

O PAPEL DA EQUIPE INTEGRADA NO ATENDIMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO SOBRE PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM AMBULATÓRIO UNIVERSITÁRIO ESPECIALIZADO

RESUMO

A violência contra as mulheres é um importante problema de saúde pública, sendo a violência sexual (VS), um de seus principais expoentes. O enfrentamento da VS e o cuidado das vítimas depende de uma equipe multidisciplinar, devido à complexidade biopsicossocial dos casos. A literatura sobre os impactos desse atendimento nos profissionais de saúde é escassa, embora esse grupo tenha contato frequente e profundo com as histórias sensibilizadoras das vítimas. **Objetivo:** Compreender significados da percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho em equipe multidisciplinar no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um serviço ambulatorial universitário. **Participantes e Método:** Desenho do MCQ- Método Clínico-Qualitativo de Turato, com aplicação de Entrevistas Semidirigidas de Questões Abertas em Profundidade. Análise das entrevistas por Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa - técnica dos Sete Passos descrita por Faria-Schützer & Colaboradores. Fechamento da amostra por critério de exaustão de participantes. **Resultados e Discussão:** Da análise do *corpus* das entrevistas, elegemos duas categorias de discussão para esta apresentação: *“Eu me sinto muito bem amparado”*: como a ausência de conluio do anonimato contribui para o trabalho em equipe; e *“A gente vai criando um clima de cuidado”*: A importância do amparo emocional proporcionado pela equipe. **Conclusão:** Dificuldades do atendimento em VS são minimizadas quando a equipe multidisciplinar atua em conjunto, garantindo amparo técnico e emocional entre colegas. Novas pesquisas sobre o tema são necessárias para expandir o conhecimento na literatura e oferecer bases para o desenvolvimento de novas estratégias por gestores em serviços de saúde desta natureza.

Palavras-chave: violência sexual, profissionais de saúde, equipe multiprofissional, pesquisa clínico-qualitativa

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um importante problema de saúde pública que acarreta em danos físicos, psicológicos e sexuais às mulheres^{1,2}. No Brasil, um relatório de 2019 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública evidencia que 59,1% da população já presenciou situações de violência e assédio contra mulheres em sua comunidade³. Em março de 2020, o "Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência" recebeu quase 8.000 denúncias de violência, demonstrando o quão comuns as situações de violência ainda são.

A violência sexual (VS) é um expoente da violência contra as mulheres, sendo definida como ato sexual, insinuações sexuais indesejadas ou ações para utilizar a sexualidade de uma pessoa por meio da coerção realizada por outrem⁴. Como consequências dessa agressão, pode-se citar gravidezes indesejadas, contaminação por infecções sexualmente transmissíveis e risco aumentado para problemas de saúde mental, como transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e tentativa de suicídio⁵. Além disso, fatores de risco para a ocorrência de violência sexual - como abuso de substâncias e baixo nível socioeconômico - aumentam a vulnerabilidade da mulher e indicam necessidade de um cuidado multidisciplinar. A permanência de crenças populares que estigmatizam e culpabilizam as vítimas, torna o cuidado dessas mulheres ainda mais complexo⁶.

No Brasil, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres determina que o enfrentamento à violência contra essa população seja feito por diversos setores para prevenir, combater, oferecer assistência e garantir os direitos das mulheres. No âmbito da saúde, preconiza-se proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados⁷. Tal estratégia é fundamental, pois evita evasão e revitimização das mulheres, contribuindo para seu atendimento nos serviços de saúde⁸.

Nesse sentido, os profissionais de saúde assumem papel relevante no cuidado das vítimas de violência sexual. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os profissionais devem estar aptos a acolher e orientar sobre serviços disponíveis, garantindo minimamente o atendimento inicial a essas mulheres⁹. A escuta empática das histórias vivenciadas é importante na tentativa de criar um ambiente acolhedor para a mulher que busca ajuda.

