

SENTIRSE IMPOTENTE: UN SENTIMIENTO EXPRESADO POR CUIDADORES DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL¹

Maria Eduarda Cavadinha Correa²

Liliana Maria Labronici³

Tatiane Herreira Trigueiro⁴

Se trata de una investigación fenomenológica que tuvo como objetivo desvelar el significado de la vivencia de cuidar de víctimas de violencia sexual; fue realizada de diciembre de 2006 a marzo de 2007, con 12 profesionales de la salud. La recolección de los discursos ocurrió mediante entrevista semiestructurada grabada, y el análisis se realizó por la descripción, reducción y comprensión del fenómeno; de este, emergió el tema: sentirse impotente, un sentimiento expresado por el cuerpo de las cuidadoras de víctimas de violencia sexual. El sentimiento de impotencia es alimentado continuamente en lo cotidiano de los profesionales - delante de la imposibilidad de resolver la situación de la violencia, de solucionar problemas que emergen de la subjetividad del otro y de cuestiones sociales - porque no fueron preparados para esas situaciones. Así, es imprescindible que el tema sea abordado tanto en la graduación como en la posgraduación de los cursos de las áreas de la salud y humanas, a fin de que esos profesionales puedan actuar adecuadamente, y que las instituciones promuevan capacitación permanente.

DESCRITORES: *violencia sexual; práctica profesional; personal de salud; relaciones profesional-paciente*

SENTIR-SE IMPOTENTE: UM SENTIMENTO EXPRESSO POR CUIDADORES DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Trata-se de pesquisa fenomenológica que teve como objetivo desvelar o significado da vivência no cuidar de vítimas de violência sexual. Foi realizada de dezembro de 2006 a março de 2007, com 12 profissionais de saúde. A coleta dos discursos ocorreu mediante entrevista semiestructurada gravada, e a análise se deu pela descrição, redução e compreensão do fenômeno. Dessa, emergiu o tema: sentir-se impotente, um sentimento expresso por corporeidades cuidadoras de vítimas de violência sexual. O sentimento de impotência é alimentado continuamente no cotidiano dos profissionais, diante da impossibilidade de resolver a situação da violência, de problemas que emergem da subjetividade do outro, bem como de questões sociais, porque não foram preparados para isso. Assim, é imprescindível que o tema seja abordado tanto na graduação como na pós-graduação dos cursos da área da saúde e humanas, a fim de que esses profissionais possam atuar adequadamente, e que as instituições promovam capacitação permanente.

DESCRITORES: *violência sexual; prática profissional; pessoal de saúde; relações profissional-paciente*

FEELING POWERLESS: A FEELING EXPRESSED BY CAREGIVERS OF SEXUAL VIOLENCE VICTIMS

This phenomenological study aimed to reveal the meaning of providing care to victims of sexual violence. The study was carried out from December 2006 to March 2007 with 12 health professionals. Data were collected through tape-recorded semi-structured interviews, whose analysis followed the phenomenological trajectory. The following theme emerged: Feeling powerless, a feeling expressed by caregivers of sexual violence victims. The feeling of powerlessness is continuously fed by health professionals' daily routines, given the impossibility of solving situations of violence, of problems that emerge from the other's subjectivity, as well as social issues, because these professionals were not trained for that. Thus, it is essential to address the issue both in undergraduate and graduate programs in health and human areas. Institutions should promote continuing education so that these professionals can act properly.

DESCRIPTORS: *sexual violence; professional practice; health personnel; professional-patient relations*

¹Trabalho extraído de Dissertação de Mestrado; ²Enfermeira, Aluna assistente de la Faculdade de Saúde Pública de la Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: ecavadinha@gmail.com.br; ³Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Titular de la Universidade Federal do Paraná, Brasil, e-mail: lililabronici@yahoo.com.br; ⁴Alumna del curso de Pregrado en Enfermería de la Universidade Federal do Paraná, Brasil, e-mail: tatiherreira@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno mundial complejo, que se presenta mediante múltiples formas de expresión en todas las sociedades y en diferentes escenarios. Actualmente, tornó la tónica de lo cotidiano⁽¹⁾, y es, sin duda alguna, el principal problema que se está enfrentando, una vez que deja de ser un hecho exclusivamente policial para ser un problema social⁽²⁾, afectando a la población en general, en los diferentes intervalos de edad, independientemente de la etnia, clase social y situación económica.

