



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Raquel Fonseca Rodrigues

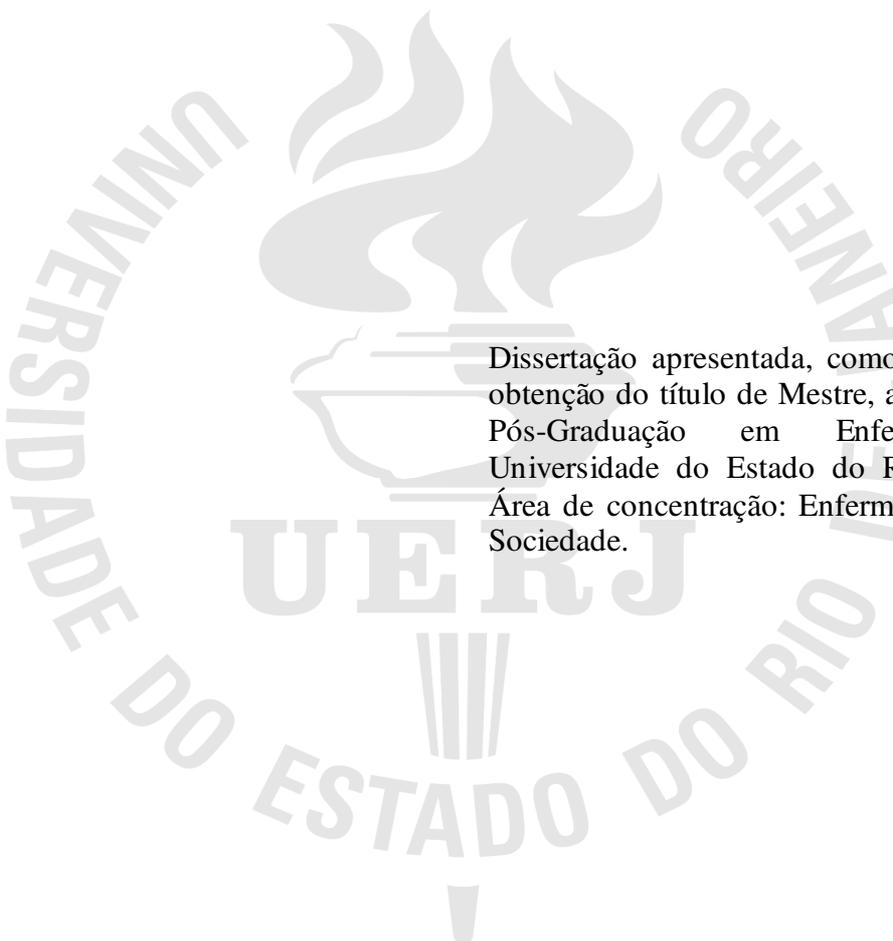
**Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que
vivenciaram violência sexual**

Rio de Janeiro

2010

Raquel Fonseca Rodrigues

**Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram
violência sexual**



Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R696 Rodrigues, Raquel Fonseca.
Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual / Raquel Fonseca Rodrigues - 2010.
98 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Vítimas de abuso sexual. 2. Violência contra a mulher. 3. Resiliência (Traço da personalidade). I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Raquel Fonseca Rodrigues

**Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram
violência sexual**

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 09 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Denise Assis Corrêa Sória
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

A jornada foi longa e com alguns obstáculos que não me deixaram desanimar. Agradeço a todas as pessoas que em minha vida fazem parte pela força e motivação. Contudo, quero aqui demonstrar gratidão a algumas pessoas que são fundamentais na minha vida e que sem elas muitos aprendizados não teriam sido possíveis.

Aos meus pais, pelo estímulo e apoio incondicional pela paciência e grande amizade com que sempre me ouviram e sensatez com que sempre me ajudaram. A orientação, ajuda e compreensão impulsionaram-me deveras para as lutas e conquistas. Por me oferecerem sempre um ambiente seguro, respeitoso e repleto de amor para eu crescer e tornar-me cada vez mais feliz.

Ao meu amado Bruno que, pelo inestimável apoio, preencheu as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias. Pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes meses, pelo incansável incentivo a concretização de mais essa etapa na minha vida profissional, mas, sobretudo, pelos momentos prazerosos que sempre me proporcionou.

Ao meu irmão Rafael que, mesmo não estando em alguns momentos ao meu lado, sempre foi meu incentivo para crescer na vida e assim ajudarmos um ao outro. Além de me proporcionar segurança por saber que posso contar com ele sempre que for preciso.

Ao meu enteado Bernardo que, com sua ingenuidade e felicidade de viver, alegrou muitos dos meus dias cansativos de estudo. Além de querer seu bem, quero ajudá-lo na construção da resiliência em sua vida.

Aos meus sogros José Augusto e Marlucci que, com amor, carinho e admiração sempre torcem pela minha vitória e se disponibilizam a me ajudar em todo momento.

À minha cunhada Patrícia e minha sobrinha Ana Carolina pela alegria que me traziam com seus sorrisos, pelas palavras de carinho e, principalmente à Carol pelas suas estripulias encantadoras.

À minha querida amiga e professora Lucia Helena Garcia Penna por compartilhar de sua sabedoria, pelo inestimável incentivo e pela crença em minha pessoa. Pela sua dedicação ao que faz e pelos gestos e palavras de conforto nas horas mais difíceis que passamos juntas.

Às amigas: Joana Iabrudi Carinhanha, Valéria Aliprandi Lucido, Simone Dias Sisnando, Renata Saiga Ornellas e Izabella Martingil, por estarem juntas desde a graduação dando-me força e incentivo, por sempre serem honestas, gentis e amigas de verdade, cada qual com sua particularidade.

Aos companheiros de trabalho do Instituto Fernandes Figueira, a toda equipe do Departamento de Ginecologia, em especial a equipe maravilhosa do Centro Cirúrgico Ginecológico, pela compreensão e apoio nas minhas ausências para a realização deste trabalho. Sobretudo pelo acolhimento que cada um, principalmente do centro cirúrgico, proporcionou-me e pelo aprendizado do verdadeiro trabalho em equipe. Sem vocês muitas etapas seriam difíceis de serem transpostas.

À equipe de profissionais do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, principalmente às enfermeiras Fátima Inês e Valéria e ao funcionário do arquivo João, pelo acolhimento e disponibilidade para colaborar na execução deste trabalho, facilitando a identificação das mulheres que contemplariam esse estudo assim como o fornecimento de informações do serviço que muito auxiliaram na estruturação do trabalho e da coleta de dados.

Aos professores Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens, Dr^a Denise Assis Côrrea Sória, Dr^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza e Dr^a Maria Aparecida Vasconcelos Moura pelo carinho e solicitude em dividir suas ricas experiências e sabedorias. Almejando sempre a melhoria da qualidade de vida das mulheres e da assistência prestada pelos profissionais de saúde da área da Enfermagem e o crescimento individual e profissional dos acadêmicos e profissionais que se tornam propagadores de seus conhecimentos.

Aos docentes e funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ que me acompanharam, auxiliaram e orientaram minha trajetória na pós-graduação com carinho, paciência e respeito.

Às mulheres desse estudo que acreditaram em mim e propuseram-se a dividir suas experiências a fim de ajudar outras mulheres que, como elas, passam ou passaram pela adversidade da violência contra a mulher.

E por último e não menos importante, à Deus que com sabedoria iluminou meu caminho, mesmo que em alguns momentos esses caminhos tenham sido repletos de obstáculos, e me guiou nas conquistas maravilhosas em minha vida.

RESUMO

RODRIGUES, Raquel Fonseca. *Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual*. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O objeto deste estudo foi o *processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual*. A violência sexual contra a mulher é um problema antigo no mundo, onde o Brasil dispõe de elevadas estatísticas. As justificativas para a violência contra a mulher constroem-se sob normas e preceitos sociais de gênero, os quais definem as diferenças nos papéis e responsabilidades dos homens e das mulheres na sociedade e na família. As consequências físicas e psicológicas para a mulher em situação de violência sexual são alarmantes, podendo ocasionar traumas por longo prazo ou até mesmo para a vida inteira, impedindo-a de retomar seus direitos humanos e de se reinserirem em suas famílias e na sociedade. Entretanto, após a vivência de uma violência algumas mulheres têm seus comportamentos transformados a fim de retomarem o curso de suas vidas. Tais comportamentos dizem respeito à postura resiliente diante à violência sexual vivida e à sua superação. Reconhecendo este comportamento como uma nova possibilidade de promoção da saúde dessas mulheres, traçou-se como objetivo geral do estudo compreender o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual. Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada através da coleta da história de vida com seis mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas em um hospital municipal do Rio de Janeiro (Brasil), referência no atendimento dessas mulheres. Os dados produzidos foram interpretados à luz da modalidade temática da análise de conteúdo de Bardin. Deste processo emergiram duas categorias: *A violência sexual vivida expressa nas atitudes do cotidiano: sentimentos e emoções* e *A resiliência de mulheres em situação de violência sexual*. Na primeira categoria identificaram-se as atitudes, sentimentos e emoções decorrentes da adversidade. Destacaram-se os sentimentos de medo, tristeza, culpa e perda como sendo as principais mudanças ocorridas com a violência. Na segunda categoria emergiram elementos existentes na vida das mulheres que vivenciaram violência sexual e que favoreceram no processo de construção da resiliência, sendo os aspectos individuais, familiares e sociais. A pesquisa considerou que a resiliência é elemento fundamental na promoção da saúde das mulheres que vivenciaram violência sexual assim como uma oportunidade de melhoria de sua qualidade de vida, uma vez que reduz os agravos decorrentes dessa violência e incorpora sentido de vida, serenidade, autoconfiança, autossuficiência e perseverança na vida da mulher. Contudo, a resiliência para ser desenvolvida precisa além dos aspectos individuais da mulher, uma rede de apoio familiar e social significativa e eficaz. A consulta de Enfermagem estabelecida nos princípios da humanização, integralidade e dialogicidade entre profissional e a mulher, seja nas Estratégias de Saúde da Família ou nos ambientes ambulatoriais e hospitalares, caracteriza-se como campo fértil na promoção e apoio a essa rede familiar e social. A enfermeira torna-se facilitadora na construção da resiliência em mulheres em situação de violência sexual, onde é preciso oferecer escuta sensível e sem preconceitos, incentivar a construção de sentido de vida, a recuperação da autoestima e autoconfiança e de sua reinserção social.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Violência contra a Mulher. Violência Sexual à Mulher. Resiliência.

ABSTRACT

The object of this study was the process of building resilience in women who experienced sexual violence. Sexual violence against women is an old problem in the world, where Brazil has the highest statistics. The justifications for violence against women are built in norms and social precepts of gender, which define the differences in roles and responsibilities of men and women in society and family. The physical and psychological consequences for women in situations of sexual violence are alarming and can cause injury by long-term or even for life, preventing her from resuming their human rights and his re-introduce the family and society. However, after the experience of violence some women have changed their behavior in order to resume the course of their lives. These behaviors relate to resilient stance on sexual violence experienced, which concerns the overcoming of adversity. Recognizing this behavior as a new opportunity to promote the health of these women, traced to the general objective of the study: understanding the process of building resilience in women who experienced sexual violence. Developed an exploratory qualitative approach, carried out by collecting life history with six women who experienced sexual violence treated at a municipal hospital in Rio de Janeiro (Brazil), a reference to meet these women. The data obtained were interpreted in the light of a thematic content analysis of Bardin. From this process emerged two categories: sexual violence experienced in the expressed attitudes of everyday life: feelings and emotions and the resilience of women in situations of sexual violence. In the first category identified the attitudes, feelings and emotions arising from adversity. The highlights were the feelings of fear, sadness, guilt and loss as the main changes to the violence. In the second category emerged existing elements in the lives of women who experienced sexual violence and who favored the process of building resilience, and individual aspects, and social allowances. The research found that resilience is a key element in promoting the health of women who experienced sexual violence as well as an opportunity to improve their quality of life, as it reduces the damages resulting from such violence and incorporates the sense of life, serenity, confidence, self-reliance and perseverance in the life of the woman. However, the resilience need to be developed than the individual aspects of the woman, a network of family and social support meaningful and effective. Consultation with nursing established on the principles of humanization, integrity and capacity for dialogue between professionals and women, whether in Strategies Family Health or hospital outpatient settings and is characterized as a fertile ground to promote and support the family and social network. The nurse becomes a facilitator in building the resilience of women in situations of sexual violence, where you need to provide sensitive listening and without bias, promoting the construction of meaning in life, recover their self-esteem and self-confidence and its re-insertion social.

Keywords: Women's Health. Violence against women. Sexual violence against women. Resilience.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	15
1.1	A mulher em situação de violência	15
1.2	A mulher em situação de violência sexual	20
1.3	A resiliência e a mulher em situação de violência sexual	25
1.3.1	<u>A promoção da resiliência pelos profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual</u>	29
2	PROPOSTA METODOLÓGICA	30
2.1	Caracterização do estudo	30
2.2	Cenário	30
2.3	Protagonistas Sociais	31
2.4	Técnica de coleta de dados	33
2.5	Análise dos dados	34
2.6	Responsabilidade Ética da pesquisa	36
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
3.1	Perfil das mulheres em situação de violência sexual atendidas no IMMFM/SMS/RJ	37
3.2	A violência sexual vivida expressa nas atitudes do cotidiano: sentimentos e emoções	41
3.3	A resiliência de mulheres em situação de violência sexual	51
3.3.1	<u>Aspectos Individuais</u>	52
3.3.2	<u>Aspectos Familiares – o apoio estrutural</u>	58
3.3.3	<u>Aspectos Sociais – a rede de apoio ampliada</u>	61
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A – Número de mulheres entrevistadas por afirmativa da Escala de Resiliência	84
	APÊNDICE B – Escore da Escala de Resiliência das mulheres entrevistadas	86

APÊNDICE C – Ficha de Identificação	87
APÊNDICE D – Roteiro para a coleta da História de Vida das mulheres entrevistadas	89
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	90
APÊNDICE F – Quadro demonstrativo das categorias	91
APÊNDICE G – Carta de solicitação do campo de pesquisa à direção do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM/SMS/RJ)	92
APÊNDICE H – Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ)	93
APÊNDICE I – Quadro demonstrativo do perfil das mulheres em situação de violência sexual atendidas no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM/SMS/RJ).....	94
ANEXO – Escala de Resiliência	96

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A presente pesquisa versa sobre a temática da resiliência em mulheres que vivenciaram violência. Tem como objeto o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual, valorizando o cuidado que ela recebeu em sua vida.

O interesse por este objeto surgiu no decorrer da formação e experiência profissional, aonde, desde a graduação em enfermagem venho realizando estudos na área da saúde da mulher. Embora os enfoques não fossem a violência, em muitos momentos da prática profissional como enfermeira obstétrica e docente na área da saúde e mulher, identifiquei situações de violência que as clientes relatavam ou apontavam estar vivenciando.

Ao trabalhar em setores como a maternidade e a enfermaria de ginecologia têm-se a oportunidade de cuidar de mulheres em diferentes etapas de vidas e em diversos momentos do seu atendimento (ambulatório, admissão, internação e no centro cirúrgico). Muitas delas, em algum momento apontam vivenciar violências, seja física, psicológica ou sexual. Entretanto, verifica-se que o cuidar dessas mulheres, geralmente, é centrado numa perspectiva biomédica, onde o foco do atendimento prima pela resolutividade do diagnóstico da patologia e seus efeitos, sendo pouco valorizadas as questões presentes no contexto social dessa mulher e que podem influenciar o processo saúde-doença como as próprias situações de violência.

Uma em cada três mulheres no mundo sofre algum tipo de violência ao longo de sua vida; entre 40 e 70% dos homicídios de mulheres são cometidos por seus próprios parceiros íntimos; entre as causas de doenças, a violência contra as mulheres está listada acima dos dados somados de acidentes de trânsito e malária¹.

Segundo dados fornecidos pela Ipas Brasil², a violência contra a mulher é um sério problema de saúde pública, assim como uma violação dos direitos humanos. A Organização Mundial de Saúde (OMS)³ destaca alguns pontos importantes no que diz respeito à violência contra a mulher, tais como: o fato das mulheres terem maior risco de vivenciarem violência realizada por um homem já conhecido; os maus tratos e o abuso sexual, geralmente, estão presentes nos casos de violência física e o ato violento contra a mulher supera os limites sociais, religiosos, étnicos e está presente em qualquer fase de sua vida.

As justificativas para a violência contra a mulher derivam frequentemente de normas e preceitos sociais de gênero, os quais definem os papéis e responsabilidades de homens e mulheres na sociedade e na família⁴. O homem considerando que a mulher que convive com

ele falhou no cumprimento de sua função, dos limites estabelecidos ou desafiou-o em seu papel, tem o direito, aceitável ou mascarado nas normatizações sociais, de reagir a tudo isso violentamente⁴.

No que diz respeito à violência sexual, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos⁵ definiu-a como ato que força uma pessoa a estabelecer contato físico, sexual ou verbal, ou fazer parte de outras relações sexuais utilizando-se de força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Revelando um complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos.

Dados levantados pelo Instituto Patrícia Galvão, na Costa Rica 67% das mulheres maiores de quinze anos já sofreram ao menos um incidente de violência física ou sexual em algum momento de sua vida. 33% das mulheres mexicanas com mais de quinze anos sofrem abuso e violência. No âmbito do Brasil estima-se que a cada quinze (15) segundos uma mulher é violentada no país⁶.

As circunstâncias geradoras e geradas pela violência acabam comprometendo a qualidade de vida e de saúde das mulheres. Normalmente essas mulheres estão mais propensas a desenvolverem depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, baixa autoestima, isolamento social, distúrbios do sono, dores abdominais recorrentes, lombalgias crônicas, cefaléias, contusões localizadas, tentativas e ideias de suicídios, uso abusivo do álcool e ou drogas, automutilação, problemas de alimentação, disfunções sexuais, problemas na saúde reprodutiva (transmissão de infecções sexualmente transmissíveis – ISTs/AIDS, gestações indesejáveis, precipitações de problemas ginecológicos entre outros). Ou seja, acabam apresentando sérios comprometimentos em sua saúde física e mental^{3, 7, 8, 9, 10}.

A violência contra a mulher não é um fenômeno novo, vem tomando maior visibilidade a partir das últimas décadas com a luta dos movimentos feministas pela igualdade de direito. A partir de sua inclusão na pauta do setor saúde, alguns estudos^{3, 7, 8, 9, 10} vêm apresentando relações existentes entre a sua ocorrência e a interferência na condição da saúde da mulher que a vivencia. E muitas têm sido as ações governamentais e não governamentais realizadas no sentido de prevenir a violência e propor formas de identificar e cuidar da mulher que a vivencia, visto que muitas delas passam a ter agravos sobre sua saúde.

Cabe ressaltar que é fato a gravidade sobre a vida da mulher de um ato de violência vivido em qualquer fase do seu ciclo vital. Entretanto, também é possível reconhecer que, de uma adversidade vivida, algumas mulheres têm seus comportamentos transformados e ou aprendidos como forma de retomar o curso normal de suas vidas^{3, 11}. Tais posturas são

consideradas por diversos autores como sendo atitudes resilientes diante da adversidade^{11, 12, 13, 14, 15}. Assim, existem mulheres que emergem da violência vivida fortalecidas e com crescimento pessoal e social, considerando assim estas mulheres resilientes.

A resiliência, segundo Grotberg¹⁶, “é uma capacidade universal que permite que uma pessoa, grupo ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades”. Corroborando esse conceito Walsh¹¹ refere que as qualidades resilientes possibilitam às pessoas “se curarem de feridas dolorosas, assumirem suas vidas e irem em frente para viver e amar plenamente”.

Tradicionalmente o trauma, os danos, os problemas, a carência e as limitações são focados, por estudiosos e pelos profissionais de saúde, em uma complexidade cada vez maior a fim de encontrarem causas e consequências previsíveis e maneiras para minimizar ou corrigir tais desvios ou adversidades. Na resiliência, ao contrário, enfoca-se e enfatiza-se “os recursos das pessoas e grupos sociais para irem em frente” as adversidades (violência, morte, doença terminal, relações interpessoais conturbadas entre outras)¹⁴. Envolve lutar eficientemente, experimentar sofrimento e coragem, enfrentar dificuldade interpessoal e internamente e superar as adversidades¹⁷.

Diante da possibilidade das mulheres que vivenciaram violência sexual enfrentarem tal adversidade e retomarem seu cotidiano, passamos a refletir sobre as perspectivas de cuidar que auxiliem a população feminina a melhor encarar tais adversidades e desenvolver condutas que colaborem com a melhoria de sua qualidade de vida, principalmente na reconquista de sua cidadania.

Nesta concepção de cuidado tem-se a profissional enfermeira*. Em sua graduação é estimulada a desenvolver uma visão crítica em relação à realidade sócio-político-econômica de seu país, visando uma participação efetiva e pró-ativa no âmbito da saúde a partir de uma prática profissional comprometida com os princípios éticos e legais¹⁸.

Outras diretrizes e ações que contribuem para o incentivo dessa assistência integradora e humanizada são as traçadas pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁸. As mesmas apontam para a importância de valorizar o contexto social que circunda as necessidades das mulheres no desenvolvimento de um cuidar, seja no período reprodutivo ou fora dele. No sentido de se proporcionar um cuidar a partir dos princípios da integralidade faz-se necessário ampliar os conhecimentos a respeito das questões subjetivas que permeiam a

* Optamos pelo uso do feminino ao referir “enfermeiras”, “profissionais enfermeiras” em decorrência de esse gênero constituir a realidade majoritária no universo da Enfermagem.

realidade social da população feminina, em particular de mulheres que vivenciam a violência sexual, e que possam interferir sobre o cotidiano das mesmas.

Calcado nessa realidade, o objetivo geral deste estudo está em compreender o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual. Compreender essas formas de superação e enfrentamento da violência vivida poderá favorecer no aperfeiçoamento da assistência às mulheres, principalmente as que vivenciaram este tipo de violência, estimulando nestas as condutas resilientes. Além disso, fornecerá informações para que os profissionais de saúde possam contribuir na formação de mulheres resilientes e na prestação de uma assistência mais eficiente para esse grupo que vivenciou a violência sexual. Os dados coletados poderão também ser incluídos nos acervos de pesquisas nessa área, os quais ainda são escassos se comparado ao número de mulheres que vivenciam a violência no mundo.