Entretanto, essa escuta faz emergir no profissional conflitos morais, éticos e religiosos que podem despertar tensões emocionais complexas, com as quais o trabalhador não sabe ou não tem ferramentas para manejar⁹. Como consequência, os profissionais podem, de maneira reativa, minimizar os sofrimentos das pacientes e se sentir impotentes para lidar com o caso¹⁰. Por serem fenômenos sociais, os aspectos relacionados à violência sexual dificilmente possuem a resolução

rápida e direta defendida pelo imaginário biomédico, causando no profissional a sensação de que “nada se pode fazer para ajudar a paciente”.

Contribuem para esse cenário a redução do número de profissionais no serviço, a alta rotatividade de trabalhadores e a falta de capacitação, gerando um quadro propício para o desenvolvimento de tensões físicas e psicológicas¹¹.

Por ser um fenômeno de extrema complexidade, envolvendo áreas de saúde, direito, segurança pública e serviço social, há uma recomendação de que o cuidado da mulher vítima de violência seja integral e realizado por uma equipe multidisciplinar. Percebe-se, assim, que as características dos profissionais envolvidos no serviço, ou seja, da equipe multiprofissional atuante, são relevantes na construção do ambiente de trabalho e na qualidade do serviço prestado.

É, portanto, de interesse coletivo e individual compreender de maneira mais aprofundada como o trabalho em equipe é percebido pelos profissionais de saúde no cuidado de vítimas de violência sexual, a fim de se construir estratégias que possam auxiliar gestores de serviços e trabalhadores, melhorando as condições de trabalho e, conseqüentemente, o atendimento da população. Dessa maneira, este estudo tem como objetivo interpretar os significados atribuídos por profissionais de saúde ao papel da equipe multidisciplinar em seu trabalho com mulheres vítimas de violência sexual, a partir do Método Clínico-Qualitativo.

PARTICIPANTES E MÉTODO

Para obter e interpretar significados emocionais/sociais atribuídos pelos profissionais de saúde ao trabalho em equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento de vítimas de VS, utilizamos o desenho de Turato do Método Clínico-Qualitativo - MCQ¹². O MCQ nasce da Clínica e retorna à Clínica, sendo constituído por três pilares:

- a. **atitude clínica:** valoriza a inclinação a quem porta sofrimentos e movida pelo desejo potencial de ajuda terapêutica;
- b. **atitude psicanalítica:** considera a presença de elementos emocionais não conscientes nas entrevistas e na interpretação das falas;
- c. **atitude existencialista:** abrange angústias humanas normais, presentes na pesquisa como inquietação existencial, sendo força-motriz a pesquisadores na busca de conhecimento compreensivo.

O *setting* escolhido para a coleta de dados foi o Ambulatório de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM),

atendendo a demanda investigativa manifesta pela coordenação do próprio serviço. O CAISM é um hospital de ensino-pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), referência nacional no cuidado de saúde reprodutiva de complexidade e patologias ginecológicas e mastológicas.

As atividades do Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual são realizadas por equipe multiprofissional, composta por profissionais de ginecologia, psiquiatria, enfermagem, psicologia, e serviço social. Todos os integrantes da equipe foram convidados a compor a amostra, cujo fechamento se deu portanto pelo critério de exaustão, ou seja, inclusão de todos os sujeitos elegíveis e disponíveis¹³.

A coleta de dados foi conduzida através da técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas em Profundidade, com as entrevistas conduzidas pela primeira autora deste trabalho. A questão disparadora foi: “*Como foi sua trajetória até trabalhar no Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual?*”. A amostra foi fechada com cinco entrevistados, cujos dados de caracterização estão no Quadro 1.

Quadro 1: Dados de Caracterização da Amostra, Campinas SP, 2019-2020

Entrevista	Área De Atuação	Sexo/Gênero	Idade	Duração da Entrevista
E1	Psiquiatria	Feminino	53 anos	50 minutos
E2	Psicologia	Feminino	33 anos	33 minutos
E3	Serviço Social	Feminino	46 anos	1 hora e 7 minutos
E4	Psiquiatria	Masculino	44 anos	1 hora e 2 minutos
E5	Psicologia	Feminino	38 anos	59 minutos

