



**UNICAMP**

**DANIELA VALENTIM DOS SANTOS**

**ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA  
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

**CAMPINAS**

**2014**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**DANIELA VALENTIM DOS SANTOS**

**ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O  
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de concentração Enfermagem e Trabalho.

**Orientadora: Profa. Dra. Eliete Maria Silva**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE A VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA DANIELA VALENTIM DOS SANTOS,  
E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ELIETE MARIA SILVA.**

---

Assinatura da Orientadora

**CAMPINAS  
2014**

Ficha catalográfica Universidade Estadual  
de Campinas Biblioteca da Faculdade de  
Ciências Médicas Maristella Soares dos  
Santos - CRB 8/8402

Sa59e Santos, Daniela Valentim dos, 1978-  
Enfermagem na atenção primária à saúde e o  
enfrentamento da violência contra a mulher /  
Daniela Valentim dos Santos. -- Campinas, SP :  
[s.n.], 2014.

Orientador : Eliete Maria Silva.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Atitude do pessoal de saúde. 2. Enfermagem.  
3. Violência contra a mulher. 4. Atenção primária à  
saúde. 5. Enfermagem de atenção primária. I. Silva,  
Eliete Maria, 1960-. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Nursing primary care and the combating of violence  
against woman

**Palavras-chave em inglês:**

Attitude of health personnel

Nursing

Violence against women

Primary care

Primary care nursing

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Eliete Maria Silva [Orientador]

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

Maria José Duarte Osis

**Data de defesa:** 10-07-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

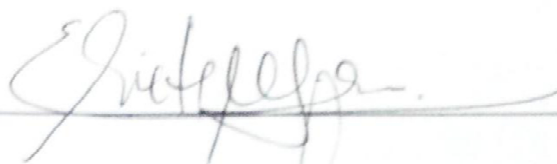
**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

DANIELA VALENTIM DOS SANTOS

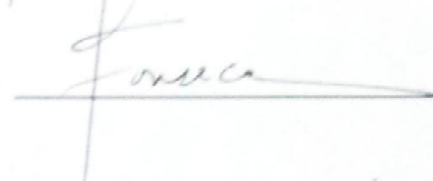
Orientador(a) PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA

**MEMBROS:**

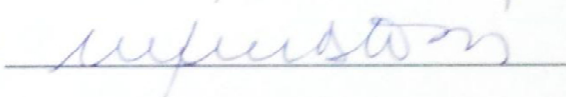
1. . PROF(A). DR(A). ELIETE MARIA SILVA



2. PROF(A). DR(A). ROSA MARIA GODOY SERPA DA FONSECA



3. PROF(A). DR(A). MARIA JOSÉ DUARTE DE OSIS



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da  
Universidade Estadual de Campinas

Data: 10 de julho de 2014



A temática da violência contra a mulher está contemplada em diversas políticas públicas, conferindo visibilidade a este agravo. Entretanto, a efetivação dessas políticas passa por uma ampla rede de serviços, que para dar suporte à mulher deve ser integrada. Entre os pontos de atenção desta rede está a Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e principal estratégia para oferecer acesso, atenção integral e impactar na situação de saúde das pessoas, como é o caso da violência. O objetivo deste estudo foi caracterizar a força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde, em município de grande porte do interior paulista, e descrever as práticas dessa equipe no cuidado com mulheres em situação de violência. Constituiu-se em pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, com amostra aleatória, realizada com auxiliares e técnicos(as) de enfermagem e enfermeiros(as) de todas as unidades básicas de Sorocaba. Foi utilizado formulário com questões semiestruturadas, com informações sociodemográficas e sobre detecção de situações de violência. A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2014. O software SAS, versão 9.2, foi utilizado para realizar os testes estatísticos Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. Foram considerados significantes os valores de  $p$  menor que 0,05. Para as respostas textuais, procedeu-se a análise de conteúdo. Os resultados referem-se a 236 profissionais de enfermagem, sendo 54(22,88%) auxiliares de enfermagem, 48(20,34%) enfermeiros(as) e 134(56,77%) técnicos(as) de enfermagem. A distribuição entre os sexos foi semelhante entre as categorias, e todas apresentaram predomínio do sexo feminino, 210 (88,98%). Quanto ao quesito raça/cor, predomínio de pessoas que se autodeclararam brancas 188 (88,98%). As diferenças entre as categorias da enfermagem foram significantes; os auxiliares de enfermagem apresentaram maior média de idade (49 anos), tempo de serviço público (21 anos) e tempo de unidade básica (12 anos) que enfermeiros(as) e técnicos(as) de

enfermagem. A respeito do atendimento às mulheres, entre os profissionais de enfermagem da APS, 133(56,33%) já suspeitaram que alguma mulher tivesse sofrido violência. As principais dificuldades relatadas pelos profissionais para investigar suspeitas de violência foram: medo da mulher falar sobre o assunto, falta de treinamento e capacitação e receio de sofrer represálias do agressor. Dessa forma, concluímos que a força de trabalho na atenção primária é feminina, com predomínio de profissionais de nível médio. Nossa pesquisa corrobora com pesquisas, que evidenciam que as situações de violência contra a mulher permeiam as práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Consideramos que o enfoque das políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher deve abranger a capacitação e o suporte para os profissionais da Atenção Primária à Saúde para que estes serviços não se reduzam a pontos de triagem e encaminhamento.

Palavras-chave (DeCS): Atitude do Pessoal de Saúde, Enfermagem, Equipe de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem de Atenção Primária, Violência, Violência contra a Mulher.



The theme of violence against women is addressed in various public policies, giving visibility to this damage. However, the effectiveness of these policies goes through an extensive network of services, which should be integrated to support the woman. Among important aspects of this network is the Primary Health Care, which is the preferred gateway of the Unified Health System and principal strategy to provide access, comprehensive health, and impact on people's health situation, as in the case of violence. The objective of this study was to characterize the workforce of nursing in the Primary Health Care, in large inland municipality of São Paulo, and describe the practices of that team in the care of women in situations of violence. Consists of quantitative, descriptive, and transversal research, with random sample. Held with the nursing assistants, nurses and nursing technicians from all the basic health units of Sorocaba. It was used a form with semi-structured questions, demographic information and about detection of violence situations. Data collection occurred in February, 2014. The SAS software, version 9.2, was used to make statistical tests Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Qui-quadrado. P values less than 0.05 were considered significant. For textual responses, content analysis was conducted. The results refer to 236 nursing professionals, being 54 (22.88%) nursing assistants, 48 (20.34%) nurses, and 134 (56.77) nursing technicians. The gender distribution was similar between the categories, and all showed female predominance, 210 (88.98%). As for the item race/color, there was the predominance of people who declare themselves white, 188 (88.98%). The differences between the categories of nursing were significant; the nursing assistants presented a higher median age (49 years old), public service time (21 years) and basic unit time (12 years) than nurses and nursing technicians. Regarding the attendance to women, among the nursing professionals of APS, 133 (56.33%) had already suspected that a woman had suffered violence. The main difficulties reported by professionals to investigate suspicions of violence were: fear of

women speaking about the subject, lack of training, and qualification and fear of suffering reprisals of the assailant. Thus, we conclude that the workforce in primary care is female, with a predominance of middle-level professionals. Our research corroborates with researches showing that the situations of violence against women permeate nursing practices in the Primary Health Care. We consider that the focus of public policies for combating violence against women should include training and support for professionals in the Primary Health Care so that these services do not reduce the points of sorting and routing within the basic unit.

Keywords (DeCS): Attitude of Health Personnel, Nursing, Nursing Staff, Primary Health Care, Primary Care Nursing, Violence, Violence against Women.

## SUMÁRIO

---

RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	9
LISTA DE FIGURAS .....	19
LISTA DE TABELAS .....	21
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	23
INTRODUÇÃO.....	25
REVISÃO DA LITERATURA .....	31
OBJETIVOS.....	47
MÉTODOS.....	51
PUBLICAÇÃO.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	99
REFERÊNCIAS .....	103
APÊNDICES .....	113
ANEXOS .....	139



Dedico este trabalho

À minha mãe Elení,  
aos filhos Júlia e Felipe,  
e ao companheiro Leandro.

Às pessoas em situação de violência que passaram em minha vida e instigaram a  
trabalhar por mudanças.



## **Agradecimentos**

A Deus, operador de graças na minha vida.

Ao meu companheiro Leandro e aos meus filhos Júlia e Felipe, pelo amor, compreensão e apoio para a realização deste sonho.

À minha mãe Elení, irmã Fernanda e tia Alzira, pelo apoio em todas as horas, possibilitando que eu pudesse me dedicar ao estudo.

À minha orientadora Profa. Dra. Eliete Maria Silva, que acolheu e apresentou a beleza da ciência e da arte da nossa profissão. Agradeço pelo cuidado, carinho e por ter ajudado a encontrar o melhor de mim e do mundo.

À Profa. Carmen Lúcia Cipullo Gardenal que despertou a vontade de fazer pesquisa e Profa. Priscila Rangel Dordetto que me apresentou um mundo de possibilidades na Unicamp.

À equipe da Secretaria da Saúde de Sorocaba, liderada pelo Prof. Armando Raggio, em especial aos profissionais da área de Vigilância em Saúde, pessoas de ação, que trabalham incessantemente pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nossa cidade.

Às integrantes da Comissão Municipal de Enfrentamento da Violência Sexual de Sorocaba, que ensinaram que sonhar junto transforma realidades.

Às minhas tias Adelaide, Alayde (*in memoriam*), Alzira, Célia, Eleonora, Matilde, Odila e Olga, que junto com minhas mãe e avó Benedita, desde muito cedo ensinaram a força que tem a mulher.

Às amigas Profa. Ângela Mirim da Rosa e Campos, Iris Domingues de Araujo e Silva, Profa. Regina Cardoso da Silva e Uiara Aline Kaizer, profissionais de enfermagem guerreiras e companheiras.

Aos entrevistadores Ângela Rezani, Flávio da Silva Júnior e Leandro Aparecido Alves Custódio pela dedicação.

Aos integrantes do Programa PICJr, em especial Arielly, João Pedro, Jordana e Aline, estudantes do ensino médio de escolas públicas, que estão ocupando seu espaço na universidade pública.

Às amigas do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde - GEPEPES pelas valorosas contribuições.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem, em especial Henrique Ceretta Oliveira, Lígia Alexandra Carvalho Bim, Maria José Ramalheira Guardado (Zezé), Saulo Saad N. Benevides e Rodrigo Tegon Lorenzi, pela acolhida e apoio profissional.

À Laura, Maurício e Prof. Dr. Mauro, que me acolheram com muito carinho.

À Profa. Maria Cristina Perez Vilas, que foi fundamental nos últimos momentos.

Aos profissionais de enfermagem que voluntariamente contribuíram com esta pesquisa, meu sincero reconhecimento.



“Esta produção não é um resultado individual, mas está intimamente ligada às circunstâncias e pessoas com quem cruzamos e compartilhamos momentos, ideias, leituras, numa discussão aberta e não mítica das questões da enfermagem brasileira.”