A presente pesquisa integra-se às discussões do grupo de estudo – Mulher, Violência e Saúde (MUVIS) do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem (NEPEN-MUSAS), vinculado ao programa de pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF-UERJ). Neste núcleo estuda-se a violência contra a mulher em suas diferentes formas, olhares, repercussões, condutas e enfrentamentos.

Questões Norteadoras

- As mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro são resilientes?
- Como se expressa a resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro?
- Quais são os fatores de risco para a vivência da violência sexual e os fatores de proteção presentes no cotidiano das mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro?

Objetivos Específicos

- Identificar os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro.

- Identificar o modo como se expressa a resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro.
- Discutir o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro.

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1 A mulher em situação de violência

*Me querem mãe e me querem fêmea,
me querem líder e me fazem submissa,
me fazem omissa e me cobram participação,
me impedem de ir e me cobram a busca,
me enclausuram nas prendas do lar e me cobram conscientização,
me tolfem os movimentos e me querem ágil,
me castram os desejos e me querem no cio,
me inibem o canto e me querem música,
me apertam o cinto e me cobram liberdade.
Me impõe modelos, gestos, atitudes e comportamentos.
E me querem única.
Me castram, podam, falam e decidem por mim.
E me querem plena...*

Hilma Renauro

Segundo Tavares e Pereira¹⁹, a violência é uma violação do direito de liberdade* e do direito de ser sujeito constituinte da própria história. De origem latina o vocábulo, oriundo da palavra *vis*, significa força, referindo-se a conflitos autoritários, lutas de poder, domínio, posse e aniquilamento do outro e de seus bens²¹.

A Organização Mundial de Saúde - OMS³, no Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde, acrescenta que a violência é resultado de ação recíproca e complexa de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Afirma que compreender a vinculação entre esses fatores é importante para alcançar a prevenção da violência e para tal, recorre-se ao modelo ecológico. Este modelo aprofunda a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto de muitos níveis de influência sobre o comportamento do indivíduo.

* A liberdade é a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir²⁰.

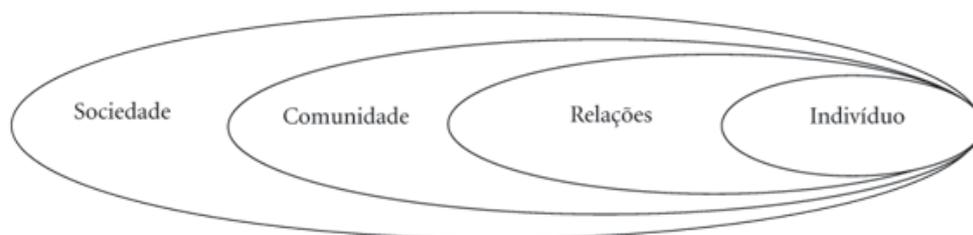


Figura – Modelo ecológico para compreender a violência

Fonte: Organização Mundial de Saúde. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

A OMS³ explica os diferentes níveis que compõem o modelo ecológico da violência. O primeiro nível é o individual. Corresponde às características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ser vítima ou propagadora de atos violentos. O nível relacional explica que o comportamento do indivíduo e suas experiências são configurados pelos companheiros, parentes e família. Em casos de convívios em ambientes violentos há uma maior probabilidade de construir indivíduo violento. O terceiro nível corresponde ao da comunidade, onde estudos mostram que determinadas comunidades favorecem a violência mais que outras, uma vez que é neste contexto que os relacionamentos sociais se concretizam. O quarto e último nível do modelo ecológico é o social. Neste nível incluem-se as políticas sanitárias, educativas, econômicas e sociais que podem ou não manter altos níveis de desigualdade econômica e ou social na sociedade, favorecendo ou não a banalização e a propagação da violência.

Ao aplicarmos esse modelo na população feminina, considerada uma das parcelas da sociedade que está mais sujeita a vivenciar a violência, encontramos nas mulheres um exemplo claro. As mulheres, desde a antiguidade, vivem em um contexto sócio-histórico-cultural de subjugação e dominação masculina característico da sociedade patriarcal, onde a mulher tem seus direitos cerceados.

Desde a Idade Média na Europa, América do Norte e América Latina a mulher vivencia violência, sendo esta diretamente ligada à questão de gênero. Porém, nesta época os maus-tratos às mulheres eram aceitáveis como forma de corrigi-las de seus erros. No Brasil, no período Colonial, as agressões físicas e psicológicas realizadas contra as mulheres eram ordenações do reinado e permitia que os maridos punissem suas esposas com o uso da chibata²².

Nos séculos XVI e XVII, em diversos países europeus, o reinado paterno e marital predominou, o qual permitia ao homem julgar e punir livremente sua família. Desse modo, a

mulher ocupava uma posição submissa em relação ao homem, sendo estereotipada como fraca, passiva e destituída de poder na área pública. Recebia ensinamentos para o casamento, que incluía cuidar da casa, criar os filhos e tolerar as relações extraconjugais e ou os atos violentos do homem²³.

Contudo, durante o Império, as mulheres deram força às suas lutas para ampliação de seus papéis na sociedade brasileira. Nesse momento, conseguiram-se avanços na luta por direitos nos campos do trabalho, educação e política. Áreas estas ocupadas até o momento pelos homens²⁴.

A partir do início do século XX, as mulheres conseguiram inserir-se no mercado de trabalho, porém o capitalismo, regime governamental da época, manteve em sua estrutura os modelos de homens racionais, fortes, egoístas e autoritários e de mulheres puras, sensíveis, emotivas, fiéis e honestas. Instituiu, com isso, táticas dominadoras que conceberam a ambos os sexos funções específicas e subjugação mútua com predominância masculina²⁵.

Entretanto, a partir da década de 50 as mulheres passaram a questionar as estruturas sociais capitalistas, ou seja, as teorias universais, a discriminação, a segregação e o silenciamento²⁶.

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho muitas mudanças se efetivaram em relação ao seu papel social e nos princípios do modelo familiar. No entanto, segundo Paoli²⁷ e Izumino²⁸, vale ressaltar que a inserção da mulher na esfera de produção não se deu pelo reconhecimento da sociedade da igualdade dos sexos. Esta inserção foi facilitada pela crise econômica que atingia a população nessa época. Logo, o trabalho feminino foi seguido por uma marca de inferioridade que lhe foi imputada e que está presente até hoje^{27, 28}.

Percebe-se então que, como referido no resgate histórico do papel da mulher perante a sociedade, muitas conquistas foram alcançadas, porém a questão de gênero presente na esfera pública e privada não mudou.

Gênero é uma construção sociocultural desigual entre mulheres e homens, onde estes desempenham papéis sociais diferenciados estruturados historicamente, criando extremos de dominação e submissão^{29, 30}. E nesse contexto, desde os tempos mais remotos, as mulheres têm vivido sob uma realidade de dominação e subalternidade.

Diante desse processo histórico-social do papel da mulher na sociedade, a violência contra a mulher, segundo muitos estudiosos^{15, 31, 32}, é entendida como uma violência de gênero, estruturada por um 'padrão de relações sexuais hierárquicos', onde as mulheres, pelo fato de serem mulheres, vivenciam violência.

Com a visibilidade dos elevados número de mulheres em situação de violência cometidos pelos homens não só em âmbito privado, mas também no âmbito público, a sociedade brasileira foi obrigada a denunciá-la e lutar por punições aos seus agressores. Consequentemente, a partir da década de 80 os movimentos feministas conseguiram, junto ao Estado, criar instituições específicas no combate, na prevenção e no tratamento dos agravos à mulher em situação de violência. Com isso, formaram-se as Comissões de Defesa dos Direitos da Mulher e em 1983 o Conselho Estadual da Condição Feminina, onde foram priorizadas as seguintes questões para a mulher: trabalho, educação, saúde e combate à violência²⁷. Já em 1985 criou-se a primeira Delegacia de Defesa da Mulher com o intuito de coibir a violência contra a mesma. Essas Delegacias, assim como os Conselhos, disseminaram-se pelo Brasil nos níveis municipais, estaduais e federais^{33, 34}. Vários órgãos a partir daí foram criados para apoio jurídico e de proteção, como as Casas de Abrigo. E em 1990 ações de grupos feministas conseguiram influenciar as decisões jurídicas brasileiras no que diz respeito aos casos de abuso físico.

Em 1994 a Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) adotou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e o Brasil ratificou tal Convenção em novembro de 1995³⁵. Essa Convenção, além de muitos papéis, representou um importante marco no que diz respeito ao esforço dos movimentos feministas em oferecer uma visibilidade à existência de mulheres em situação de violência e ordenar dos Estados-membros da OEA sua erradicação e prevenção.

Nos tempos atuais o governo tem investido em diversas políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher. Dentre elas, destacamos as notificações compulsórias no setor saúde que se tornaram obrigatórias para os casos de mulheres em situação de violência. Estas estão decretadas na Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003³⁶, que ordena a notificação compulsória dos casos de violência à mulher atendidos em serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Isto significa que a violência contra a mulher deve ser tratada como um problema de saúde pública que causa epidemia ou endemia.

Tivemos também em 07 de agosto de 2006 a alteração do Código Penal Brasileiro em relação à pena aos agressores de mulheres. O Brasil triplicou a pena para agressões domésticas contra mulheres e aumentou os mecanismos de proteção das vítimas. A Lei de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – “Lei Maria da Penha”³⁷ permite que agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada. Também acaba

com as penas pecuniárias, aquelas em que o réu é condenado a pagar cestas básicas ou multas. A pena máxima passa de um (1) ano de detenção para três (3).

Acrescido a isso, nos últimos trinta (30) anos vem ocorrendo um aumento na participação feminina na vida pública e no orçamento familiar. Além disso, a atividade sexual das mulheres vem sofrendo modificações, as quais esta não está mais associada à reprodução e ao casamento. Essas mudanças têm tido uma aceitação gradativa da sociedade. Porém, essa divisão do trabalho e da vida sexual não é homogênea entre todas as mulheres³⁸. Em muitas sociedades brasileiras o machismo ainda mantém-se arraigado em sua estrutura social, sustentando, com isso, um sistema de ideias que perpetua ser bom e normal que o homem controle não só o mercado, o governo e as atividades públicas como também sua esposa²³.

A concretização dessa contínua realidade autoritária se dá com os dados alarmantes divulgados pelas pesquisas especializadas em violência, principalmente violência à mulher. Segundo Cabral³⁹, em 1997 no Rio de Janeiro foram registrados 5098 casos de violência doméstica contra a mulher por mês, correspondendo a sete mulheres por hora sendo agredidas. No caso de países da América Latina e Caribe, estudos apontam que 25 a 50% das mulheres são alvos de violência doméstica, 33% delas sofrem abuso sexual entre dezesseis e quarenta e nove anos de idade e que pelo menos 45% das mulheres desses países sofrem ameaças, insultos e destruições de bens pessoais²³. Outro dado apontado por Carreira e Pandjarian⁴⁰ é que no Brasil estima-se que 70% das mulheres agredidas vivenciaram a violência dentro de casa e foram praticadas pelo marido ou parceiro íntimo.

Segundo Almeida⁴¹, a violência é extremamente prejudicial à saúde da mulher. Reafirmando essa citação, Penna⁴² assegura que a violência contra a mulher, seja ela qual for, é complexa e detentora de determinantes sociais e culturais que “podem significar agravo à saúde e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de existência”.

Dentro desses casos registrados, as denúncias mais frequentes de violência contra a mulher no domicílio são as agressões físicas, psicológicas e sexuais⁴³. Ao se tratar da violência sexual, dados divulgados pela Ipas Brasil⁴⁴ estimam que este tipo de violência acometa doze (12) milhões de pessoas em todo o mundo. Somando a isso, Drezett⁴⁵ informa que a cada 6,4 minutos nos EUA ocorre uma agressão sexual e que uma em cada quatro (4) mulheres experimentou, durante a sua infância ou adolescência, relação sexual não consentida.

1.2 A mulher em situação de violência sexual

*Olho-te deitado no chão, dormindo
na lassidão abandonado, nos braços de Morfeu.
Nos roncos ressoando no quarto
decifro a mensagem da singularidade masculina,
machista, dono de todas as verdades,
todas as vontades, todos os desejos.
E eu me sinto um trapo, um nojo
na múltipla dubiedade de papéis:
ora escrava, ora senhora, ora súdita, ora majestade,
ora serva, ora rainha, ora discípula, ora mestra.
Mas, em todas as faces, todas entidades,
na essência de cada potestade a alma de eu mulher:
dócil, explosiva, maternal, eu sentimento, eu razão, passiva,
frágil, impulsiva, inconstante, destemida, protetora, intuitiva,
eu cabeça, coração, vida, eu mulher!
Desce do pedestal - sê homem,
me vejas mulher!
Eu mulher!*

Ione Jaeger

A violência sexual é definida pela OMS³ como todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejadas ou ações para comercializar ou utilizar de qualquer outra forma a sexualidade de uma pessoa, independentemente da sua relação com o agressor. E pode ocorrer em qualquer lugar, inclusive seu lar ou ambiente de trabalho.

Por muito tempo a violência contra a mulher foi consentida na sociedade patriarcal, onde designava ao homem o papel ativo na relação social e sexual e à mulher o papel sexual passivo e restrito a reprodução³⁸.

Nas últimas décadas a atividade sexual da mulher na sociedade vem sofrendo modificações. Esta não tem sido tão vinculada à reprodução e ao casamento. Todavia, essa modificação da atividade sexual, assim como a participação da mulher na esfera pública, não ocorre de maneira igualitária em todas as parcelas da sociedade. Primeiramente, porque ainda grandes diferenças nas propostas de relações sexuais sociais entre homens e mulheres são mantidas. Enquanto estas, mesmo exercendo uma atividade sexual fora do casamento, almejam uma relação de afeto e compromisso, os homens ainda têm as mulheres como

objetos nas relações as quais se desejam adquirir e exibir⁴⁶. Além disso, em muitas sociedades o papel autoritário do homem na relação com a mulher, principalmente na relação sexual, ainda está presente. Sobretudo as mulheres que se encontram casadas. Estas não têm, em alguns países, a violência sexual conjugal reconhecida pela sociedade e pelas leis jurídicas. Estes não aceitam que as mulheres se neguem a ter relação sexual com seus maridos, a não ser em alguns casos após o parto e durante a menstruação, ocasionando assim uma realidade violenta com a mulher casada⁴⁷.

Segundo Jacobs⁴⁸, a Organização das Nações Unidas - ONU divulgou no Fórum Mundial Urbano o relatório “O Estado das Cidades do Mundo: 2004-2005”. Neste informou que as mulheres latinas, particularmente as do Brasil e da Argentina, estão entre as mais propensas em vivenciar crimes sexuais no mundo. Dados também apresentados neste relatório dizem que as taxas de violência sexual entre as mulheres latinoamericanas estão em torno de 5%, enquanto que nos países africanos esta taxa se apresenta entre 2,4% e na Ásia é de 1,6%. Demonstrando que nos países latinoamericanos a taxa de violência sexual contra as mulheres está duas vezes maior que na África e quase cinco vezes maior que na Ásia.

Assim, como o relatório critica a legislação brasileira no que diz respeito à violência doméstica, Vilela e Gera⁴⁹ e Teles e Melo³⁰ afirmam que a violência sexual contra a mulher no Brasil, mesmo sendo muito frequente no lar, não é legalmente reconhecida. O Código Penal Brasileiro⁵⁰ não a assinala como estupro nem como crime, uma vez que é cometida no seio do casamento. Saffioti⁵¹ acrescenta ainda que a violência sexual contra a mulher só é considerada como ato violento quando praticada por uma pessoa desconhecida à mulher.

Além disso, a violência sexual tem também embutida no seu feito, além do motivo de expressão de poder e domínio do agressor para com a vítima, a utilização daquela como arma de guerra. Passa a simbolizar uma forma de ataque ao inimigo, conquistando e degradando as mulheres e os combatentes capturados. É usada também como forma de castigar as mulheres por terem transgredido as normas sociais e morais, e, ainda, é praticada nos presídios como forma de demonstração de poder e respeito ao agressor e castigo ao crime cometido. Mas todas essas formas do uso da violência sexual, quando cometida contra a mulher, está, normalmente, vinculada a questão de gênero, ou seja, de dominação do sexo masculino em relação ao sexo feminino³.

Ainda conforme o Código Penal Brasileiro⁵⁰ em vigência, a violência sexual é considerada uma violação pesada em três situações: no estupro, no atentado violento ao pudor (AVP) e no assédio sexual. No caso de estupro, o Código Penal o define como ato de coagir uma mulher à conjunção carnal (ou sexo vaginal) com o uso da violência ou grave ameaça a

esta, ou seja, a prática sexual realizada contra a mulher sem seu consentimento. O AVP é definido como ato de constranger, com o uso da violência ou ameaça do uso desta, a praticar ou permitir que com a mulher se pratique ato libidinoso diverso do sexo vaginal (carícias íntimas, masturbação, sexo oral, sexo anal entre outros). Já o assédio sexual é definido por este Código como forçar ou impor uma mulher a exercer um ato sexual (beijar o agressor, despir-se ou praticar o ato sexual em si com o agressor) a partir de sua posição hierárquica. Ou seja, obter vantagens ou favorecimento sexual devido sua condição superior ao da mulher ou oferecer em troca ascensão ou manutenção no emprego, cargo ou função desempenhada pela mulher.

A mulher, independente do tipo de violência sexual vivida, apresenta consequências em sua saúde reprodutiva, mental e ao seu bem-estar social. Na saúde reprodutiva essas mulheres têm um risco maior de hemorragias ou infecções vaginais, diminuição do desejo sexual, irritação da genitália, dispareunia, dor pélvica crônica, infecções das vias urinárias e, principalmente, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV³. Além dessas possíveis consequências da violência sexual vivida pela mulher, encontra-se a gravidez indesejada. Muitas mulheres que engravidam após um ato de violência sexual, sentem-se violentadas pela segunda vez, uma vez que essa gestação é fruto de uma agressão. Dados apresentados por Holmes, Resnick, Kilpatrick e Best⁵² mostram uma realidade parcial da gestação indesejada após violência sexual: 32000 mulheres mexicanas engravidam após um ato de violência sexual todos os anos. No Brasil, a ocorrência de gravidez após estupro pode ser interrompida, pois esta é amparada pelo Artigo 128 do Código Penal Brasileiro⁵⁰. Este dispõe que em casos de gestação decorrente de estupro, a interrupção da gravidez é recomendada até a vigésima semana pelos serviços de saúde. Acima dessa idade gestacional, a mulher deve ser encaminhada para acompanhamento psicológico, pré-natal e métodos de adoção caso a mulher assim desejar^{50,53}.

No âmbito da saúde mental as mulheres que vivenciaram violência sexual apresentam maior probabilidade de desenvolver depressão, ansiedade, medo, transtorno pós-traumático, dificuldade para dormir, doenças somáticas, consumo de álcool e/ou drogas, sentimentos de culpa, autodepreciação, dificuldades de relacionamento e condutas agressivas. Além disso, essas mulheres têm maior probabilidade de suicidar-se ou de praticar atos intencionais de suicídio³.

A respeito do bem-estar social a mulher após a violência sexual só terá isso proporcionado se a visão sócio-político-cultural do papel sexual do homem e da mulher favorecer punição digna ao agressor e oferecer mais poder às mulheres através da prevenção e

redução de sua exclusão social^{3, 48}. Caso contrário, numa sociedade de valorização do patriarcalismo, as famílias, a população e, principalmente, as mulheres tendem a adotar posturas de reconhecida subordinação⁵⁴. Infelizmente, os países da América Latina ainda continuam mergulhados no atraso, na estupidez, no analfabetismo e em hábitos e costumes antiquados que impedem o avanço cultural dos povos e tornam as mulheres o setor populacional mais discriminado²³.

Outra questão importante a respeito da violência sexual contra mulher é o número reduzido de registro de ocorrência. Acredita-se que a maioria das mulheres que experimentaram a violência sexual não registre queixa por constrangimento, por medo de humilhação, receio de não ser compreendida ou ter dúbia interpretação do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades⁴⁵. Isso é comprovado quando Saffioti⁵⁵ e Faúndes et al⁵⁶ mencionam que no Brasil os dados quantitativos e qualitativos a respeito desse tipo de violência contra a mulher é escasso. O baixo número de denúncias reflete, também, um fenômeno de silenciamento da vítima, cujos direitos foram diminuídos pelo agressor através de suas ameaças, violências físicas e seduções²³.

Os poucos dados revelados sobre a violência sexual no Brasil mostram que no período de 1996 e 1997, no Distrito Federal, foram registrados sessenta (60) casos por mês. Destes, a maioria era estupro, seguida de AVP e tentativa de estupro. Ainda referente a esses dados, 57,7% dos estupros registrados foram praticados por desconhecidos e 42,3% por pessoas conhecidas⁵⁷. Segundo Brasil⁵⁸, o total de ocorrências de estupro registrado pelas Polícias Civis no Brasil no ano de 2003 foi 14298, proporcionando uma taxa de 15,9% (por cem mil mulheres), estando 31% dos casos nas capitais do país. Desse total de registros realizados em todo o Brasil, 20,89% ocorreu na Região Norte, 10,91% na Região Nordeste, 15,84% na Região Sudeste, 19,61% na Região Sul e 23,20% na Região Centro-Oeste. Embora os dados apresentados não retratem fielmente a realidade do estupro no Brasil devido à falta de denúncia por parte de muitas mulheres, essa estatística mostra que os números maiores de registros são nas regiões onde o nível instrucional e a dependência da mulher com o homem é ainda significativa. Além de tratar-se de regiões onde o papel machista do homem é muito valorizado e exigido pela sociedade.

No que diz respeito ao AVP, Brasil⁵⁸ apresenta os seguintes dados: em 2003 ocorreram 10093 registros, destes 30,77% ocorreram nas capitais do país. Do total de registros de AVP, 7,3% foi realizado na Região Norte, 3,8% na Região Nordeste, 4,3% na Região Sudeste, 9,9% na Região Sul e 11% na Região Centro-Oeste. Porém esses dados divulgados incluem o AVP cometido contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e

idosos, dificultando com isso retratar uma realidade parcial da situação da mulher no que diz respeito a esse tipo de violência sexual.

Embora estudos recentes demonstrem que o número de ocorrências registradas venha crescendo a cada ano, sugerindo com isso uma tolerância menor das mulheres em relação à violência, principalmente a sexual, esses dados ainda estão aquém da realidade^{59, 60}. Diante disso, Santos⁵⁹ refere que as mulheres em situação de violência procuram as unidades de saúde para tratarem dos sinais e sintomas das agressões e que somente 2% procuram as delegacias especializadas no atendimento à mulher.