As entrevistas foram gravadas online, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e transcritas em texto na íntegra. Cada entrevista foi explorada com o tratamento de dados da Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativo (ACCQ), utilizando a técnica dos Sete Passos de Faria-Schützer & Colaboradores¹⁴. O suporte teórico foi da Psicologia Médica britânica, em especial os estudos balintianos, que consideram os aspectos psicodinâmicos presentes na relações interpessoais profissionais-pacientes. Os achados foram validados por pares em reuniões do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ), credenciado pelo CNPq, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, grupo de pesquisa ao qual pertence esta pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (CAAE: 29554120.0.0000.5404). Todos os participantes foram informados verbalmente sobre objetivos da pesquisa e itens do TCLE. Eventuais dúvidas foram esclarecidas. As entrevistas foram realizadas somente após assinatura digital do TCLE e cópia do documento digital foi enviada por e-mail a todos os participantes.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e armazenadas em material da primeira autora, sendo a transcrição disponibilizada apenas para integrantes do grupo de pesquisa LPCQ durante momentos de análise das entrevistas. Os entrevistados foram identificados com números sequenciais, preservando sua identidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante reuniões de ACCQ, empregando leituras flutuantes, foram identificados os chamados núcleos de sentido, em busca da linguagem do não-dito a partir do dito, valorizando-se por exemplo falas metafórica e manifestações paraverbais e não-verbais. Assim emergiram categorias, das quais duas foram eleitas para a discussão a esta apresentação.

Categoria 1. “Eu me sinto muito bem amparado”: como a ausência de conluio do anonimato contribui para o trabalho em equipe

Conluio do anonimato é um conceito criado por Balint, sendo utilizado pelo autor para denominar situações nas quais não há um profissional de saúde destacado e responsável como referência para decisões vitais como um todo sobre determinado caso clínico. Esse processo, não intencional, é desencadeado por crises de confiança: ou o profissional de saúde sente que não sabe o suficiente para ajudar o paciente, ou o paciente tem dúvidas sobre a competência do profissional¹⁵.

O fenômeno do conluio em uma equipe de saúde não é interessante, pois fragmenta o cuidado e deixa o paciente sem uma referência centralizada. Como consequência, cada profissional cuida de uma parte do problema e nenhum cuida do todo, limitando um planejamento integrado de ações. Em alguns serviços, esse cenário pode ser explicado pela alta rotatividade de profissionais, a qual interfere no envolvimento com a temática e nas relações entre a equipe¹⁶.

A complexidade biopsicossocial do trabalho com violência sexual demanda a contribuição de profissionais de diversas áreas de conhecimento em saúde, como afirma E2:

"Não dá pra trabalhar em violência sem ter uma equipe multi mesmo que esteja junto e que dê todo o suporte. Não tem, a gente não consegue." (E2)

Por envolver aspectos de saúde física e mental, questões sociais e de segurança pública, é previsto pelas organizações de saúde que serviços especializados sejam formados por profissionais de diversas áreas de conhecimento^{2,7}. Nas entrevistas realizadas, percebemos que o trabalho em equipe se torna necessário pois os profissionais de saúde reconhecem os limites de sua atuação em cada caso. No entanto, tais limitações não geram angústias significativas que levariam a um *conluio do anonimato*, pois a equipe se percebe como um organismo nivelado, e não como simples junção de especialidades, como relata E1:

"A gente não tá lá pra dar remédio, por exemplo, como o papel do psiquiatra em muitos serviços, a gente tá lá pra discutir a questão emocional, psicodinâmica, junto com a psicologia" (E1).

Essa percepção dos profissionais entrevistados mostra que não fragmentar o cuidado faz emergir boas potencialidades da equipe. A ausência de um *conluio*, voluntário ou involuntário, possibilita a distribuição das responsabilidades de acordo com os conhecimentos e área de atuação dos profissionais envolvidos. Os limites de cada atuação, embora precisos, são ampliados pelos limites dos outros colegas, já que é possível recorrer a um integrante da equipe de forma confiável, na certeza de que todos compartilham o mesmo objetivo: o melhor desfecho possível para cada sobrevivente de VS.