Maria Cecília Puntel de Almeida



## **LISTA DE FIGURAS**

---

**Figura 1:** Mapa do estado de São Paulo e Sorocaba, 2014.

**Figura 2:** Pirâmide etária Sorocaba, estado de São Paulo e Brasil, 2010.

**Figura 3:** Distribuição dos serviços de saúde de Sorocaba, 2013.



**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Primária à Saúde, segundo categoria da enfermagem, Sorocaba, 2014.

**Tabela 2:** Variáveis sociodemográficas dos(as) trabalhadores(as) de enfermagem, segundo suspeita ou não de violência, Sorocaba 2014.

**Tabela 3:** Conduas da enfermagem referidas frente à violência, Sorocaba, 2014.

**Tabela 4:** Experiências de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde com o atendimento de mulheres em situação de violência, Sorocaba, 2014.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

---

APS – Atenção Primária em Saúde

AB – Atenção Básica

CDC – Center for Disease Control and Prevention

Cemicamp – Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas

Cerem – Centro de Referência da Mulher

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CIM – Centro de Integração da Mulher

DDM – Delegacia de Defesa da Mulher

GEPEPES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes



---

# INTRODUÇÃO



## 1. Introdução

Este trabalho é fruto das inquietações despertadas no ambiente profissional e fomentadas pelo trabalho de implantação da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no município de Sorocaba.

Em vários momentos da atuação profissional na enfermagem, nos deparamos com situações de violência que causavam inquietação, sensação de impotência e desconforto pela falta de compreensão e conhecimentos em relação à temática. Para transformar esta realidade, o caminho que encontramos foi estudar como a enfermagem cuida das mulheres em situação de violência.

Esta pesquisa insere-se no campo das práticas de saúde coletiva e compõe o quadro de projetos do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde – GEPEPES.

As pesquisas acerca do fenômeno da violência contra a mulher tem evidenciado o papel dos profissionais da saúde no cuidado e enfrentamento desse agravo. Poucas foram as produções identificadas que abrangiam as três categorias da enfermagem como um todo.

Assim, a relevância desta pesquisa está em estudar uma especificidade da prática de enfermagem, contemplando inclusive o pessoal de nível médio, trazendo a possibilidade de ampliar os estudos sobre o trabalho de enfermagem.

Realizamos a presente pesquisa para investigar como a enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) responde ao desafio que a violência contra mulher tem apresentado aos serviços de saúde.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se destacado como principal política pública para ofertar acesso aos serviços de saúde. Fundamentada na responsabilização pelo território, acessibilidade, universalidade, integralidade, vínculo e

participação social dos usuários e trabalhadores, a APS possui os requisitos para fazer frente ao uso indiscriminado e ao consumo mercadológico dos serviços de saúde, interferir em indicadores, impactar na situação epidemiológica, e, acima de tudo, contribuir para que as pessoas vivam com mais saúde (1).

Na APS, os usuários apresentam queixas múltiplas, que não podem ser contempladas por um único diagnóstico. Neste sentido, o Relatório Mundial de Atenção Primária aponta a violência contra as mulheres como um dos exemplos para ilustrar situações em que a causa principal pode estar mascarada por queixas múltiplas e inespecíficas. Assim como para situações similares, a violência pode ser detectada por meio de práticas relacionais entre trabalhadores da saúde e usuários, como o acolhimento, a escuta e o vínculo (2).

Tal referência é importante, pois a violência contra a mulher apresenta-se como tema inevitável para a saúde devido ao impacto na vida dessas mulheres, desde a infância até maturidade. Em pesquisa da Organização das Nações Unidas (ONU, 70% das mulheres do mundo já sofreram algum tipo de violência. Essa situação representa custos altos, sejam eles diretos com assistência à mulher e suas famílias, ou indiretos devido ao absenteísmo e ao sofrimento (3).

Considerando as características da violência sofrida por mulheres no Brasil e a alta prevalência da ocorrência entre as usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), estas podem ser a principal porta de acesso aos serviços de proteção (3; 4). Portanto, é fundamental que os profissionais de tais locais ofereçam suporte à mulheres em situação de violência (4).

Integrante da força de trabalho em saúde, a enfermagem é uma profissão que se organiza com foco no cuidado aos seres humanos nas diferentes fases do ciclo vital, com o objetivo de preservar a vida e recuperar a saúde (5).

A equipe de enfermagem possui três agentes, enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem, diferentes entre si pela formação e pelas atribuições profissionais (1; 6). Entendemos, portanto, ser fundamental ampliar a discussão, com o olhar para todos os agentes, objetivando a compreensão da profissão em sua complexidade.

Ademais, a enfermagem representa um importante quantitativo de profissionais da saúde e está em expansão no país e no mundo (7; 8). Assim, temas que afetam a saúde das populações constituem objeto de seu interesse e intervenção.

Em vista disso, conhecer os agentes da enfermagem e suas práticas pode contribuir para enfrentar a violência contra a mulher, um dos agravos que desafiam o Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Os objetivos desta pesquisa foram caracterizar a força de trabalho da enfermagem na APS em município de grande porte do interior paulista, e descrever as práticas dessa equipe no cuidado com mulheres em situação de violência.



---

# REVISÃO DA LITERATURA





## 2. Revisão da Literatura

Neste capítulo, faremos uma apresentação dos principais tópicos que compõem este estudo. Para tanto, buscamos identificar nos registros disponíveis na literatura nacional e de línguas inglesa e portuguesa, informações que possibilitassem traçar um breve histórico e contextualizar os dados da pesquisa.

Assim, abordaremos a enfermagem como trabalho e profissão, a Atenção Primária à Saúde, a violência contra a mulher e interrelações entre tais temáticas.

### 2.1. Enfermagem como trabalho e profissão

Assumimos aqui o desafio de apresentar o trabalho da enfermagem como produto coletivo, histórico e socialmente construído. Pires (9), estudiosa da temática do processo de trabalho em saúde e enfermagem, apresenta os atributos que qualificam a enfermagem como profissão:

[...] a) ser desenvolvida por trabalhadores qualificados e especializados para a realização de uma atividade socialmente necessária, fundamental para a vida humana - o cuidado de pessoas com necessidades de atenção/assistência em saúde; b) contar com entidades que a representam no conjunto da sociedade formulando e propondo regras para o exercício profissional, destacando-se a definição de um código de ética que orienta o agir profissional em bases moralmente aceitáveis; c) ser reconhecida pela sociedade e pelo Estado, ao contar com uma Lei que define quem pode exercer a profissão e os parâmetros para o seu exercício; e, d) dominar "um campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar das pessoas, em todo o seu processo de viver", no âmbito individual e coletivo. (9).

Os primeiros registros da existência de grupos organizados que prestava cuidados aos doentes datam da era cristã. Valores como caridade e auto penitência possibilitaram que medidas de conforto, como alimentação, banho e curativos, fossem oferecidas aos pobres enfermos. Com essa prática, religiosas buscavam salvar sua alma e a do doente (10).

Nesse contexto, com a utilização de conhecimentos tradicionais e domésticos, a enfermagem foi vinculada à ideia da “mulher-mãe”, que presta os mesmos cuidados aos filhos e familiares, “naturalizando” a profissão como feminina (11).

A enfermagem foi institucionalizada, assim como o trabalho em saúde, para fazer frente às doenças e agravos que atingiam a coletividade, contribuindo para recuperação dos corpos da classe trabalhadora. O lócus privilegiado desta institucionalização foi o hospital, que passou a ser espaço de reestabelecimento da saúde, a partir de meados do século XIX (10).

No Brasil, nesse processo de institucionalização, a equipe de enfermagem teve sua inserção no mundo do trabalho, inicialmente, por meio do(a) atendente de enfermagem, profissional sem preparo formal, que executava atividades diretamente relacionadas ao paciente, e que se mostrava interessante ao desenvolvimento do capitalismo na saúde pelo baixo custo (10).

No final da década de 40, os(as) enfermeiros(as) e auxiliares de enfermagem foram os(as) primeiros(as) agentes da enfermagem a disporem de ensino formal disciplinado por lei. No primeiro caso, para a admissão no curso, era exigido certificado do curso secundário, equivalente, hoje, ao ensino médio. Ao término do curso de três anos, a certificação equivalia ao secundário. A partir de 1962, o curso passou a ser de nível superior. Na formação do auxiliar de enfermagem, o enfoque foi em cursos regulares que possibilitassem formação em larga escala. O tempo de formação era de 18 meses e havia exigência de certificação em nível primário, correspondendo hoje ao primeiro ciclo do ensino fundamental (6; 10; 12).

A mais recente categoria da enfermagem é o(a) técnico(a) de enfermagem, cuja história se entrelaça com a formação de técnicos em vários ramos de atividade, projeto do governo federal, instituído no ano de 1977. Entretanto, o exercício profissional desta categoria foi regulamentado apenas em 1986, e se mantém nos mesmos moldes até os

dias de hoje. Os órgãos representativos da enfermagem brasileira, por divergências quanto à implantação ou não do nível técnico, ficaram à parte das decisões relativas à criação desta categoria, que foram tomadas em âmbito ministerial (6).

Nesse processo, com o desenvolvimento do capitalismo e de teorias administrativas, focadas na produção e na divisão social do trabalho, a formação profissional reforçou que a enfermagem incorporasse a divisão técnica do trabalho. Profissionais se especializaram em determinadas funções que são parcelas do todo, desempenhando-as com maior agilidade e destreza (10). Para ilustrar esta situação, um paciente sob cuidado de enfermagem recebe atenção de um profissional para a medicação, de outro para curativo e de um terceiro para a vacina; a preocupação é desenvolver a ação com rapidez e eficiência, sem ênfase na integralidade.

A divisão técnica e social do trabalho, sistemática incorporada pela enfermagem, se articula com a divisão entre o trabalho manual e o intelectual. Os profissionais com menor escolaridade são encarregados de executar procedimentos de enfermagem e do contato direto com o paciente, enquanto os profissionais de nível superior são responsáveis pelo gerenciamento de enfermagem (6; 10).

Como o desenvolvimento prioritário de atividades gerenciais por parte das enfermeiras não se mostrou atrativo para o capital, essas são recrutadas em menor número, e os executores do cuidado, com menor escolaridade e remuneração, em maior quantidade (10).

Isto posto, é importante destacar que, historicamente, a formação dos diferentes profissionais de enfermagem reforçou a divisão técnica e social do trabalho, que existia desde o início da enfermagem moderna. A demanda do mercado valorizou a formação de larga escala e curto prazo, ampliando o mercado para profissionais de nível médio.

Por outro lado o(a) enfermeiro(a) é o(a) profissional que pode exercer todas as atividades de enfermagem, segundo as atribuições especificadas na lei do exercício

profissional, n.7.894 de 1986. Conforme a mesma lei, os(as) técnicos(as) e auxiliares de enfermagem para exercerem suas atividades profissionais dependem da supervisão de enfermeiros(as) (13).

