

## SENTIR-SE IMPOTENTE: UM SENTIMENTO EXPRESSO POR CUIDADORES DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL<sup>1</sup>

Maria Eduarda Cavadinha Correa<sup>2</sup>

Liliana Maria Labronici<sup>3</sup>

Tatiane Herreira Trigueiro<sup>4</sup>

*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 semiestruturada 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*

## SENTIRSE IMPOTENTE: UN SENTIMIENTO EXPRESADO POR CUIDADORES DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

*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.*

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

<sup>1</sup>Trabalho extraído de Dissertação de Mestrado; <sup>2</sup>Enfermeira, Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: ecavadinha@gmail.com.br; <sup>3</sup>Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular da Universidade Federal do Paraná, Brasil, e-mail: lililabronici@yahoo.com.br;

<sup>4</sup>Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Brasil, e-mail: tatiherreira@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A violência é fenômeno mundial complexo, que se apresenta mediante multiplicidade de formas de expressão em todas as sociedades e em diferentes cenários. Atualmente, tornou-se a tônica do cotidiano<sup>(1)</sup>, e é, sem dúvida alguma, o principal problema que se está enfrentando, uma vez que deixa de ser um fato exclusivamente policial para ser um problema social<sup>(2)</sup>, afetando a população em geral, nas diferentes faixas etárias, independentemente da etnia, classe social e situação econômica.

Nunca se falou tanto em violência e em como combatê-la, contudo, a sensação de impotência é cada vez maior<sup>(1)</sup>. Um fator que corrobora essa impotência é a sua morbidade, que é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados seja pela imprecisão das informações geradas, através dos boletins de ocorrências policiais e, ainda, pela pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos ou pela multiplicidade de fatores que envolvem atos violentos<sup>(3)</sup>.

No que diz respeito à violência sexual contra a mulher, o Ministério da Saúde entende que o ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, e que cada um cumpra seu papel específico. A fim de que isso ocorra, todos devem estar sensibilizados para as questões da violência, e serem capacitados para acolher e oferecer suporte às principais demandas<sup>(4)</sup>.

Na cidade de Curitiba, PR, a Secretaria Municipal, através do programa Mulher de Verdade, vem desenvolvendo o protocolo de Atenção à Mulher Vítima de Violência, na tentativa de oferecer ao profissional de saúde métodos para detectar sinais e sintomas da agressão, formas de abordagem e acolhimento, e informações para orientar as mulheres que procuram ajuda nas unidades de saúde.

Os profissionais de saúde, ao desenvolverem o protocolo de atendimento, não estão expostos apenas às marcas detectáveis através de aparelhos sofisticados de diagnóstico clínico, que podem conduzir à exteriorização de queixas e sintomas, denotando problemas de saúde evidentes, eles também compartilham o sofrimento, a dor, o medo, a tristeza, gerados pela violência sofrida, e acumulam em seus corpos o vivido pelas vítimas de violência sexual, que podem afetá-los.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo: desvelar o significado da vivência no cuidar de vítimas de violência sexual.

## MÉTODOS

A pesquisa em tela é fenomenológica e foi fundamentada nos conceitos de corpo, corporeidade e percepção<sup>(5)</sup>. A opção pela fenomenologia se deu, porquanto, ao possibilitar ir além do mundo das aparências e dos conhecimentos teóricos, a investigação busca aproximar-se da experiência humana sob novas perspectivas, para compreendê-la a partir de sua dimensão existencial.

A proposta fenomenológica é investigar, de forma direta, as vivências humanas para compreendê-las sem se prender às explicações causais, ou às generalizações, e tem como objetivo a observação direta e a descrição dos fenômenos que são sentidos pela consciência<sup>(6)</sup>. Para que isso se concretize, o pesquisador deve abdicar de pressupostos, hipóteses ou teorias explicativas, para "ir-à-coisa-mesma", quer dizer, buscar a experiência consciente do indivíduo que é vivida de modo único e pessoal, contida no mundo subjetivo de cada um, e pode ser conhecida por meio do que é revelado<sup>(7)</sup>.