Nunca se habló tanto en violencia y en como combatirla, sin embargo, la sensación de impotencia es cada vez mayor⁽¹⁾. Un factor que corrobora esa impotencia es su morbilidad, que es difícil de ser mensurada, ya sea por la escasez de datos o por la imprecisión de las informaciones generadas en los boletines de ocurrencias policiales y, también, por la poca visibilidad que tienen determinados tipos de agravios o por la multiplicidad de factores que participan en actos violentos⁽³⁾.

En lo que se refiere a la violencia sexual contra la mujer, el Ministerio de la Salud entiende que lo ideal es que la atención sea prestada por un equipo multidisciplinar, compuesta por médicos, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales, y que cada uno cumpla un papel específico. A fin de que eso ocurra, todos deben estar sensibilizados para las cuestiones de la violencia, y ser capacitados para acoger y ofrecer soporte a las principales demandas⁽⁴⁾.

En la ciudad de Curitiba, estado de Paraná, la Secretaría Municipal, a través del programa Mujer de Verdad, viene desarrollando el protocolo de Atención a la Mujer Víctima de Violencia, tratando de ofrecer al profesional de la salud métodos para detectar señales y síntomas de agresión, formas de abordaje y acogimiento, e informaciones para orientar a las mujeres que buscan ayuda en las unidades de la salud.

Los profesionales de la salud, al desarrollar el protocolo de atención, no están expuestos apenas a las marcas detectables a través de aparatos sofisticados de diagnóstico clínico, que pueden conducir a la exteriorización de quejas y síntomas, denotando problemas de la salud evidentes, ellos también comparten el sufrimiento, el dolor, el miedo, la tristeza, generados por la violencia sufrida, y

acumulan en sus cuerpos lo vivido por las víctimas de violencia sexual, lo que puede afectarlos.

Delante de lo expuesto, esta investigación tuvo como objetivo: desvelar el significado de la vivencia en el cuidar de víctimas de violencia sexual.

MÉTODOS

Se trata de una investigación fenomenológica que fue fundamentada en los conceptos de cuerpo, corporeidad y percepción⁽⁵⁾. La opción por la fenomenología se realizó, debido a que, al posibilitar avanzar más allá del mundo de las apariencias y de los conocimientos teóricos, la investigación busca aproximarse de la experiencia humana bajo nuevas perspectivas, para comprenderla a partir de su dimensión de existencia.

La propuesta fenomenológica es investigar, de forma directa, las vivencias humanas para comprenderlas sin sujetarse a explicaciones causales, o a las generalizaciones, y tiene como objetivo la observación directa y la descripción de los fenómenos que son sentidos por la consciencia⁽⁶⁾. Para que eso se concrete, el investigador debe abdicar de conceptos, hipótesis o teorías explicativas, para "ir a la cosa misma", es decir, buscar la experiencia consciente del individuo que es vivida de modo único y personal, contenida en el mundo subjetivo de cada uno, y puede ser conocida por medio de lo que es revelado⁽⁷⁾.

Lo vivido se sucede en el cuerpo, el primero y único lugar de la experiencia humana⁽⁸⁾, es un espacio expresivo, un conjunto de significaciones vividas, un vehículo del ser en el mundo, que es capaz de ver, de sufrir, de pensar, de expresar. Así, el cuerpo es lo concreto de la existencia humana y sus múltiples formas de expresión se revelan en la corporeidad. Es él quien posibilita, por la percepción, el acceso al mundo, al saber. La percepción es el encuentro del sujeto con el mundo, y se presenta como mosaico "de un conjunto de objetos distintos", debido a la "recordación de experiencias anteriores"⁽⁵⁾.

Los escenarios donde esta investigación fue desarrollada fueron hospitales, que son centros de referencia de la ciudad de Curitiba para atención a la víctima de violencia sexual. El período de obtención de los discursos fue de diciembre de 2006 a marzo de 2007, con 12 profesionales de la salud, que poseen

nivel superior y atienden a víctimas de violencia sexual: 4 enfermeros, 3 médicos, 2 psicólogos y 3 asistentes sociales.

En lo que se refiere a los aspectos éticos, el proyecto de investigación fue encaminado para el Comité de Ética para evaluación, habiendo sido aprobado (CAAE n° 0049.0.091.00-06). Posteriormente, el parecer de aprobación fue entregado a los comités de ética de las instituciones que participan en la investigación para ciencia.