No início do século XXI algumas situações apontavam a exigência de maior qualificação para os trabalhadores da enfermagem brasileira: a aprovação da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 276/2003, que determinava que auxiliares de enfermagem deveriam concluir o curso técnico em cinco anos - ou sua inscrição provisória não seria renovada -, e a tramitação do projeto de lei n.26 de 2007, do Senado Federal, que propunha a proibição da inscrição de auxiliares de enfermagem e técnicos nos Conselhos Regionais de Enfermagem (14; 15). Contudo a resolução COFEN foi revogada em 2007, e o projeto de lei não aprovado que continua em tramitação.

A discussão do papel estratégico dos profissionais de nível médio ocorre nos cenários nacional e internacional; com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de garantir a fixação dos profissionais nos territórios, especialmente os mais remotos, ampliar o acesso aos serviços de saúde (6; 16; 17).

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da The Global Health Workforce Alliance (The Alliance), elaborou um documento que discute caminhos para a força de trabalho em saúde, e reconhece a centralidade dos trabalhadores de saúde para a universalização do acesso à saúde. Também elencou a enfermagem entre as principais categorias profissionais da saúde, estabelecendo a APS como prioridade para todos os países, em função da sua possibilidade de melhorar indicadores de saúde e atender a maior parte das necessidades da população (18).

No Brasil, dentre os postos de trabalho que apresentam expansão para a enfermagem está a APS, cuja regulamentação estipula que a composição das equipes de

saúde da família deve contemplar no mínimo um(a) enfermeiro(a) e dois(uas) auxiliares/técnicos(as) de enfermagem (1).

Por exemplo, em estudo realizado no interior de São Paulo, 2009, as equipes de saúde da família empregaram 24,13% dos egressos de um curso de graduação em enfermagem (19).

Em suma, a enfermagem é uma profissão com três agentes diferentes entre si pela formação, que representa um importante quantitativo de profissionais da saúde, que está em expansão no país e no mundo. Assim, é importante considerar suas implicações na sustentabilidade do SUS e da atenção primária.

## **2.2. Atenção Primária à Saúde**

O principal marco mundial da APS foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, antiga União Soviética. Na declaração resultante deste encontro, a saúde é reafirmada como direito fundamental, que deve ser buscada por todos os governos (2; 19).

Neste século, a opção pela APS está em ascensão, por ser esta uma das principais estratégias identificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para superar os desafios que implicam na saúde das populações de países em desenvolvimento e desenvolvidos (2).

Internacionalmente reconhecido, o termo APS possui diferentes significados, ainda que não excludentes, com três interpretações principais (20): a) gama de produtos e serviços simples, oferecidos para populações pobres e vulneráveis, sem oferta da rede de serviços de maior densidade tecnológica; b) método de organização do sistema de saúde, em que a APS é ordenadora do sistema e da rede de atenção à saúde; c) forma

de acesso inicial à rede de serviços, com capacidade para solucionar a maior parte dos problemas de saúde.

Nesse contexto, o Brasil adotou os pressupostos da APS, sob a denominação de Atenção Básica (AB), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2006, atualizada em 2011, estão explicitadas as características da APS no país:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (1).

Para a PNAB, são necessárias "tecnologias de cuidado complexas e variadas" para dar conta das demandas apontadas anteriormente e atingir o preconizado em seus princípios – responsabilização pelo território, acessibilidade, universalidade, integralidade, vínculo, e participação social dos usuários e trabalhadores (1).

Os Estados Unidos da América, mesmo sendo referência mundial pelo alto desenvolvimento tecnológico dos seus serviços e insumos para a saúde, são exemplo de como a falta de capilaridade da APS exclui cidadãos do acesso à saúde. Sua forte tradição em seguros privados, os cuidados às condições crônicas centradas em médicos especialistas e a atenção pública apenas para grupos selecionados, exclui mais de 60 milhões de habitantes do acesso a cuidados primários de saúde (21).

Em contraponto, a Inglaterra e a Holanda são exemplos nos quais a atenção é centrada nas necessidades dos pacientes, com amplo acesso à APS de alta resolubilidade e acesso inicial aos demais serviços de saúde. Nesses países, os

cuidados aos pacientes portadores de condições crônicas são planejados e executados por assistentes médicos (profissionais habilitados sob orientação médica) e enfermeiros (21).

Como evidenciado, a força de trabalho potencializada pela articulação de diferentes categorias profissionais, com níveis de formações distintas, é o diferencial da APS. A pluralidade da equipe possibilita a qualificação do cuidado, nos pontos de atenção, que incluem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades Saúde da Família (1) (2).

Na PNAB, além das atribuições comuns a todos os profissionais das UBS, identificamos que cada profissão tem suas atribuições específicas. No que cabe à enfermagem, observamos que não há nenhuma diferença entre as atribuições dos(as) auxiliares e técnicos(as) de enfermagem. Quando comparamos os (as) enfermeiros(as) com os(as) outros(as) profissionais da enfermagem, ainda que existam semelhanças nas atribuições, o(a) enfermeiro, especificamente, é o(a) responsável por realizar a consulta de enfermagem e pela supervisão dos agentes comunitários de saúde (1).

Considerando as atribuições dos trabalhadores na PNAB, acompanhar a situação epidemiológica no território é tarefa de todos(as) os(as) profissionais.

Os desafios que integram doenças transmissíveis, crônicas e causas externas compõem uma diversidade epidemiológica bastante complexa, que demanda organização dos serviços de saúde e da força de trabalho. Convém ressaltar que a formação dos profissionais de saúde ainda é pautada pelo modelo especializado, hospitalar e biomédico, e não prioriza as demandas da APS, na qual os usuários se apresentam com queixas múltiplas, que não podem ser contempladas por num único diagnóstico (20).

Neste sentido, o Relatório Mundial de Atenção Primária aponta a violência contra as mulheres como um dos exemplos para ilustrar situações em que a causa principal

pode estar mascarada por queixas múltiplas e inespecíficas. Assim como para situações similares, a violência pode ser detectada por meio de práticas relacionais entre trabalhadores da saúde e usuários, como o acolhimento, a escuta e o vínculo (2).

Em suma, a APS apresenta requisitos para fazer frente ao uso indiscriminado e ao consumo mercadológico dos serviços de saúde, interferir em indicadores, impactar na situação epidemiológica, e, acima de tudo, contribuir para que as pessoas vivam com mais saúde (22).

### **2.3. Violência Contra a Mulher**

Tema emergente para os profissionais da saúde, a violência marca a história de vida de muitas mulheres, da infância à vida adulta. Contudo, sua frequência e recorrência dificultam a identificação de situações violentas e seu adequado enfrentamento. Até mesmo a discriminação racial adquire sua forma mais perversa quando relacionada à mulher (23).

As mulheres, especialmente por questões socioculturais e históricas, em diversas situações, ocupam posição desfavorável em relação ao homem, como piores condições de trabalho e maior dificuldade de acesso a posições de liderança. Essa assimetria de poder acaba, muitas vezes, se materializando em situações de violência (24).

O termo gênero é uma forma de expressar as construções socioculturais e diferenciações dos papéis de homens e mulheres na sociedade, criticando o determinismo biológico utilizado para manter a mulher em condição de submissão ao homem (25; 26).

A violência de gênero é fundamentada em resquícios sociais nos quais direitos, responsabilidades e oportunidades são determinadas pelo fato (biológico) de ter nascido



homem ou mulher. Para transformar esse cenário, estudos apontam que é necessário mais que mudanças na legislação, demanda transformações estruturais nas relações, famílias, comunidades e coletividades (24; 27).

Em pesquisa da Organização das Nações Unidas (ONU), dados apontam que 70% das mulheres do mundo já sofreram algum tipo de violência. Esta situação significa custos altos, que compreendem custos diretos, com assistência à mulher e suas famílias, e indiretos, devido ao absenteísmo e ao sofrimento (28).

Estudo realizado pelo Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp)<sup>a</sup>, da Unicamp, em 15 cidades do estado de São Paulo, entre os anos de 2008 e 2009, que serviu de referência para esta pesquisa, constatou que a prevalência da violência contra as mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde foi de 76,5%, deste percentual, 56,4% foram agredidas pelo parceiro íntimo (4).

De acordo com Slutkin (29), compreender a violência como uma doença contagiosa, transmitida de pessoa para pessoa, é respaldado cientificamente e possibilita identificar mecanismos para seu controle. O autor relembra que no passado, pessoas portadoras de doenças como tuberculose eram responsabilizadas por contrair a doença, visão que hoje é atribuída às vítimas de violência. Ainda segundo o autor, essa situação se repete porque, assim como no passado, não sabíamos tratar a tuberculose, hoje não sabemos como tratar a violência, agravo que já causou mais mortes que as mais graves epidemias por doenças transmissíveis.

Com o objetivo de facilitar a mensuração científica do fenômeno, a OMS define violência como:

---

<sup>a</sup> A participação nessa pesquisa como entrevistadora, no município de Sorocaba, foi um dos antecedentes da inserção no Mestrado que contribuiu para sensibilização com a temática em estudo.

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (25).

Assim, a intencionalidade é o principal marcador da violência; está ligada à realização dos atos e aos usos de meios violentos para atingir um objetivo, mas não necessariamente aos resultados produzidos por eles (25; 26).

Em sua origem, violência é uma palavra latina, que traz em seu radical o significado de força. Poder, também dá sustentação à definição de violência; é concebido como forma de manter a superioridade de um sobre o outro, que, por vezes, se utiliza da violência para perpetuar condições histórico-culturais, socialmente aceitas, como no caso da violência contra a mulher (26).

A violência pode ser caracterizada em três tipos, segundo o Relatório Mundial sobre Violência, publicado pela OMS, em 2002 (25):

- Violência contra si mesmo (autoinflingida) - inclui situações de comportamento suicida, e autoabuso que inclui situações de automutilação;
- Violência interpessoal - esta categoria possui duas subdivisões, a violência familiar ou por parceiro íntimo e a violência comunitária, que é aquela que ocorre entre pessoas sem laços familiares ou afetivos; e
- Violência coletiva - ocorre no âmbito social entre pessoas conhecidas ou desconhecidas, inclui crimes de ódio promovidos por grupos organizados, atos terroristas, violência institucional e econômica.

Por fim, no mesmo relatório, a violência é classificada quanto à sua natureza, como:

- Física - uso da força física para provocar lesões ou dor no outro;

- Sexual - envolve atos e jogos sexuais com objetivo de estimular a vítima ou utilizá-la para obter prazer, imposta por meio de aliciamento, violência ou ameaças;
- Psicológica - inclui agressões verbais com o objetivo de humilhar, aterrorizar e restringir a liberdade de alguém; e
- Negligência - ausência ou negação de cuidados a quem deveria receber.

Identificar a violência como algo negativo à sociedade é positivo para seu desvelamento e estabelecimento de condições para contê-la (30). Esse é o desafio posto para o enfrentamento da violência contra a mulher, principalmente aquela que ocorre na esfera privada e que é, por razões culturais e sociais, tolerada e silenciada (30).