Com isso, vê-se a necessidade dos profissionais de saúde estarem mais qualificados e sensibilizados para identificar situações de violência, inclusive a violência sexual. Uma vez que esses agravos podem estar mascarados em queixas de doença sexual, infecções transmitidas sexualmente repetidamente, dor crônica, frequente dor de cabeça ou sintomas como depressão^{7,23}.

Segundo Deslandes, Gomes e Silva⁶¹, ainda há nos serviços de saúde uma invisibilidade com a violência contra a mulher, seja física, psicológica ou sexual, e certa surdez em atender as solicitações dessas mulheres agredidas. Muitos autores^{39, 62, 63} sugerem que, para prevenir, promover e tratar à mulher em situação de violência sexual, assim como os outros tipos de violência, as unidades de saúde devam se articular com outras instituições, uma vez que a violência não se restringe aos transtornos anatomopatológicos.

Desta forma, para que as unidades de saúde incorporem a violência contra a mulher como questão de saúde pública, é preciso que todos os envolvidos enfrentem o desafio de recriar a linguagem da saúde, redimensionando o espaço da doença e das pessoas, reconhecendo que cada mulher que vivenciou a violência tem a sua história, inserida em contextos sócio-culturais-econômicos diferentes⁶⁴. Porém, estas mulheres possuem o mesmo direito de aprender a valorizar a sua própria vida, sem medo de denunciar ou acabar com o relacionamento (no caso da violência conjugal), resultando em mudanças nos padrões culturais vigentes⁶⁵.

Segundo Brasil⁶⁶, o grande desafio é colocar em prática ações que promovam o empoderamento feminino, fazendo com que as mulheres em situação de violência sejam capazes de valorizar sua própria vida e consigam interferir nos padrões machistas da sociedade.

Articulando com a questão da construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual, é preciso estimular essas mulheres, no âmbito social, familiar e nas instituições de saúde, a reconhecerem a violência vivida, compreendê-la, vencê-la e saírem

fortalecidas ou transformadas a partir dessa adversidade¹⁴. A enfermeira neste contexto desenvolve o papel de facilitadora nessa construção da resiliência através de sua capacidade em produzir conhecimentos relevantes, adequar-se as necessidades sociais, prestar assistência de qualidade, integral e humanizada às mulheres em situação de violência sexual. Garante a essas mulheres seus direitos de cidadã, ou seja, o direito à saúde integral.

1.3 A resiliência e a mulher em situação de violência sexual

*A vida não é um corredor reto e tranqüilo
que nós percorremos livres e sem empecilhos,
mas um labirinto de passagens,
pelas quais nós devemos procurar nosso caminho,
perdidos e confusos, de vez em quando presos em um beco sem saída.
Porém, se tivermos fé, uma porta sempre será aberta para nós,
Nós mesmos nunca pensamos,
Mas aquela que definitivamente se revelará boa para nós.*

Archibald Joseph Cronin

Tradicionalmente as pesquisas sobre violência contra a mulher enfatizam as patologias físicas ou mentais decorrentes da violência e os fatores de risco que expõem a mulher a vivenciar tal adversidade. Entretanto, nos últimos tempos, outras questões têm sido consideradas importantes para a promoção e prevenção da violência contra a mulher³. Assim, a atenção outrora dada às patologias tem-se deslocado para concepções positivas na superação das mulheres da adversidade vivida. Nesse sentido, a resiliência tem se mostrado como um fator importante na promoção da saúde das mulheres em situação de violência e na sua reinserção social e familiar^{13, 15}.

O termo resiliência tem sua origem na física e refere-se à propriedade que um corpo deformado tem de retomar a forma anterior após cessar a tensão causadora da deformação⁶⁷. Porém, no que diz respeito ao ser humano, a resiliência não significa o retorno ao estado anterior e sim a superação de uma adversidade e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida⁶⁸.

O estudo da resiliência pela Ciência Humana e da Saúde é relativamente recente, sendo pesquisada há pouco mais de vinte (20) anos¹⁵. Os primeiros estudos preocupavam-se

em compreender o desenvolvimento humano, especificamente de crianças e adolescentes, diante de situações adversas e suas estratégias de enfrentamento^{15, 69}. O estudo da resiliência tem maiores discussões no Reino Unido e nos EUA, porém vem crescendo nos países em desenvolvimento como América Latina e Brasil. Nestes últimos, as primeiras pesquisas datam de 1995 e para esses pesquisadores a resiliência é comunitária e pode ser obtida através do apoio social⁷⁰. Contudo, a maioria dos estudos concentra-se na área da saúde mental e da Psicologia, mais especificamente na área da Saúde da Criança e do Adolescente.

Realizando um levantamento com a palavra-chave “resiliencia” nas produções publicadas *online* na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente nas bases de dados: Lilacs, Medline, BDENF, Scielo, Adolec, PAHO e Repidisca, encontramos cento e setenta e cinco (175) produções científicas latinoamericanas e brasileiras (artigos, dissertações, teses, manuais e guias). Destas, quarenta e cinco (45) caracterizavam-se por serem trabalhos científicos de outras áreas distintas da saúde (educação física, geografia, engenharia química e física). E destacaram-se cento e trinta (130) produções na área da saúde, onde somente cinco (05) produções trabalhavam a resiliência em mulheres que vivenciaram violência^{31, 70, 71, 72, 73}. Nestas produções, todas artigos, a resiliência foi trabalhada sob diferentes aspectos: aprofundada e esclarecida a partir de suas bases conceituais; identificada como importante fator para a promoção da saúde das mulheres que vivenciaram violência; subentendida em atividades específicas como forma de empoderamento da mulher que consegue superar e atravessar a violência; e comparada à espiritualidade no que diz respeito a ser considerada fator de proteção no enfrentamento da violência.

A literatura é inequívoca em afirmar que a resiliência foi introduzida na Psicologia como uma característica inata do indivíduo e que quando considerado resiliente denominava-se como pessoa invulnerável, ou seja, imune a qualquer tipo de adversidade⁷⁴.

A invulnerabilidade era entendida como resistência absoluta ao estresse e constituía característica imutável de um indivíduo. Entretanto, esse conceito contribuiu para um entendimento dos sobreviventes de adversidades como pessoas infelizes e insensíveis¹¹. Assim sendo, a invulnerabilidade não condiz com as condições humanas, uma vez que ao atravessar uma adversidade a pessoa não consegue sair ilesa dela⁷⁵. “Uma pessoa resiliente se abate e sofre com as dificuldades; porém, de forma distinta a outra muito vulnerável, consegue ‘dar volta por cima’ com mais facilidade e presteza”⁷⁶.

A resiliência embora possua diferentes compreensões em relação ao seu processo de construção, os estudiosos apresentam um consenso em sua definição no que diz respeito à

capacidade de uma pessoa enfrentar, superar e transformar-se por experiências de adversidade^{14, 68}.

As situações de adversidade não são estáticas, mudam e requerem mudanças no processo de resiliência. Essa noção de processo descarta a ideia de resiliência como uma característica pessoal e incorpora a concepção de que a adaptação positiva não é uma tarefa apenas da pessoa que se encontra na adversidade, mas também da família e da sociedade que devem fornecer recursos para que ela possa desenvolver-se mais plenamente¹⁴.

A resiliência está diretamente relacionada ao vínculo estabelecido com outra pessoa e à capacidade de dar sentido a uma experiência sem significado inicialmente⁶⁸. Uma pessoa consegue ser resiliente a uma adversidade porque além de valores individuais, a sociedade, a família e os núcleos de convívio também lhe oferecem valores. Através de uma relação marcada por um forte vínculo de confiança, por uma escuta não estigmatizadora e por uma atividade de crer na capacidade dela superar as adversidades, é possível ajudar essa pessoa na elaboração e reorganização da adversidade vivida⁶⁸. As redes familiares e sociais proporcionam informações, serviços, apoio, companhia além de oferecer segurança e solidariedade, estimulando com isso o amor próprio e autoconfiança.

Na rede de apoio ampliada temos os serviços de saúde que se caracterizam como um importante espaço para a construção da resiliência, uma vez que esses serviços são os mais procurados pelas mulheres em situação de violência. Diversos estudos^{77, 78, 79} afirmam que os profissionais de saúde, em especial, as enfermeiras, quando sensibilizadas e capacitadas são agentes fundamentais na interrupção do ciclo de violência.

O estudo da resiliência requer também um entendimento dinâmico e interligado dos fatores de risco e de proteção, tanto pela mulher como pela suas redes de apoio. Por fator de risco subentende-se por eventos negativos da vida que, dentro de um determinado contexto aumentam a probabilidade da pessoa desenvolver alterações físicas, psicológicas e sociais¹³. Reportando-se para o estudo, mais especificamente sobre a violência sexual, os fatores de risco que influenciam as possibilidades das mulheres vivenciarem tal adversidade são: ser jovem, consumir álcool ou droga, já ter vivenciado violência sexual, ter muitos parceiros sexuais e ser profissional do sexo^{3, 80}.

Já sobre os fatores de proteção, Pesce, Assis, Santos e Oliveira⁸¹ afirmam que estes são elementos que minimizam a probabilidade de um resultado negativo acontecer e, conseqüentemente, o risco terá sua incidência e gravidade diminuídas. Estudos^{82, 83, 84, 85} descrevem três tipos de fatores de proteção: individuais (autoestima positiva, autocontrole,

autonomia, temperamento afetuoso e flexível); familiares (coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio); e sociais (amizades sólidas, pessoas significativas na vida).

Diante dos fatores que podem causar desequilíbrio ao indivíduo, os mecanismos de proteção, individuais, sociais e familiares, são elementos importantes para o restabelecimento do equilíbrio e demonstração de capacidade de superação à adversidade. Com isso, a resiliência é entendida como o “produto final da combinação e acúmulo dos fatores de proteção”⁸⁶.

As ações de enfrentamento da adversidade utilizadas pelas pessoas são denominadas *coping* e diz respeito às estratégias cognitivas e comportamentais que o indivíduo utiliza nas adversidades cotidianas ou inesperadas a fim de vencê-las, minimizá-las ou tolerá-las⁷⁶. O fato de um indivíduo ser mais resiliente diante a uma adversidade do que de outra não significa que utilizou menos estratégias de *coping*. Essas estratégias requerem da pessoa uma capacidade de avaliação sobre a adversidade e o entendimento das consequências desta para sua vida.

Em pesquisas que utilizam a resiliência como objeto de estudo, um dos instrumentos que podem ser utilizados para identificar os sujeitos resilientes é a Escala de Resiliência (ANEXO A) desenvolvida por Wagnild e Young⁸⁷. Esse instrumento de pesquisa tem sido usado por mais de quinze (15) anos por milhares de pesquisadores de todo o mundo.

A escala foi desenvolvida através de um estudo com vinte e quatro (24) enfermeiras americanas que atuavam em centros cirúrgicos⁸⁷. Os autores consideravam que o centro cirúrgico era um ambiente de grande estresse, exigindo que essas profissionais de saúde desenvolvessem atitudes resilientes para enfrentarem as adversidades do dia a dia desse cenário⁸⁸. As enfermeiras foram solicitadas a descreverem como se organizavam diante de situações negativas. Das narrativas foram destacados cinco fatores que os autores consideraram importantes para a construção da resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência.

A referida escala foi validada culturalmente no Brasil, mediante revisão bibliográfica do tema⁸¹. Nesta concluiu-se que a escala de resiliência possui validade de conteúdo para utilização na população brasileira já que reflete através de seus vinte e cinco (25) itens a aceitação geral das definições de resiliência.

1.3.1 A promoção da resiliência pelos profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual

Ancorados nas noções de violência como fenômeno complexo e de resiliência como capacidade de superar a adversidade e produto dos fatores de proteção, os profissionais de saúde tornam-se peças-chaves nesse processo. Junqueira⁶⁸ afirma que dependendo do tipo de atenção que recebeu, a mulher poderá traçar um caminho que a leva a imobilidade, estigmatização e valorização do ciclo de violência; ou a um caminho que procura promover sua resiliência com o propósito de impulsioná-la na direção da criatividade e da transformação da experiência vivida.

É importante que o profissional da área da saúde, em particular a enfermeira, ofereça uma escuta sensível e uma orientação que ajude a mulher a valorizar seu corpo, a ter consciência que ele lhe pertence e que ninguém tem o direito de violar seu “território corporal”⁶⁸. Somado a isso, a enfermeira deve promover o potencial dessa mulher para a construção e o fortalecimento em ser resiliente em sua vida. Para a promoção da resiliência é preciso promover e auxiliar essas mulheres a identificarem as redes de apoio e suas estratégias de exteriorização da força intrapsíquica e adquirirem habilidades interpessoais para a resolução de conflitos e enfrentamento da adversidade¹¹.

Cyrulnik⁸⁹ corrobora ao relatar que as marcas da adversidade vão ficar presentes em suas lembranças, em seus sentimentos. A história vivida fica em sua memória, mas a pessoa é capaz de se recuperar. Porém, isso só é possível se encontrar um suporte que a ajude a prosseguir e a delinear uma trajetória de vida positiva. “Resiliência é uma dança bem sucedida na música da vida. Não uma dança com bailarinos solitários: ela pede parcerias, empatia, encontros. Ela fala de amor”⁹⁰.

Para que seja possível a enfermeira oferecer suporte significativo à mulher que vivenciou a violência sexual, é importante que ela compreenda o processo de construção da resiliência dessas mulheres. Para isso é preciso conhecer as características protetoras (individuais, familiares e sociais) que elas desenvolveram e que modificaram seu percurso pessoal de vida.

2 PROPOSTA METODOLÓGICA

2.1 Caracterização do estudo

O método qualitativo de pesquisa apresentou-se como estratégia ideal para atender os objetivos deste estudo, que, de modo geral, consistiu em compreender o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual. A escolha deu-se porque a pesquisa qualitativa apresenta-se como o método capaz de alcançar o aspecto subjetivo do ser humano, pois, segundo Minayo⁹¹, “ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado(...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes(...)”.

Esse estudo foi do tipo exploratório, uma vez que, como traçado como objetivo da pesquisa, buscamos uma compreensão da natureza geral do problema/situação. Além disso, a proposta foi não só descrever, mas também desvendar as várias maneiras pelas quais as mulheres que vivenciaram a violência sexual construíram o processo de resiliência assim como os processos adjacentes relacionados a esse processo⁹². A pesquisa exploratória permite um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade. Assim, o alvo é atingido mais eficientemente, com mais consciência. A pesquisa exploratória corresponde a uma visualização da realidade particular do indivíduo⁹³.

2.2 Cenário

Inicialmente pensamos, para compor o estudo, juntarmos duas unidades de referência no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo uma unidade de nível primário e uma de nível terciário. Escolhemos como nível primário, um Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) vinculado ao Conselho Estadual de Direitos da Mulher (CEDIM) da Secretaria Estadual do Rio de Janeiro. Tivemos a autorização da diretora da unidade para realizarmos nossa pesquisa, porém em nossas sucessivas aproximações com esse campo, verificamos, junto à equipe de profissionais que ali trabalham, a ausência, naquele momento, de mulheres que vivenciaram violência sexual. Na ocasião, existiam mulheres que

vivenciaram outros tipos de violência, principalmente violência física praticada pelo parceiro. Optamos então por não utilizar esse Centro Integrado de Atendimento à Mulher como campo, destinando-o para uma futura pesquisa com mulheres que vivenciaram outros tipos de violências.

Logo, desenvolvemos nossa pesquisa no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM/SMS/RJ). Esta unidade é referência para o atendimento emergencial, ambulatorial e/ou de internação de mulheres que vivenciaram violência sexual. Nesta são realizados os acompanhamentos com base nos protocolos do Ministério de Saúde de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência ou mesmo a indicação e realização para a prática do aborto legal nos casos em que a gravidez foi fruto da violência sexual. O atendimento às mulheres em situação de violência sexual prestado nessa unidade de referência apresenta como princípios a integralidade e a humanização da assistência à mulher, baseados nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde^{7, 8, 37}.

2.3 Protagonistas Sociais

Escolhemos como protagonistas de nosso estudo, mulheres em situação de violência sexual e que foram atendidas no IMMFM/SMS/RJ. Destacamos como critérios de inclusão: serem mulheres resilientes para a violência sexual vivida, pertencerem a qualquer classe social, etnia e religião, ter idade igual ou superior a dezenove anos, uma vez que o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança até os doze anos incompletos e adolescente dos doze até os dezoito anos de idade⁹⁴. Como critérios de exclusão, apontamos: ser criança ou adolescente, fazer acompanhamento psiquiátrico, possuir como local de moradia a rua ou abrigo, ter abandonado o acompanhamento no IMMFM e ser profissional do sexo.

Para alcançarmos essas mulheres, realizamos um levantamento dos prontuários indicados numa planilha de controle, que nos foi gentilmente cedida pela enfermeira responsável pelo ambulatório de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual. Limitamo-nos aos atendimentos realizados no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008, considerando a importância do tempo decorrido entre a ocorrência da violência e as modificações oriundas desse fenômeno em suas vidas.

No levantamento da planilha de controle da unidade, identificamos noventa (90) mulheres atendidas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008 (o ano de 2009 ainda

não estava lançado na planilha). Destas, quarenta (40) mulheres preenchiam algum fator de exclusão do estudo: três (03) moravam na rua ou em abrigos; vinte e cinco (25) crianças ou adolescentes; sete (07) pacientes psiquiátricas; um (01) abandono do acompanhamento; três (03) não foram vítimas de violência sexual (estavam listadas na planilha errada); uma (01) profissional do sexo.

Com relação as cinquenta (50) mulheres que atendiam aos critérios de inclusão muitas dificuldades foram encontradas no estabelecimento de contato e ou localização. Destas: três (03) não retornaram as ligações após deixarmos recado com telefones para contato; uma (01) não foi possível contato, pois o homem que atendia ao telefonema dizia que qualquer coisa era para resolver com ele; com trinta e uma (31) mulheres, não conseguimos estabelecer contato telefônico: o número de telefone estava errado, ou ninguém atendia no número de telefone fornecido, ou não moravam mais no local (telegramas retornavam), entre outros; cinco (05) não quiseram conceder entrevista por diversos motivos: por falta de tempo, por, temporariamente, estar fora da cidade para resolver problemas de família, por não querer mais falar sobre a violência ocorrida dentre outros; uma (01) faltou aos agendamentos realizados para entrevista (tendo sido feito quatro agendamentos sem sucesso); três (03) não possuíam telefone de contato. Diante disto, participaram de nosso estudo um total de seis (06) mulheres.

Antes de iniciarmos a coleta das entrevistas junto a essas mulheres, no sentido de completar os critérios de inclusão utilizamos a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (ANEXO A) para identificarmos quais eram resilientes.

Esta escala é composta de vinte e cinco itens descritos de forma positiva, com respostas tipo Likert. As respostas variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) e seus escores alternam de 25 a 175 pontos, com os valores altos indicando elevada resiliência. Traçamos como ponto de corte entre ser ou não resiliente, a média das pontuações a qual obtivemos um valor igual a 75 pontos. Logo, a mulher que apresentasse valor abaixo de 75 pontos seria classificada como não resiliente para a violência sexual vivida.

Ao utilizarmos a escala de resiliência nas seis (6) mulheres de nosso estudo, constatamos que as mesmas foram resilientes para a violência sexual vivida, uma vez que atingiram escore maior que 75, variando entre 126 a 154 (APÊNDICE A e B). Tal resultado nos permitiu afirmar que são mulheres resilientes, indicando terem superado a adversidade da violência sexual e conseguiram reinserir-se em seu contexto social e familiar.

2.4 Técnica de coleta de dados

Tendo identificado as protagonistas do estudo, iniciamos a coleta de dados propriamente dita, com a aplicação de uma ficha de identificação das depoentes (APÊNDICE C). Essa ficha continha dezesseis (16) perguntas fechadas, onde as mulheres assinalaram uma resposta que condizia a sua situação. As dez (10) primeiras perguntas diziam respeito à situação socioeconômica e as seis (6) últimas, sobre a história de violência vivenciada. Acreditamos que dessa forma conseguimos compreender parcialmente a realidade das mulheres estudadas e assim utilizarmos uma linguagem clara e integradora de sua realidade.

Com a ficha preenchida, demos início à coleta da história de vida das mulheres que compuseram o estudo (APÊNDICE D). Na coleta da história, realizamos o seguinte questionamento direcionador do depoimento: 1) Fala-me sobre a sua vida desde a infância até esse momento da violência vivida; 2) Fala-me sobre sua vida após a violência vivida até o momento que está vivendo agora. Os pontos que foram abordados versavam sobre a: relação familiar; relação social; autoimagem; autoestima; rede de apoio.

A história de vida é uma técnica que possibilita ao pesquisador compreender a realidade da protagonista social da pesquisa e tem como principal objetivo retratar as experiências vivenciadas por elas assim como o seu significado⁹⁵. Com a técnica da história de vida é possível captar o que acontece na intersecção do indivíduo com o social⁹⁶. Reforçando tal característica, Maués⁹⁷ afirma que para compreender o que cada pessoa pensa e sente e como cada uma age, é necessário conhecer o mundo social no qual esta pessoa está inserida.

Além disso, é preciso conhecer os valores sociais, as formas de relação e de produção das estratégias de vida e as maneiras de ser no contexto e tempo que se vive, contemplando a proposta do modelo ecológico. Para tal, utilizamos uma entrevista aberta, onde foi solicitado que a entrevistada falasse livremente sobre sua vida, em um determinado momento ou período dela.

Oferecemos nessa coleta de dados uma escuta atenta, porém sem passividade, ou seja, o entrevistador/pesquisador pôde formular questões ou tecer algum comentário para esclarecer ou aprofundar alguma questão que considerou relevante para o estudo⁹⁸. Conseguimos, conforme sugeri Thiollent⁹⁹, interagir com as mulheres, transmitir confiança para as mesmas e estabelecer uma relação de diálogo construtivo para a pesquisa. Segundo Augras¹⁰⁰, este método não é considerado apenas como um método de coleta de dados, mas

também uma oportunidade, tanto para o pesquisador como para a entrevistada, de questionamento e de reflexão sobre uma experiência vivida, pois, ao se relatar sobre sua vida, a entrevistada está compartilhando uma especificidade de sua vida pessoal.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas. A partir destas realizamos a análise de dados. Um aspecto relevante do uso da gravação direta é “registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado”¹⁰¹.

