

Maria José dos Reis^I

Maria Helena Baena de Moraes
Lopes^{II}

Rosângela Higa^I

Egberto Ribeiro Turato^{III}

Vera Lucia Soares Chvatal^{III}

Aloísio José Bedone^{IV}

Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual

Experiences of nurses in health care for female victims of sexual violence

RESUMO

OBJETIVO: Compreender as vivências de enfermeiros no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo clínico-qualitativo em que foram entrevistados seis enfermeiros de um serviço de assistência a mulheres vítimas de violência sexual em Campinas, SP, no período de abril a maio de 2007. Utilizou-se a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo com base no referencial psicodinâmico. Foram produzidas categorias analíticas: o que pensam, o que sentem, como agem e como reagem ao trabalho com vítimas de violência sexual.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: Os entrevistados indicaram o acolhimento como fundamental na assistência humanizada e no estabelecimento de vínculo com a cliente. Foram relatados sentimentos como medo, insegurança, impotência, ambivalência, angústia e ansiedade, que acarretam alterações de comportamento e interferem na vida pessoal, como também sentimentos de satisfação e realização profissionais. A capacitação técnica e atividades que visam o apoio psicológico foram citadas como estratégias que podem ajudar nesse tipo de atendimento.

CONCLUSÕES: Mesmo diante de sentimentos como impotência, medo e revolta, a percepção de alívio pelo dever cumprido e a satisfação pessoal dos enfermeiros em ter ajudado essas mulheres parecem se sobrepor aos demais sentimentos, como forma de gratificação. O desejo de “fugir” do atendimento e a vontade de dar o melhor de si ocorrem simultaneamente e são utilizados mecanismos internos no sentido de minimizar a dor e o sofrimento.

DESCRIPTORIOS: Enfermeiras. Enfermeiros. Relações Enfermeiro-Paciente. Mulheres Maltratadas. Humanização da Assistência. Pesquisa Qualitativa.

^I Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia. Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil

^{II} Departamento de Enfermagem. FCM-UNICAMP. Campinas, SP, Brasil

^{III} Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. FCM-UNICAMP. Campinas, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Tocoginecologia. FCM-UNICAMP. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Maria José dos Reis
R. Tenente João Batista de Godoy, 17
Jardim das Oliveiras
13043-640 Campinas, SP, Brasil
E-mail: mjreis03@hotmail.com

Recebido: 9/7/2008
Revisado: 8/5/2009
Aprovado: 14/9/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand experiences of nurses caring for women who have suffered sexual violence.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative-clinical study in which six nurses from a health care service for women who had suffered sexual violence were interviewed in the city of Campinas, Southeastern Brazil, between April and May 2007. Semi-guided interview technique with open questions was used. Data were analyzed following the content analysis technique, based on a psychodynamic framework. The following analytical categories were produced: what they think about, how they feel, how they act and how they react to the work with sexual violence victims.

ANALYSIS OF RESULTS: Interviewees indicated receptiveness as key to provide humanized health care and form a bond with clients. Feelings such as fear, insecurity, impotence, ambivalence, anguish and anxiety were reported, causing behavioral changes and interfering with one's personal life, in addition to feelings of professional achievement and satisfaction. Technical qualification and activities aimed at providing psychological support were mentioned as strategies to help this type of care.

CONCLUSIONS: Although dealing with feelings such as impotence, fear and indignation, the nurses' perception of relief when fulfilling their job tasks and the personal satisfaction felt when helping these women seem to surpass other feelings, as a form of gratification. The desire to "run away" from the health care service and the willingness to do one's best occur simultaneously and are used as inner mechanisms in the sense of minimizing pain and suffering.

DESCRIPTORS: Nurses. Nurses, Male. Nurse-Patient Relations. Battered Women. Humanization of Assistance. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina.⁶

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a mulher violentada sexualmente necessita de assistência humanizada na interação com o profissional nos serviços de saúde.⁸ No entanto, ao atender as mulheres vítimas de violência sexual, os profissionais de saúde frequentemente têm que lidar com sua própria angústia diante das limitações humanas e, de alguma maneira, se expor.³

Um estudo fenomenológico³ mostrou que o profissional se sente impotente. A sensação de não resolutividade pode levar a um sentimento de impotência, porque o profissional confunde os seus objetivos e limitações com o da pessoa que está sendo atendida. Os autores comentam que a impotência provoca tensão perceptível nos profissionais, acompanhada de tristeza e angústia.