Reconhecer o direito das mulheres a uma vida sem violência permanece um desafio a ser superado. Estudos apontam que a violência doméstica agrega múltiplos atos de agressão, com a coexistência de abuso físico, psicológico e sexual (25). Sob o pretexto de preservação de algumas culturas locais e do livre direito à crença religiosa, mulheres são submetidas a condições perversas sem que isso gere comoção ou reação social (24; 25).

Neste sentido, são exemplos de situações violentas, cultural e socialmente aceitas, os assassinatos por honra, estupros e mutilação do genital. São práticas adotadas por algumas religiões e sistemas de governos que não são caracterizados como violência ou crime, devido ao suporte ideológico para a submissão das mulheres e respaldo para os agressores (28).

O parceiro íntimo é identificado como o perpetrador mais frequente da violência contra a mulher, e os laços afetivos estabelecidos entre vítima e agressor interferem diretamente na forma como esta violência se repete e como a mulher e a sociedade lidam com isso (31).

A Organização das Nações Unidas (ONU) tem proposto diversas iniciativas para fortalecer o enfrentamento da violência contra a mulher. Porém, estudo publicado em 2013 identificou que países membros adotam legislações que não estão alinhadas ao que foi pactuado junto à ONU, e que estas legislações, quando não explicitam o termo violência contra mulher, podem incorrer no erro de que as leis se voltem contra as mulheres, ao invés de protegê-las (31).

Em 1996, o Estado brasileiro ratificou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará, adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), que reconhece que toda mulher tem direito a uma vida sem violência e direito ao gozo das liberdades previstas em todos os instrumentos legais instituídos como direitos humanos (32; 33).

Porém, somente em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha, que operacionaliza o cumprimento da Convenção do Pará e foi resultado dos desdobramentos da condenação do Brasil em instâncias internacionais pela histórica omissão no tratamento de casos de violência doméstica (27; 34).

A permanência da mulher de diferentes raças, profissões, convicções religiosas e classes sociais, na situação de violência é explicada por questões socioculturais como a vergonha da sua condição de agredida, a possibilidade do rompimento da relação e a relação de afeto com o agressor que se traduz na esperança de que o episódio violento seja o último (30).

Evidências científicas apontam que a violência, especialmente a doméstica, implica diretamente na vida da mulher, se constituindo em fator de risco para diversos agravos, tais como: depressão, tentativas de suicídio, dores crônicas, distúrbios gastrointestinais, entre outros. São consequências que podem durar muito tempo, mesmo após o cessamento da violência (25).

Apesar do papel relevante dos profissionais de saúde, e dos(as) enfermeiros(as) em especial, na identificação da mulher em situação de violência, muitos(as) deles(as) acreditam que não devem se envolver (35). Para avançar nessa questão, a atuação dos(as) profissionais de saúde deve ser parte integrante de um esforço, que agregue governantes, assistência social, segurança pública, e a própria comunidade, entre outros atores sociais. Tal parceria poderá contribuir para aumentar a efetividade das intervenções, redução de duplicidade de ações, e consequente potencialização dos recursos disponíveis, por meio da soma de esforços e produção de conhecimentos sobre o tema (25).

Considerando as características da violência sofrida por mulheres e estudos que apontam a prevalência da ocorrência entre as usuárias das UBS, esses serviços podem ser a principal porta de acesso ao sistema de proteção, sendo fundamental que os(as) profissionais de tais locais ofereçam suporte às necessidades das mulheres (4).

Como parte integrante da equipe de saúde, em especial na APS, a enfermagem, está sendo desafiada a responder ao fenômeno da violência contra a mulher.



---

# OBJETIVOS





### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Conhecer a força de trabalho e as práticas da enfermagem na atenção primária à saúde de mulheres em situação de violência.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar a força de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde em município de grande porte do interior paulista.
- Descrever a atuação da equipe de enfermagem no cuidado a mulheres em situação de violência.



---

# MÉTODOS



## 4. Métodos

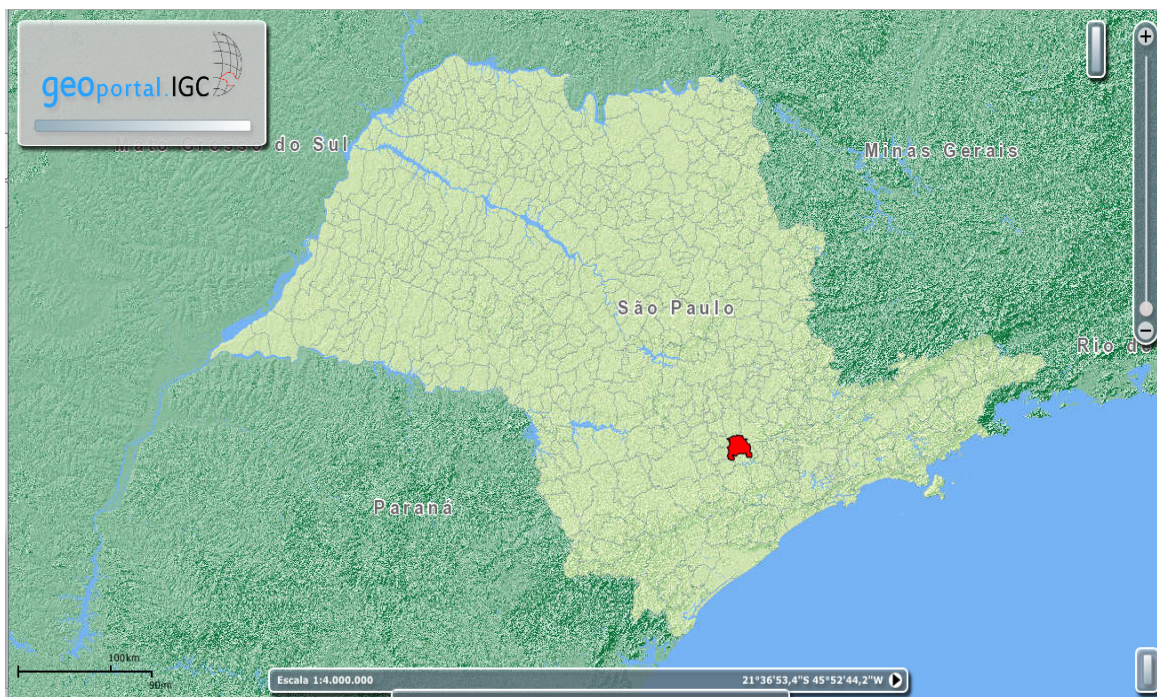
### 4.1. Desenho

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, e abordagem quantitativa, em que profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde de Sorocaba foram entrevistados por meio de questionário semiestruturado.

### 4.2. Cenário

O cenário da pesquisa foi a atenção primária do município de Sorocaba, local em que a pesquisadora desenvolve suas atividades profissionais. Município, localizado a 100 km da capital do estado de São Paulo, com alto índice de desenvolvimento humano, Sorocaba ocupa 47º lugar no ranking de desenvolvimento humano do país (36; 37).

**Figura 1:** Mapa do estado de São Paulo e Sorocaba, 2014.

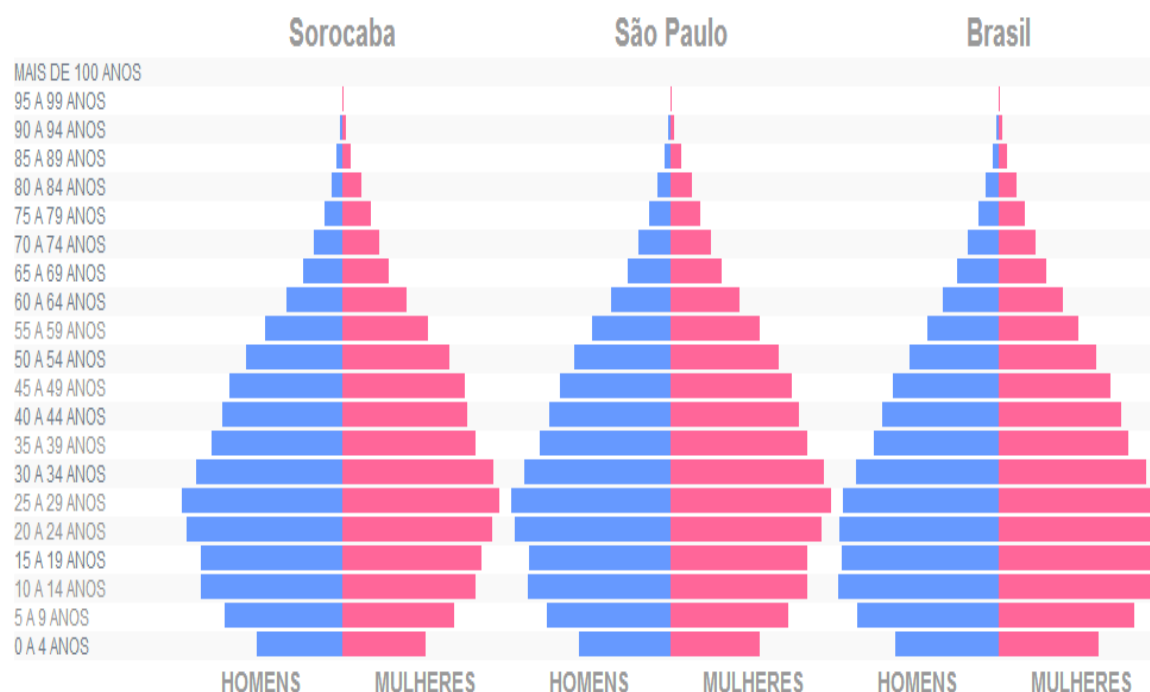


Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico de São Paulo, 2014.

Apresenta população de 629.231 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013 e densidade demográfica de 1303,18 habitantes/km<sup>2</sup> (36).

Observamos por meio das pirâmides que a redução das taxas de fecundidade e mortalidade infantil do município tem conferido padrão semelhante na distribuição por faixa etária e sexo quando comparado ao, do estado de São Paulo e ao do Brasil (figura2).

**Figura 2:** Pirâmide etária Sorocaba, estado de São Paulo e Brasil, 2010.



Fonte: IBGE Cidades, 2010.

Em 2013, a área da saúde do município de Sorocaba inicia o processo de regionalização dos serviços de saúde. Com base na área de abrangência das unidades básicas de saúde, que cobrem todo território do município, os serviços de saúde foram distribuídos em seis regionais – Noroeste, Sudoeste, Centro-Sul, Centro-Norte, Leste e Norte (figura 3).

Com 31 unidades básicas de saúde, três unidades pré-hospitalares, dois pronto atendimentos, entre outros serviços de saúde, o município possui 2.934 servidores públicos municipais da área da saúde, destes 994 (33.87%) são profissionais de enfermagem, e 652 atuam na atenção primária à saúde.

**Figura 3:** Distribuição dos serviços de saúde de Sorocaba.



Fonte: Secretaria de Saúde/Prefeitura de Sorocaba, 2014.