Vale ressaltar que, para atender as exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução nº 196/96¹⁰² sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as mulheres foram esclarecidas a respeito da pesquisa, tiveram suas dúvidas respondidas, assinaram, após minuciosa leitura juntamente com o entrevistador/pesquisador, o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E) e tiveram seus anonimatos garantidos através da utilização de pseudônimos como forma de identificação no estudo. Os pseudônimos utilizados foram Entrevistada 01, Entrevistada 02, Entrevistada 03, Entrevistada 04, Entrevistada 05 e Entrevistada 06. Além disso, foram esclarecidas quanto à liberdade de deixar a pesquisa em qualquer momento da etapa de execução.

2.5 Análise dos dados

Para o tratamento dos dados obtidos utilizamos a análise de conteúdo. A análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁰³, é

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Logo, a análise de conteúdo busca ir além dos significados manifestos, relacionando estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Isto implica na associação do que foi descrito e analisado com os fatores determinantes de suas características.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo utilizamos a análise temática, a qual, para Minayo¹⁰⁴, é a que melhor se aplica a pesquisa qualitativa em saúde. Para a mesma

autora, a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”¹⁰⁴. Portanto, trata-se de agregar as ideias/expressões com características comuns num único conceito capaz de abrangê-las. Outro aspecto da análise temática enfatizado por Rodrigues e Leopardi¹⁰⁵ é o trabalho de elaborar e selecionar os vários significados contidos numa frase retirada do texto (unidade de codificação).

Os textos das entrevistas, portanto, foram analisados numa discussão contextual da realidade, procurando o significado real da fala das mulheres e a relação com o seu conteúdo histórico, social e qualitativo em sua totalidade.

Entre os procedimentos necessários para o levantamento e organização dos conteúdos relativos aos dados obtidos, optamos por utilizar o método proposto por Oliveira¹⁰⁶ por nos ter possibilitado uma avaliação dos depoimentos de maneira bastante fidedigna, favorecendo a imparcialidade da pesquisadora. Trata-se de um método cujos procedimentos associam técnicas qualitativas e quantitativas, uma vez que, segundo Minayo e Sanches¹⁰⁷,

é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’ e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Seguindo os passos da análise temática de conteúdo realizamos leitura flutuante das histórias de vida para assim, tomarmos ciência do conteúdo das mesmas. Posteriormente identificamos as unidades de registro (UR), que significam os recortes nos depoimentos referentes ao objeto do estudo. Nesse sentido buscamos identificar em seus relatos o significado dos sentimentos e emoções desenvolvidas diante a violência sexual vivida e os fatores que auxiliaram as mulheres deste estudo no processo de construção da resiliência.

Em seguida agrupamos em unidades de significação, temáticas que possuíam significados próximos e verificamos a frequência de aparição de cada uma. Realizamos, quando necessário, reagrupamentos, denominados como subcategorias. A fim de mantermos a quantidade e qualidade das subcategorias, reagrupamo-las em conjuntos maiores que apresentavam similaridade as quais denominamos de categorias. Com intuito de facilitar a visualização e compreensão, organizamos o referido processo de categorização em um quadro (APENDICE F).

As categorias e subcategorias respectivas que emergiram foram: 1ª Categoria: *A violência sexual vivida expressa nas atitudes do cotidiano: sentimentos e emoções*; 2ª

Categoria: *A Resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual*, subdividida em “Aspectos Individuais”, “Aspectos Familiares – o apoio estrutural e “Aspectos Sociais – a rede de apoio ampliada”.

2.6 Responsabilidade Ética da pesquisa

O projeto de pesquisa, juntamente com uma carta de solicitação do campo de pesquisa (APENDICE G), foi encaminhado à direção do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, onde obtivemos autorização pela mesma de utilizar o espaço e sua clientela que vivenciou violência sexual para coleta dos dados. Posteriormente, com a autorização da unidade e com a carta ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ (APÊNDICE H), o projeto de pesquisa foi enviado a esse Comitê de Ética onde foi analisado e autorizado o início da pesquisa (Parecer nº 256^a/2008, Protocolo de Pesquisa nº 208/08).

As questões éticas na pesquisa envolvendo seres humanos, exigência da Resolução nº 196/96, foi criteriosamente respeitada, esclarecendo às protagonistas da pesquisa sobre as dúvidas a respeito desta, as ponderações entre os riscos e os benefícios de sua participação e a relevância social da pesquisa, como explicado anteriormente.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Perfil das mulheres em situação de violência sexual atendidas no IMMFM/SMS

Para compreender o contexto socioeconômico das seis (6) protagonistas deste estudo e analisar seus depoimentos com melhor apropriação consideramos de suma importância entender o perfil das mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas no IMMFM. Para isso realizamos um levantamento das mulheres atendidas no período de janeiro/2007 a dezembro/2008 (APENDICE I).

Construindo um breve panorama dessas mulheres atendidas nesses dois anos encontramos que a maioria delas eram jovens com idade entre dezenove a vinte e seis anos (47,45% ou 28 mulheres); com nível escolar predominante no ensino médio completo (22,03% ou 13 mulheres); moradoras da Zona Norte* (52,54% ou 31 mulheres); solteiras (45,76% 27 mulheres) e exercendo alguma atividade remunerada, das quais 49,15% (29 mulheres) exercem profissões ditas femininas e 11,86% (7 mulheres) profissões masculinas. Em relação à violência vivida, verificamos dois aspectos: vínculo com o agressor e local da agressão. No que diz respeito ao vínculo com o agressor identificamos que 59,32% (35 mulheres) foram violentadas por desconhecido e 20,33% (12 mulheres) por pessoa conhecida (ex-marido, namorado, ex-cunhado, amigo, noivo e cliente do local de trabalho). Quando verificamos os locais que ocorreram a violência sexual identificamos que 23,72% (14 mulheres) das violências ocorreram na residência da vítima, 15,25% (9 mulheres) na rua, 5,08% (3 mulheres) no local de trabalho e no motel (cada um) e 3,38% (2 mulheres) no carro ou na residência do agressor respectivamente.

Vale ressaltar que muitos dos dados verificados possuíam uma porcentagem de ausência de registro superior aos demais fatores da categoria, demonstrando com isso uma realidade já verificada por diversos autores da existência de registros incompletos das fichas de notificação e ou dos relatos das mulheres que vivenciaram violência sexual.

Reportando-se as mulheres do estudo, encontramos os seguintes dados:

* Vale ressaltar que a Zona Norte é a região do Município do Rio de Janeiro que comporta o maior contingente de bairros. Além disso, o IMMFM/SMS/RJ é referência de atendimento nessa região, onde as mulheres que não residem nos bairros abrangidos por esta unidade são orientadas quanto à existência de unidades de referências próximas as suas residências

o	Idade (anos)	Estado Civil	Bairro reside	Escolaridade	Profissão	Tempo de Ocorrência da VS (meses)	Agressor	Local Agressão
1	20	Solteira	Rio Comprido	Ensino médio completo	Estudante	8	Conhecido	Residência do agressor
2	38	Casada	Piedade	Ensino superior completo	Professora	7	Desconhecido	Rua
3	31	Solteira	Praça da Bandeira	Ensino médio completo	Auxiliar de serviços gerais	13	Desconhecido	Residência da vítima
4	21	Casada	Jardim Primavera	Ensino médio completo	Estudante	11	Desconhecido	Rua
5	47	Casada	Catete	Ensino superior completo	Arquiteta	10	Desconhecido	Rua
6	25	Casada	Gloria	Ensino superior completo	Professora/ revisora de texto	13	Desconhecido	Residência da vítima

Quadro – Perfil das mulheres entrevistadas

No que diz respeito à faixa etária das mulheres entrevistadas podemos dizer que são mulheres jovens que variaram suas idades entre vinte e vinte e cinco anos (3 mulheres), trinta a trinta e cinco anos (1 mulher), trinta e seis a quarenta anos (1 mulher) e quarenta e seis a cinquenta anos (1 mulher). Quando questionadas quanto ao estado civil, quatro (4) mulheres referiram serem casadas e duas (2) solteiras. Como localidades de moradias, encontramos três (3) morando na Zona Norte, duas (2) morando na Zona Sul e uma (1) morando na Baixada Fluminense. No grau de escolaridade das entrevistadas tivemos uma igualdade nos resultados, 50% (3 mulheres) com nível médio completo e 50% (3 mulheres) com terceiro grau completo. Destacamos ainda que 66,66% (4 mulheres) trabalham e 33,33% (2 mulheres) estão dedicando-se atualmente aos estudos.

Avaliando o tempo transcorrido da violência sexual vivida até a data da coleta de dados, observamos que os períodos variaram entre sete (7) meses e treze (13) meses e que cinco (5) das mulheres do estudo foram violentadas por desconhecido (5 mulheres) e somente uma conhecia o agressor. Tivemos como locais onde ocorreu a violência sexual, a rua (03 mulheres), a residência da própria mulher (02 mulheres) e a residência do agressor (01 mulher).

Podemos perceber que a violência sexual contra a mulher está mais presente entre as mais jovens. Entretanto encontramos essa violência em diversas faixas etárias, graus de escolaridade, estado civil e condição profissional. Tais dados são corroborados por outros estudos que afirmam que a violência é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes

classes sociais, etnias, raças, posição econômica e profissional^{30, 58, 108}. Mas, esses estudos identificam como fator de risco preponderante para vivenciar a violência, o fato de serem mulheres – violência de gênero.

Como referido no decorrer do estudo desde a Idade Média a violência contra a mulher é presente na vida das mulheres. Além disso, tal ato foi compreendido por muito tempo como aceitável e como prática capaz de corrigir a mulher de seus erros^{26, 30, 39}. Essa construção histórica do papel desigual do homem e da mulher levou as pessoas a pensarem que tal relação fosse natural. Conseqüentemente, esse pensamento justificou o autoritarismo masculino que levou a uma compreensão da violência de gênero como natural e inata à mulher.

Gradualmente e com constantes lutas, os movimentos feministas foram modificando alguns dos papéis sociais da mulher, tais como: sua inserção na esfera pública, o direito ao voto, a incorporação do prazer nas relações sexuais não remetendo somente a procriação. Contudo, a sociedade ainda arraigada aos preconceitos patriarcais, continuou determinando valores e formas de comportamento diferentes para homens e mulheres tanto na esfera privada quanto na pública ainda nos tempos atuais.

No que diz respeito ao mercado de trabalho, as mulheres passaram a desempenhar funções antes ditas masculinas, tornando-se hoje uma grande mão-de-obra no mercado de trabalho¹⁰⁹. As mulheres deste estudo referiram exercer alguma atividade profissional. Todavia, a desigualdade de gênero está presente e evidenciada no mercado de trabalho quando verificamos as atividades em que as mulheres possuem maior representatividade. As mulheres, assim como as depoentes do estudo, geralmente ocupam profissões ditas femininas e, para algumas sociedades, de menor valor como: professora, recepcionista, secretária, auxiliar de serviços gerais, enfermeiras, nutricionistas entre outras. Essas atividades nada mais são do que o prolongamento das suas atividades domésticas para esfera pública¹¹⁰.

Ao analisar o grau de parentesco dos agressores com a mulher surpreendemo-nos com o resultado de que das seis (6) entrevistadas, cinco (5) não conheciam a agressor. Geralmente, encontramos estudos que afirmam que a violência sexual geralmente é praticada por conhecido: padrasto, marido, irmão entre outros^{7, 111}. Porém, em um estudo realizado por Drezett¹¹², verificou-se que a violência sexual realizada por conhecido é maior entre as crianças. Já entre os adolescentes e mulheres adultas a maior prevalência é por desconhecido, corroborando os dados encontrados pela nossa pesquisa.

No que diz respeito ao local onde aconteceu a violência sexual encontramos três (03) mulheres que relataram terem vivenciado violência na rua (perímetro urbano), duas (02) na

residência da própria mulher, sendo que uma destas foi na portaria do prédio, e uma (1) ocorreu na casa do agressor que era seu conhecido. Drezett¹¹² verificou em seu estudo que um número significativo das mulheres na fase adulta que vivenciaram violência sexual foi abordado no percurso da escola ou trabalho. Traçando um paralelo dos resultados encontrados com o estudo desenvolvido por Drezett¹¹² podemos afirmar que, a violência sexual contra a mulher pode acontecer tanto no espaço doméstico quanto no espaço público, tornando-a um fenômeno difícil de ser evitado, onde a mulher tem para esse tipo de violência uma maior vulnerabilidade.

A vulnerabilidade é por nós entendida como um conjunto de fatores que aumentam o risco da mulher vivenciar violência sexual. Diante disso e baseado na construção histórica da mulher já exposto no decorrer do trabalho, afirmamos que este estudo trabalha com mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Consequentemente, ao vivenciarem tal adversidade as mulheres tornam-se vulneráveis aos seus agravos que poderão ser reduzidos pela presença dos fatores de proteção. Esses mecanismos de proteção são disponibilizados pelos fatores individuais, sociais e familiares e auxiliam as mulheres na construção da resiliência. Esses fatores podem estar presentes na vida das mulheres antes mesmo da violência vivida ou podem ter sido desenvolvidos diante a adversidade.

Nesse sentido, ainda traçando o perfil das mulheres de nosso estudo, analisamos seus depoimentos a fim de identificar suas características individuais e a rede familiar e social existente em suas vidas antes da violência vivida. É importante ressaltar que para o desenvolvimento da resiliência o indivíduo precisa ter pelo menos uma pessoa significante em sua vida.

Analisando tal contexto identificamos que todas as mulheres depoentes deste estudo sempre tiveram em suas vidas uma pessoa que lhe dava apoio e em quem podia confiar, sendo representada em cinco (5) das seis (6) entrevistadas pela mãe no contexto familiar e pelos amigos na rede social. Posteriormente, tivemos relato da constante relação de apoio exercido pelo pai, pelos irmãos, pelos tios e pela religião. As mulheres relataram que desde a infância seus relacionamentos foram saudáveis, onde tinham abertura para conversar com um dos pais e irmãos; tiveram carinho, atenção e amor familiar; e desenvolveram e mantiveram laços fortes de amizade, das quais muitas estão presentes até hoje. Duas das entrevistadas identificaram também a religião como fator importante, uma vez que baseada em suas crenças e doutrinas construíram-se os valores familiares e a relação respeitosa com o próximo.

Identificando os traços individuais das mulheres de nosso estudo, verificamos que essas mulheres referiram que eram pessoas tranquilas, determinadas, com elevada autoestima,

autoconfiança e autonomia. Não apresentavam dificuldade em estabelecer bons relacionamentos, eram muito felizes com a vida que tinham e que no decorrer de suas vidas já atravessaram outras adversidades as quais conseguiram superar, tais como: perda do pai e/ou da mãe; alcoolismo paterno, adultério, violência física, violência sexual (sem ser a desse estudo), violência urbana e tentativa de abuso sexual na infância.

Com isso, podemos considerar que as mulheres do nosso estudo apresentavam no decorrer de seu desenvolvimento uma rede de apoio satisfatória e traços individuais favoráveis ao desenvolvimento da resiliência diante da violência sexual vivida.

3.2 A violência sexual vivida expressa nas atitudes do cotidiano: sentimentos e emoções

*Aquilo que sentimos a respeito de qualquer coisa
reflete nossa história e desenvolvimento,
nossas influências passadas,
nossa agitação presente
e nosso potencial futuro.
Compreender os nossos sentimentos
é compreender nossa reação ao mundo que nos circunda.*

David Viscott

Em seus depoimentos as mulheres expressaram como passaram a viver após a ocorrência da violência sexual e verbalizaram algumas das mudanças que aconteceram em seu cotidiano. Encontramos algumas modificações de comportamentos e atitudes assim como, a presença de sentimentos como: o medo, expresso por todas as entrevistadas (51 URs); seguido da tristeza referida por cinco das seis entrevistadas (48 URs); da culpa, relatada por três entrevistadas (07 URs); e da perda, onde duas entrevistadas referiram esse sentimento (11 URs).

Numa primeira análise percebemos que as atitudes, sentimentos e emoções diante da violência sexual vivida das mulheres depoentes deste estudo estão em consonância com estudos sobre violência sexual contra a mulher. Esses estudos^{58, 113 114, 115} apontam que as mulheres em situação de violência sexual podem apresentar inúmeras reações a essa adversidade, tais como: ansiedade, medo, abuso na ingestão de medicamentos ou outras substâncias, problemas sexuais, tristeza, raiva, desespero, culpa, autoisolamento.

No aprofundamento da compreensão sobre os sentimentos referidos pelas depoentes - medo, tristeza, perda e culpa, desmembramos cada um a fim de apontar, não somente o conceito dessas atitudes e sentimentos mas também identificar nas entrelinhas de suas falas outros significados imersos da violência vivida.

As mulheres investigadas não verbalizaram nenhum desses sentimentos como fatores de proteção. Possivelmente, pelo fato dos mesmos serem considerados em nosso meio social como sentimentos negativos. Entretanto, é possível considerar que tais atitudes, mudanças de comportamentos e os sentimentos diante da violência sexual vivida as protegem indiretamente de novas adversidades.

Constatamos que o medo foi retratado nas falas das mulheres quando estas apontaram que passaram a não acreditar nas pessoas; tinham receio de sair na rua; apresentaram medo de passar pelo local em que aconteceu a violência; de uma gravidez fruto da violência ou mesmo o próprio medo de se vestirem de forma atraente o que a tornaria mais vulnerável a vivenciar outra violência sexual.

Mas de principio assim não pago pra ver mais. Não arrisco mais. (Entrevistada 01)

Me remete a situação então eu já fico com medo. (Entrevistada 02)

Na primeira semana eu fiquei... Não, não vou mais sair na rua. (Entrevistada 03)

... eu fiquei um pouco traumatizada depois disso [violência sexual] de entrar no metrô ou passar por aquele lugar. (Entrevistada 05)

O percurso que eu fiz quando vivi a violência eu não faço. Não faço sozinha pelo menos. É muito difícil. (Entrevistada 06)

Considerando o fato de serem mulheres com tempo decorrido da violência sexual vivida de 7 a 13 meses, o que poderíamos apontar como traumas recentes, percebemos que elas apresentaram reações decorrentes das emoções e sentimentos ainda marcantes no imaginário dessas mulheres. Sentimentos estes que, em determinados momentos podem bloquear as mulheres em realizar atitudes que antes eram vistas como corriqueiras. Além disso, tudo ou todos que fazem essas mulheres recordarem da violência sexual vivida, traz a tona sentimentos e lembranças que as mesmas gostariam de esquecer - se não esquecer, reelaborá-los, guardando-os no silêncio da alma.

Tais sentimentos de medo foram também verificados por Oliveira, Barbosa, Moura, Von Kossel, Morelli, Botelho et al¹¹⁶ em estudo onde treze (13) mulheres que vivenciaram violência sexual e vinte e nove (29) profissionais que trabalhavam nas equipes de atendimento a essas mulheres no Instituto Médico Legal - IML de São Paulo passaram a sentir medo de

ficarem desacompanhadas e, algumas vezes, tornaram-se incapazes de realizar tarefas cotidianas. Referem que essas mulheres passam a ter desconfiança de homens e que quando a violência ocorre próximo às suas casas, as mulheres desejam mudar-se com medo do retorno do agressor.

O medo apresentou-se também como uma reação das mulheres em defenderem-se de outras violências, ou seja, à medida que estejam mais cautelosas estariam prevenindo-se da ocorrência de outra violência. Para isso, as mulheres passaram a utilizar-se de elementos que as auxiliaram a desenvolver-se de forma um pouco mais segura, minimizadora de sofrimentos e preventivas para outras adversidades. Podemos considerar que essas mulheres estabeleceram estratégias de *coping* que auxiliaram sua resiliência diante da violência sexual vivida. Os mecanismos protetores que uma pessoa dispõe internamente ou os que aprendem com o meio em que vive, são “elementos cruciais para estimular o potencial de resiliência ao longo da vida”⁷⁶.

... ele [meu namorado] sempre também vinha com esses convites de ir pra casa dele, de ficar com ele essas coisas todas, aí eu falei: “Não. Não posso mais acreditar em mais ninguém. (Entrevistada 01)

Se parar um carro me pedir informação eu saio, eu finjo que não escuto e saio, ou fico bem longe né, dou a informação bem longe pra não me aproximar e tal. (Entrevistada 02)

Só a noite que eu não saio ainda direito. Só saio mesmo porque eu vou pra igreja com as meninas e volto com as irmãs, que é caminho e é perto de casa. (Entrevistada 03)

Imagina se alguém encostar perto de mim de novo, pedir uma informação! (Entrevistada 04)

Hoje em dia eu olho muito pra ver se tem alguém que eu acho que é suspeito. (Entrevistada 06)

Não há dúvidas de que comportamentos que permitam uma maior vulnerabilidade à violência devam ser revistos. Numa sociedade onde a violência à mulher é uma questão de gênero, as atitudes e comportamentos femininos necessitam ser preventivos. Entretanto, a não observância crítica da intensidade e frequência da utilização de tais mecanismos de proteção podem promover uma condição de limitação do seu estar na vida, cerceando-a. Esse sentimento pode vir a interferir em sua qualidade de vida, seu bem-estar e essas mulheres passam a conviver com o medo no seu dia a dia, variando somente em sua intensidade.

Assis, Avanci, Pesce e Njaine⁷⁶ afirmam que o ser humano não consegue nem deve viver isolado do mundo e das pessoas, mesmo que tal atitude seja uma forma de afeto ou proteção. O ser humano necessita trocar e relacionar-se. Sem isso se torna difícil crescer, desenvolver-se e sentir-se capaz de reconhecer e superar dificuldades.

Ainda em relação ao medo, as depoentes referiram também desconfiança nas pessoas. A violência sexual vivida despertou nas mulheres o medo do outro, principalmente dos homens. Há a perda do referencial de segurança e todos parecem ter semelhança com o agressor.

Acho que em mais ninguém. Não dá mais pra acreditar em ninguém. (Entrevistada 01)

... você passa a ver o outro com muito mais medo. (Entrevistada 02)

... as pessoas que tem estereótipos mais parecido com o cara que me violentou, são as que mais me apavoram. (Entrevistada 06)

Teixeira¹¹⁷ afirma que as pessoas ao vivenciarem um trauma ou terem suas vidas ameaçadas, passam a ter uma perspectiva do mundo alterada, interferindo com isso no modo de ver as outras pessoas, de ver a si próprios e de perceber a vida ao redor.

A mulher em sua construção histórica foi educada a vislumbrar o homem como pessoa responsável pelo seu sustento e manutenção e com isso, possuem a obrigação civil de servi-los, são devedoras eternamente. Com a violência sexual, as mulheres passam a sentir-se social e psicologicamente traídas e a imagem protetora masculina é desconstruída. Passam a desconfiar do que aprenderam e do que acreditavam ser verdade.