O impacto causado pelo atendimento a pessoas que sofrem violência sexual nos profissionais pode

repercutir na qualidade da assistência prestada. Eles passam a compartilhar a experiência que gera o sentimento de impotência e a subestimar suas próprias capacidades e conhecimentos, além de não perceber os recursos e possibilidades dos sujeitos que sofreram a violência.³

Essas reações não são evidenciadas apenas no atendimento a casos de violência sexual; profissionais que atendem a crianças e adolescentes que sofrem maus tratos apresentam reações semelhantes, também se sentem impotentes, angustiados, indignados, revoltados e culpados.¹

Diante das dificuldades deparadas no agir cotidiano durante o acolhimento no âmbito assistencial, observou-se a necessidade de conhecer a vivência dos enfermeiros, uma vez que assistir esse grupo de mulheres envolve questões éticas, morais e religiosas que poderiam ser causa de repercussões de ordem psicológica/emocional. Portanto, o objetivo

⁸ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília; 1999.

do presente estudo foi compreender as vivências de enfermeiros no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual em um hospital de ensino que é referência neste tipo de assistência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em 1998, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) criou um serviço especializado na assistência à mulher pós-púbere que sofre violência sexual com protocolos visando uma assistência humanizada no município de Campinas, SP. A assistência é realizada e oferecida durante as 24 h, priorizada no momento em que a cliente chega ao serviço e em local privativo e tranquilo. A equipe é composta por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogas e médicos ginecologistas e psiquiatras, com protocolos específicos para cada categoria profissional. Assim, quando a mulher identifica-se como tendo sofrido violência sexual, um funcionário da recepção a acompanha até a unidade de internação (UI) de ginecologia onde é atendida pela equipe de enfermagem e pelo enfermeiro, sendo o primeiro profissional a acolher essa mulher após a agressão. Uma vez concluída a consulta de enfermagem, a mulher é encaminhada para atendimento médico, psicológico e social, e ao ambulatório, para seguimento com equipe multidisciplinar, por seis meses.

De acordo com o protocolo de enfermagem,⁸ o profissional da UI colhe dados de anamnese, executa a prescrição médica e realiza intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem identificados.

As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2007.

A seleção da amostra foi intencional e o tamanho estabelecido pelo critério de saturação.⁵ Os critérios utilizados na seleção dos sujeitos foram: ser enfermeiro(a); atender mulheres que sofreram violência sexual; estar no desempenho de atividades profissionais no período da coleta e aceitar que a entrevista fosse gravada e, posteriormente, transcrita literalmente.

Foram entrevistados seis enfermeiros (um homem e cinco mulheres) que realizavam o acolhimento no atendimento imediato, logo após a mulher sofrer a violência sexual. As entrevistas foram conduzidas com privacidade no local de trabalho e tiveram duração média de 90 min. A idade dos enfermeiros variou de 29 a 60 anos; dois eram casados, dois solteiros e dois separados; tinham de seis a 32 anos de profissão, e atuavam de dois a oito anos no serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual.

Utilizou-se técnica de entrevista semidirigida de questões abertas⁴ que permite observar a escuta em profundidade. Foram utilizados formulário contendo

dados de identificação e roteiro de perguntas que buscou conhecer as vivências dos profissionais. Foram anotadas expressões verbais e não verbais como a apresentação pessoal, comportamento global, expressões corporais, alterações na fala e outras manifestações.

O roteiro apresentava a seguinte questão disparadora: “Atender mulheres que vivenciaram a violência sexual pode despertar algum sentimento. Fale-me como que é para você trabalhar com isso.” Ele incluía ainda questões sobre situações vividas na sua prática cotidiana, acolhimento, capacitação, apoio psicológico recebido, reações e sentimentos frente ao atendimento prestado.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas; a lapidação dos dados passou pela técnica da análise de conteúdo e foi escolhida a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.¹⁰

Após leituras e releituras do *corpus* do material colhido, discussão entre os pesquisadores e validação com pares do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da UNICAMP, grupo de pesquisa a que pertence o projeto, os dados foram agrupados nas seguintes categorias: O que pensam os enfermeiros, O que sentem, Como agem e Como reagem.