Esse cenário diminui as angústias e dificuldades do trabalho com VS, como demonstra E5:

"E aí a equipe, como ela cuida integralmente do paciente, acaba que a gente não se sente impotente, né? Porque a gente sabe que o que a gente não deu conta, o colega vai nos ajudar ou vai completar com a área de conhecimento dele, né? Então nesse sentido a gente se sente bem ressarcido, assim, bem amparado." (E5)

A atuação presente de todos os integrantes da equipe ajuda a "completar" as áreas de conhecimento, diminuindo suas limitações. Tais limitações podem ser fonte de sentimento de impotência, como descrito por profissionais que atuam com VS¹⁰. Sentir-se impotente emerge da complexidade dos casos de VS, os quais obrigam os trabalhadores a perceber barreiras em sua

atuação. A contribuição do modelo biomédico de ensino é notória, pois gera conflitos entre o *furor curandis* estimulado pelo ensino padrão em saúde e os limites existentes na vida real.

Categoria 2. “A gente vai criando um clima de cuidado”: A importância do amparo emocional proporcionado pela equipe

Segundo Perestrello, consultas clínicas em saúde exigem forte grau de envolvimento pessoal¹⁸. Esse processo, principalmente na profundidade e frequência demandadas pelo fluxo de um típico ambulatório de demandas, acaba levando ao exame do próprio profissional, revelando suas ideias e desejos sobre o que fazer na situação apresentada, além de identificação com o sofrimento compartilhado. Emoções conflitantes podem provocar movimentos psíquicos de defesa e, juntamente com outras reações emocionais desencadeadas pelas histórias das mulheres atendidas, levar a conluios, desinteresse pelo tema e falta de empatia^{16,17}. O suporte emocional da equipe torna-se, então, relevante para o manejo dessas emoções, como mostra E1:

“[É] Uma equipe que conversa muito sobre esses impactos sobre cada um de nós.”
(E1)

A demanda por conversar sobre os impactos dos atendimentos de VS emerge nas entrevistas, relatada como facilitador do trabalho com a questão. Falar sobre tais sentimentos permite refletir sobre ações e papéis no serviço, permitindo um entendimento mais profundo do profissional de saúde sobre si mesmo¹⁷. Tal processo reflexivo depende de dimensões emocionais simbólicas que podem não ser de simples manejo para todos os profissionais. Sentir-se acolhido pela equipe, como explicita E2, permite que essas dimensões sejam acessadas mais facilmente.

"Eu acho que é uma equipe muito acolhedora... Desde quando eu entrei, eu me senti muito bem recebida por todos. Então acho que a gente consegue mesmo ter esse diálogo: “Tá difícil, né?” (E2)

O acolhimento por parte da equipe é outro facilitador do trabalho com VS, uma vez que faz com que os profissionais se sintam amparados, como mostra E3:

"A gente vai criando um clima de cuidado com a pessoa que a gente atendendo, porque a gente também se sente acolhido de alguma maneira” (E3)

A formação de um ambiente de cuidado mútuo é benéfica, tanto para a equipe quanto para a qualidade do serviço, como indica E3, pois o sentimento de zelo é ampliado e reforçado constantemente. Essa não é a realidade em muitos serviços, nos quais a grande rotatividade e a falta de capacitação dos profissionais tornam-se barreiras para a criação de vínculo entre a equipe¹⁸. Uma revisão de estudos nacionais mostra que, mesmo com programas governamentais, essas dificuldades se mantêm, gerando insegurança profissional e acarretando assistência inadequada às mulheres vítimas de VS¹⁹.

CONCLUSÃO

Os relatos dos entrevistados apontam significados relevantes quanto a cuidados de vítimas de VS ao serem realizados por equipe multidisciplinar, em decorrência da complexidade biopsicossocial presente nos casos clínicos. No entanto, fatores como alta rotatividade de profissionais e falta de capacitação específica limitam o estabelecimento de um cuidado integrado, como preconizados pelas entidades em Saúde.

As entrevistas realizadas a partir do MCQ demonstram que o amparo técnico e emocional entre os integrantes da equipe contribui para o trabalho dos profissionais de saúde, gerando boas percepções de resolutividade clínico e cuidados mútuos. Esse cenário contribui com a manutenção da qualidade do serviço e com a criação de ambiente favorável ao trabalho, ajudando os profissionais a gerenciarem reações emocionais que emergem naturalmente das consultas em VS.