De imediato assim eu não acredito em mais nada assim de amizade, grande amor. Nada disso não. (Entrevistada 01)

Assim no começo é complicado você... Você fica com medo do outro né? Mesmo que o outro seja seu marido. (Entrevistada 02)

Temos também construído em cima do papel masculino o delineamento do papel sexual da mulher na sociedade. O homem, em nossa sociedade de caráter patriarcal, determina quando e como deve ser a relação sexual, não valorizando a vontade feminina, além de exigir respostas das mulheres correspondentes aos seus desejos sexuais e seus valores de agressividade, livre iniciativa e satisfação imediata do desejo.

Giordani²³ afirma que nesse contexto de desigualdade entre homens e mulheres, com finalidades masculinas opressivas, de dominação e de exploração, “a mulher não é considerada sujeito, mas tratada como objeto”. Essa visão da mulher na sociedade está presente tanto na esfera pública como na privada.

Entretanto, a sociedade difere no entendimento quanto à punição do agressor da violência sexual praticada por desconhecido e por conhecido, principalmente pelo cônjuge. Quando a violência é praticada por um desconhecido, ela tem uma conotação de crime, sendo

exigido para o agressor todas as consequências jurídicas em relação ao seu ato. Já quando essa violência ocorre dentro do contexto familiar, esse julgamento torna-se mais difícil. Nas tipificações sociais, a maior proximidade entre o homem e a mulher confere menor credibilidade às acusações das mulheres, fato que muitas vezes as desmotivam a realizar a denúncia¹¹⁸.

Misturado ao sentimento de medo de uma nova violência e a descrença nas pessoas, observamos, sublimado no depoimento de uma das entrevistadas, o medo de chamar a atenção através de sua imagem corporal. Ela referiu que ao pensar sobre sua autoimagem possui medo de emagrecer (padrão social de beleza) ou de escolher roupas que valorizem seu corpo, alegando tornar-se atraente e aumentar as chances para vivenciar nova violência sexual. A sociedade introjetou nas pessoas, inclusive nas mulheres, a construção da imagem da mulher como ser pecador, tentação do homem, com isso vêm a mulher como tendo provocado o homem com atitudes ou até mesmo trajes “provocantes” justificando a violência sexual vivida.

... eu continuo me arrumando normal. Adoro me arrumar. Adoro sair arrumada. Mas é diferente, pois agora tenho medo de estar chamativa demais. (Entrevistada 06)

... quando eu penso em emagrecer, eu vou pensando logo nisso: “Eu vou ficar mais bonita. Vou me sentir mais bonita e quando a gente se sente mais bonita, a gente tem tendência a se arrumar diferente”. Então, às vezes eu me retraio um pouco. (Entrevistada 06)

Louro²⁶ e Giffin¹¹⁹ afirmam que a construção ideológica da mulher como passiva e a do homem como ativo vêm explicar o entendimento da sociedade de que as mulheres são vistas como tentando os homens a saírem do caminho da pureza, da razão e da moralidade, uma vez que a natureza feminina é baseada no corpo/emoção.

Acrescido a essa visão, Detoni¹²⁰ refere que esse estereótipo das mulheres como contribuintes para a violência sexual devido à maneira de agir ou vestir-se perpassa por diversas instâncias, desde a polícia até o judiciário, gerando impunidade.

Podemos dizer que atrelado ao sentimento de medo de chamar atenção, temos o sentimento de culpa. As depoentes de nosso estudo, a respeito desse sentimento, referiram que acharam que o erro estava com ela, que a culpa da violência era dela e que ao verbalizarem sobre a violência sexual vivida pediam desculpas às pessoas.

Em sociedades marcadas pelas desigualdades de gênero, a responsabilidade do agressor (geralmente do sexo masculino) é banalizada e seu comportamento oportunista, explorador e destrutivo é esquecido. A sociedade na maioria das vezes valoriza a imagem da mulher como sendo provocante e culpada. Constatam-se mais uma vez, que tais atitudes são provenientes de uma visão social onde o homem é o que detém poder.

... eu achava [que nos relacionamentos amorosos que não davam certo depois da violência que vivi] que o erro era comigo... (Entrevistada 01)

... depois da violência sexual eu fiquei me culpando... (Entrevistada 03)

Eu pedia sempre desculpas quando ia contar pra alguém, porque as pessoas ficam muito abaladas. (Entrevistada 06)

Zuwick¹²¹ enfatiza que a vergonha que deveria acometer o agressor “volta-se contra a mulher e a silencia, tornando-a parte da rede que sustenta a dominação.” A compreensão do ser mulher é pautada na imagem de sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual masculina e guardiã da moralidade, o que justifica as violências sexuais que vivencia¹¹⁹.

Outro sentimento apresentado pelas mulheres de nosso estudo foi o medo de engravidar com a violência sexual vivida.

Tem que ser negativo. Até porque se deu tudo certo no primeiro [caso de violência]. Deu negativo. Não fiquei grávida nem nada. Eu falei assim: ‘Não. No segundo também eu tenho que seguir por isso, porque Deus vai me ajudar que também vai dar tudo certo’. (Entrevistada 01)

Os primeiros exames assim que... Você chega aqui você faz logo um teste de gravidez. Dá um medo assim. (Entrevistada 02)

Ao falarmos de uma gravidez fruto de uma violência sexual, nos deparamos com uma mulher em conflito de sentimentos. Essa mulher encontra-se inserida numa sociedade que considera como um dos únicos *status* sociais da mulher a condição de ser mãe. A imagem de mãe em nossa sociedade tem a ideia de pureza, de caridade, da humildade e da obediência, relacionando-a a figura de “maternidade santificada”¹²².

Entretanto, essa gravidez traz misturada à imagem da pureza a marca de uma adversidade que ela gostaria de esquecer. A gravidez fruto da violência sexual é mais do que ter uma gestação indesejada ou não planejada. É ter engravidado por uma inseminação natural forçada sem vínculos e sem interação. É um ato de agressividade masculina. Uma violação dos direitos humanos. Um crime.

As mulheres que vivenciaram violência sexual costumam perceber a gravidez como outra violência, além de ser intolerável por elas. Tal medo reflete a preocupação da mulher em ter que levar a constante lembrança da violência vivida refletida num filho dessa adversidade. Somado a isso, a gravidez passa a impossibilitar as mulheres de não divulgarem sobre a violência sexual vivida²³.

Para grande parte das mulheres o aborto torna-se a única saída para amenizar os sentimentos de culpa e a lembrança da violência sexual vivida. Porém para outras, a prática do

aborto é um dilema e uma decisão muito difícil. As mulheres quando decidem interromper a gestação, encontram conflitos com suas crenças, princípios religiosos e valores, os quais contribuem para o surgimento do sentimento de culpa¹²³.

Ao decidir pelo aborto, a mulher se defronta com outro obstáculo. Socialmente, a prática do aborto é condenada por preceitos éticos, morais e religiosos e sua compreensão é de assassinato a um ser indefeso, mesmo que esse aborto seja juridicamente aceito. Neste sentido, a mulher embora seja respaldada legalmente para a prática do Aborto Legal, ela vive essa dualidade de sentimentos onde ora aflora o desejo de ser mãe e ora a culpa de não almejar essa gravidez.

Outro fator que o fenômeno da violência sexual nos faz refletir é sobre a própria visão do homem, em especial de ver a mulher como objeto de seu prazer independente da vontade dela. Não há a preocupação, a compreensão consciente da responsabilidade do homem de que esse ato possa gerar uma vida e destruir outra. É considerado um ato de perversidade masculina, uma brutalidade onde a mulher é vista como um objeto para saciar um impulso sexual irracional, sem envolvimento e, em grande parte dos casos (subnotificados), sem desdobramentos punitivos para o agente agressor.

Encontramos também nos depoimentos, o sentimento de tristeza que, não desvinculado do anterior, surgiu nas falas das mulheres quando afirmaram que após a violência sexual vivida não queriam sair de casa, passaram dias chorando, não queriam falar com ninguém e sentiram-se desmotivadas com algumas coisas.

Fiquei uns 4 dias sem falar com ninguém... (Entrevistada 01)

... passei uns dois, três meses só chorando. (Entrevistada 03)

... eu fiquei muito triste. (Entrevistada 05)

... na segunda semana eu estava me sentindo muito incapaz. (Entrevistada 06)

A violência sexual acarreta nas mulheres uma inibição ou interrupção da continuidade de uma vida “saudável”, onde nunca mais elas serão as mesmas. A tristeza dessas mulheres reflete a subjugação de seu corpo assim como a violação de sua privacidade / intimidade. A violência sexual desestrutura a segurança criada pela mulher em suas vidas e abala seus planos, sonhos e anseios. Além disso, abala a interrelação dessa mulher consigo, com o outro, com o social, uma vez que o trauma, o medo e o estigma marca sua vida por tempo indeterminado, se não pela vida toda.

Monteiro e Souza¹²⁴ e Giordani²³ verificaram também tais atitudes em seus estudos e afirmaram que as consequências da violência na vida da mulher são registradas pela baixa da autoestima, pelo medo, pelo isolamento social e pelo sentimento de culpa. As mulheres em que a violência sexual foi perpetrada por desconhecido tendem ao silêncio uma vez que se encontram num constante conflito interior em entenderem o que e o porquê aconteceu a violência com elas.

Temos também submerso nessa tristeza a vergonha, o medo da rejeição, o autoisolamento não só como reflexo da tristeza de ter tido seu corpo invadido, como também a vergonha do outro. Na trajetória histórico-social do papel social da mulher verifica-se que sua educação foi pautada no exercício da sexualidade para fim reprodutivo e restrito ao espaço privado, sendo designado para si, dentre inúmeras condições, a fidelidade para com o seu marido.

O sexo para a mulher ainda é visto como manifestação de amor e predispõe as relações entre casais no que diz respeito às suas vidas sexuais. Nesse contexto, a violência sexual traz à tona a relação sexual fora do casamento, ou seja, a infidelidade. Considerando que a ideia social da violência sexual contra a mulher é decorrente, geralmente, das incitações femininas, de suas provocações, vestimentas e comportamentos, a tristeza passa a ser um sentimento presente por ser considerada infiel ao seu companheiro. Diante dessa vergonha e dessa suposta “infidelidade” as mulheres que vivenciam violência sexual tendem a se autoisolar.

... uns 4, 5 meses fiquei assim contida. (Entrevistada 01)

Aí eu fiquei mais deprê ainda com a rejeição do meu ex-namorado depois que soube da violência. (Entrevistada 03)

... tinha dias que eu não conseguia nem mesmo estudar. Ficava o dia inteiro deitada. (Entrevistada 06)

O ser humano tem necessidade de segurança no que diz respeito à proteção de si mesmo, da família e da comunidade. Associado a essa necessidade tem-se a importância do amor próprio, autoestima e autoconfiança. Essa autoestima faz com que a pessoa sinta-se mais útil e valorizado junto à sociedade. A vivência da violência sexual destrutura essa autoestima, ocasionando uma sensação de inferioridade, vergonha e distanciamento social. Quanto menos seguros nos sentimos, mais nos afastamos das relações interpessoais, mais desmotivados nos tornamos.

Não tava querendo ir pra igreja. Não tava querendo ir pro trabalho. Não tava querendo fazer mais nada. (Entrevistada 03)

É só uma tristeza que dava que eu não conseguia levantar. (Entrevistada 06)

A tristeza também esteve presente na memória dessas mulheres. As consequências de uma experiência traumática afetaram os pensamentos dessas mulheres. O trauma fica registrado em sua memória onde qualquer situação que se assemelhe ao momento da violência ou que a faça reviver os sentimentos ruins daquela adversidade, a deixa triste.

... começou a voltar tudo de novo. Todas as imagens, todas as lembranças, começou a voltar muito. Assim eu to meio chorando de novo. (Entrevistada 02)

... às vezes o pensamento vem na mente. O triste acontecimento vem na lembrança, porque aconteceu dentro do meu quarto e onde eu olho, às vezes, eu lembro do acontecimento. (Entrevistada 03)

... me dá uma tremedeira assim de tristeza quando eu lembro da violência. (Entrevistada 05)

Eu evito ficar revivendo aquilo, porque não traz nada de bom. (Entrevistada 06)

As consequências decorrentes da violência sexual não afetam somente a memória, atingem também o campo de ação, de iniciativa e de objetividade na vida³⁴. Isto nos permite também afirmar que essas mulheres construíram atitudes de proteção diante dessa tristeza, ou seja, estratégias de enfrentamento da adversidade, uma vez que a reflexão e o estar sozinha, as protegem de novas adversidades.

Outro sentimento apresentado pelas entrevistadas e não menos importante foi o da perda. Embora esse sentimento tenha sido exteriorizado somente por duas depoentes ao afirmarem a perda do prazer sexual e da liberdade de ir e vir, ele está implícito em todo o decorrer das falas das mulheres de nosso estudo.

A perda está presente no sentimento de medo quando se perde a liberdade de ir e vir e de relacionar-se. Encontramos na tristeza quando entendemos que muitas dessas mulheres, em um primeiro momento, perderam a alegria em suas vidas. E identificamos também na culpa, ao afirmarmos que nessas mulheres há a perda do respeito e da dignidade.

Em relação às perdas verbalizadas pelas depoentes deste estudo, os distúrbios sexuais tiveram sua explicação além dos problemas físicos acarretados. Sabe-se que a violência sexual expõe a mulher a inúmeros problemas ginecológicos, tais como: ISTs, HIV/AIDS, lacerações, doenças pélvicas inflamatórias. Entretanto, a repercussão de tal adversidade afeta principalmente o psicológico dessas mulheres.

A mulher foi educada quanto à importância de entregar-se ao homem que ama. A relação sexual com alguém vai muito além do físico, envolve amor, respeito, cumplicidade e fidelidade. Ao vivenciarem violência sexual, as mulheres têm esse “sexo romântico”

desconstruído e não vêem mais significado em praticarem tal ato. Passam a ter relação sexual como uma obrigação de um casal, para satisfazerem a vontade de seus namorados, maridos ou afins. Além disso, trazem registrados na memória marcas da violência vivida que quando despertadas emergem através de diferentes manifestações da violência ocorrida.

Dói [a relação sexual]. Às vezes nem tá doendo, a pessoa não tá fazendo nada pra doer e dói. (Entrevistada 01)

Não vou dizer a você que continuo a mesma pessoa de sempre em relação a sexo. A minha vontade caiu bastante. Mas eu faço um esforcinho pra agradar e tal. (Entrevistada 06)

O sexo para mulher vai além da satisfação física do desejo e da sensação de prazer alcançada. Envolve estabelecer uma relação fortemente marcada pelo respeito, amor, carinho, o qual conseqüentemente leva a um relacionamento prazeroso¹²⁵.

As mulheres são educadas para vivenciarem uma relação sexual permeada de um contexto romântico, onde o sexo é um meio de assegurar sua proteção junto ao homem. Nesse sentido, a violência sexual interrompe essa ideologia feminina acarretando transtornos em sua concepção de amor e sexo nos seus relacionamentos.

... tem pontos se as pessoas tocarem eu não sinto mais como o pescoço, como outras coisas também eu não sinto mais. E eu sei que antes eu sentia. (Entrevistada 01)

... se ele [meu marido] falasse alguma palavra que o cara tinha me falado, voltava [a lembrança da violência]. (Entrevistada 02)

Não encontramos em nosso estudo relatos de aversão ao sexo, porém identificamos dificuldades desenvolvidas após a violência vivida. Os distúrbios sexuais são frequentes nas mulheres que vivenciam violência sexual e muitas delas tendem a reduzir permanentemente suas atividades sexuais, desenvolvendo completa aversão à prática sexual com homens^{23, 126}.

A outra perda referida foi em relação à falta de liberdade. O ser humano possui dentre os inúmeros direitos, o direito à liberdade de ir e vir e à igualdade. Contudo, a violência sexual representa uma violação aos direitos humanos da mulher e, conseqüentemente, limita suas possibilidades na sociedade. É fato que a violência contra a mulher, seja física, psicológica ou sexual, deprecia sua dignidade, seus valores e sua representatividade social. A mulher ao vivenciar qualquer tipo de violência tem violado os direitos de privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual.

A magnitude da prevalência mundial da violência contra a mulher permite refletir que, embora os avanços constitucionais e internacionais tenham sido muito importantes para o reconhecimento do papel feminino na sociedade, ainda são fortes os valores e crenças

patriarcais que regem nossa sociedade. A construção dos papéis masculinos e femininos na esfera pública e privada da supremacia do homem e da submissão feminina, torna-se um obstáculo para a implementação de diversos direitos recomendados pelas convenções e declarações nacionais e internacionais.

O roubo da minha liberdade pra mim foi pior do que qualquer violência sexual em si, porque isso passa entendeu, mas a sensação de que tem alguém atrás de você, de que qualquer lugar escuro é muito ruim... (Entrevistada 06)

O maior problema depois da violência foi o roubo dessa minha liberdade. (Entrevistada 06)

Tivemos na história da humanidade inúmeros avanços, entre eles avanços constitucionais importantes no reconhecimento da igualdade entre o homem e a mulher e avanços sociais significativos da participação da mulher na economia, política e cultura¹²⁷. Entretanto, mediante uma cultura que atribui compreensões e avaliações morais diferentes às atitudes do homem e da mulher, os números de casos de violência contra a mulher são alarmantes e são provas concretas de que muitos desses acordos ainda continuam no papel¹⁰⁹,
127, 128 .

A violência contra a mulher constitui uma violação de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e um obstáculo para que as mesmas desfrutem desses direitos. A violência de gênero torna-se incompatível para dignidade e o valor humano, os quais devem ser combatidos e eliminados.

Na Conferência Mundial sobre Direitos Humanos a violência contra mulher foi identificada como obstáculo ao desenvolvimento, à paz e a igualdade entre os sexos, o que confere a necessidade impreterível dos órgãos governamentais em promover o respeito universal e a observância e proteção de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as pessoas, indiferente de sua raça, etnia, classe ou sexo³⁰.

3.3 A resiliência em mulheres em situação de violência sexual

*Venha para a margem, disse a vida.
Eles disseram: Temos medo.
Venha para a margem, disse a vida.
Eles vieram. Ela os empurrou... e eles voaram.*

Guillaume Apollinaire

Esta categoria evidencia os elementos existentes na vida das mulheres estudadas que auxiliaram no processo de construção de sua resiliência. Constatamos como principais elementos os aspectos individuais (69URs); os aspectos familiares (53 URs); e os aspectos sociais (70 URs), os quais serviram como rede de apoio na construção da resiliência. São mecanismos de proteção que auxiliam as mulheres a tornarem-se capazes de lidar com a adversidade e não sucumbir a ela.

Os mecanismos de proteção individual, familiar e social fornecem às pessoas alicerces para a construção da resiliência diante da adversidade vivida^{76, 81}. Com um contexto afetivo e protetor as mulheres desenvolvem estratégias para o enfrentamento da violência sexual e, conseqüentemente, os danos decorrentes não se tornam tão graves e duradouros.

O entorno para um indivíduo construir a resiliência precisa ser: estável para dar o sentimento de continuidade e de futuro; amoroso para aprender a dar e receber afeto; confiável para oferecer segurança; flexível e aberto às novidades; e respeitoso para poderem colocar em prática os direitos e deveres da vida em sociedade¹².

3.3.1 Aspectos Individuais

Os aspectos individuais ajudam as pessoas a desenvolverem respostas positivas diante das adversidades, facilitando com isso a construção de estratégias de enfrentamento e superação. Esses aspectos não atuam isoladamente no processo de construção da resiliência, porém são importantes para modificar a resposta das pessoas diante dos fatores de risco e com isso minimizar seu impacto.

Buscando aprofundar mais sobre o aspecto individual, baseamo-nos nos cinco fatores indicados por Wagnild e Young⁸⁷ como importantes no processo de construção da resiliência e que se encontram relacionados à condição individual. São estes: o sentido de vida, a autoconfiança, a serenidade, a autossuficiência, e a perseverança.

Nos depoimentos, o sentido de vida foi o aspecto individual que mais se destacou (20 URs). Seguido a ele, identificamos o aspecto autoconfiança com um total de 16 URs; a serenidade (9 URs), a autossuficiência (6 URs) e a perseverança (4 URs).

As entrevistadas apresentaram em suas falas a presença do fator sentido de vida, o qual foi exposto através de depoimentos de continuidade das atividades e dos planos traçados anteriormente à ocorrência da violência, o respeito a si próprio e a presença da religião como norteadora em suas vidas.

Entendemos o sentido de vida quanto à competência das mulheres em não permitir que a vivência da violência sexual interrompesse seus planos, sonhos e anseios, como sendo manter-se motivadas em continuar traçando, construindo e realizando sonhos e planos. Sabemos que a vida em todo o seu caminho apresenta às pessoas inúmeros obstáculos, o que explica a resiliência como um processo dinâmico e constante, entretanto com motivação, autoestima e apoio a pessoa encontra e retoma sua vida.

Dando certo ou errado, estando feliz ou triste, eu acho que pra mim é importante eu ser eu. (Entrevistada 01)

Vou retornar ao tratamento de fertilização. (Entrevistada 02)

... to levando a minha vida normalmente. (Entrevistada 03)

Pinheiro¹²⁹ afirma que as mulheres tendo capacidade de dar um sentido em suas vidas, conseguem desenvolver uma base suficiente para enfrentar a adversidade. Ter sentido de vida é importante para avaliar os momentos estressores, buscar recursos e aprender com a experiência, aliando esta à visão de futuro promissor^{130, 131}.

Depois que aconteceu a violência, depois de 7 meses eu casei. (Entrevistada 04)

Eu não mudei exatamente nada da minha rotina. (Entrevistada 05)

No dia seguinte ou no final de semana seguinte eu fui ao cinema com um casal de amigos, eu e meu marido. (Entrevistada 06)

Assis, Pesce e Avanci¹² referem que mesmo havendo uma possibilidade de acomodação na vida, manter relações afetivas, atividades produtivas, estudos e satisfazer as necessidades básicas, ajudam as pessoas na construção e manutenção de sua saúde mental.

Verificamos também que uma das mulheres buscou na religião o sentido da vida, a explicação para o que aconteceu assim como, o apoio para seguir em frente.