A análise foi baseada na psicologia da saúde, que constitui um campo de trabalho da psicologia que surgiu como resposta a uma demanda sócio-sanitária. A “multidisciplinariedade” da psicologia da saúde refere-se principalmente a sua projeção e militância institucional.¹²

O estudo seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Protocolo nº 546/2006). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo das entrevistas, ao relatarem suas reações durante o atendimento, foram percebidas diferentes reações não verbais, algumas pessoas mostraram-se emocionadas, incomodadas com o que estavam falando, não queriam demonstrar insensibilidade ou medo. Um participante afirmou ter receio de falar algo comprometedor e pediu que desligasse o gravador, quando questionado se desejava encerrar a entrevista referiu que não. Houve quem pedisse para parar a gravação, com a alegação de que necessitava se recompor para continuar a entrevista. Outros disseram que tinham muito que falar ou mostraram estar à vontade.

O que pensam

Todos os profissionais relataram que o acolhimento é um fator fundamental para uma assistência humanizada e individualizada, assim como é primordial no estabelecimento de vínculo e empatia com a cliente. Para tanto, se faz necessário mostrar solidariedade com a sua dor e sofrimento e estabelecer uma relação de empatia com a mulher, ou seja, uma resposta afetiva vicária e afetiva apropriada.⁸

“É indispensável deixar que o sentimento dela chegue até mim, permitir que o meu sentimento chegue até a ela e demonstrar que sou receptiva a sua dor.” (E1)

“Para que eu consiga interagir de forma saudável é importante me colocar no lugar da vítima.” (E1)

Um dos fatores para a humanização da assistência é a motivação pessoal, que dá origem à ação e se transforma,¹¹ isto é, muda o agir, torna a ação do cuidar mais humanizada. Considerando a competência técnica e uma assistência humanizada, o acolhimento será um dispositivo que vai muito além da simples recepção do cliente em uma unidade de saúde.⁷

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é visto como ato ou efeito de acolher e implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, constituindo uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.⁹

Portanto, o acolhimento entendido como o primeiro contato do profissional com a mulher que sofreu violência sexual proporcionará segurança, tanto física como emocional, e é visto pela equipe como importante fator para a adesão ao tratamento.

Assim, observamos que os participantes do estudo compreendem o acolhimento como definido pelo Ministério da Saúde.

“O acolhimento é como um manto que cobre a paciente, uma sensação, um agasalho, um porto seguro; são vibrações positivas que a envolvem para tirá-la desse lugar ruim e triste”. (E1)

“O campo vital dela está muito frágil, assim, com o acolhimento bem feito ela sentirá segura e confiante e a eficiência desse primeiro contato facilitará o seguimento com os demais profissionais; mas se errarmos no primeiro momento...” (E5)

O enfermeiro necessita organizar um conjunto coerente de conhecimentos e de experiências em face dessa situação concreta, de forma que a assistência à mulher

não seja causadora de sofrimento e angústia. Ao prestar esses cuidados, o profissional certamente será confrontado com tensões emocionais complexas causadoras de conflitos pessoais internos. Contudo, o enfermeiro prossegue suas ações, uma vez que seu objetivo é atender à mulher, conforme ilustrado nos relatos a seguir:

“Não adianta forçar um profissional que não tem perfil para o acolhimento e não gosta desse atendimento. Às vezes podemos causar uma violência nas pessoas que não têm perfil para participar desse programa.” (E1)

“O incômodo e o mal estar ocorrem quando ela descreve o estupro com detalhes. Nunca é uma coisa tranqüila e nem fácil de ser feita, sempre vai incomoda. Mas é uma condição e eu que tenho que trabalhar com isso.” (E5)

A unidade de internação de ginecologia foi escolhida para esse atendimento por ser considerada uma unidade de baixa complexidade. Portanto, a equipe multidisciplinar teria maior disponibilidade de realizar atendimento imediato, tranqüilo e com privacidade.