O vivido se dá no corpo, o primeiro e único lugar da experiência humana<sup>(8)</sup>, é espaço expressivo, conjunto de significações vividas, veículo do ser no mundo, que é capaz de ver, de sofrer, de pensar, de expressar. Assim, o corpo é o concreto da existência humana e suas múltiplas formas de expressão se revelam na corporeidade. É ele que possibilita, pela percepção, o acesso ao mundo, ao saber. A percepção é o encontro do sujeito com o mundo, e se apresenta como mosaico "de um conjunto de objetos distintos", devido à "recordação de experiências anteriores"<sup>(5)</sup>.

Os cenários onde esta pesquisa foi desenvolvida foram hospitais, centros de referência da cidade de Curitiba para atendimento à vítima de violência sexual. O período de obtenção dos discursos foi de dezembro de 2006 a março de 2007, com 12 profissionais de saúde, que possuem nível superior e atendem a vítimas de violência sexual: 4 enfermeiros, 3 médicos, 2 psicólogos e 3 assistentes sociais.

No que diz respeito aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética para avaliação e foi aprovado (CAAE nº 0049.0.091.00-06). Posteriormente, o Parecer foi

entregue aos comitês de ética das instituições envolvidas na pesquisa para ciência.

Com o intuito de garantir o anonimato dos atores envolvidos, foram colocados algarismos arábicos de 1 a 12, seguindo a ordem de realização das entrevistas para a identificação dos discursos obtidos.

A obtenção dos discursos ocorreu por meio de entrevista semiestruturada gravada, e transcrita em sua totalidade para buscar a expressão das experiências vividas, contemplando a seguinte questão: fale-me sobre a sua experiência em cuidar de vítimas de violência sexual.

Algumas dificuldades pertinentes à obtenção dos discursos foram encontradas: o reduzido número de profissionais que trabalham com vítimas de violência nos centros de referência, a não aceitação de 2 profissionais para participar da pesquisa, a dificuldade em relação ao tempo que os atores participantes dispunham para a entrevista, além da impossibilidade de marcar outro horário fora do ambiente de trabalho para a realização da entrevista.

A análise dos discursos seguiu os seguintes momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica<sup>(9)</sup>. A descrição fenomenológica é a exposição de um fenômeno de forma contextualizada, e que visa a busca da essência e da transcendência através de sua análise, interpretação e compreensão<sup>(10)</sup>. Trata-se de investigação daquilo que se mostra e que é possível ser descoberto, mas nem sempre é visto. Dá-se mediante o discurso ingênuo do ator, a partir de sua experiência vivida, fornece indicação de como o sujeito percebe determinado fenômeno, é "a tomada de posição do sujeito no mundo de suas significações"<sup>(5)</sup>.

A redução é um retorno à descrição para questioná-la, e tem como objetivo determinar e selecionar quais as partes da descrição são consideradas essenciais daquelas que não o são. O que se deseja com ela é encontrar exatamente quais partes da experiência são verdadeiramente partes da consciência, diferenciando-as daquelas que são simplesmente supostas<sup>(9)</sup>. É nesse momento que se dá a transformação das expressões do ator em linguagem do pesquisador, criando, assim, unidades de significado na tentativa de buscar a compreensão do fenômeno. Quando o pesquisador assume o resultado da redução como conjunto de unidades de significados que mostram a consciência que o sujeito

tem do fenômeno, surge o terceiro momento: a compreensão fenomenológica.

A compreensão fenomenológica se constitui no momento de construção da síntese das unidades de significado, desvela a consciência que o sujeito tem do fenômeno, através da interpretação de suas falas, em linguagem que sustente o que o pesquisador está buscando<sup>(10)</sup>. Assim, ela nada mais é do que um exercício de intersubjetividade e hermenêutica, que permite a captação da experiência vivida subjetivamente sem explicações.

Ao finalizar essa trajetória emergiu o tema: sentir-se impotente - um sentimento expresso por corporeidades cuidadoras de vítimas de violência sexual.

## RESULTADOS

Não há nada que possa acontecer fora do corpo porque ele é o concreto da nossa existência e lugar onde todas as experiências e vivências são armazenadas durante a trajetória existencial nas dimensões pessoal, social e profissional. É o espaço onde "tudo permanece; do fazer ver e da fala e onde tudo se mostra"<sup>(5)</sup>.