Futuras pesquisas - qualitativas ou quantitativas - poderão contribuir para melhor entendimento de outros aspectos relacionados ao trabalho com mulheres vítimas de VS, visto que a literatura relacionada ao tema, sob a perspectiva dos profissionais de saúde, ainda é escassa. Serviços de saúde se beneficiariam da adoção de estratégias que promovam capacitação e permanência de profissionais, formando equipes multiprofissionais realmente integradas.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pela bolsa concedida nas fases iniciais da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, processo 2020/04178-2, pela concessão de bolsa até a finalização do projeto.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa pela contribuição científica em todas as etapas do projeto e na elaboração dos resultados.

Aos profissionais de saúde que compõem a equipe do Programa de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual pela generosidade em colaborar como participantes entrevistados desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Donna ES, Prabha SC. WPA position paper on intimate partner violence and sexual violence against women. World Psychiatric Association. [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Aug 20]. Available from: https://globalalliancematernalmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/03/WPA_position_Intimate_Partner_Violence_Sexual_Violence_Against_Women29012018.pdf
2. World Health Assembly [Internet]. WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children (document EB138/9). Geneva: World Health Organization, 20 [cited cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>.
3. Bueno S, de Lima RS, Neme C, Sobral I, Pinheiro M, Marques D, Scarance V, et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. Brasil: Fórum Brasileiro de Segurança Pública[Internet]. 2019. [cited 2021 Aug 20] Available from: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/.
4. WHO Press [Internet]. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO Clinical and policy guidelines.2013 [cited cited 2021 Aug 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1.
5. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. Lancet Psychiatry [Internet] Nov 2016 [cited cited 2021] ; 4: 159–70. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30261-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30261-9/fulltext).

6. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet] 2013 [cited 2021 Aug 20]; 27: 3–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152169341200328?via%3Dihub>.
7. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [Internet] . Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília, 2011 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
8. Trigueiro TH. NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 06];27. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xNqCdzMpSpjKwKXFx7CfKxy/abstract/?lang=pt>
9. Reis MJ, Lopes MHBM, Higa R, Turato ER, Chvatal VLS, Bedone AJ. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 06]; 44(2): 325-331. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/d737sGySCLpLkFZYFYH5hXp/?lang=pt>
10. O’Dwyer C, Tarzia L, Fernbacher S, Helgarty K. Health professionals’ experiences of providing care for women survivors of sexual violence in psychiatric inpatient units. *BMC Health Services Research* [Internet].2019 [cited 2021 Jul 06];19:839. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4683-z>.
11. Correa MEC, Labronici LM, Trigueiro TH. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 06]; 17(3): 289-294. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/94jYzcQLnTChpr5mpmRg89k/?format=pdf&lang=pt>
12. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Editora Vozes. 6ª ed. Rio de Janeiro; 2013.
13. Fontanella B, Turato ER. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pú* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 02];27. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?lang=pt&format=pdf>

14. Faria-Schutzer DB. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]; 2019 [cited 2021 Jul 06] Available from: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/seven-steps-for-qualitative-treatment-in-health-research-the-clinicalqualitative-content-analysis/17198>
15. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença.* Atheneu, 2006.
16. Branco JLO, Vieira LJES, Brilhante AVM, Batista MH. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2020 [cited 2021 Aug 20], 25(5):1877-1886. Available from: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n5/1877-1886/>;
17. Di Napoli I, Carnevale S, Esposito C, Block R, Arcidiacono C, Procentese F. “Kept in Check”: Representations and Feelings of Social and Health Professionals Facing Intimate Partner Violence (IPV). *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet] 2020 [cited 2021 Aug 20] , 17, 7910. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663014/>.
18. Perestrello D. *A medicina da pessoa.* Atheneu, 1982
19. Bezerra JF, Godinho L, Sonia R, Luporini JN, Barbieri M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet] 2018 [cited 2021 Aug 20], 31(1). Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6544>.