Na APS do município o modelo predominante até 2013 foi o das unidades básicas tradicionais com 90,9% de cobertura da população enquanto a estratégia saúde da família cobria 9,1%.

Sorocaba destacou-se nas ações de enfrentamento da violência ao receber, em 2005, do Prêmio “Mário Covas” de eficiência e desburocratização, com o “Protocolo de ações integradas em atendimento das vítimas de violência sexual”, projeto que apresentava articulação entre a segurança pública, hospital de referência, a casa abrigo e a prefeitura, garantindo à pessoa vítima de violência atendimento rápido e integrado.

No âmbito nacional, o município foi elencado como prioritário para a implementação de ações de vigilância de violências e acidentes, passando a integrar, a partir de 2006, - a pesquisa nacional sobre o tema - Inquérito VIVA - do Ministério da Saúde. Desde 2009, unidades básicas de saúde de Sorocaba, iniciaram a notificação contínua de casos de violência.

Destacamos os principais serviços no atendimento de mulheres em situação de violência: Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Centro de Integração da Mulher (CIM Mulher) entidade mantenedora da casa abrigo e o Centro de Referência da Mulher (Cerem). Especificamente na área da saúde o Conjunto Hospitalar de Sorocaba, hospital escola da rede estadual, é referência para vítimas de violência sexual.

### **4.3. Sujeitos**

São sujeitos deste estudo os(as) profissionais de enfermagem, trabalhadores(as) das unidades básicas de saúde do município de Sorocaba: enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares de enfermagem.

Como etapa preliminar da pesquisa, foram solicitadas informações sobre o quantitativo de profissionais de enfermagem, estratificado nas diferentes categorias profissionais, junto à Divisão de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde, com o objetivo de calcular a amostra.



Foram critérios para exclusão da pesquisa, os sujeitos que no momento da coleta de dados se enquadraram nas seguintes situações: atuar em cargo comissionado ou mandato sindical; estar em licença para tratamento de saúde ou licença maternidade, não estar desenvolvendo suas atividades nas unidades básicas de saúde por outros motivos.

#### **4.4. Amostra**

O cálculo amostral foi feito com o objetivo de estimar uma proporção, e para isso, foi assumido para  $p$  o valor 0,50. Com isso, tem-se o maior tamanho amostral possível, pois, assumindo  $p=0,50$ , o tamanho amostral é gerado pela maior variabilidade dos dados ( $p=0,50$  – variabilidade máxima da distribuição binomial). O tamanho amostral ( $n$ ) para uma proporção pode ser estimado por meio da seguinte fórmula (38; 39):

$$n = \frac{Np(1 - p)}{p(1 - p) + (N - 1)D^2}$$

Nessa fórmula, “N” representa a população de profissionais nos centros de saúde estudados. Já “D”, a precisão da estimativa a ser mensurada, que pode ser descrita como “B/Z”, em que “B” é o erro amostral e “Z” é um percentil da distribuição normal padrão.

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral foi de 652 profissionais de enfermagem que atuam na APS: 169 auxiliares de enfermagem, 357 técnicos(as) de enfermagem e 126 enfermeiros(as). A amostra foi distribuída proporcionalmente de acordo com cada categoria profissional. Além disso, foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Com isso, o tamanho amostral final foi de 242 profissionais, dos quais 63 eram auxiliares, 132 técnicos(as) e 47 enfermeiros(as).

Uma vez elencada a amostra e obtida a listagem nominal dos(as) profissionais em ordem alfabética, foi realizada a distribuição aleatória dos(as) potenciais entrevistados(as) e elaborada uma segunda lista com 305 profissionais a serem entrevistados(as), 20% a mais que o indicado na amostra, objetivando cobrir possíveis ausência e recusas.

#### **4.5. Instrumento de coleta e tratamento dos dados**

O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelo Cemicamp, que autorizou a sua utilização neste estudo (Anexo 1).

Com perguntas abertas e fechadas o formulário é dividido em duas seções: a primeira trata das características sociodemográficas e a segunda sobre detecções de situações de violência.

Com seis questões, a primeira seção abordava as variáveis sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na rede pública e na atual unidade de saúde. Na segunda seção, as 19 questões buscavam conhecer como os(as) profissionais faziam o atendimento e suas dificuldades, seus conhecimentos sobre os sinais indicativos de violência e dificuldades no atendimento.

Inicialmente o formulário se propunha a atender diferentes categorias de profissionais da saúde e para atender ao escopo desta pesquisa na questão 1.3 – Qual é sua profissão?- as opções dadas foram: auxiliar de enfermagem, ou técnica(o) de enfermagem ou enfermeira(o).

Incluímos, na caracterização sociodemográfica o quesito raça/cor, pois identificamos que esta seria uma oportunidade de, ao questionar os(as) profissionais, promover reflexão sobre o tema. A abordagem do quesito raça cor ainda é tema polêmico

no Brasil, assim como na enfermagem. Observações dos preenchimentos dos formulários de saúde evidenciam que esta é uma questão não abordada pelos(as) profissionais.

Adotamos a sistematização feita pelo IBGE, que estipulou cinco categorias: amarela, branca, indígena, parda e preta. Assim como na metodologia IBGE, o preenchimento desta questão foi por meio da autodeclaração dos(as) profissionais (40).

A questão 2.4 - Ao atender uma mulher aqui neste serviço, se o(a) Sr(a) suspeitasse de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência o que faria?, foi aplicada a todos(as) os(as) entrevistados(as) devido ao entendimento de que seria pertinente investigar, mesmo entre aqueles(as) que já haviam suspeitado que uma mulher havia sofrido violência. Cabe ressaltar que na versão original do formulário, esta questão era respondida apenas para aqueles que optaram pelo não na questão 2.2.

O instrumento de coleta de dados foi transformado em um formulário digital (Apêndice1), por meio do software Epi Info versão 7, disponibilizado gratuitamente pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC), compatível com Windows.

O formulário digital foi elaborado com base no manual do próprio software, disponibilizado online, pelo CDC. Em atenção às orientações do Cemicamp, para o preenchimento do formulário, a entrada dos dados foi personalizada. Foram estabelecidas questões obrigatórias, que deveriam ser respondidas por todos(as) os(as) entrevistados(as), e as facultativas com resposta condicionada a questões anteriores. Os comandos também possibilitaram diferenciar campos com respostas textuais, numéricas e de múltipla escolha.

Durante esse processo de construção, o formulário digital foi testado pela pesquisadora.

Para garantir o alinhamento na captação das informações e possibilitar o fácil manejo do software por parte dos entrevistadores, o Manual da Entrevistadora do

Cemicamp foi adaptado, mantendo as orientações pertinentes ao formulário desta pesquisa e incluindo ilustrações e orientações sobre a alimentação dos dados durante a entrevista (Apêndice2).

Os três entrevistadores selecionados para a pesquisa foram capacitados especialmente para esta pesquisa. As dúvidas que surgiram durante a coleta de dados foram sanadas por telefone.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2014. Na primeira semana, para acompanhar e avaliar a coleta, realizamos reuniões diárias; no restante do mês, os encontros foram semanais, para acompanhamento e avaliação. Os arquivos digitais foram transferidos diariamente para a pesquisadora, que os revisou, avaliou o preenchimento e inconsistências de cada entrevista.

Ao aplicar o questionário, os entrevistadores digitaram as respostas diretamente em computadores portáteis. As questões foram lidas, face a face, para os entrevistados, que expressaram suas respostas. Coube aos entrevistadores enquadrar essas respostas nas opções disponíveis no formulário. Cada questionário foi numerado sequencialmente, preservando o anonimato do(a) entrevistado(a).

Após o encerramento da coleta, os bancos de dados dos entrevistadores foram agregados e revisados. Foi efetuada a codificação para realização da análise estatística.

As comparações que envolviam as variáveis categóricas relativas às variáveis quantitativas com duas categorias foram realizadas por meio do teste de Mann-Whitney (41). Para variáveis quantitativas com mais de duas categorias foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (41).

Para estudar as associações entre as variáveis categóricas foi aplicado o teste Qui-quadrado (41). Para os casos em que, pelo menos, 20% das caselas da tabela de valores esperados apresentavam contagem menor do que cinco foi aplicado o teste exato

de Fisher (42). O software estatístico SAS versão 9.2 foi utilizado para a realização das análises.

Para a codificação das respostas textuais, inicialmente, procedeu-se a uma análise temática do conjunto das respostas obtidas em cada pergunta aberta, a partir da qual foram atribuídos códigos às respostas, para posterior processamento e análise quantitativa (Anexo 2).

#### **4.6. Considerações éticas**

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, seguimos as normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466, de 12 de dezembro de 2012.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi apresentado, e mediante o aceite, uma via assinada era devolvida ao entrevistador, e outra era fornecida ao(à) entrevistado(a) (Apêndice 3).

Considerando que os sujeitos são trabalhadores(as) da rede municipal de saúde, a pesquisa foi submetida à aprovação da Secretaria de Saúde do município de Sorocaba (Anexo 3) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) por meio da Plataforma Brasil, parecer n.512.576 (Anexo 3).



---

# PUBLICAÇÃO





## 5. Publicação



Daniela valentim dos santos <danivalentimm@gmail.com>

---

### Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health - Manuscript ID/Número de manuscrito 2014-00522

---

contacto\_rpsp@paho.org <contacto\_rpsp@paho.org>  
Para: danivalentimm@gmail.com

1 de setembro de 2014 00:40

31-Aug-2014

Dear Prof. dos Santos:

Your manuscript entitled "A equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da violência contra mulheres." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Your manuscript ID is 2014-00522.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when contacting the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/rpsp> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by entering the Author Center after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/rpsp>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health.

Sincerely,  
Editorial Office  
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

-----



**Título: A equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da violência contra mulheres**

**Title: The nursing staff in primary health care and the combating of violence against women**

**Título resumido:** Enfermagem atenção mulher situação violência

**Autora:** Daniela Valentim dos Santos\* **Co-autora:** Eliete Maria Silva\*\*

### **Instituições**

\* Prefeitura de Sorocaba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

\*\* Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. Campinas, SP, Brasil.

### **Correspondência:**

Daniela Valentim dos Santos

Secretaria de Saúde de Sorocaba - Av. Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes, 3041, 3º andar, Alto da Boa Vista. CEP: 18013-280 – Sorocaba-SP

E-mail: danivalentimm@gmail.com

Este artigo é baseado na dissertação de mestrado de Santos DV, “Enfermagem na Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento da violência contra a mulher”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, em 2014.



## **RESUMO**

### **OBJETIVO**

Caracterizar a força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde em município de grande porte do interior paulista, e descrever as práticas dessa equipe no cuidado às mulheres em situação de violência.

### **MÉTODOS**

Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, com amostra aleatória. Realizada com profissionais de enfermagem, nas suas três formas de inserção profissional – auxiliar de enfermagem, enfermeiro(a) e técnico(a) de enfermagem, de todas as unidades básicas de saúde do município. Foi utilizado formulário com questões semiestruturadas, que abordavam informações sociodemográficas e sobre detecção de situações de violência. A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2014. O software SAS, versão 9.2, foi utilizado para realizar os testes estatísticos Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Qui-quadrado. Foram considerados significantes os valores de  $p$  menor que 0,05. Para as respostas textuais, procedeu-se a análise de conteúdo, para posterior análise quantitativa.