Situações pessoais com a violência sexual se fazem presentes nos depoimentos, isto é, alguns profissionais eles próprios sofreram violência sexual, e o atendimento pode ser gerador de uma nova agressão.

“Vivemos algumas situações de profissionais que sofreram estupro; muitas vezes elas não querem mexer com isso, mas, no ambiente de trabalho que isso estourou, não é fácil não.” (E5)

“Somente deve atender quem realmente quer e tem intenção de fazer algo por essas vítimas. Lamentavelmente isso não ocorre, as pessoas são obrigadas a atender porque trabalham nesse setor e temos enfermeiras que já foram violentadas e estão atendendo violência.” (E1)

O que sentem

Realizar esse tipo de atendimento provoca sentimentos diversos de acordo com experiência pessoal e profissional de cada indivíduo.

“É complicado atender, nem sempre a gente está com vontade e, realmente a pior coisa que poderia acontecer no plantão.” (E4)

“Quando vejo subindo pela escada fecho o olho, aí meu Deus que terrível, subiu pela escada com o porteiro porque é violência. Então, a primeira vontade é de não atender. Depois, sinto-me solidária e mais humana. Ela passou por uma coisa tão terrível que preciso oferecer algo de bom para tentar neutralizar.” (E1)

⁹ Abbès C. O Acolhimento como Rede de Conversações. Diretriz e Dispositivo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

“Gostar a gente não gosta, mas a gente atende. Tem tanta coisa que a gente não gosta e tem que fazer; não tenho prazer em atender, mas dou toda assistência que for preciso.” (E6)

Acolher mulheres que sofreram violência gera sentimentos relacionados a vivências profissionais, pois requer interromper a atividade no momento para dedicar-se exclusivamente a elas, podendo não haver tempo suficiente para atender a outras clientes internadas que necessitam da mesma atenção. Assim, o desejo de não realizar esse atendimento pode estar relacionado à alteração da rotina diária. Outro possível fator é não se sentir preparado para esse tipo de assistência.

Quando um indivíduo se depara com uma situação perigosa sem estar preparado, o medo torna-se evidente. O medo é uma reação a uma situação de perigo ou a estímulos externos muito intensos que surpreendem o sujeito em um estado de despreparo do qual ele não é capaz de se proteger ou dominar. Entre pavor e angústia, a diferença está no fato de o primeiro se caracterizar pela não-preparação para o perigo, enquanto que na angústia há alguma coisa que protege contra o pavor.⁹ Os relatos a seguir mostram que os profissionais vivenciam esses sentimentos.

“Era o que acontecia, medo da mãe ser assaltada e da filha ser violentada. Parece que todos que estavam ao nosso redor poderiam ser possível vítima. Uma realidade de números tão grande.” (E1)

“Qualquer idade comove, mas quando vejo alguém da idade dos meus filhos que estão em casa, a preocupação aumenta, é difícil, tenho duas filhas e a cada momento penso nelas que estão em casa, o tempo todo, a cada dia oriento e reforço os cuidados que devem ter.” (E6)

O sentimento de impotência frente à violência foi observado em alguns casos. A falta de respostas sobre como quebrar um ciclo familiar, cultural, de violência e o que fazer para ajudar despertou sinais de fragilidade e de revolta no profissional.

“Quando você se coloca no lugar da pessoa e se sente frágil ocorre um sentimento de revolta. É muita coisa misturada, algumas vezes se fragiliza e outras passam despercebidas, como normal.” (E4)

“O que mais me impactou foi uma criança que foi estuprada pelo pai. Como não podia ajudar, interromper esse ciclo acho que seria para sempre e lamentavelmente a mãe pode estar participando disso devido à situação socioeconômica, então é muito difícil.” (E1)

Por mais difícil e doloroso que seja esse atendimento, parece que a aptidão para o cuidado do enfermeiro se faz presente e traz consigo a satisfação de dever cumprido como profissional de saúde e gratificação como ser humano.