Os profissionais de saúde que atendem a vítimas de violência sexual muitas vezes lidam com a própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde, porque, de alguma maneira, todos precisam se expor. Essa exposição supõe mostrar as fragilidades, as vulnerabilidades e as suas limitações, e pode ser constatada no seguinte fragmento do discurso:

*Eu acho que a limitação é justamente essa de eu vou sentar com você e vou chorar junto sabe, é difícil você se manter com os relatos. Você tem vontade de chorar, de gritar. Você conhece suas limitações atendendo. Atender essas mulheres mexe muito com suas limitações, sabe. Até onde que eu consigo ir, até onde eu estou sendo profissional em atender, até onde, até onde eu estou deixando o profissional de lado e vou me indignar com essa mulher, ou vou chorar com essa mulher. Então é isso que eu falo em mexer com as limitações (Entrevistado 7).*

O estar com o outro para que ele possa mostrar seu mundo, a experiência vivida, a fim de que o profissional possa captá-lo, se faz mediante a percepção. Essa é construída com estados de consciência, a partir do percebido, motivo pelo qual é considerada como ato humano.

A percepção é o sentido que inaugura a abertura para o mundo como a *projeção de um ser para fora de si*. Quando o ser humano se depara com algo que se apresenta diante de sua consciência, primeiro o nota e o percebe em total harmonia com sua forma, a partir de sua consciência perceptiva. Após perceber o objeto, esse entra em sua consciência e passa a ser um fenômeno. Com a intenção de percebê-lo, o ser humano o intui, imagina-o em toda sua plenitude, e será capaz de descrever o que ele realmente é. Dessa forma, o conhecimento do fenômeno é gerado em torno do próprio fenômeno. Assim, "toda consciência é perceptiva, mesmo a consciência de nós mesmos"<sup>(5)</sup>, ou seja, a consciência de que somos corpo.

O corpo é unicidade e mediador da relação humana com o mundo, estar no mundo e o homem se relaciona com esse e com o outro mediante sua corporeidade, isto é, sua forma de se expressar. Então, o atendimento aos corpos violentados sexualmente é exercido por corpos viventes, e o seu fazer é constituído na corporeidade e pela corporeidade, onde os profissionais têm o cuidar do humano como projeto existencial. Nessa perspectiva, os corpos cuidadores têm o seu "ser-aí" envolvido com os corpos que precisam do cuidado, porque vivenciaram um momento de fragilidade existencial, gerada pela violência, e que compartilham durante o atendimento.

A violência é problema complexo com sérias consequências, pois afeta a multidimensionalidade da pessoa. E a preocupação dos profissionais de saúde é tratar a vítima, utilizando o protocolo de atendimento, que não responde pelas questões que envolvem a subjetividade do outro, os problemas sociais. Essa pressa no atendimento pode produzir resultado oposto ao esperado, isto é, outra violência, já que pode desrespeitar a trajetória dessa vítima, e acabará por frustrá-la. Assim, sentir-se-ão pouco "resolutivos" em sanar o problema<sup>(11)</sup>, e essa pouca resolutividade é sentida pelos profissionais como expresso nas falas a seguir.

*Há vários outros tipos de violência, como a violência crônica [...] cometida pelo parceiro, pelo companheiro ou pelo marido, já é um perfil que eu acho que a minha interferência, a minha participação é menor, porque envolve outras coisas do contexto familiar, social da paciente a que a gente acaba não conseguindo dar tanta resolutividade* (Entrevistado 2).

*Os pacientes que sofrem violência crônica (...) eu sinto que eles vêm aqui mais empurrados; mas, assim, eu sinto que não vai ser uma coisa que vai resolver de imediato, porque aquilo*

*é uma bola-de-neve, sabe. Mas, assim, são coisas que fogem do meu limite. E aí eu vejo que não tem resolutividade. E é por isso que o povo ansela, fica angustiado, inclusive, eu* (Entrevistado 3).