### **RESULTADOS**

Os dados referem-se a 236 profissionais de enfermagem, 54 (22,88%) de auxiliares de enfermagem, 48 (20,34%) enfermeiros(as) e 134 (56,77%) (n.134) técnicos(as) de enfermagem. As diferenças entre as categorias da enfermagem foram significantes, ( $p < 0,05$ ), para as variáveis: tempo de formação, tempo no serviço público e tempo na unidade básica de saúde. A respeito do atendimento às mulheres, entre os profissionais de enfermagem da APS, 56,33 % já

suspeitaram, durante atendimento, que alguma mulher tivesse sofrido violência. As principais dificuldades para investigar foram: medo da mulher falar sobre o assunto, falta de treinamento e capacitação e receio de sofrer represálias do agressor.

## **CONCLUSÕES**

As situações de violência contra a mulher permeiam as práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. A maioria dos profissionais de enfermagem identificaram casos de violência, mas relataram que o processo diário de trabalho dificulta a identificação e o adequado manejo dos casos. O enfoque das políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher deve abranger a capacitação e o suporte para os profissionais da Atenção Primária à Saúde para que estes serviços não se reduzam a pontos de triagem e encaminhamento.

**Descritores:** atitude do pessoal de saúde, enfermagem, equipe de enfermagem, enfermagem de atenção primária, violência, violência contra a mulher.

## **ABSTRACT**

### **OBJECTIVE**

Characterize the workforce of nursing in primary health care in a large municipality of São Paulo estate, and describe the practices of that team in the care of women in situations of violence.

### **METHODS**

Quantitative, descriptive and transversal research, with random sample. Conducted with nursing professionals, in its three categories - nursing assistant, nurse and nursing technician – from all basic health units of the municipality. Form was used with semi-structured questions which addressed social and demographic information and about detection of violence situations. Data collection occurred in February 2014. The SAS software, version 9.2, was used to perform statistical tests Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Qui-quadrado. The p values less than 0.05 were considered significant. For textual responses, the content analysis were proceeded, for subsequent quantitative analysis.

### **RESULTS**

The data refer to 236 nursing professionals, 54 (22,88%) of nursing assistants, 48 (20,34%) nurses and 134(56,77%) nursing technicians. The differences between the subcategories of nursing were significant ( $p$  less than 0.05) for the variables: academic training time, time in public service and time on basic health unit. Regarding the assistance to women, including nursing professionals of APS, 56.33% already suspected that any woman had suffered violence. The main difficulties to investigate were: (i) difficulty of woman talking

about the subject, (ii) lack of training, (iii) and fear of suffering reprisal from the assailant.

## **CONCLUSION**

The situations of violence against women permeate nursing practices in Primary Health Care. Most nurses identified cases of violence, but reported that the daily work process hinders the identification and proper management of cases. The focus of public policies contrary to violence against women should include training and support for professionals in the primary health care services so that they do not reduce the services as points of screening and referral.

**Descriptors** : Attitude of health personnel, nursing, nursing staff, nursing primary care, violence, violence against women.



## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se destacado como principal política pública para ofertar acesso aos serviços de saúde. Fundamentada na responsabilização pelo território, acessibilidade, universalidade, integralidade, vínculo e participação social dos usuários e trabalhadores, a APS possui os requisitos para fazer frente ao uso indiscriminado e ao consumo mercadológico dos serviços de saúde, interferir em indicadores, impactar na situação epidemiológica, e, acima de tudo, contribuir para que as pessoas vivam com mais saúde (1).

Na APS, os usuários podem apresentar queixas múltiplas, que podem demandar mais de um diagnóstico. Neste sentido, o Relatório Mundial de Atenção Primária aponta a violência contra as mulheres como um dos exemplos para ilustrar situações em que a causa principal pode estar mascarada por queixas múltiplas e inespecíficas. Assim como para situações similares, a violência pode ser detectada por meio de práticas relacionais entre trabalhadores da saúde e usuários, como o acolhimento, a escuta e o vínculo (2).

Tal referência é importante, pois a violência contra a mulher apresenta-se como tema inevitável para a saúde devido ao impacto na vida dessas mulheres, desde a infância até maturidade. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) apontam que 70% das mulheres do mundo já sofreram algum tipo de violência. Essa situação representa custos altos, sejam eles diretos com assistência à mulher e suas famílias, ou indiretos devido ao absentéismo e ao sofrimento (3).

Considerando as características da violência sofrida por mulheres no Brasil e os estudos que apontam alta prevalência da ocorrência entre as usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS), esses serviços podem ser a principal porta de acesso ao sistema de proteção (4,3). Portanto, é fundamental que os profissionais de tais locais ofereçam suporte às mulheres (4).

Integrante da força de trabalho em saúde, a enfermagem é uma profissão fundamental no cuidado aos seres humanos nas diferentes fases do ciclo vital, com o objetivo de preservar a vida e recuperar a saúde (5).

A equipe de enfermagem é constituída de três agentes: o(a) enfermeiro(a), o(a) auxiliar de enfermagem e o(a) técnico de enfermagem, diferentes entre si pela formação e atribuições (1,6). Entendemos, portanto, ser fundamental ampliar a discussão, com o olhar para todos(as) os(as) agentes, objetivando a compreensão da profissão em sua complexidade.

Ademais, a enfermagem representa um importante quantitativo de profissionais da saúde e está em expansão no país e no mundo (7,8). Assim, temas que afetam a saúde das populações constituem objeto de seu interesse e intervenção.

Em vista disso, conhecer os(as) agentes da enfermagem e suas práticas pode contribuir para enfrentar a violência contra a mulher, um dos agravos que desafiam o Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde(APS).

O objetivo desta pesquisa foi caracterizar a força de trabalho da enfermagem na APS em município de grande porte do interior paulista, e descrever dessa equipe no cuidado com mulheres em situação de violência.

## MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal e quantitativo, no qual profissionais de enfermagem foram entrevistados(as).

O cenário da pesquisa foi a APS de Sorocaba, município de grande porte, localizado no sudoeste paulista, que possui 629.231 habitantes (9).

A população considerada para o cálculo do tamanho amostral foi de 652 profissionais de enfermagem que atuam na APS: 169 auxiliares de enfermagem, 357 técnicos (as) de enfermagem e 126 enfermeiros(as). A amostra aleatória foi distribuída de maneira proporcional em cada categoria profissional. Além disso, foi assumido um erro amostral de 5% e um nível de significância de também 5%. Com isso, o tamanho amostral estipulado foi de 242 profissionais, dos quais 63 foram auxiliares, 132 técnicos (as) e 47 enfermeiros (as).

Foram elencados para as entrevistas 305 profissionais, já acrescidos de 20% da amostra calculada para o estudo, com o objetivo de repor as perdas por ausências e recusas. Adotamos como critério de inclusão no estudo ser profissional de enfermagem em atividade nas 31 unidades básicas de saúde do município. Os critérios de exclusão foram: profissional de enfermagem em cargo comissionado, em período de férias, em licença maternidade ou afastado por questões de saúde no período de coleta de dados.

O instrumento de coleta utilizado foi elaborado pelo Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), que autorizou a sua utilização. Com base neste formulário foi elaborada uma versão eletrônica no Epiinfo™ 7, software disponibilizado gratuitamente pelo Center for Disease Control and

Prevention, que possibilitou que os dados fossem digitados no momento da coleta.

Os entrevistadores, treinados especificamente para a pesquisa, aplicaram, no mês fevereiro de 2014, o questionário semiestruturado face a face com os profissionais de enfermagem. Tais profissionais, entrevistados em seus locais de trabalho, foram elencados após randomização da relação fornecida pela Secretaria da Saúde do município.

O termo de consentimento livre esclarecido foi apresentado para que os entrevistados tomassem ciência do estudo e pudessem optar pela sua participação. O anonimato dos entrevistados foi garantido, pois não havia questões que pudessem identificá-los.

Esta pesquisa atende a Resolução n. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município de Sorocaba e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob o parecer nº. 512.576.

As comparações que envolviam as variáveis categóricas relativas às variáveis quantitativas com duas categorias foram realizadas por meio do teste de Mann-Whitney (10). Para variáveis quantitativas com mais de duas categorias foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (10).

Para estudar as associações entre duas variáveis categóricas foi aplicado o teste Qui-quadrado (10). Para os casos em que, pelo menos, 20% das caselas da tabela de valores esperados apresentavam contagem menor do que cinco foi aplicado o teste exato de Fisher (11). As análises estatísticas foram realizadas por meio do software estatístico SAS, versão 9.2..

Para a codificação das respostas textuais, inicialmente, procedeu-se a uma análise temática do conjunto das respostas obtidas em cada pergunta aberta, a partir da qual foram atribuídos códigos às respostas, para posterior processamento e análise quantitativa.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 236 profissionais das 31 unidades básicas de saúde do município de Sorocaba, totalizando 54 (22,88%) auxiliares de enfermagem, 48 (20,34%) enfermeiros(as) e 134 (56,77%) técnicos(as) de enfermagem.

Ao relacionar os motivos da não participação de 69 profissionais na pesquisa, identificamos que 36,23% destes estavam em licença para tratamento da saúde; 33,34 % estavam em férias; 13,04% se recusaram; 10,14% estavam em licença maternidade; 4,35% possuíam duplo vínculo na rede municipal e foram sorteados duas vezes; e 2,90% foram transferidos de unidade.

O estudo apontou diferenças significantes ( $p < 0,05$ ) entre as três categorias da enfermagem com relação às características sociodemográficas e à atuação frente aos casos de mulheres em situação de violência.

As características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Quanto ao perfil dos(as) profissionais de enfermagem, 88,98% são mulheres. Entre os(as) profissionais que responderam ao questionamento a respeito do quesito raça/cor, 81,74% se autodeclararam brancos(as). A média de idade foi de pouco mais de 40 anos, com desvio padrão de 9 anos. O tempo médio de formação foi próximo de 12 anos.

As diferenças entre as categorias da enfermagem foram significantes, ( $p < 0,05$ ), para as variáveis: tempo de formação, tempo no serviço público e tempo na unidade básica de saúde (Tabela 1).

Quanto ao tempo de formação 59,26% dos(as) auxiliares de enfermagem referiram ter mais de 20 anos de formação. Entre os(as) enfermeiros(as), 52,08% eram formadas há menos de 10 anos e esta proporção foi ainda maior, 66,41%, entre os(as) técnicos(as) de enfermagem.

Menos de 15% dos(as) enfermeiros(as) tinham mais de 20 anos de trabalho no serviço público de saúde, o que entre os(as) técnicos(as) representou 2,24% e entre os(as) auxiliares 55,56%. As médias estão expressas na tabela 2.