“Sempre que a paciente e a família me abraçam e agradecem, sinto que consegui fazer alguma coisinha. Vejo algo de positivo que saiu dela. Então, isso me faz sentir bem.” (E1)

“Fico feliz porque cumpri a minha parte. Acolhi bem, fiz tudo que estava dentro do meu alcance. Naquele momento de dor, de desespero, de agonia, eu estava ali para dar a mão, enxugar a lágrima, fazer o que fosse necessário.” (E2)

“Vou para casa pensando no que aconteceu, no papel cumprido, ela está bem. Quando ela chega, vem chorando e muito triste, na hora que vai, sai tranqüila e aliviada e eu fico mais aliviada também.” (E3)

Quando a vítima exhibe sinais de alívio ou alegria após ter sido ajudada, a pessoa que ajudou pode sentir alegria. Uma vez tendo experienciado “alegria empática”,⁹ a pessoa pode sentir-se motivada a ajudar novamente de modo a sentir a alegria empática outra vez. Essa auto-recompensa inerente na empatia não é um processo consciente e pode ser um fator adaptativo.⁹

Como agem

Os profissionais identificaram a necessidade de estarem capacitados para o atendimento, sendo a falta de capacitação um fator que pode interferir nas diversas maneiras de agir.

Confrontados com o estresse, a violência, a doença, o sofrimento e a morte, os profissionais de saúde estão muitos expostos e, portanto, muito necessitados de acolhimento e sensibilização para se sentirem bem. Interrogar-se sobre a representação de si mesmo é o primeiro passo para a auto-percepção, indispensável para quem tenciona se comunicar melhor, interagir ou posicionar-se de modo mais adequado na relação com outro indivíduo.¹¹

A conscientização acerca dos aspectos emocionais envolvidos na atuação cotidiana da equipe de enfermagem facilita e aprimora o cuidar,¹³ justificando-se a importância do apoio e preparo psicológico dos profissionais que atuam na área de violência sexual.

“Eu gostaria reunir com todas as outras colegas que fazem o atendimento e poder discutir, poder trocar as idéias ou os casos, acho que é uma forma de aumentar o conhecimento, de compreender o que está acontecendo, como me afetou. Seria muito importante cuidar do cuidador e isso é algo que nós não temos.” (E1)

“Eu nunca recebi nenhum tipo de apoio psicológico aqui e também nunca procurei, conversamos entre a gente mesmo e nos ajudando mutuamente.” (E4)

Seguindo as normas do Ministério da Saúde, o Caism/UNICAMP oferece regularmente capacitação técnica e oficinas de apoio psicológico aos profissionais que

atuam nesse serviço, a participação não obrigatória justificaria a não participação de alguns enfermeiros. O Serviço de Apoio ao Servidor da universidade conta com uma psicóloga para atender todos os profissionais do serviço, inclusive a equipe que atende aos casos de violência sexual.

É provável que seja necessário uma melhor divulgação e/ou a informação da importância da participação nesses encontros por parte da equipe responsável por esses profissionais para que ocorra uma melhor adesão e procura por ajuda e apoio psicológico, quando se fizer necessário.

Embora alguns enfermeiros tenham recebido capacitação para proporcionar uma interação com a cliente, visando sua recuperação física e psicossocial, é presumível que, por não saberem lidar com o problema, em função de crenças, valores e vivências pessoais, tenham dificuldade na assistência.

“Quando veio a capacitação, foi bom e de grande valia, houve uma melhora, uma conscientização, uma delicadeza no cuidado e no acolhimento.” (E5)

Na condição de enfermeiro, o indivíduo certamente será confrontado com tensões emocionais e relacionais de um complexo sistema que inclui a situação econômica, os conflitos hierárquicos ou entre os membros da equipe interdisciplinar e a prioridade em desenvolver uma assistência condizente com as necessidades físicas e psicológicas do seu cliente.²

Como reagem

Os enfermeiros relataram reagir com medo, explicitaram os sinais de alerta na vida pessoal, reagiram com mudanças na vida pessoal. Alguns se acostumaram com a situação, tornaram-se mais precavidos e outros ficaram com medo da violência do dia-a-dia. Diversos tipos de reação frente ao atendimento para continuar a assistir essas mulheres foram relatados, conforme ilustrados nos relatos a seguir.