Se aconteceu a violência comigo foi pra eu ficar mais atenta e para ter mais força e mais fé naquilo que os irmãos, que o pastor e que meu próprio pai vem falando: 'Que tem que ter Deus no seu caminho'. (Entrevistada 03)

Anjos e Baltazar¹³² acrescentam que após a adversidade a onipotência dos pensamentos não é alcançada o que acarreta a criação de um ser onipotente, que salvará a pessoa e o livrará da culpa. Ainda os mesmos autores afirmam que essa projeção a um vínculo com Deus além de livrar a pessoa da culpa, serve para que consiga enfrentar o problema fora dele mesmo. A religiosidade é tomada como uma maneira de camuflar ou mesmo aplacar muitos agravos.

O segundo fator que identificamos na fala das mulheres foi a autoconfiança que apareceu através da crença de que podem atravessar novas adversidades seja pela experiência vivida seja pela força divina. Esse fator é reforçado por diversos outros fatores que presentes nas mulheres ajudam muito no processo de construção da resiliência, tais como: autoestima; autoeficácia; autoavaliação; empatia e confiança na rede familiar e social.

... eu sempre superei as coisas Graças a Deus... não tem o porquê de eu ter medo de ser feliz.
(Entrevistada 01)

Sempre pedindo a Deus força de vontade e coragem pra enfrentar o que tiver que vir pela frente. (Entrevistada 03)

... quando eu começo a querer entrar nesse processo de melancolia eu lembro: “Gente peraí. Eu quase morri. Eu fui maltratada pra caramba. Quase podia ter perdido minha vida.” Vamos levantar esse astral, porque eu quero ser feliz, eu mereço... (Entrevistada 05)

A autoconfiança diz respeito à crença em si mesma para atravessar as adversidades e continuar firme com seus planos e anseios⁶⁷. Costa e Bigras¹³³ afirmam que encorajar a mulher e fornecer-lhe suporte para o desenvolvimento da autoconfiança, promove sua autoestima e, conseqüentemente, sua resiliência diante da violência sexual. Quanto menos autoconfiança, perseverança e vontade de superar a mulher apresentar, maior serão as manifestações negativas decorrentes da violência sexual.

Fundamental no processo de construção da resiliência é a maneira com que as pessoas percebem sua própria capacidade de lidar com as adversidades e controlar seus resultados. A percepção de si mesmo e as suas compreensões internas após a ocorrência do trauma são preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não. As pessoas que possuem suas compreensões de enfrentamento, procurando “modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos”¹³⁴.

A serenidade foi o terceiro fator encontrado. Identificamos nas falas sua presença quando as mulheres referiram que após a ocorrência da violência passaram a ter mais tranquilidade para resolver as coisas, amadurecimento para tratar do assunto da violência com o parceiro e desenvolveram uma compreensão da violência sexual vivida.

Agora eu esperar é a melhor opção sabe? Pra ver até que ponto. Se a pessoa continuar comigo, ela é meu amigo, ela vai ficar comigo. (Entrevistada 01)

Agora já to mais tranquila. (Entrevistada 02)

Em nosso estudo uma (1) entrevistada vivenciou a violência sexual praticada por um conhecido, no caso o namorado da época. Nesta mulher a serenidade foi demonstrada quando afirmou que se tornou mais tranquila, calma na busca de encontrar alguém para relacionar-se afetivamente. E, que aprendeu a aguardar os acontecimentos naturais das coisas a fim de diminuir seu risco de vivenciar uma nova violência sexual. Parece-nos que neste caso temos um resgate da autoestima, o que significa desenvolver atitudes de aceitação de si própria, credibilidade em suas capacidades e seus valores.

Agora eu tenho paciência de investir, de esperar, de finalmente agora conquistar alguém a tal ponto da pessoa me esperar. De escolher quem espera a gente... (Entrevistada 01)

Eu tenho que ver até que ponto vale a pena pra mim. Se não der certo, até que ponto aquilo me atinge, me incomoda. (Entrevistada 01)

As demais entrevistadas apresentaram serenidade em lidar com os problemas. Tal fato é demonstrado quando estas apontam que não falam toda hora da violência vivida, compreendem a adversidade como uma coisa possível de acontecer, natural e tendo um propósito para sua vida.

A resiliência é entendida quando, no caso, a mulher vivencia uma adversidade, enfrenta-a e com sabedoria e apoio supera-a. Entendemos que para que seja possível estabelecer esse apoio é importante a comunicação da adversidade, o dividir o sofrimento como forma de pedir ajuda. Para isso é necessário o estabelecimento de parcerias e relações de respeito, confiança e ajuda. Cabe dizer que, uma vez tendo sido esclarecidas todas as questões e arestas do problema, ficar revivendo e relembrando a violência sexual não se apresenta como estratégia adequada para a superação.

É como se não tivesse acontecido assim né. A gente [eu e meu marido] já conversou e tal. Mas assim a gente ta levando a vida em frente sem... sem ficar toda hora tocando no assunto, vivenciando a história e tal. (Entrevistada 02)

A comunicação tem a função de transmitir informações factuais, opiniões e sentimentos e representa a natureza dos relacionamentos. Ela é fator importante no funcionamento familiar, na qual os esforços de intervenção para a construção da resiliência é pautada na capacidade que cada um tem de expressar com clareza e resolutividade os

problemas¹¹. Contudo, reviver a violência vivida faz desgastar o presente, traz a tona sentimentos ruins e acarreta repercussões desfavoráveis a cada membro envolvido nessa relação¹³⁵.

A respeito da compreensão da violência sexual vivida as mulheres trouxeram em suas falas a violência como uma condição esperada em sua vida, com um propósito para acontecer ou algo que poderia acontecer a qualquer pessoa (natural).

E eu nunca me senti culpada porque eu sabia que tinha um propósito. (Entrevistada 03)

... eu posso passar por coisas difíceis de novo se vier, porque eu sei... eu entendo tudo como um propósito. (Entrevistada 04)

Na minha cabeça é só uma coisa que pode acontecer com qualquer pessoa e, infelizmente, aconteceu comigo. (Entrevistada 06)

Embora em suas falas esse entendimento transmita certa serenidade, podemos dizer que tal postura é reflexo da educação da mulher em nossa sociedade patriarcal, podendo expressar certo conformismo. A violência sexual contra a mulher a reduz a um objeto, onde o homem tem o direito social de extravasar sua agressividade e seu desejo.

A mulher foi educada pela sociedade, Igreja e Medicina, para ter como função satisfazer o homem. E, tais condições permitiram que a violência à mulher (violência de gênero) fosse inclusive considerada aceita socialmente. A mulher sempre é considerada responsável e merecedora da violência vivenciada.

Infelizmente, o entendimento da sexualidade masculina como necessidade e impulso biológico instintivo aplicado sobre a sexualidade feminina, regulariza a dominação, o controle e a violência sexual contra a mulher⁵⁴.

O quarto fator destacado nos depoimentos foi a autossuficiência que apareceu nos relatos através de falas que apontavam a capacidade em realizar atividades por conta própria. Entendemos a autossuficiência como a capacidade da mulher de se manter, em algumas situações, suficientes por si só. Esta autossuficiência reflete-se na realização de atividades cotidianas que passaram a ser difíceis de serem realizadas a partir de uma adversidade. Sabemos que a violência sexual acarreta transtornos psicológicos que geram medo, vergonha, baixa autoestima. Impedem, em alguns casos, as mulheres de realizarem atividades cotidianas. Contudo com a associação dos diversos fatores individuais de proteção – sentido de vida, perseverança, autoconfiança, serenidade essas mulheres conseguem superar seus traumas e desenvolver atividades de forma a alcançar a condição de autossuficiente.

Agora já ando sozinha. (Entrevistada 01)

... eu já ando sozinha, já não fico com mais tanto medo de andar sozinha... (Entrevistada 02)

Mas logo depois eu me recuperei. Saí de novo sozinha, porque eu tinha que voltar a trabalhar. Aí tive que ir sozinha. (Entrevistada 04)

As pessoas que conseguirem desenvolver maneiras de lidar com a adversidade e tentar modificar positivamente suas consequências, conseguem superar os traumas com mais facilidade. A mulher quando recupera sua competência de falar, de agir e de ir e vir, ela retoma a condição de sujeito, ou seja, ela readquire parcialmente seus direitos humanos^{136, 137}.

Todavia, a resiliência não é constituída somente com características individuais, necessita também de uma relação significativa da família e da rede social. “Falar em resiliência em termos individuais constitui um erro fundamental”¹³⁸. A resiliência é um processo, uma transformação da mulher que insere seu desenvolvimento numa sociedade e escreve sua história numa cultura.

Finalizando os aspectos individuais temos o quinto fator encontrado - a perseverança. Este emergiu nos depoimentos das mulheres através de relatos de atitudes de persistência em modificar ou vencer os traumas acarretados pela violência vivida. Na violência sexual, a perseverança torna-se presente quando a mulher encoraja-se para continuar na vida com seus planos pré- estabelecidos e com o crescimento pessoal adquirido com o enfrentamento da violência.

... é um direito meu, até uma persistência minha ser sempre quem eu sou, em qualquer situação. (Entrevistada 01)

... comecei a andar distancias pequenas até poder andar sozinha assim de ônibus. (Entrevistada 02)

... hoje em dia eu me forço a fazer certas coisas, tipo parar pra olhar uma loja no meio do caminho. (Entrevistada 06)

Walsh¹¹ define perseverança como a capacidade de enfrentar bem e persistir diante da adversidade opressiva. Retratando possíveis consequências nocivas da violência sexual à mulher, a perseverança nessa situação pode significar a manutenção dos planos de vida traçados anteriormente à ocorrência da violência, assim como ser tenaz e determinada em conseguir superar traumas da violência.

3.3.2 Aspectos Familiares – o apoio estrutural

Esta subcategoria caracteriza o papel dos familiares no processo de construção da resiliência. O núcleo familiar pode ser constituído pelos: companheiros, pais, irmãos, tios, primos, ou seja, pessoas com grau de parentesco e que foram identificadas pelas mulheres que vivenciaram a violência sexual como importantes no enfrentamento da adversidade. Das seis (06) mulheres entrevistadas, cinco (05) referiram ter tido apoio de sua família (51 URs) e que esse apoio foi fundamental na superação da adversidade.

... todo mundo assim junto né no dia do ocorrido. Assim foi importante. (Entrevistada 02)

Você conseguiu reagir da violência se você tiver principalmente a família... (Entrevistada 03)

A entrevistada que não referiu apoio familiar, afirmou que não considerou importante contar para o companheiro e/ou irmãos uma vez que, segundo ela, não iria acrescentar em nada, somente iria aguçar o sentimento de pena deles. Referiu que sua relação com os irmãos não é de conversas íntimas nem de trocas de afeto. Ela considera que ao criarem novas famílias eles têm que se preocupar com sua esposa e filhos e não com ela. Além disso, ela aponta que seu companheiro tem pensamentos machistas e entende que as mulheres que vivenciaram violência sexual fizeram por onde, ou seja, para ele elas provocaram.

... ele [meu marido] acha que..., ele já falou várias vezes: que a mulher que é estuprada é porque ela quis. Porque ela que seduziu. E eu fiquei pensando: ‘Hum! Tolinho não sabe nada (Entrevistada 05)

Diante dessa concepção, a entrevistada não revelou a violência vivida já que o sentimento de culpa ia lhe ser imposto ao invés de apoio. Na verdade constatamos em sua fala, a violência cotidiana de violência psicológica e de gênero em seu ambiente intrafamiliar. A violência de gênero e, conseqüentemente, a violência psicológica dessa mulher é retratada pela violação da honra, onde seu companheiro através da calúnia, difamação e injúria, responsabiliza as mulheres, inclusive ela, pela vivência da violência sexual. Tal atitude nada mais é que exteriorização da formação patriarcal de nossa sociedade que associa a imagem da sexualidade feminina à sedução, à traição e a levar o homem a caminhos de desonra da moral – como se o mesmo tivesse isento de sua participação nas relações interpessoais⁴².

As mulheres que referiram apoio familiar destacaram o quanto este foi importante no enfrentamento da violência sexual vivida. E apontaram que o mesmo foi estabelecido a partir de uma escuta sincera, palavras de incentivo, presença constante e companhia no tratamento.

Minha mãe me ajuda. Até agora sim. (Entrevistada 01)

... principalmente meu irmão depois que soube desse acontecimento, ele sempre fica me ligando, me dando atenção... (Entrevistada 03)

... todos nós (minha família) somos muito unidos, todos ficaram perto de mim. (Entrevistada 04)

A minha mãe não fala muito sobre isso não. Ela só fica do meu lado, me abraça. (Entrevistada 06)

A família estruturada constitui o porto seguro do indivíduo. Quando consegue oferecer aos seus membros suprimentos para sua sobrevivência – lar, segurança e alimentação; seu desenvolvimento – afetivo, cognitivo e social; e seu sentimento de aceitação e de se sentir amado, a família torna-se base para o desenvolvimento da personalidade de qualquer ser humano.

A família é fundamental na formação e desenvolvimento da estrutura de vida do indivíduo. É o primeiro ambiente no qual se desenvolve a personalidade de cada novo ser. É vista como o primeiro espaço psicossocial, modelo das relações a serem estabelecidas com o mundo. É a matriz da identidade pessoal e social, uma vez que nela se desenvolve o sentimento de pertinência, de independência e de autonomia¹³⁹.

Sabemos que os núcleos familiares vêm se transformando no decorrer dos tempos, acompanhando as alterações religiosas, econômicas e socioculturais. Contudo sua função protetora e de socialização são mantidas no que diz respeito a desenvolverem papel fundamental no apoio de seus integrantes diante da adversidade.

As relações familiares baseadas no apoio, segurança e respeito foram destacadas pelas mulheres como alicerces necessários para reconstruir sua autonomia. Tais relações permitem estabelecer outros vínculos, outras bases relacionais com colegas de trabalho, vizinhos, amigos entre outros. Somado a isso, essa relação de afeto ajuda a construir a autoestima que é um fator fundamental na construção da resiliência. Não se tem dúvidas de que uma relação familiar afetuosa favorece ao desenvolvimento da resiliência pela mulher.

Entretanto, entendemos que para esse vínculo de confiança e apoio é preciso construir entre os membros da família uma comunicação clara e verdadeira. A verbalização da adversidade possibilita que os outros integrantes consigam identificar o problema, compreender sua dimensão e, juntos, estabeleçam condutas de apoio e superação da violência

sexual vivida. Nesse sentido, verificamos que cinco (05) entrevistadas contaram para pelo menos um ente da família e recebeu deste o apoio fundamental para sua superação.

[Minha mãe] sabe. (Entrevistada 01)

... assim minha família mais próxima né que mora ali [na vila] que sabe. (Entrevistada 02)

Meu tio depois que soube da violência me deu apoio... (Entrevistada 03)

O apoio do meu noivo que hoje é minha verdadeira família também foi importante. (Entrevistada 04)

Meu marido foi meu maior apoio. (Entrevistada 06)

Walsh¹¹ afirma que o funcionamento da família é melhor quando conseguem através da comunicação extrair o significado do que aconteceu, esclarecem o que podem prever e determinam a melhor forma de lidar com a situação. Ainda segundo a mesma autora, as adversidades tornam-se mais compreensíveis e administráveis quando seus significados e suas repercussões são discutidos abertamente no núcleo familiar.

A confiança estabelecida com algum membro da família encoraja e reforça a importância de um compartilhamento aberto e honesto das emoções. Essas emoções quando não faladas e guardadas para si podem acabar sendo expressas em sintomas emocionais ou físicos nocivos à pessoa ou virem à tona no relacionamento com o outro ou no contexto da vida¹¹.

Contudo para que se estabeleça uma comunicação é preciso que do outro lado tenha alguém disposto a escutar. A pessoa que se disponibiliza a escutar a mulher passa a dividir um momento íntimo dela e consegue compreender o significado da adversidade para ela. A escuta quando realizada de forma sincera e completa torna-se um valioso instrumento de ajuda.

... mas a pessoa [namorado] pelo menos me escuta. (Entrevistada 01)

Todas [as pessoas com quem me relaciono] sempre me escutaram. Aparentemente dizem me entender. (Entrevistada 01)

É comum verificarmos como reação humana diante de situações adversas, o indivíduo realizar uma catarse daquilo que lhe causou um agravo. É um desabafar de acontecimentos, ora comunicativo, ora apelativo. Essa reação pode ser explicada pelo fato da pessoa precisar ser escutada para que ordene e organize sua experiência e mesmo que a solução pareça distante ou impossível, o simples falar traz um alívio imediato para ela.

O ato de escutar vai além da capacidade auditiva da pessoa. Significa estar disposto para a fala, ao gesto e às diferenças do outro^{140, 141}.

Compreendemos que quando a pessoa não é escutada ela pode entender que não merece atenção ou não se interessam por ela. Com isso, a não escuta pode estimular o sentimento de desvalorização, conseqüentemente desenvolvendo na pessoa sentimento de culpa e baixa autoestima.

Entendemos que a violência sexual vivida pela mulher acaba atingindo também a família e a maneira como esta enfrenta a adversidade, resistindo aos transtornos e reorganizando-se eficientemente possibilita a resiliência da mulher assim como um sentimento de respeito, confiança e autoestima.

3.3.3 Aspectos Sociais – a rede de apoio ampliada

Ainda na construção da resiliência verificamos que a mulheres investigadas referiram ter tido o apoio social (70 URs) para transpor o trauma da violência sexual vivida. As mesmas destacaram o apoio demonstrado pelos amigos, colegas de trabalho, profissional de saúde e na própria religião.

As pessoas que estavam bem próximas de mim é que souberam. (Entrevistada 04)

... meus amigos me surpreenderam. Assim de sair do trabalho e ir lá pra casa fazer comida pra mim. De passar a noite comigo. De tentar me animar. (Entrevistada 06)

Entendemos, a partir dos depoimentos, que a rede social tem inúmeras funções junto à mulher, tais como: promover a convivência em sociedade, oferecer apoio emocional, responsabilidades e papéis sociais e prestar outros serviços de apoio. Para o apoio ser eficiente e oferecer acolhimento, proteção, estímulo de luta e de força para realizar conquistas é preciso que seja efetivo e coeso.

Todas essas funções confluem na determinação de um importante subsídio junto às mulheres com o sentido de propiciar competência e determinação individual, ou seja, o fortalecimento da autoestima e reconhecimento de si mesmo como ser capaz e integrado em um contexto sociocultural.

O restabelecimento da participação positiva na sociedade pelas mulheres que vivenciam violência sexual, possivelmente acaba por contribuir para a interrupção de um possível ciclo de violência e, conseqüentemente, promove a resiliência diante de tais adversidades vividas.

A rede de apoio social existente na vida das pessoas pode ser definida como um conjunto de sistema e pessoas significativas que compõem os relacionamentos recebidos e percebidos pelo indivíduo¹⁴². É considerada uma importante dimensão do desenvolvimento humano, constituindo uma interface entre a pessoa e o sistema do qual ela faz parte¹⁴³.

Em nosso estudo a amizade foi um dos apoios sociais que surgiram e que foi destacado como fator importante para a construção da resiliência. A presença dos amigos e a relação bem estruturada com esse núcleo da sociedade oferecem as mulheres, através do sentimento de apego positivo, capacidade para desenvolver estratégias de superação. Elas destacaram que a força e o companheirismo prestado pelos amigos ajudaram-nas em seu fortalecimento para reagir aos agravos decorrentes da violência sexual vivida além de fornecerem um sentimento de proteção.

Ele [meu amigo] teve preocupação com várias áreas na minha vida, na saúde, no remédio, em tudo. (Entrevistada 01)

Foi importante com certeza o apoio dos amigos. (Entrevistada 02)

Você consegue reagir da violência se você tiver amigos... (Entrevistada 03)

... meus amigos foram muito importantes pra mim. (Entrevistada 06)

A relação de amizade promove afeto, intimidade e confiança e que com isso reconhecem a consideração positiva e o cuidado que um tem pelo outro como uma oportunidade de experimentar sentimentos positivos e construtivos^{144, 145}.

As interações proporcionadas pelas amizades favorecem a delimitação da identidade social, a construção de habilidades e competências sociais bem como o desenvolvimento individual de autoestima e autoeficácia. Os amigos são geralmente pessoas escolhidas para o convívio a partir da afinidade. Gera cumplicidade, fortalecimento pessoal e coletivo e desenvolvimento individual e coletivo. Os sentimentos e atitudes provenientes dessas relações de amizades são também determinantes no processo de construção da resiliência.

Entendemos com isso que a relação estabelecida positivamente entre amigos torna-se um fator de proteção diante as adversidades, reduzindo os sentimentos de ansiedade, medo, solidão e estimulam atividades de criatividade e aprendizado de novos caminhos.

Identificamos também na fala das depoentes o apoio dos colegas de trabalho nesse momento de superação da adversidade. Este apoio foi retratado tanto pela compreensão do chefe, através do incentivo ao retorno as atividades anteriores mesmo após o tempo de ausência, ou na própria dispensa das atividades trabalhistas para realizarem os tratamentos

necessários, assim como, no restabelecimento da relação com os colegas de trabalho, como uma maneira de voltar à ativa e de ter alegria de viver.

E as colegas de trabalho também me apóiam, são super amigas. Sempre tão brincando. (Entrevistada 03)

Meus chefes me deram assistência. Se preocuparam comigo. (Entrevistada 04)

... como eu trabalho numa escola só meu diretor ficou sabendo porque ele tinha que me dar uma licença. (Entrevistada 02)

Minha orientadora do mestrado e esse professor que é praticamente meu orientador também ficaram sabendo, pois eu precisava explicar o que estava acontecendo. (Entrevistada 06)

Embora o vínculo entre os colegas de trabalho não sejam tão profundos quanto à amizade, ter a compreensão dessas pessoas além de ajudar a diminuir as lembranças ajuda a minimizar o sentimento de medo da perda do emprego uma vez que precisam ausentar-se para cuidarem de si. Essas atitudes favorecem a construção ou manutenção de relações saudáveis assim como o sentimento de valorização, importantes para a autoestima, logo para a construção da resiliência.

Apoiaram. Continuou tudo normal (no trabalho). (Entrevistada 01)

[O diretor da escola] Apoiou. (Entrevistada 02)

Eu vi também como uma força o incentivo dos meus chefes em me estimularem a voltar ao trabalho. (Entrevistada 04)

... o meu patrão da época ele veio me buscar pra me levar pra eu ir tomar a outra vacina em Vila Isabel. (Entrevistada 05)

No contexto do trabalho a construção de recursos adaptativos que preservem a relação saudável entre o ser humano e seu trabalho favorece a formação da autoestima, a busca de significado para a vida, a esperança, a preservação da identidade, a autoafirmação da resiliência¹⁴⁶.

A religião também foi identificada na fala de duas (2) entrevistadas como importante nesse processo de superação da violência sexual vivida. A religião ajudou-as na superação da violência vivida através da força divina presente em suas vidas. Acreditam que foram capazes de atravessar o trauma da adversidade em decorrência da força que Deus provinha. E, em alguns momentos consideraram está força a mais importante no processo de construção da resiliência.

Tanto faz sendo crente não sendo crente, tem que ter Deus no caminho, porque sem Deus você não consegue. (Entrevistada 03)

Deus principalmente foi quem me deu forças que assim varias vezes quando eu pensava no começo porque aconteceu isso, eu logo tinha uma paz no meu coração quando... porque eu sentia... assim algo de Deus pra minha vida. (Entrevistada 04)

A crença em um Deus ou fazer parte de uma religião constrói uma estrutura fortificada no interior das pessoas, as quais se sentem fortalecidas diante a adversidade. O envolvimento religioso passa com isso a servir como um fator de proteção do sofrimento psicológico dessas mulheres e representa apoio no enfrentamento da violência vivida assim como um estímulo a mudança de atitudes.

Acho que deve ser Deus mesmo [que me dá forças]. (Entrevistada 01)

... ali no retiro eu vi que... o que Deus fez na vida daquelas mulheres: a superação delas e que Deus tava me curando ali naquele momento através do testemunho daquelas mulheres. (Entrevistada 04)

...eu senti muito o amor de Deus por mim quando eu tava passando por tudo. (Entrevistada 06)

As crenças e práticas religiosas auxiliam numa melhor saúde física e mental, onde alguns estudos^{147, 148} verificaram que a religião melhora a sensação da dor, a debilidade física, a pressão arterial, ameniza o impacto do câncer. Já na saúde mental aumenta a satisfação de vida, bem-estar, esperança, otimismo e diminui os níveis de ansiedade, depressão e abuso de substancias.

O envolvimento em religiões, segundo Lawler e Younger¹⁴⁹, pode proporcionar esse aumento na autoestima e no significado de vida das pessoas, auxiliam-nas no processo de construção da resiliência diante a adversidade.

Entretanto, embora não tenha sido apresentado por nenhuma entrevistada, sabemos que a religião também pode desenvolver-se na vida das pessoas como um fator de risco. A religião fanática acaba impedindo que a pessoa enfrente realmente a adversidade, exacerbando nelas o sentimento de vergonha, culpa e punição.

A religião em nossa compreensão promove conforto, força em enfrentar os problemas, constitui uma energia positiva que ajuda as mulheres, assim como seus familiares e outras redes sociais de apoio, na construção de sua resiliência. Entretanto, a mulher tem seu papel social construído sob fortes ideologias machista de dominação e submissão, onde a Igreja teve grande participação nessa construção histórica. Quando a Igreja incorpora em suas ações essa visão discriminatória da mulher, pode estar imputando nela o sentimento de culpa da violência sexual e diminuindo ainda mais sua autoestima e sua valorização. A religião nesse contexto passa a exercer um efeito nocivo na saúde das mulheres uma vez que utiliza as

crenças religiosas para justificar comportamentos socioculturais negativos ou, em alguns casos, substituir cuidados de saúde tradicionais¹⁴⁷.

Encontramos também em nosso estudo o relato de duas entrevistadas sobre o papel da profissional de saúde na sua vivência da violência sexual. Uma referiu sobre a ação da assistente social, do seu trabalho que a orientou sobre a necessidade de procurar um hospital e a acompanhou nesse atendimento e em posterior conversa com a mãe. A segunda referiu que a Instituição que foi atendida dispunha de profissionais que muito lhe ajudaram.

Ela [a assistente social da empresa que eu estagiava] pegou e falou que tinha que conversar comigo e tinha que chamar meus pais caso eu não viesse aqui [no hospital] para saber o que tava acontecendo. (Entrevistada 01)

... as pessoas ali na Fernando Magalhães. Elas me deram muita força. (Entrevistada 05)

... [a assistente social] foi conversar com minha mãe na minha casa pra seguir os outros tratamentos que tinham que ser feitos. (Entrevistada 01)

Os profissionais de saúde, no contexto da mulher em situação de violência sexual, desempenham importante papel na detecção dos fatores de risco e de proteção para tal adversidade. Para isso, é importante que esses profissionais, estejam eles nas unidades de saúde ou nos locais de trabalho da mulher, tenham conhecimento e consciência sobre a violência sexual, tornando-se capazes de identificar tal adversidade, encaminhar ao tratamento indicado, encorajar a exteriorização dos sentimentos decorrentes da violência, dispor de uma escuta sensível e compreensível para esses sentimentos, oferecer o apoio indispensável para a segurança dessas mulheres assim como estimular sua independência, autoestima, autoconfiança e iniciativa para criarem estratégias de *coping* diante a violência sexual vivida.

Machado, Leitão, Holanda¹⁵⁰ afirmam que ao profissional de saúde convém adquirir capacidade de compreender e entender o indivíduo diante suas complexidades, dimensões ampliadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas.

No entanto, sabemos também que vários casos de violência sexual ficam ocultos, principalmente os casos de violência conjugal, e o tratamento dessas mulheres acabam encaminhando-se somente para os sinais e sintomas dos agravos à saúde dessas mulheres.

A reprodução desse tipo de atendimento da profissional de saúde em que as mulheres não têm a situação da violência valorizada e consideram-se os sinais e sintomas é, possivelmente, decorrentes da falta de capacitação e sensibilização dessa profissional ou, ainda da dificuldade em lidar com tal situação que o coloca face aos seus valores e crenças, repercutindo no envolvimento e adesão da mulher ao tratamento^{116, 151}.

Percebemos então que o apoio social, assim como a família, quando oferecido de forma segura e significativa, proporciona às pessoas elementos necessários para a construção da resiliência. A partir desse apoio recebido a mulher passa a ter capacidade de efetuar trocas com outras pessoas e, conseqüentemente, construir uma base estável ao longo de suas vidas.

O papel da enfermeira nesse contexto de apoio social ampliado não está somente na condição de fazer, mas também na condição de ser. Ser que faz a diferença na vida da mulher que com vínculo positivo incentiva a construção da resiliência. Visualiza a mulher como um indivíduo que vai além da violência sexual vivida e com respeito aos seus direitos e dignidade estabelece uma relação de desenvolvimento interpessoal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer o processo de construção da resiliência em mulheres em situação de violência sexual foi de grande importância, pois revelou ser uma rica estratégia a ser incorporada na assistência a essas mulheres, principalmente na promoção de sua saúde e, conseqüentemente, da melhoria de sua qualidade de vida.

O estudo mostrou que a violência sexual vivida pelas mulheres entrevistadas é um reflexo da construção sociocultural em que estamos inseridos, na qual a submissão feminina está evidenciada nos atos violentos e nas entrelinhas dos relatos dessas mulheres. As mulheres submersas nessa educação patriarcal não conseguiram se desvencilhar dos sentimentos de medo, tristeza, culpa e perda decorrente da violência sexual vivida e encontram, mesmo que inconscientemente, na concepção de gênero, muitas explicações por terem vivido tal adversidade.

Verificamos que a dinâmica da violência sexual vivida pelas mulheres entrevistadas repercute sobre sua vida e sua saúde a curto e longo prazo. A curto prazo podemos afirmar as conseqüências de isolamento social, sentimentos de baixa autoestima, desvalorização e desmotivação e conflitos pessoais. A longo prazo temos as lembranças eternas da adversidade, sentimentos de medo e desconfiança e as disfunções sexuais.

Evidenciamos em suas falas a existência de uma estrutura favorável para a construção da resiliência. Características individuais de autoestima, autoconfiança e autonomia, rede familiar confiante e presente através de conversa aberta, escuta sensível e companheirismo e rede social estruturada com forte presença dos amigos e da religião, compõem o contexto em que as mulheres entrevistadas encontram-se inseridas.

Para tanto, o apoio social não precisa se reduzir aos amigos e à religião. As instituições de saúde caracterizam-se como campos férteis para que os profissionais de saúde estimulem nas mulheres em situação de violência sexual a reempoderar-se, retomar sua cidadania, seus direitos humanos, o controle de seu corpo e sua saúde, estimular as relações interpessoais saudáveis, reduzindo com isso o impacto da violência. Tornam-se com isso facilitadores na construção da resiliência. É possível perceber que as estratégias de cuidado podem auxiliar as mulheres no desenvolvimento da autonomia, do amor próprio e ao próximo. Esta perspectiva abre novos horizontes para a atuação da enfermeira.

Vimos que a resiliência pode ser desenvolvida em qualquer etapa da vida e que diz respeito à capacidade da mulher vivenciar, enfrentar e superar a violência sexual vivida, o que

a torna fator importante para ser estimulado pela enfermeira a fim de prestar uma assistência integral da mulher. Promover a resiliência nas consultas de Enfermagem é ampliar a promoção da saúde visando o bem-estar e melhoria da qualidade de vida. Criar um bom vínculo profissional-mulher é indispensável para um atendimento integral e efetivo, onde o trabalho da resiliência se dá através de uma escuta aberta e sem preconceitos, uma assistência que auxilie a mulher na construção de um sentido de vida, na recuperação da autoestima e autoconfiança e na reinserção social preservando suas crenças e valores.

É preciso traçar uma perspectiva de atuação diante da mulher que vivenciou violência sexual crítica no que diz respeito à visão de fatalidade. A assistência não se resume a demanda exclusiva de atendimento ao trauma. Trata-se de uma assistência integral e humanizada à mulher marcada por uma adversidade, porém inserida em um contexto sócio-econômico-cultural particular que deve ser valorizado.

A mulher em situação de violência tem sua relação interpessoal e sua vida abalados, requerendo apoio emocional da profissional que lhe presta assistência. Não se trata transmitir à cliente as informações que a enfermeira julga serem importantes a sua saúde. Significa conhecer o contexto da mulher e pensar com ela as demandas, caminhos e soluções. A participação e a responsabilidade da mulher nas ações de seu cuidado, de promoção de sua saúde, transformam-na em sujeito da ação de saúde, dela participando ativamente, respeitando suas peculiaridades individuais, sociais, econômicas e culturais.

Consideramos que para a enfermeira contribuir valiosamente para a promoção da resiliência, é preciso que a mesma, junto com a mulher, identifique e atue sobre os fatores de risco relacionados à violência sexual vivida, sejam os riscos individuais, familiares e comunitários, assim como os fatores de proteção que atuam minimizando o impacto de tal adversidade, favorecendo o enfrentamento e superação por essa mulher que está sendo cuidada.

As ações de cuidado baseadas na resiliência têm como estratégia básica o foco no indivíduo e no grupo social, os quais se encontram expostos à violência, contribuindo para reforçar, viabilizar, desenvolver habilidades e competências individuais e coletivas que permitem às mulheres enfrentarem e superarem a adversidade, consequentemente desenvolvendo uma melhor qualidade de vida e de inserção e convívio social.

A enfermeira deve contribuir com a mulher na identificação e desenvolvimento de suas características resilientes, permitir que ela busque novas condições de vida para que não fiquem acomodadas a adversidade. Com isso, podemos pensar a resiliência como uma nova perspectiva profissional no alcance da promoção da saúde.

Acrescido a isso, a resolutividade da violência sexual à mulher não se resume aos laços familiares e aos serviços de saúde. É preciso discutir esse assunto no cotidiano dos serviços de saúde, definir prioridades para capacitar os profissionais e estabelecer parcerias com outros serviços, uma vez que a violência contra a mulher exige um atendimento interdisciplinar e intersetorial. Acreditamos também que a inserção no cuidado de uma pessoa ou de um grupo identificado pela mulher como significativo em sua vida, auxilia e facilita na construção de sua resiliência.

Considerando a resiliência como uma temática recente no setor saúde, mas de grande impacto na saúde da mulher, há a necessidade de ampliar as reflexões sobre as relações da resiliência com a saúde da população feminina. Investir na instrumentalização das enfermeiras quanto ao seu papel fundamental no processo da construção da resiliência a fim de minimizar os agravos à saúde das mulheres em situação de violência sexual. Ampliar as pesquisas e reflexões da resiliência e sua repercussão sobre a saúde da mulher e fortalecer a inserção da temática da violência contra a mulher e a resiliência nos diversos cursos de formação em saúde.

Destacamos que a enfermeira, quando sensibilizada e disposta a contribuir para modificar o panorama desumano da violência à mulher, torna-se uma das principais agentes na promoção e prevenção de tal adversidade. Para tanto, a enfermeira deve adquirir competência intelectual e técnica durante sua formação acadêmica e profissional além de manter-se atualizada sobre a temática.

Consideramos, a partir da realidade encontrada, que a consulta de enfermagem, assim como quaisquer das práticas de cuidado realizadas pela enfermeira com base em ações estratégicas baseadas nos princípios da integralidade, da humanização e principalmente do diálogo, ou seja, permeadas de acolhimento, da promoção de empoderamento, de autoestima, do autoconhecimento, da crítica e do autocuidado podem ser reconhecidas como ações facilitadoras do processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual.

REFERÊNCIAS

1. Center for Women's Global Leadership. Violência contra a mulher. Brasília; 2003 [acesso em 2007 Ago 29]. Disponível em: <http://www.campanha16dias.org.br>.
2. Ipas Brasil. Ipas e a Violência contra a mulher. Rio de Janeiro; 2007a [acesso em 2007 Jun 02]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/violência.html>.
3. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Fonseca PM, Lucas TNS. Violência Doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas [trabalho de conclusão do curso]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Curso de Psicologia; 2006.
5. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.
6. Fundação Perseu Abramo. 2001 [acesso em 2008 Jun 24]. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/nop/nop.html>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. CN-DST / AIDS. Programa Saúde da Mulher. Norma técnica/oficina pedagógica. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación com el peso ao nascer. Salud Publica Mex. 1996; 38:352-62.
10. Parker B, Mc Farlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women. Rev Obstet Gynecol. 1994; 45: 37-42.
11. Walsh F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca; 2005.

12. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Dell'Aglio DD, Koller SH, Yunes MAM, organizadores. Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
14. Melillo A, Ojeda NS e col. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005.
15. Tavares J. Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez; 2001.
16. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Hague: The Bernard van Leer Foundation; 1995.
17. Higgins GO. Resilient adults: overcoming a cruel past. San Francisco: Jossey-Bass; 1994.
18. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 2001.
19. Tavares FA, Pereira GC. Reflexos da dor: contextualizando a situação das mulheres em situação de violência doméstica. Rev Textos & Contextos. 2007; 6(2): 410-24.
20. Spinoza B. Oeuvres Complètes. Paris: Pléiade; 1988.
21. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
22. Beissman DM. Estudo psicossocial de homens agressores de mulheres notificados na Delegacia da Mulher de Campinas, SP [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.
23. Giordani AT. Violências contra a mulher. São Caetano do Sul: Yendis; 2006.
24. Verucci F. A mulher do ano 2000. In: Costa M, organizador. Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos. A resolução dos preconceitos. São Paulo: Gente; 1994. p. 155-64.

25. Luz MT, organizadora. O lugar da mulher. Rio de Janeiro: Graal; 1982.
26. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes; 2001.
27. Izumino WP. Justiça e violência contra a mulher: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero. São Paulo: Annablume/FAPESP; 1998.
28. Paoli MCP. Mulheres: o lugar, a imagem, o movimento. In: Perspectivas Antropológicas da Mulher. Sobre mulher e violência. 1985; 4: 63-100.
29. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 401-6.
30. Teles MAA, Melo M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2002.
31. Meneghel SN, Barbiani R, Brener C, Teixeira G, Sttefen H, Silva LB et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005 Jan/Mar; 10 (1).
32. Schraiber LL, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comun Saúde Educ. 1999; 3: 11-26.
33. Machado LZ. O que há de novo sobre violência contra a mulher. Fêmea. 2000 Nov; 94: 6-7.
34. Silva MV. Violência contra a mulher: quem mete a colher? São Paulo: Cortez; 1992.
35. Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.
36. Brasil. Lei nº 10.778. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendido em serviços de saúde públicos ou privados. Publicada em 24 de novembro de 2003 [acesso em 2008 Nov 10]. Disponível em: <http://www.leidireto.com.br/lei-10778.html>.
37. _____. Lei 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a

Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Publicada em Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 de agosto de 2006 [acesso em 2007 Dez 10]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

38. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*. 2005 Mar-Abr; 21 (2): 417-25.
39. Cabral MAA. Prevenção da violência conjugal contra a mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4 (1): 183-91.
40. Carreira D, Pandjarian V. Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação; 2003.
41. Almeida SS. Femicídio: algemas (in)visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: Revinter; 1998.
42. Penna LHG. A temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira; 2005.
43. Monteiro CFS, Araujo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2006 Ago; 10 (2).
44. Ipas Brasil. Ipas e Violência contra a mulher: medidas, intervenções e estatísticas. Rio de Janeiro; 2007b [acesso em 2007 Jun 02]. Disponível em: http://www.ipas.org.br/violência_antes.html.
45. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. Reunión Internacional Violencia: ética, justicia y salud para la mujer; 2000. Monterrey: Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey; 2000.
46. Bozon M. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. *Estudos Feministas*. 1995; 3: 122-35.

47. Buckley T, Gottlieb A. Blood Magic: the anthropology of menstruation. Berkeley: University of California Press; 1998.
48. Jacobs CS. Violência sexual no Brasil está entre maiores do mundo, diz ONU. 2004 [acesso em 2008 Jul 16]. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2004/09/040913_habitatcs.shtml.
49. Vilela LGA, Gera NF. A violência física contra a mulher no lar [trabalho de conclusão de curso]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras; 2000.
50. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 15ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
51. Saffioti HIB. Violência de gênero no Brasil atual. Estudos Feministas. 1994; 443-61.
52. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and characteristic from a national sample of women. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1996; 175: 320-4.
53. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Guia dos Direitos da Mulher Saúde. Jornal Fêmea. 2000 Jan; 84 [acesso em 2007 Nov 30]. Disponível em: www.cfmea.org.br/guia/imprimir_detalhe.asp?IDGuia=11.
54. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações Sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2006 Jan; 22(1): 31-9.
55. Saffioti HIB. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR, organizador. Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos/UNICEF; 1997. p. 135-211.
56. Faúndes A, Neto JA, Freitas F, organizadores. III Fórum interprofissional para implementação sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. Femina. 1998; 27(4): 317-21.
57. Costa AM, Moura MAV. Aborto Legal: o desafio de se cumprir a lei. Brasília: Nesp/Ceam/Universidade de Brasília; 1999.

58. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, Análise de Informação e Desenvolvimento de Pessoal em Segurança Pública. Distribuição das ocorrências registradas pelas Polícias Cíveis relativas à Atentado Violento ao Pudor no Brasil entre 2001 – 2003. Brasília: Ministério da Justiça; 2003.
59. Santos MCMFA. Violência contra a mulher. CNDM-MJ [on-line]. 2001 [acesso em 2007 Jun 02]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/c.../r1s120401%20-%20violencia%20contra20Mulheres.ht>.
60. Rifiotis T. Nos campos da violência: diferença e positividade. Cad. Antropologia em Primeira Mão. 1997; (19): 2 – 15.
61. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2000; 16: 129-37.
62. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno Infantil; 2000.
63. Cardoso NMB. Psicologia e relações de gênero: a socialização do gênero feminino e suas implicações na violência conjugal em relação às mulheres. In: Zanella AV, organizador. Psicologia e práticas sociais. Porto Alegre: ABRAPSOSUL; 1996. p. 280–92.
64. Ipas Brasil. Violência de gênero e saúde da mulher. Rio de Janeiro; 2007c [acesso em 2007 Jun 02]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciagen.html>.
65. Foelkel A. Violência sexual e doméstica contra as mulheres no Brasil: reflexões sobre o quadro atual e a atuação de Ipas Brasil. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva. 2004 Nov; (14).
66. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. Enfrentando à violência contra a mulher: balanço de ações 2006-2007.
67. Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2004.
68. Junqueira MFPS. Resiliência e violência: abordagem de situações de maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira; 2004.

69. Noronha MGRCS, Cardoso OS, Moraes TNP, Centa ML. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2): 497-506.
70. Ospina Muñoz DE, Jaramillo Vélez DE, Uribe Vélez TM. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Invest Educ Enferm*. 2005 Mar; 23(1):78-89.
71. Canaval GE, González MC, Sánchez MC. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colomb Med*. 2007; 38 Suppl 2: 72-78.
72. Jaramillo-Velez DE, Ospina-Munoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Rev Salud Pública [online]*. 2005; 7(3): 281-92.
73. Sudario S, Almeida PC, Jorge MSB. Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade. *Psicol Soc*. 2005; 17(3): 80-6.
74. Werner E, Smith R. *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press; 1992.
75. Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*. 1994; VIII. 4.
76. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Njaine K. *Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq; 2008.
77. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 472-7.
78. Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
79. _____. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(1): 81-94.
80. Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

81. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(2): 135-43.
82. Koller SH. Violência doméstica: uma visão ecológica. In: AMENCAR, organizador. *Violência Doméstica*. Brasília: UNICEF; 1999. p. 32-42.
83. Eckenrode J, Gore S. Context and process in research on risk and resilience. In: Garmezy RJH, Rutter M, Sherrod L, editores. *Stress, risk and resilience in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 19-63.
84. Emery RE, Forehand R. Parental divorce and children's well-being: a focus on resilience. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, editores. *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 64-100.
85. Brooks RB. Children at risk: fostering resilience and hope. *American Orthopsychiatric*. 1994; 64 (4): 545-53.
86. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42.
87. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1: 165-78.
88. Sória DAC. *A Resiliência dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar; 2006.
89. Cyrulnik B. Les vilains petits canards. In: Silva MRS, Elsen I, Lacharité C. *Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área*. Paidéia. 2002 Jul.-Dez; 13(26).
90. Alvarez AMS. A resiliência e a história de vida de jovens moradores de rua: a família, os amigos, o sentido de vida. *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*. 1999; 1: 109-16.
91. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.

92. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
93. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública. 1995 Ago; 29(4).
94. Brasil. Lei 8069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Publicado em Diário Oficial da República Federativa do Brasil dia 13 de julho de 1990 [acesso em 2007 Jun 02]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8069.htm>.
95. Cruz Neto O. O trabalho de campo: descoberta e criação. In: Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
96. Paulito MAS. A pesquisa qualitativa e a história de vida. Serviço Social em Revista. 1999; 1 (1): 135-48.
97. Maués J. Memória, história de vida e subjetividade: perspectivas metodológicas em pesquisas educacionais. Belém. 2003 Set; (1): 37-45.
98. Bertaux D. L'approche biographie: sa validité méthodologique, les potentialités. Cahiers Internationaux de Sociologie, LXIX, 1980.
99. Thiollent MJM. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1982.
100. Augras M. Prefácio. In: Glat R. Somos Iguais a Você: depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir; 1989. p. 11-5.
101. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
102. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196: Pesquisa envolvendo seres humanos; 1996.
103. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; 2004.

104. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 1999.
105. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
106. Oliveira DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. 1996 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
107. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade. In: Oliveira DC. A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
108. Mello e Souza C, Adesse L. (Org.) Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.
109. Pinto MO. Mulheres: uma vida de lutas e conquistas. In: Hesketh MAI, organizadora. Cidadania da mulher: uma questão de Justiça. Brasília: OAB; 2003. p. 135-61.
110. Alambert Z. A história da mulher. A mulher na história. Brasília: Fundação Astrojildo Pereira/FAP; 2004.
111. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saúde Pública. 2005 Jan/Fev; 21(1):192-9.
112. Drezett J. Profilaxia pós-infecçiosa de mulheres estupradas. IV Conferencia Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças. 2002 Abr; 2002.
113. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. Rev Enferm UERJ. 2008 Jul/Set; 16(3): 307-12.
114. Slegh H. Impacto psicológico da violência contra as mulheres. Outras Vozes. 2006 Mai; 15.
115. Dantas-Berger SMD. Violência sexual contra a mulher: entre a (in)visibilidade e a banalização [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

116. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 376-82.
117. Teixeira JM. O lado positivo do trauma. *Intern Journal of Psych in Clinical Practice*. 2005; 2(2): 7-9.
118. Andrade VRP. Violência sexual e sistema penal: proteção ou duplicação da vitimização feminina? 2001 [acesso em 2008 Ago 08]. Disponível em: <http://direitopenal.adv.br/artigo28.htm>.
119. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 Suppl 1: 146-55.
120. Detoni M. Brasil subestima a violência sexual. São Paulo: Folha de São Paulo; 2000 Dez 17 [acesso em 2008 Jul 03. Disponível em: http://fws.uol.com.br/folio.cgi/fsp2000.nfo/query=estupro/doc/{@1}/hithea.../hits_only.
121. Zuwick NA. O corpo violado. In: Grossi PK, Werba GC, organizadores. *Violência e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 83-94.
122. Medina ABC. *Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2007.
123. Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(4): 462-7.
124. Monteiro CFS, Souza IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto & Contexto*. 2007 Jan/Mar; 16(1): 26-31.
125. Diamantino EMV, Clímaco FMS, Ajzman JC, Nowak LD, Oliveira LDP, Barreto RHA et al. Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. Parte I. *Femina*. 1993; 21(10): 1016-29.
126. Cordás TA, Salzano FT. *Saúde Mental da Mulher*. São Paulo: Atheneu; 2004.

127. Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação. As mulheres e os direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA; 2001.
128. Piovesan F. Mulher e o debate sobre direitos humanos no Brasil. [acesso em 2007 Dez 07]. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/>.
129. Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol Estud.* 2004 Abr; 9(1): 67-75.
130. Souza MTS. A resiliência na terapia familiar: construindo, compartilhando e ressignificando experiências [tese]. São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo. Curso de Psicologia; 2003.
131. Job JRPP. A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida [tese]. São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo. Curso de Psicologia; 2001.
132. Anjos RB, Baltazar JA. As alterações do comportamento e o suporte para uma vida melhor através da crença religiosa. *Terra e Cultura.* 2004; Ano XX, 39.
133. Costa MCO, Bigras M. Personal and collective mechanisms for protecting and enhancing the quality of life during childhood and adolescence. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007; 12(5): 1101-9 [acesso em 2008 Fev 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500002&lng=en&nrm=iso.
134. Peres IFP, Mercante JPP, Nasello AG. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev Psiquiatr.* 2005; 27(2): 131-8.
135. Andrichi FN. A violência doméstica contra a mulher. Fórum Aberto de Discussão; 2003 Nov 23; Palmas; 2003 [acesso em 2007 Dez 07]. Disponível em: <http://bdjur.stj.gov.br>.
136. Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB, Paronetto GM. Projeto Meninos do Rio. Mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21: 39-48.
137. Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist.* 2004; 59: 20-8.
138. Cyrulnik B. Os Patinhos Feios. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

139. Macedo RM. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? *Cad Pesq.* 1994 Nov; 91: 62-8.
140. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica.* 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
141. Miranda CF, Miranda ML. *Construindo a relação de ajuda.* 10ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
142. Brito RC, Koller SH. Redes de apoio social e afetivo e desenvolvimento. In: Carvalho AM, organizador. *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 115-30.
143. Garmezy N, Masten A. Chronic Adversities. In: Rutter M, Taylor E, Herson L, organizadores. *Child and Adolescent Psychiatry.* Oxford: Blackwell Scientific; 1994. p. 191-207.
144. Lisboa CSM. *Comportamento agressivo, vitimização e relações de amizades de crianças em idade escolar: fatores de risco e proteção [tese].* Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento Instituto de Psicologia; 2005.
145. Bukowski W. The place of place in peer relations research. “Hot topics” on peer relations. Catholic University of Nijmegen, Nijmegen: The Netherlands; 2004.
146. Barlach L, Limongi-França AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas Organizações. *Rev Inter Psicol / Interamerican Journal of Psychology.* 2008; 42(1): 101-12.
147. Koenig H. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed.* Oxford: University Press; 2001.
148. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother.* 2001; 35: 352-9.
149. Lawler KA, Younger JW. Theobiology: an analysis of spirituality, cardio-vascular responses, stress, mood and physical health. *J Relig Health.* 2002; 41(4): 347-62.

150. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de Enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005 Set/Out; 13(5): 723-8.

151. Porto JRR, Luz AMH. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004 Ago; 25(2): 207-18.

APÊNDICE A – Número de mulheres entrevistadas por afirmativa da Escala de Resiliência

	Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
1. Quando eu faço planos eu os levo até o fim					3	1	2
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra					1	2	3
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1			1	2		2
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim							6
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1				2	2	1
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida						1	5
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	2	1	1				2
8. Eu sou amigo de mim mesmo					2	1	3
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo			1			4	1
10. Eu sou determinado					2	1	3
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	2					3	1
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez				1	1	2	2
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1		1				4
14. Eu sou disciplinado				1	1	2	2
15. Eu mantenho interesse nas coisas					1	1	4
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir					2	1	3
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis			1		1		4
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar						1	5
19. Eu posso	1					2	3

geralmente olhar uma situação de diversas maneiras							
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	2			1	2		1
21. Minha vida tem sentido						1	5
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	2			1		2	1
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída					2	1	3
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer				1		1	4
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	2			1	1		2

APÊNDICE B – Escore da Escala de Resiliência das mulheres entrevistadas

Entrevistadas	Pontuação
1	141
2	126
3	154
4	135
5	148
6	139

APÊNDICE C - Ficha de Identificação

Iniciais do nome: _____ Codinome: _____

1) Local onde mora (Bairro): _____

2) Qual a sua idade? _____

3) Qual sua escolaridade (qual foi a última série que você completou)?

- a) Não estudou
- b) Nível Fundamental completo
- c) Nível Fundamental incompleto
- d) Nível Médio completo
- e) Nível Médio incompleto
- f) Terceiro grau completo
- g) Terceiro grau incompleto

4) Qual a sua cor? (leia as alternativas)

- a. Branca
- b. Parda, morena, mulata, cabocla
- c. Negra
- d. Amarela/oriental
- e. Indígena
- f. NSR

5) Qual sua religião? _____

6) Estado Civil:

Solteira () Separada () Casada () Viúva () Com Companheiro ()

Tempo de união: _____

7) Quantas pessoas ao todo vivem na sua casa? _____ Qual o parentesco com você?

_____ Quantas trabalham? _____

8) Profissão/ Ocupação: _____

9) Qual a renda familiar?

- a) Até 1 (um) salário mínimo.
- b) 1 a 3 salários mínimos.
- c) Mais de 3 salários mínimos.

10) Quem é o chefe de família em sua casa, assumindo as responsabilidades?

Você () Seu companheiro () Outros ()

História de violência

11) Você já foi alguma vez maltratada emocionalmente ou fisicamente?

SIM () NÃO ()

12) Alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente?

SIM () NÃO ()

13) Caso afirmativo (sim), por quem? (Por favor, marque com um X uma ou mais opções)

() Marido () Ex-marido () Namorado () Pai () Estranho () Outro

Número de vezes _____.

14) Quando você vivenciou violência sexual? _____

15) Quem praticou a violência sexual?

() Marido () Ex-marido () Namorado () Estranho () Outro

16) Aonde ocorreu a violência sexual?

() Rua () Casa () Trabalho () Outro

APÊNDICE D – Roteiro para a coleta da História de Vida das mulheres entrevistadas

1ª ETAPA: Esclarecimento à mulher de todas as dúvidas em relação à pesquisa e os termos utilizados na mesma (com o gravador desligado)

2ª ETAPA: Entrevista com a mulher (com gravador ligado)

Fala-me sobre a sua vida desde a infância até esse momento da violência vivida.

Fala-me sobre sua vida após a violência vivida até o momento que está vivendo agora.

- Pontos a serem abordados:
 - relação familiar
 - relação social
 - autoimagem
 - autoestima
 - rede de apoio

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



Prezada mulher,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem por título. Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual, tendo como autora a mestranda Raquel Fonseca Rodrigues, orientada pela professora Lucia Helena Garcia Penna, vinculada ao programa de mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Abaixo estaremos dando informações sobre a mesma, esclarecendo todas as dúvidas e, caso você queira participar, pedimos que, ao final da leitura, assine este documento que se encontra em duas vias (uma ficará com você e a outra ficará com a gente).

Os objetivos deste estudo são: Identificar os fatores de risco e de proteção presentes no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro; Identificar o modo como se expressa a resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro; Discutir o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual atendidas em uma unidade pública de saúde do município do Rio de Janeiro.

Com esta pesquisa esperamos compreender as formas de superação e enfrentamento da violência vivida, possibilitando com isso um aperfeiçoamento na assistência às mulheres que vivenciaram violência, principalmente a violência sexual. Além disso, a pesquisa pretende fornecer informações aos profissionais que os auxiliem na formação de mais mulheres resilientes e contribua para uma assistência mais eficiente para as mulheres que vivenciaram violência.

Solicitamos sua autorização para realização de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e publicada no trabalho. Solicitamos, também, sua permissão para que os dados coletados possam ser utilizados nesse e em outros estudos por nós realizados.

Garantimos o sigilo assegurando sua privacidade- sua identidade não será revelada em nenhum momento - pois utilizaremos pseudônimos na divulgação dos resultados. Esta pesquisa não acarretará riscos e você pode recusar-se em participar ou solicitar seu desligamento em qualquer fase da pesquisa livre de qualquer penalidade.

Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre à disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro localizado em Boulevard, 28 de setembro 157, 7º andar – Vila Isabel, Tel: (21) 2587-6336 e também no Comitê de Ética e Pesquisa/SMS-RJ, localizado na Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova, Tel: (21) 2503-2024 ou (21) 2503-2026, no horário de 9h às 13h, de segunda a sexta-feira. Deixo também disponível meu contato por telefone e por email para qualquer esclarecimento: Tel: (21) 9747-5359; Email: quelfr@gmail.com.

Após esclarecimento de todas as minhas dúvidas, assino este documento autorizando a utilização dos dados de minha entrevista na pesquisa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2009.

(nome do entrevistado)

(assinatura do entrevistado)

(nome do pesquisador)

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE F - Quadro demonstrativo das categorias

Categoria	Unidade de Registro	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total Entrevistadas
A violência sexual vivida expressa nas atitudes do cotidiano: sentimentos e emoções URs = 116	Tristeza URs = 48	14 URs	4 URs	13 URs		5 URs	12 URs	5
	Culpa URs = 7	2 URs		4 URs			1 URs	3
	Medo URs = 51	14 URs	11 URs	3 URs	2 URs	1 URs	20 URs	6
	Perda URs = 11	7 URs					4 URs	2

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registro	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total Entrevistadas
A resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual URs = 192	Aspectos Individuais URs = 69	Serenidade URs = 10	5 URs	2 URs	1 URs	1 URs		1 URs	5
		Perseverança URs = 4	2 URs	1 URs				1 URs	3
		Autoconfiança URs = 16	3 URs		1 URs	7 URs	5 URs		4
		Sentido de Vida URs = 20	6 URs	3 URs	5 URs	2 URs	3 URs	1 URs	6
		Autossuficiência URs = 6	2 URs	1 URs		3 URs			3
	Aspectos Familiares - o apoio estrutural URs = 51	6 URs	12 URs	9 URs	11 URs		13 URs	5	
	Aspectos Sociais – a rede de apoio ampliada URs = 74	24 URs	7 URs	11 URs	11 URs	3 URs	18 URs	6	

APÊNDICE G - Carta de solicitação do campo de pesquisa à direção do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM/SMS/RJ)



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



Prezado Diretor(a)

Gostaríamos de pedir autorização para realização de uma pesquisa intitulada Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência sexual. Consiste em um projeto de pesquisa vinculada ao programa de mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ, da mestranda Raquel Fonseca Rodrigues, orientado por Lucia Helena Garcia Penna. Os objetivos deste estudo são:

- Identificar os aspectos que contribuíram na formação da resiliência das mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres;
- Analisar a repercussão de uma conduta resiliente na vida da mulher que vivenciou a violência sexual atendidas em uma unidade pública do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres;
- Discutir o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência sexual atendidas em uma unidade pública do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres.

Com esta pesquisa esperamos compreender as formas de superação e enfrentamento da violência vivida, possibilitando com isso um aperfeiçoamento na assistência às mulheres que vivenciaram violência, principalmente a violência sexual. Além disso, a pesquisa pretende fornecer informações aos profissionais, auxiliando-os na formação de mais mulheres resilientes e contribuindo para uma assistência mais eficiente para as mulheres que vivenciaram violência.

Agradecemos a sua colaboração e estaremos sempre à disposição para esclarecimentos quanto ao andamento da pesquisa na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro localizado em Boulevard, 28 de setembro 157 – Vila Isabel. Tel: (21) 2587-6336.

Estaremos dando informações sobre a mesma e caso ocorra consentimento pedimos que, ao final da leitura, assine este documento que se encontra em duas vias (uma é para a Instituição e a outra ficará conosco).

Assinado este documento, autorizo a realização da pesquisa nesta Instituição.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

(nome do Diretor(a))

(nome do pesquisador)

(assinatura do Diretor(a))

(assinatura do pesquisador)

APÊNDICE H - Carta ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS – RJ)

AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem
Rio de Janeiro, setembro de 2008.**

Da Prof. Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Para Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ

Venho por meio desta, solicitar a autorização no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa intitulada: **“Sacode a poeira e dá a volta por cima: resiliência em mulheres que vivenciaram violência física e ou sexual”**, sob a responsabilidade da Prof. Dra. Lucia Helena Garcia Penna.

Este projeto possui como **objeto** de estudo: o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência física e ou sexual. Tendo como **objetivos**: Identificar os aspectos que contribuiram na formação da resiliência das mulheres que vivenciaram a violência física e ou sexual atendidas em unidades públicas do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres; Analisar a repercussão de uma conduta resiliente na vida da mulher que vivenciou a violência física e ou sexual atendidas em unidades públicas do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres; Discutir o processo de construção da resiliência em mulheres que vivenciaram a violência física e ou sexual atendidas em unidades públicas do município do Rio de Janeiro que possuem assistência a essas mulheres.

O desenvolvimento do mesmo será de responsabilidade da orientadora e da mestranda Raquel Fonseca Rodrigues, matriculada no Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (FACENF/UERJ).

O projeto de pesquisa será cadastrado no Departamento de Pesquisa da UERJ e assim que obtivermos a autorização para a coleta de dados iniciaremos a nossa atividade no campo.

Certas de contar com sua colaboração agradecemos a atenção e o apoio a esta solicitação institucional e colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos,

Cordialmente,

Prof. Dra. Lucia Helena Garcia Penna
FACENF/PPGENF / UERJ

LUCIA HELENA GARCIA PENNA

luciapenna@terra.com.br

tel.: 2587-6335; Ramal: 04 - (Faculdade de Enfermagem)

APÊNDICE I – Quadro demonstrativo do perfil das mulheres em situação de violência sexual atendidas no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM/SMS/RJ)

N ^o	Idade (anos)	Estado Civil	Bairro reside	Escolaridade	Profissão	Tempo de Ocorrência da VS (meses)	Agressor	Local Agressão
01	20	Solteira	Rio Comprido	Ensino médio completo	Estudante	8 meses	Conhecido	Residência do agressor
02	38	Casada	Piedade	Ensino superior completo	Professora	7 meses	Desconhecido	Rua
03	31	Solteira	Praça da Bandeira	Ensino médio completo	Auxiliar de serviços gerais	13 meses	Desconhecido	Residência da vítima
04	21	Casada	Jardim Primavera	Ensino médio completo	Estudante	11 meses	Desconhecido	Rua
05	47	Casada	Catete	Ensino superior completo	Arquiteta	10 meses	Desconhecido	Rua
06	25	Casada	Gloria	Ensino superior completo	Professora/ revisora de texto	13 meses	Desconhecido	Residência da vítima
07	40	-	Catete	Ensino médio completo	Secretaria	25 meses	Conhecido	Local de trabalho
08	19	-	Ilha do Governador	-	-	-	-	-
09	37	Casada	Ipanema	Ensino médio completo	Organizadora de eventos	-	Conhecido	-
10	21	Solteira	Costa Barros	Ensino fundamental completo	Do lar	21 meses	Desconhecido	-
11	20	-	Saracuruna	-	-	-	-	-
12	19	Solteira	Benfica	Superior incompleto	Professora	10 meses	Desconhecido	-
13	23	-	Santa Tereza	-	-	15 meses	Desconhecido	Residência da vítima
14	35	Solteira	São Cristovão	Ensino médio completo	Caixa de supermercado	8 meses	Conhecido	Residência da vítima
15	21	Solteira	Duque de Caxias	-	Estudante	9 meses	-	-
16	37	Separada	Botafogo	Ensino superior completo	Psicóloga	17 meses	-	-
17	27	Separada	Penha Circular	Ensino superior incompleto	Estudante	24 meses	Conhecido	-
18	23	Solteira	Bonsucesso	Ensino médio completo	Recepcionista	19 meses	-	-
19	30	Solteira	São Cristovão	-	-	13 meses	Desconhecido	-
20	30	Solteira	Tijuca	Ensino superior completo	Autônoma	13 meses	Desconhecido	Rua
21	19	Solteira	Leme	Ensino médio incompleto	Estudante	10 meses	Desconhecido	Carro do Agressor
22	22	Solteira	Ilha do Governador	Ensino médio incompleto	Estudante	10 meses	Conhecido	Motel
23	26	-	Piedade	-	-	-	-	-
24	19	Solteira	Higienópolis	-	Vendedora	26 meses	Desconhecido	Rua
25	23	Solteira	Ipanema	Ensino superior incompleto	Maquiadora	5 meses	Desconhecido	Residência da vítima
26	26	Casada	Ilha do	Ensino	Babá	22 meses	Desconhecido	Local de

			Governador	fundamental incompleto				trabalho
27	34	-	-	-	-	-	Desconhecido	-
28	23	-	Queimados	-	-	19 meses	-	-
29	30	Casada	Piabetá	Ensino superior completo	Assistente Social	19 meses	Desconhecido	-
30	55	-	Inhaúma	Ensino fundamental incompleto	Do lar	10 meses	Desconhecido	Residência da vítima
31	32	Casada	Brás de Pina	Ensino médio completo	Recepcionista	9 meses	Desconhecido	Residência da vítima
32	54	-	-	-	Professora	12 meses	Desconhecido	Residência da vítima
33	43	Solteira	Tanque	Ensino fundamental incompleto	Acompanhante	23 meses	Conhecido	-
34	35	-	Pavuna	Ensino médio completo	Do lar	26 meses	Desconhecido	Rua
35	23	Solteira	Costa Barros	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de serviços gerais	12 meses	Desconhecido	Rua
36	22	Solteira	-	Ensino médio completo	Telemarketing	19 meses	Desconhecido	-
37	28	Casada	Ilha do Governador	Ensino médio completo	Secretaria	26 meses	Desconhecido	Residência da vítima
38	21	Solteira	Tijuca	Ensino médio completo	Técnica em prótese dentária	8 meses	Desconhecido	Residência da vítima
39	27	Casada	São Gonçalo	Ensino médio incompleto	Faturista	16 meses	Desconhecido	-
40	27	Solteira	-	Ensino superior incompleto	Auxiliar administrativo	8 meses	Conhecido	-
41	22	-	Penha	-	-	7 meses	Conhecido	Residência do agressor
42	30	Solteira	Itaboraí	Ensino fundamental incompleto	Do lar	10 meses	-	Motel
43	20	Solteira	Quintino	Ensino superior incompleto	Estudante	25 meses	Desconhecido	Rua
44	23	Solteira	Fazenda Botafogo	Ensino médio completo	Caixa	10 meses	Desconhecido	Carro do agressor
45	37	Solteira	Caju	Ensino fundamental completo	Do lar	26 meses	Desconhecido	Residência da vítima
46	55	Casada	São Cristóvão	Ensino fundamental incompleto	Do lar	12 meses	Desconhecido	Residência da vítima
47	38	-	São Gonçalo	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de produção	13 meses	-	Local de trabalho
48	20	Solteira	Penha	Ensino superior incompleto	Estudante	19 meses	Desconhecido	-
49	41	Solteira	Duque de Caxias	Ensino médio incompleto	Auxiliar de produção	13 meses	Desconhecido	Rua
50	19	-	-	-	Estudante	-	-	-

• Protagonistas do estudo

ANEXO – Escala de Resiliência

Escala de Resiliência*

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Concordo Nem Discordo	Concordo Pouco	Concordo muito	Concordo Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.							
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.							
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.							
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.							
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.							
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.							
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.							

8. Eu sou amigo de mim mesmo.							
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
10. Eu sou determinado.							
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.							
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.							
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.							
14. Eu sou disciplinado.							
15. Eu mantenho interesse nas coisas.							
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.							
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.							

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.							
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.							
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.							
21. Minha vida tem sentido.							
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.							
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.							
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.							
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.							

* Versão adaptada para o português da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, 1993.