Entre os(as) profissionais de enfermagem da APS, 56,35% já suspeitaram, durante atendimento, que alguma mulher tivesse sofrido violência. Entre as variáveis categóricas analisadas na Tabela 2, com relação à enfermagem como um todo, identificamos associação entre a suspeita de que mulher tivesse sofrido violência e o tempo de atuação no serviço público e na unidade básica. Quando observamos as categorias desagregadas, os(as) técnicas(os) de enfermagem são os(as) que mantêm essa mesma associação.

Em relação às atitudes relatadas pelos(as) profissionais, tanto nas situações efetivas em que suspeitaram, quanto na hipótese de que uma mulher havia sofrido violência, as diferenças foram significantes entre os agentes de enfermagem nas respostas “procurei/procuraria a chefia imediata” e encaminhei/encaminharia para o serviços especializados, conforme descrito na Tabela 3.

Destaca-se que entre os(as) profissionais de enfermagem de nível médio predomina a opção procurou/procuraria a chefia imediata ao se deparar com uma mulher em situação de violência, enquanto que entre os(as) enfermeiros(as), o encaminhamento a outros serviços é a atitude mais frequente (tabela 3).

Quanto à notificação, sete profissionais identificaram esta estratégia como parte do atendimento à mulher vítima de violência, dois(uas) auxiliares de enfermagem, quatro enfermeiros(as) e um(a) técnica(a), estes dados não estão apresentados em tabela.

Na Tabela 4, apresentamos as frequências e proporções dos serviços identificados pelos entrevistados como referência no atendimento das mulheres em situação de violência. Do total dos entrevistados, 6,78% responderam que encaminhariam a mulher vítima de violência para algum serviço de atendimento. Os serviços mais lembrados pelos profissionais foram o Centro de Referência e a Delegacia da Mulher.

Os principais indicativos de que a mulher estava sofrendo violência, relatados pelos(as) profissionais, foram os sinais físicos e emocionais (Tabela 4).

Na mesma tabela, com relação ao atendimento à mulher vítima de violência, 94,49% dos profissionais de enfermagem entrevistados relataram dificuldades para realizar o atendimento. Os fatores relatados com maior frequência foram a dificuldade das mulheres em falar sobre o assunto (29,99%), seguido pela falta de treinamento/capacitação (19,92%). A terceira categoria com maior destaque foi “outros”, em que encontramos respostas como: limitação devido à rotina de trabalho, sobrecarga de trabalho pelo volume de atendimentos, falta de recursos humanos e físicos para dar suporte adequado.

## DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que existem diferenças importantes nas características dos agentes da enfermagem e no atendimento que estes fazem às mulheres, na Atenção Primária à Saúde. A novidade deste estudo está em abranger as três formas de inserção profissional e, assim, contemplar a visão da categoria como um todo.

Uma das limitações do estudo é o fato de ter sido realizado em um único município. Outra limitação se refere ao fato de utilizar informações referidas, pelos(as) entrevistados(as) podendo estar sujeitas a vieses de memória.

De maneira geral, este estudo revela o predomínio de profissionais de nível médio na equipe de enfermagem, o que também ocorre no cenário nacional. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (12), no ano de 2010, a categoria com mais profissionais era a de técnicos(as) de enfermagem (43,18%), seguidos(as) por auxiliares de enfermagem (36,80%) e, em menor quantidade, enfermeiros(as) (19,81%). Embora nossos dados se refiram à APS, e os dados nacionais aos diferentes cenários de prática, observamos que os serviços de saúde brasileiros recrutam profissionais de nível superior em menor número.

Ao compararmos tais dados com a realidade do Canadá, país com sistema de saúde universal focado na atenção primária, encontramos situação diferente: os(as) profissionais de enfermagem, com formação de nível superior (*registered nurse*), representam 74% do total de profissionais de enfermagem do país (7). Nos Estados Unidos da América, país com forte tradição na atenção a saúde especializada e tecnológica, dados do *American Community Survey Highlight*



*Report* indicam que as *registered nurse* representam 78% da força de trabalho da enfermagem naquele país (8).

No cenário internacional se discute o papel estratégico dos profissionais de nível médio, especialmente na APS, como forma de garantir a fixação dos profissionais no território, em particular nos mais remotos, com intuito de ampliar o acesso aos serviços de saúde (2,13).

Portanto, para além da discussão do nível de formação dos agentes da equipe de enfermagem, a assistência deve ser reconhecida como um trabalho coletivo e o processo de sua qualificação deve considerar a valorização de todos os integrantes em suas atribuições específicas.

Quanto à caracterização da equipe de enfermagem, nossos dados e os de pesquisas realizadas no Brasil, em diferentes cenários de atuação, corroboram que, no século XXI, a enfermagem permanece uma profissão predominantemente feminina. A feminização persistente da enfermagem é fruto de uma construção socio-histórica, que naturaliza trabalhos ligados ao cuidado, como profissões femininas (14).

A alta proporção de mulheres na profissão também foi encontrada em outros países (7,8). Nos Estados Unidos foi identificado que a grande oferta de empregos está atraindo mais homens para a ocupação. Nesse mesmo país, os homens que nos anos 1970 representavam 2,7% do total de *registered nurses* e 3,9% dos *Licensed practical and licensed vocational nurses*, em 2011 representavam 9,6% e 8,1% respectivamente (8).

Dados desta pesquisa apontam que, em relação à questão étnico racial, não existem diferenças significativas entre os três agentes de enfermagem,

embora a maior proporção de brancos(as) seja encontrada entre os(as) enfermeiras (87,23%). Análises feitas em 1980 e 1991 identificaram que a enfermagem apresentava maior proporção de pretos e pardos que as demais profissões de nível superior. Neste mesmo estudo, as questões étnico-raciais e de gênero aparecem implicadas, pois apresentam evidências de que quanto mais feminina é a profissão maior a proporção de pretos e pardos (15). Não encontramos pesquisas que tratavam das outras categorias da enfermagem.

A proporção encontrada de profissionais de enfermagem, que suspeitou durante o atendimento que uma mulher havia sofrido violência, foi de 56,35%, índice inferior ao apresentado no estudo de Osis et al (4), em que 80,9% dos profissionais de diversas categorias da área da saúde foram entrevistados. Considerando as especificidades dos estudos, é possível afirmar que a equipe multiprofissional identificou mais casos de violência que a equipe de enfermagem. Quais seriam as razões que justificariam tal diferença foge do escopo da presente pesquisa e demanda aprofundamento em futuras pesquisas.

O conjunto dos resultados indica que, o tempo de atuação no serviço público ou na unidade básica apresentou diferença significativa sobre o fato de o(a) profissional identificar mais situações de violência. Na literatura, identificamos estudo em que os(as) profissionais relataram que pouco tempo de atuação no serviço de saúde não possibilitou o contato com esse tipo de problema (16).

Os(as) profissionais de enfermagem de nível médio parecem demonstrar conhecimento para identificar mulheres em situação de violência, ainda que relatem que não terem recebido capacitação. Também relatam que quando

identificam uma mulher nessa condição, acionam a chefia imediata, o enfermeiro(a), para que as providências sejam adotadas.

Identificamos estudos que relatam que o(a) enfermeiro(a) é indicado(a) pelos demais membros da equipe como canalizador de demandas que poderiam ser absorvidas por outros membros da equipe, por ser reconhecido(a) como portador(a) de mais conhecimentos e habilidades e/ou pelo seu papel de liderança (17,18).

Os(as) enfermeiros(as), por sua vez, não se sentem preparados(as) para dar conta desta demanda, seja pelo processo de trabalho, falta de pessoal ou pela falta de capacitação. A reformulação dos processos de trabalho, com base em capacitação e desenvolvimento de habilidades como acolhimento, podem amenizar a insatisfação de trabalhadores e usuários e aproximá-los (17).

Enfermeiros(as) são frequentemente acionados(as) para atender mulheres em situação de violência. Cabe a eles(as), como parte da equipe de saúde, partilharem “a responsabilidade de identificar os casos, e orientarem a busca de soluções na rede de assistência de proteção à violência, que envolve vários outros setores, como segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros” (19) .

Apontado pelos(as) profissionais da enfermagem como principal mecanismo para superar as dificuldades para atender mulheres em situação de violência, a capacitação, da formação inicial à formação em serviço, é apontada pelas literaturas nacional e internacional como principal caminho para que tais profissionais possam identificar, precocemente, situações em que mulheres são

vitimadas pela violência e, assim, oferecer à mulher cuidados de melhor qualidade (4,20).

Assim como em outros estudos (4), nesta pesquisa, os(as) profissionais demonstraram falta de conhecimento sobre a existência de protocolos e poucos indicaram serviços de referência para atender casos de violência contra a mulher.

O desconhecimento dos profissionais acerca de padrões de atendimento e fluxos de encaminhamento, principalmente daqueles que atuam na lógica biomédica, como os profissionais de enfermagem, pode implicar na pouca responsabilização destes com o atendimento de mulheres em situação de violência.

A maior parte dos(as) profissionais de enfermagem relataram não fazer perguntas para saber se as mulheres vivenciaram violência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (3), realizar questionamentos em todos os momentos que a mulher procurar os(as) profissionais de saúde, com perguntas rotineiras sobre violência, pode não trazer nenhum benefício para a mulher, situação que se altera quando existirem evidências clínicas. Os(as) enfermeiros(as) e técnicos(as) foram os(as) que relataram, em maior proporção, fazer perguntas para saber se a mulher sofria violência.

O envolvimento emocional com o agressor dificulta que a mulher tome a iniciativa de pedir ajuda (21). A alta prevalência de violência doméstica em mulheres com depressão justifica o questionamento sobre episódios de violência, assim como para mulheres com sintomas inespecíficos recorrentes (22).

Os(as) poucos(as) profissionais que relataram realizar notificação dos casos de violência contra mulheres, atendidas nas unidades básicas, sinalizam

que a compulsoriedade da notificação não garante que ela será feita, pois o medo, impotência diante dos casos e o fato de ter vivenciado situações de violência podem fazer com que o profissional não notifique.

Os argumentos para a não notificação descritos em estudos sobre o tema são semelhantes às dificuldades apontadas pelos(as) profissionais de enfermagem para fazer o atendimento de mulheres em situação de violência. Assim como apontado neste estudo, na categoria outras dificuldades, Kind et al (16) apresentam “o medo de retaliações, dificuldade ou constrangimento no preenchimento da Ficha, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade de lidar com os casos” como os principais determinantes para a não notificação.

Portanto, a cumprimento da obrigatoriedade da notificação passa pela superação das dificuldades relatadas, pelos(as) profissionais entrevistados(as), para realizar o atendimento. Passa também pela disseminação das políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher na APS, assim como nos demais serviços da rede de atenção. Destacamos que o enfoque dessas políticas deve abranger a capacitação e o suporte para os(as) profissionais da Atenção Primária à Saúde, para que estes serviços não se reduzam a pontos de triagem e encaminhamento (4).