A sensação de não resolutividade pode levar ao sentimento de impotência que, muitas vezes, se instala no cenário do trabalho, e pode ocorrer quando o profissional confunde os seus objetivos e limitações com os da outra corporeidade, que pede ajuda<sup>(12)</sup>. Esse sentimento esteve constantemente presente nos discursos dos profissionais entrevistados que se desvelou como um dos sentimentos que os afeta enquanto profissionais.

*Eu acho que o sentimento de impotência muitas vezes faz você ficar angustiada, que você olha para pessoa e pensa: 'eu vou fazer o quê?'. Muitas vezes eu me sinto impotente no atendimento. Muitas vezes eu tenho vontade de fazer alguma coisa (...). Então existem essas coisas que me incomodam, a impotência e também o fato de aquela mulher estar ali, representar a violência* (Entrevistado 7).

O sentimento de impotência também aparece, muitas vezes, quando o profissional está assistindo clinicamente a criança ou o adolescente, e são obrigados a lhes dar alta e entregá-los de volta aos responsáveis. Assim, têm que ignorar o que o futuro trará para esses clientes<sup>(13)</sup>. Essa situação foi percebida no fragmento do seguinte discurso:

*O mais difícil eu vejo é a criança e a violência (sexual) crônica. Mas pela questão da desproteção, porque a criança não tem a experiência nem a condição de sair daquela situação; mesmo a gente consegue enxergar a imposição social dos valores que fica ali muito forte. Eu me sinto impotente* (Entrevistado 2).

O que é percebido por uma pessoa (fenômeno) acontece num campo do qual ela faz parte. A identidade do mundo percebido vai ocorrendo através das suas próprias perspectivas, e vai se construindo em movimentos de retomada do passado e abertura para o futuro, sempre sendo possíveis novas perspectivas<sup>(5)</sup>. Os profissionais ficam marcados por essas experiências, lembram-se de cada uma delas com detalhes, mesmo quando aconteceram no passado distante. Apesar de não explicitarem, sentem-se causadores de um mal, corresponsáveis por não poderem agir fora do âmbito de seu ofício, mesmo porque, quando o fazem, em nada resulta<sup>(13)</sup>. Nesses casos, a impotência provoca tensão perceptível nos entrevistados, acompanhada de angústia e tristeza, que ficam armazenados em seus corpos, conforme explicitado na seguinte fala:

*Teve um caso que deu vontade de adotar duas meninas que sofriam violência (sexual) por parte dos pais, até porque são*

*da idade das minhas filhas, mas a gente tem de trabalhar isso também. Eu fiquei arrasada, eu fiquei doente e aí vem aquele sentimento de impotência* (Entrevistado 11).

O sentimento de impotência ora diante da "inutilidade", ora da violência ou da incapacidade de tirar toda a dor do paciente naquele determinado momento do atendimento, parece ser resquício de nossa formação biomédica. Não se trata da dor concebida como o quinto sinal vital, mas daquela que transcende o físico e parece permanecer na essência do corpo. Essa vem à tona, quando se compartilha o ser e estar no mundo como corporeidades, ou seja, quando se desvela o invisível. O invisível passa a ter visibilidade, quando se expõe a própria subjetividade para o outro que a capta pela percepção, visto que essa é o modo de acesso ao mundo<sup>(5)</sup>. O conhecimento da subjetividade do outro não é abordado no modelo biomédico, porque essa formação faz com que o profissional valorize resultados práticos e em curto prazo. Quando isso não ocorre, gera falsa sensação de que não se está fazendo muito pelo cliente e isso pôde ser constatado a seguir.

*Muitas vezes vem aquele sentimento de impotência, de você não poder fazer nada, sabe! Eu não posso te dar uma aspirina pra passar a dor, não existe um remédio que você dê e possa dizer que vai passar. Você não pode colocar um sorinho, dar uma picadinha que vai passar. É diferente da picadinha, não passa, não vai passar. É um mistério da vida. É como a dor da perda, dor da morte, dor de paixões. Só que eu acho que é uma dor pior* (Entrevistado 8).

Os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual passam a compartilhar a experiência que gera o sentimento de impotência, o que leva a subestimarem suas próprias capacidades e conhecimentos, e não perceber os recursos e possibilidades dos clientes.

É importante que as vítimas de violência sexual possam compartilhar suas vivências com os profissionais, pois essa é uma possibilidade, uma pré-condição para a restituição de um mundo com significado. Ajudá-las a encontrar um novo sentido em sua existência significa entrar na subjetividade. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de a equipe de saúde entrar em contato com o sofrimento e a realidade deles, ajudando-os a reconstruir um mundo interno mais confiável e menos ameaçador<sup>(14)</sup>.

No momento em que os corpos cuidadores assumem o cuidado dos corpos violentados sexualmente passam a ser-com-o-outro, e essa relação afeta a sua existência. Aparentemente, os

profissionais não são preparados, nem adequadamente instrumentalizados, para lidar com os sentimentos de impotência, raiva e ansiedade, entre outros. Trabalhar esses sentimentos beneficiará e facilitará seu trabalho, mas, para que isso ocorra, é necessário entrar em contato com seus próprios preconceitos, valores morais e sentimentos em relação às vítimas de violência sexual, trazendo essas questões para o "consciente", a fim de que possam ser mais bem elaboradas, evitando, assim, que interfiram de maneira negativa no atendimento e na sua vida profissional, porquanto, deve-se considerar que tudo o que um cliente traz é pertinente e apropriado, ele nunca pode ser culpado por reavivar questões do profissional ou "movê-lo" emocionalmente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário prestar atenção, constantemente, no corpo para que se possa perceber seus sinais, reconhecê-lo e compreendê-lo melhor, e a si mesmo. O autoconhecimento é fundamental para se captar o outro que necessita de cuidado, de atendimento.

Captar o outro na sua multidimensionalidade significa percebê-lo. Quando isso ocorre, está-se diante da possibilidade de ajudá-lo na reconstituição de sua autoimagem, autoestima, na transcendência do seu aqui e agora, que emergiu de um passado no qual a violência sexual deixou cicatrizes visíveis e invisíveis em seu corpo e o fez vivenciar situação de fragilidade existencial.

O profissional de saúde não se depara apenas com um corpo que apresenta sinais e sintomas e necessita de tratamento que pode ser encontrado no protocolo de atendimento. Muitas vezes é colocado frente a problemáticas de ordem social para as quais não é preparado, já que do atendimento emergem emoções, sentimentos e sofrimento também por parte dele. Os depoimentos ou relatos que as vítimas de violência sexual trazem, durante o atendimento, são densos e colocam os profissionais em posição delicada, frágil, diante da impossibilidade de resolver o problema, porque extrapola os limites de competência, o que pode gerar nesses profissionais um sentimento de impotência.

O sentimento de impotência é alimentado continuamente no cotidiano desses profissionais e é armazenado em seus corpos, assim como os

depoimentos densos das vítimas, que também os afetam, motivo pelo qual se faz necessário pensar em estratégias a serem implantadas nos serviços que propiciem e garantam também a saúde do trabalhador, uma vez que não receberam formação adequada para lidarem com as questões que envolvem o fenômeno da violência sexual.

É preciso que a instituição construa e garanta um cotidiano acolhedor e seguro para os profissionais de saúde, visto que cuidam do outro, mas nem sempre cuidam de si adequadamente. O cuidar dos profissionais está relacionado à criação de condições emocionais para ajudá-los a lidar com seus problemas. Dessa forma, o sofrimento psíquico inerente à atividade deles pode ser transformado em desenvolvimento pessoal e construção de

conhecimentos, se for cotidianamente compreendido e elaborado pelos seus protagonistas.

Destarte, é imprescindível que o tema em tela seja abordado nos cursos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde e humanas, a fim de capacitar os futuros profissionais para o cuidado com vítimas de violência sexual, e, também, que as instituições de saúde implantem a capacitação permanente, criem grupos dirigidos por um profissional especializado, para que os profissionais da saúde, que cuidam dessas vítimas, possam trabalhar não apenas o sentimento de impotência, mas as experiências e sofrimentos compartilhados que vão acumulando e podem afetá-los na sua multidimensionalidade, e implantem uma política institucional ética que valorize a saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

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 poíeses.* 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](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=](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.