“Os primeiros anos eram desespero, angústia e dor, muito difícil atender. Hoje ainda sinto a sua dor e não consigo deixar de me colocar no seu lugar, mas consigo trabalhar de uma forma mais desapegada, consigo compreender e não mais me apropriar dessa dor.” (E1)

“Há alguns casos que marcam mais a gente, eu não gosto de atender, mas eu fui acostumando com a situação.” (E3)

“Influencia de várias maneiras, você muda quando atende uma vítima de violência e traz para seu dia a dia, um exemplo é que não deixo mais o rapaz que entrega água entrar em casa depois que atendi uma mulher que foi violentada porque abriu a porta.” (E4)

“Olhar pra dentro de mim e ver o quanto de agressor, o quanto de esturador tem dentro de mim; não excluir o fato de ser um agressor também.” (E5)

Como limitação do estudo, os responsáveis pela instituição não foram consultados quanto à solicitação de transferência dos profissionais de unidade (o que não se restringe aos enfermeiros entrevistados, uma vez que cerca de 18 atuam neste serviço), qual a preocupação da direção em relação aos profissionais que sofreram violência e se tal situação era conhecida. Frente a isso, parece ser adequado propiciar ao profissional a opção por atuar ou não nesse serviço para que não haja comprometimento da qualidade de assistência prestada e, principalmente, para diminuir o sofrimento e a angústia decorrentes desse atendimento.

CONCLUSÕES

Os profissionais entrevistados apresentaram diferentes sentimentos. Todos relatam a importância do acolhimento, da empatia e da formação de vínculo com a mulher. O desejo de “fugir” do atendimento e a vontade de dar o melhor de si ocorrem simultaneamente e são utilizados mecanismos internos no sentido de minimizar a dor e o sofrimento. A capacitação técnica e atividades que visam o apoio psicológico são citadas como estratégias que podem ajudar nesse tipo de atendimento.

Mesmo diante de sentimentos como impotência, medo e revolta, a percepção de alívio pelo dever cumprido e a satisfação pessoal em ter ajudado essas mulheres parecem se sobrepor aos demais sentimentos, como forma de gratificação. Embora o serviço ofereça capacitação profissional e oficinas de apoio psicológico com certa regularidade, nem todos participam. No entanto, aqueles que participaram relatam a importância desses encontros na melhora da assistência oferecida e das dificuldades pessoais.

REFERÊNCIAS

1. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(1):91-7. DOI:10.1590/S0104-11692000000100013
2. Carneiro KM, Cardoso MVLML, Abreu WJCP, Fernandes HIVM. Estágio de doutorando (sanduíche) em enfermagem: uma experiência em Portugal. *Rev Eletrônica de Enferm* [Internet]. 2007[citado 18 mar 08];9(1):261-74. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a21.htm>
3. Correa MEC, Labronici LM, Trigueiro TH. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(3):289-94. DOI:10.1590/S0104-11692009000300002
4. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(5):174-83. DOI:10.1590/S010411692006000500025
5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por Saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):17-27. DOI:10.1590/S0102-311X2008000100003
6. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica*. 1994;10(Suppl 1):135-45. DOI:10.1590/S0102-311X1994000500009
7. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cad Saude Publica*. 2005[citado 18 jan 06];21(1):256-65. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X200500010028&script=sci_arttext&tlng=e DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028
8. Higa R, Mondaca AA, Del Carmen Alvarez A, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):377-82. DOI:10.1590/S0080-62342008000200023
9. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. Trad. de P Tamen. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
11. Rispaill D. Conhecer-se melhor para melhor cuidar - uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência; 2003.
12. Sebastiani RW, Maia EMC. Psicologia de la Salud en Brasil - 50 años de historia. *Suma Psicol*. 2003;10(1):25-42.
13. Silva GM, Teles S, Vale ERM. Estudo Sobre Publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do Câncer Infantil - período de 1998/2004. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(3):253-61.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de MJ Reis, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 2008.
Os autores declaram não haver conflito de interesses.