Capacitações e protocolos devem ser desenvolvidos, tomando o cuidado para que não se tornem mais uma forma de submissão e alienação, distanciando os(as) profissionais das mulheres que buscam cuidado (16).

Com base nas indicações anteriores, conclui-se que os agentes da enfermagem possuem especificidades que estão associadas com o atendimento prestado às mulheres em situação de violência.

Este estudo possibilitou também conhecer as características da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde, identificar as práticas de detecção e cuidado a mulheres em situação de violência e compará-las entre os agentes da enfermagem.

Além disso, nossos resultados sugerem que as ações que envolvam a enfermagem devem contemplar as três formas de inserção profissional, e devem promover o compartilhamento contínuo das informações e dos processos de decisão.

A apresentação destes achados para os atores sociais envolvidos com a questão, seja sociedade civil organizada, trabalhadores e gestores, pode contribuir para o enfrentamento da violência contra a mulher, se tomados como desafios a serem superados.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos(as) trabalhadores(as) Atenção Primária à Saúde, segundo categoria da enfermagem, Sorocaba, 2014.

Variável	Total	Auxiliar Enf.		Enfermeiro(a)		Técnico Enf.		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Raça/cor			%		%			0,2291**
Branca	188	42	80,77	41	87,23	105	80,15	
Preta	7	3	5,77	2	4,26	2	1,53	
Parda	35	7	13,46	4	8,51	24	18,32	
Sem informação = 6								
Sexo								0,0787*
Feminino	210	46	85,19	47	97,92	117	87,31	
Masculino	26	8	14,81	1	2,08	17	12,69	
Faixa etária								< 0,0001*
<30	31	1	1,85	6	12,50	24	18,05	
30-39	91	7	12,96	22	45,83	62	46,62	
40-49	68	17	31,48	13	27,08	38	28,57	
50-59	38	23	42,59	6	12,50	9	6,77	
60 e mais	7	6	11,11	1	2,08	0	0	
Sem informação = 1								
Tempo de formação								< 0,0001*
1-4 anos	42	1	1,85	10,00	20,83	31,00	23,13	
5-9 anos	78	5	9,26	15,00	31,25	58,00	43,28	
10-14 anos	58	10	18,52	13,00	27,08	35,00	26,12	
15-19 anos	16	6	11,11	3,00	6,25	7,00	5,22	
20 e mais	42	32	59,26	7,00	14,58	3,00	2,24	
Tempo serviço público								< 0,0001**
< 1 ano	26	0	0,00	2	4,17	24	17,91	
1-4 anos	88	3	5,56	20	41,67	65	48,51	
5-9 anos	54	14	25,93	11	22,92	29	21,64	
10-14 anos	18	2	3,70	8	16,67	8	5,97	
20 e mais	38	30	55,56	5	10,42	3	2,24	
Tempo unidade básica								< 0,0001**
< 1 ano	37	1	1,85	8	16,67	28	20,9	
1-4 anos	121	12	22,22	28	58,33	81	60,45	
5-9 anos	39	12	22,22	9	18,75	18	13,43	
10-14 anos	16	10	18,52	2	4,17	4	2,99	
15-19 anos	5	4	7,41	0	0	1	0,75	
20 e mais	18	15	27,78	1	2,08	2	1,49	

\* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

\*\* p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

**Tabela 2:** Variáveis sociodemográficas dos(as) trabalhadores de enfermagem, segundo suspeita ou não de violência, Sorocaba 2014.

Variável	Suspeita violência	N	Média	Desv. Pad.	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor*
Enfermagem								
Idade	Sim	132	40,84	10,03	23,00	39,00	67,00	0,2532
	Não	103	39,21	9,38	24,00	39,00	61,00	
Tempo formação	Sim	133	12,43	7,94	2,17	10,17	44,17	0,0558
	Não	103	11,19	8,40	1,58	9,00	41,17	
Tempo serviço público	Sim	133	8,97	7,83	0,25	5,67	28,75	<b>0,0071</b>
	Não	103	7,43	8,27	0,17	3,50	30,42	
Tempo unidade básica	Sim	133	5,98	6,33	0,17	3,25	26,67	<b>0,0002</b>
	Não	103	4,13	5,69	0,08	1,67	25,33	
Auxiliar de enfermagem								
Idade	Sim	34	50,53	7,81	31,00	52,00	67,00	0,1962
	Não	20	46,45	9,72	28,00	46,50	61,00	
Tempo formação	Sim	34	20,82	7,84	4,17	21,92	37,17	1,0000
	Não	20	20,97	8,95	7,25	21,84	41,17	
Tempo serviço público	Sim	34	18,26	7,42	1,83	21,17	28,75	0,3420
	Não	20	15,78	9,19	4,92	20,42	30,42	
Tempo unidade básica	Sim	34	13,04	7,23	1,67	12,96	24,58	0,1453
Enfermeiro								
Idade	Sim	28	38,14	9,14	25,00	37,00	67,00	0,3201
	Não	20	41,10	10,14	24,00	41,00	58,00	
Tempo formação	Sim	28	11,03	8,11	3,58	9,17	44,17	0,9584
	Não	20	12,06	9,04	1,58	8,67	31,00	
Tempo serviço público	Sim	28	6,48	4,04	1,67	5,50	15,75	0,9585
	Não	20	9,95	9,63	0,17	5,67	26,58	
Tempo unidade básica	Sim	28	3,21	1,91	0,50	2,96	7,83	0,1585
	Não	20	3,68	5,22	0,08	1,59	21,33	
Técnico de Enfermagem								
Idade	Sim	70	37,21	8,15	23,00	36,50	56,00	0,5923
	Não	63	36,32	7,60	24,00	35,00	53,00	
Tempo formação	Sim	71	8,97	4,17	2,17	8,17	26,42	<b>0,0358</b>
	Não	63	7,81	4,86	2,17	6,25	25,17	
Tempo serviço público	Sim	71	5,50	5,18	0,25	3,50	24,75	<b>0,0055</b>
	Não	63	3,98	4,64	0,17	2,67	24,58	
Tempo unidade básica	Sim	71	3,69	4,11	0,17	2,42	26,67	<b>0,0026</b>
	Não	63	2,51	3,47	0,08	1,67	22,67	

\* p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney.



**Tabela 3:** Condutas da enfermagem referidas frente à violência, Sorocaba, 2014.

Variável	Total	Auxiliar Enf.		Enfermeiro(a)		Téc. Enf.		p-valor
		n	%	n	%	N	%	
Suspeita violência								0,4374*
Sim	133	34	62,96	28	58,33	71	52,99	
Não	103	20	37,04	20	41,67	63	47,01	
Conduta diante a violência identificada								
Tentei verificar se era verdade	27	8	23,53	5	17,86	14	19,72	0,8448*
Conversei com meu chefe imediato	57	21	61,76	1	3,57	35	49,30	< 0,0001*
Encaminhei para o serviço de referência	13	2	5,88	8	28,57	3	4,23	0,0018**
Orientei a pessoa a procurar ajuda	26	6	17,65	6	21,43	14	19,72	0,9313*
O que você faria?								
Tentaria ver se era verdade	38	11	20,37	9	18,75	18	13,43	0,4308*
Conversaria com a chefia imediata	136	33	61,11	3	6,25	100	74,63	< 0,0001*
Encaminharia	36	6	11,11	20	41,67	10	7,46	< 0,0001*
Orientaria a procurar ajuda	40	11	20,37	12	25	17	12,69	0,1114*
Faz perguntas para saber se elas vivenciam situações de violência?	48	5	9,26	14	29,17	29	21,64	0,0380*
Existe protocolo?	44	9	32,14	16	59,26	19	26,03	0,0077*
Treinamento e/ou capacitação	18	1	3,57	9	33,33	8	10,96	0,0043**

\* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

\*\* p-valor obtido por meio do teste exato de Fisher.

**Tabela 4:** Experiência de profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde com o atendimento de mulheres em situação de violência, Sorocaba, 2014.

Variável	Profissão							
	Total		Auxiliar Enf.		Enfermeiro(a)		Téc. Enf.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinais indicativos de violência <sup>a</sup>								
Sinais de lesão física	185	47,44	44	50,00	32	40,51	109	48,88
Sinais emocionais/psicológicos (ansiedade, desequilíbrio, choro, calada)	153	39,23	37	42,05	34	43,04	82	36,77
Receio de questionamentos/medo da denúncia	38	9,74	6	6,82	9	11,39	23	10,31
Outros	14	3,59	1	1,14	4	5,06	9	4,04
Total de profissionais	236		54		48		134	
Referências para encaminhamento <sup>a,b</sup>								
Centro de Referência da Mulher	16	39,02	3	60,00	4	25,00	0	0,00
Delegacia/Delegacia da Mulher	9	21,95	2	40,00	2	12,50	2	10,00
Abrigo	5	12,2	0	0,00	2	12,50	3	15,00
Hospital/PA	4	9,76	0	0,00	6	37,50	7	35,00
Outros	4	9,76	0	0,00	2	12,50	5	25,00
CREAS/ CRAS	3	7,32	0	0,00	0	0,00	3	15,00
Dificuldades na investigação de situações de violência <sup>a</sup>								
Dificuldades das mulheres falarem sobre o assunto	70	29,66	18	33,33	13	27,08	39	29,10
Falta de treinamento/capacitação dos profissionais	47	19,92	9	16,67	8	16,67	30	22,39
Outros	47	19,92	7	12,96	11	22,92	29	21,64
Dificuldade para abordar/ detectar o problema	26	11,02	5	9,26	9	18,75	12	8,96
Falta de vínculo entre o profissional e as mulheres	14	5,93	3	5,56	2	4,17	9	6,72
Profissional tem medo/receio de represálias	19	8,05	9	16,67	2	4,17	8	5,97
Nenhuma dificuldade	13	5,51	3	5,56	3	6,25	7	5,22
Total de profissionais	236		54		48		134	

<sup>a</sup> - questão permitia mais de uma resposta.

<sup>b</sup> - questão respondida por alguns profissionais

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica Brasília: Ministério da saúde, [Internet] 2012. [Acesso em 20 jun. 2014]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008. [Acesso em 20 abr. 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
3. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines Geneva. [Internet] 2013. [Acesso em 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174250/pdf/TOC.pdf>
4. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 Abr [Acesso em 20 jun 2013];46(2):351-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>
5. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. Bras Enferm [Internet]. Out 2009 [Acesso em 27 Jun 2013] ; 62( 5 ): 739-744. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>
6. Göttems LBD, Alves ED, Sena RR d. Brazilian nursing and professionalization at technical level: a retrospective analysis. Rev. Latino-Am Enfermagem [Internet]. Out 2007 [Acesso em 22 abr] ; 15( 5 ): 1033-1040. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a22.pdf)
7. Canadian Institute for Health Information. Regulated Nurses 2012- summary Report. Ottawa; [Internet] 2013. [Acesso em 25 jun. 2014]. Disponível em: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/RegulatedNurses2012Summary\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2012Summary_EN.pdf)

8. Landivar LC. Men in Nursing Occupations. American Community Survey Highlight Report. U.S. