. & Werba G.C. (2012). *Violências e gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: Edipucrs; 2012. p. 73-83

Jong, L.C., Sadala, M.L.A. & Tanaka, A.C. D' A. (2008). Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(4), 744-751.

Jung, C. G. (2012). *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Kastrup V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Revista Psicologia e Sociedade*.19(1). Recuperado em 13 de março, 2020 de www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Lira, K. F. S. & Barros, A. M. de. (2015). *Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco*. *Ágora*, 22

Lucena K.D.T de, Deininger L.S.C, Coelho H.F.C, Monteiro A.C.C, Vianna R.P.T. & Nascimento J.A do. (2016) Analysis of the cycle of domestic violence against women. *Journal of Human Growth and Development*. 26(2), 139-146. Recuperado em 21 de março, 2020: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>

Marchand, P. & Ratinaud, P. (2012). L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. *JADT* 2012. P. 687-699.

Marcondes Filho, W; Mezzaroba, L; Turini, C.A; Koike, A; Motomatsu Junior, A; Shibayama, E.E.M. & Fenner, F.L.S. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc Latino-Am.* Recuperado em 21 de março, 2020 de <http://raladolec.bvs.br/scielo.php?>

Marinho, A. & Bruhns, H.T. (2003). *Turismo, lazer e natureza*. São Paulo: Manole.

Minayo M.C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva* Recuperado em 21 de março, 2020 de http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf.

Minayo M..CS. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (9ª ed). São Paulo: Hucitec.

Neubauer, V., Cortes, J; Silveira, T. & Dickel, F. (2015). *A educação machista e seu reflexo como forma de violência institucional*. In: Seminário Internacional de Educação no Mercosul. Curitiba.

Oliveira, E. N. (2007). *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Osterne, M. S. F. (2005). *Violência nas relações de gênero e cidadania feminina: análise das ocorrências na Delegacia de Defesa da Mulher em Fortaleza*. Tese de doutorado Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Papaléo Netto, M. (2000). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.

Passos E, Kastrup V. & Escóssia L. (2009). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.

Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N. & Magalhães, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*. Recuperado em 21 de março, 2020 de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>.

Petronilho, F.A.S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Polatajko H.J, Townsend E.A. & Craik J. (2007) *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOPE)*. Ottawa: CAOT Publications.

Zancan, N.; Wassermann, V. & Lima, G.Q.de. (2013). A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando fam*, 17 (1), 63-76.

Ratinaud, P. (2009). *Iramuteq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>

Reinert, M. (1990). *Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval*. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, (28), 24-54.

Sauvagnargues A. (2013). Deleuze, cartografias do estilo: assignificante, intensivo, impessoal. *Artefilosofia*. 9, 20-34 Recuperado em 21 de março, 2020 de <http://www.periodicos.ufop.br/pp/index.php/raf/article/viewFile/631/587>

Segabinazi, J. D., Giacomoni, C. H., Dias, A. C. G., Teixeira, M. A. P. & Moraes, D. A. O. (2010). Desenvolvimento e validação preliminar de uma escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 653-659.

Sequeira C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Silva L.E.L da & Oliveira M.L.C de. (2016). Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol*, 25(2): 331-42. Recuperado em 21 de março, 2020 de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R, Hosseini R. & Montazeri A. (2016). Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *Pregnancy Childbirth*. 26(1) Recuperado em 21 de março, 2020 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4729045>

Van de Ven L, Post M de W.L. & Van den Heuvel W. (2005). It takes two to tango: the integration of people with disabilities into society. *Disabil Soc.*20,311–32.

Veríssimo C.M.F. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing.*15(187):20-4.

Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014) Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109.

Vitor, A., Lopes, M. & Araújo, T.(2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14, 611- 616.

WEIL, E. (2012). *Lógica da Filosofia*. São Paulo: É Realizações.

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Noelle Pedroza Silva – 30 %

Joyce Chaves de Souza Araújo - 20%

Marcia Karolayne Garcia Quadros - 20 %

Sílvia Teresa Carvalho de Araújo – 10 %

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – 10 %

Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva - 10%