Con el intuito de garantizar el anonimato de los actores participantes, los discursos obtenidos fueron identificados con algoritmos árabes de 1 a 12, siguiendo la orden de realización de las entrevistas.

La obtención de los discursos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas en su totalidad para buscar la expresión de las experiencias vividas, contemplando la siguiente cuestión: Cuénteme sobre su experiencia cuidando de víctimas de violencia sexual.

Algunas dificultades pertinentes a la obtención de los discursos fueron encontradas: el reducido número de profesionales que trabajan con víctimas de violencia en los centros de referencia, la no aceptación de 2 profesionales para participar de la investigación, la dificultad en relación al tiempo que los actores participantes disponían para la entrevista, además de la imposibilidad de encontrar otro horario fuera del ambiente de trabajo para la realización de la entrevista.

El análisis de los discursos siguió los siguientes pasos: descripción, reducción y comprensión fenomenológica⁽⁹⁾. La descripción fenomenológica es la exposición de un fenómeno de forma contextualizada, y tiene por objetivo buscar la esencia y la transcendencia a través de su análisis, interpretación y comprensión⁽¹⁰⁾. Se trata de investigar aquello que se muestra y que es posible ser descubierto, sin embargo no siempre es visto; ocurre mediante el discurso ingenuo del actor, a partir de su experiencia vivida, entregando indicaciones de como el sujeto percibe determinado fenómeno, es "la toma de posición del sujeto en su mundo de significados"⁽⁵⁾.

La reducción es un retorno a la descripción para cuestionarla, y tiene como objetivo determinar y seleccionar cuales son las partes de la descripción consideradas esenciales. Lo que se desea con ella es encontrar exactamente que partes de la experiencia son verdaderamente partes de la consciencia,

diferenciándolas de aquellas que son simplemente supuestas⁽⁹⁾. Es en ese momento que se da la transformación de las expresiones del actor en el lenguaje del investigador, creando, así, unidades de significado tratando de buscar la comprensión del fenómeno. Cuando el investigador asume el resultado de la reducción como un conjunto de unidades de significados que muestran la consciencia que el sujeto tiene del fenómeno, surge el tercer momento: la comprensión fenomenológica.

La comprensión fenomenológica se constituye en el momento de construcción de la síntesis de las unidades de significado, desvela la consciencia que el sujeto tiene del fenómeno, a través de la interpretación de sus diálogos, en lenguaje que sustente lo que el investigador está buscando⁽¹⁰⁾. Así, ella nada más es que un ejercicio de intersubjetividad y hermenéutica, que permite la captación de la experiencia vivida subjetivamente sin explicaciones.

Al finalizar esa trayectoria surgió el tema: sentirse impotente - un sentimiento expresado por el cuerpo de las cuidadoras de víctimas de violencia sexual.

RESULTADOS

No hay nada que pueda suceder fuera del cuerpo porque él es lo concreto de nuestra existencia y el lugar donde todas las experiencias y vivencias son almacenadas durante la trayectoria existencial en las dimensiones personal, social y profesional. Es el espacio donde "todo permanece; del quehacer ver y del diálogo y donde todo se muestra"⁽⁵⁾.

Los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual muchas veces lidian con la propia angustia delante de las limitaciones humanas y del sistema de la salud, porque, de alguna manera, todos necesitan exponerse. Esa exposición supone mostrar las fragilidades, las vulnerabilidades y sus limitaciones, y puede ser constatada en el siguiente fragmento de discurso:

Yo pienso que la limitación es justamente esa de yo voy a sentarme con usted y voy llorar junto sabe, es difícil mantenerse con los relatos. Usted tiene voluntad de llorar, de gritar. Usted conoce sus limitaciones atendiendo. Atender a esas mujeres perturba mucho con sus limitaciones, sabe. Hasta donde es que yo consigo ir, hasta donde yo estoy siendo profesional en atender, hasta donde, hasta donde yo estoy dejando al profesional de lado y voy a indignarme con esa mujer, o voy a llorar con esa

mujer. Entonces es eso que yo quiero expresar con perturbar las limitaciones (Entrevistado 7).

El estar con el otro para que él pueda mostrar su mundo, la experiencia vivida, a fin de que el profesional pueda captarlo, se hace mediante la percepción; que es construida con estados de consciencia, a partir de lo percibido, motivo por el cual es considerada como acto humano.

La percepción es el sentido que inaugura la abertura para el mundo como la *proyección de un ser para fuera de sí*. Cuando el ser humano se encuentra con algo que se presenta delante de su consciencia, primero él nota y él percibe en total armonía con su forma, a partir de su consciencia perceptiva. Después de percibir el objeto, este entra en su consciencia y pasa a ser un fenómeno. Con la intención de percibirlo, el ser humano lo intuye, lo imagina en toda su plenitud, y será capaz de describir lo que él realmente es. De esa forma, el conocimiento del fenómeno es generado en torno del propio fenómeno. Así, "toda consciencia es perceptiva, inclusive la consciencia de nosotros mismos"⁽⁵⁾, o sea, la consciencia de que somos cuerpo.

El cuerpo es unicidad y mediador de la relación humana con el mundo (estar en el mundo) y el hombre se relaciona con ese y con el otro mediante su corporeidad, esto es, su forma de expresarse. Entonces, la atención a los cuerpos violentados sexualmente es ejercida por cuerpos vivientes, y su quehacer es constituido en la corporeidad y por la corporeidad, donde los profesionales tienen el cuidar del humano como proyecto existencial. En esa perspectiva, los cuerpos cuidadores tienen su "ser-ahí" relacionado con los cuerpos que precisan del cuidado, porque experimentaran un momento de fragilidad existencial, generado por la violencia, y que comparten durante la atención.

La violencia es un problema complejo con serias consecuencias, ya que afecta las múltiples dimensiones de la persona. Y la preocupación de los profesionales de la salud es tratar a la víctima, utilizando el protocolo de atención, que no responde por las cuestiones que participan de la subjetividad del otro, los problemas sociales. Esa prisa en la atención puede producir un resultado opuesto a lo esperado, esto es, otra violencia, ya que puede no respetar la trayectoria de esa víctima, y acabará por frustrarla. Así, van a sentirse poco "resolutivos" en sanar el problema⁽¹¹⁾, y esa poca eficacia es sentida por los profesionales como se expresa en los diálogos a seguir.

Hay varios otros tipos de violencia, como la violencia crónica [...] cometida por el compañero o por el marido, y es un perfil que yo pienso que mi interferencia, mi participación es menor, porque tiene que ver con otras cosas del contexto familiar, social de la paciente a la que, nosotras, acabamos no dando tanta solución (Entrevistado 2).

Los pacientes que sufren violencia crónica (...) yo siento que ellos vienen aquí más empujados; sin embargo, así, yo siento que no va ser una cosa que va a solucionar de inmediato, porque aquello es una bola de nieve, sabe. Sin embargo, así, son cosas que se salen de mi límite. Y ahí yo veo que no tiene solución. Y es por eso que el pueblo ansioso, queda angustiado, inclusive, yo (Entrevistado 3).

La sensación de no encontrar soluciones puede llevar al sentimiento de impotencia que, muchas veces, se instala en el escenario del trabajo, y puede ocurrir cuando el profesional confunde sus objetivos y limitaciones con los de la otra corporeidad, que pide ayuda⁽¹²⁾. Ese sentimiento estuvo constantemente presente en los discursos de los profesionales entrevistados que se desveló como uno de los sentimientos que los afecta en cuanto profesionales.

Yo pienso que el sentimiento de impotencia muchas veces te hace quedar angustiada, tú miras para la persona y piensa: ¿Qué puedo hacer yo?. Muchas veces yo me siento impotente en la atención. Muchas veces yo tengo voluntad de hacer alguna cosa (...). Entonces existen esas cosas que me incomodan, la impotencia y también el hecho de aquella mujer estar allí, representar la violencia (Entrevistado 7).

El sentimiento de impotencia también aparece, muchas veces, cuando el profesional está asistiendo clínicamente al niño o al adolescente, y son obligados a darles alta y entregarlos de vuelta a los responsables. Así, tiene que ignorar lo que el futuro traerá para esos clientes⁽¹³⁾. Esa situación fue percibida en el fragmento del siguiente discurso:

Lo más difícil yo veo es el niño y la violencia (sexual) crónica. Sin embargo por la cuestión de la desprotección, porque el niño no tiene la experiencia ni la condición de salir de aquella situación; mismo la gente consigue a visualizar la imposición social de los valores que queda allí muy fuerte. Yo me siento impotente (Entrevistado 2).

Lo que es percibido por una persona (fenómeno) acontece en un campo del cual ella hace parte. La identidad del mundo percibido va ocurriendo a través de sus propias perspectivas, y se va construyendo en movimientos de retomada del pasado y abertura para el futuro, siempre siendo posible nuevas perspectivas⁽⁵⁾. Los profesionales

quedan marcados por esas experiencias, se recuerdan de cada una de ellas en detalles, inclusive cuando sucedieron en un pasado lejano. A pesar de no explicitarlo se sienten causadores de un mal, corresponsables por no poder actuar fuera del ámbito de su oficio, mismo porque, cuando lo hacen, resulta en nada⁽¹³⁾. En esos casos, la impotencia provoca una tensión perceptible en los entrevistados, acompañada de angustia y tristeza, que quedan almacenados en sus cuerpos, conforme al siguiente diálogo:

Tuvo un caso que me dio voluntad de adoptar dos niñas que sufrían violencia (sexual) por parte de los padres, hasta porque son de la edad de mis hijas, sin embargo tenemos que sobreponernos a eso también. Yo quedé arrasada, yo quedé enferma y ahí aparece el sentimiento de impotencia (Entrevistado 11).

El sentimiento de impotencia - de aquí en adelante de "inutilidad" - o de violencia o de incapacidad de retirar todo el dolor del paciente en aquel determinado momento de la atención, parece ser un resquicio de nuestra formación biomédica. No se trata del dolor concebido como la quinta señal vital, sin embargo de esta trasciende a lo físico y parece permanecer en la esencia del cuerpo. Esta viene a la superficie, cuando se comparte el ser y estar en el mundo como corporeidades, o sea, cuando se desvela lo invisible. Lo invisible pasa a tener visibilidad, cuando se expone la propia subjetividad para el otro que la capta por la percepción, ya que ese es el modo de acceso al mundo⁽⁵⁾. El conocimiento de la subjetividad del otro no es abordado en el modelo biomédico, porque esa formación hace con que el profesional valore resultados prácticos y en corto plazo. Cuando eso no ocurre, genera falsa sensación de que no se está haciendo mucho por el cliente e eso puede ser constatado en el siguiente relato:

Muchas veces viene aquel sentimiento de impotencia, de usted no poder hacer nada, ¡sabe! Yo no puedo te dar una aspirina para pasar el dolor, no existe un remedio que usted ofrezca y pueda decir que va pasar. Usted no puede colocar un suerito, dar un pinchazo que va pasar. Es diferente del pinchazo, no pasa, no va a pasar. Es un misterio de la vida. Es como el dolor de la pérdida, dolor de la muerte, dolor de pasiones. Solo que yo pienso que es un dolor peor (Entrevistado 8).

Los profesionales de la salud que atienden víctimas de violencia sexual pasan a compartir la experiencia que genera el sentimiento de impotencia, lo que lleva a subestimar sus propias capacidades y conocimientos, y no percibir los recursos y posibilidades de los clientes.

Es importante que las víctimas de violencia sexual puedan compartir sus vivencias con los profesionales, ya que esa es una posibilidad, una precondition para la restitución de un mundo con significado. Ayudarlas a encontrar un nuevo sentido en su existencia significa entrar en la subjetividad. En ese sentido, es evidente la necesidad que tiene el equipo de la salud de entrar en contacto con el sufrimiento y la realidad de ellos, ayudándolos a reconstruir un mundo interno más confiable y menos amenazador⁽¹⁴⁾.

En el momento en que los cuerpos cuidadores asumen el cuidado de los cuerpos violentados sexualmente pasan a ser-con-el-otro, y esa relación afecta su existencia. Aparentemente, los profesionales no son preparados, ni adecuadamente instrumentalizados, para lidiar con los sentimientos de impotencia, rabia y ansiedad, entre otros. Trabajar esos sentimientos beneficiará y facilitará su trabajo, sin embargo, para que eso ocurra, es necesario entrar en contacto con sus propios prejuicios, valores morales y sentimientos en relación a las víctimas de violencia sexual, trayendo esas cuestiones para el "consciente", a fin de que puedan ser mejor elaboradas, evitando, así, que interfieran de manera negativa en la atención y en su vida profesional, ya que, se debe considerar que todo lo que un cliente trae es pertinente y apropiado, este nunca puede ser culpado por reavivar cuestiones del profesional o "tocarlo" emocionalmente.

CONSIDERACIONES FINALES

Es necesario prestar atención, constantemente, al cuerpo para que se pueda percibir sus señales, reconocerlo y comprenderlo mejor, y a sí mismo. El autoconocimiento es fundamental para captar al otro que necesita de cuidado, de atención.

Captar al otro en sus múltiples dimensiones significa percibirlo: cuando eso ocurre, estamos delante de la posibilidad de ayudarlo a reconstituir su autoimagen, autoestima, en la transcendencia del su aquí y ahora, que emergió de un pasado en el cual la violencia sexual dejó cicatrices visibles e invisibles en su cuerpo y lo hace sentir una situación de fragilidad existencial.

El profesional de la salud no se encuentra apenas con un cuerpo que presenta señales y síntomas

y necesita de tratamiento que puede ser encontrado en el protocolo de atención. Muchas veces es colocado frente a problemáticas de orden social para las cuales no está preparado, ya que de la atención emergen emociones, sentimientos y sufrimiento también por parte de él. Las declaraciones o relatos que las víctimas de violencia sexual traen, durante la atención, son densos y colocan a los profesionales en una posición delicada, frágil, delante de la imposibilidad de resolver el problema, porque extrapola los límites de competencia, lo que puede generar en esos profesionales un sentimiento de impotencia.

El sentimiento de impotencia es alimentado continuamente en lo cotidiano de esos profesionales y es almacenado en sus cuerpos, así como los relatos densos de las víctimas, que también los afectan, motivo por el cual es necesario pensar en estrategias a ser implantadas en los servicios que propicien y garanticen también la salud del trabajador, una vez que no recibieron una formación adecuada para lidiar con las cuestiones relacionadas con el fenómeno de la violencia sexual.

Es necesario que la institución construya y garantice un cotidiano acogedor y seguro para los

profesionales de la salud, ya que cuidan del otro, sin embargo no siempre cuidan de sí mismos adecuadamente. El cuidar de los profesionales está relacionado a la creación de condiciones emocionales para ayudarlos a lidiar con sus problemas. De esa forma, el sufrimiento psíquico inherente a sus actividades puede ser transformado en desarrollo personal y construcción de conocimientos, sí puede ser comprendido y elaborado, cotidianamente, por sus protagonistas.

Para comenzar, es imprescindible que el tema en cuestión sea abordado en los cursos de graduación y posgraduación de las áreas de la salud y humanas, a fin de capacitar a los futuros profesionales para el cuidado a víctimas de violencia sexual, y, también, que las instituciones de la salud implanten la capacitación permanente, críen grupos dirigidos por un profesional especializado, para que los profesionales de la salud, que cuidan de esas víctimas, puedan trabajar el sentimiento de impotencia y también las experiencias y sufrimientos compartidos que se van acumulando y pueden afectarlos en sus múltiples dimensiones, e implanten una política institucional ética que valore la salud del trabajador.

REFERENCIAS

1. Santos EA Júnior, Dias EC. Violência no Trabalho: uma revisão da literatura. *Rev Bras Med Trab*. 2004; 2(1):36-54.
2. Almendra CA da C, Baierl LF. A dinâmica perversa da violência e do medo social. *Rev Serviço Soc* 2002; (72).
3. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1):7-32.
4. Ministério da Saúde (BR). *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
6. Alarcão ACJ, Carvalho, MDB, Pelosso, SM. The Death of a young son in violent circumstance: understanding the experience of the mother. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2008 maio-junho; 16(3):341-7.
7. Graças EM. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. *REME Rev Min Enferm* 2000; 1(4):28-33.
8. Labronici LM. *Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras*. [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 2002.
9. Martins J. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poiéses*. São Paulo: Cortez; 1992.
10. Albin L, Labronici LM. A exploração e alienação do corpo da enfermeira: um estudo fenomenológico. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3): 299-304.
11. Schraiber LB, D'oliveira AFLP. Violência contra a mulher: Interfaces com a saúde. *Interface Comunic Saúde Educ* 1999; 3(5):11-27.
12. Borges SMN. Propostas para uma relação: profissionais de saúde e mulheres. *Cad Saúde Pública* 1991; 7(2) [acessado 26 dezembro 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200011&Ing=en&nrm=iso
13. Braz M, Cardoso MCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 janeiro; 8(1): 91-7 [acessado em 03 outubro 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200000100013&Ing=
14. Crothers D. Vicarious traumatization in the work with survivors of childhood trauma. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995; 33(4):9-13.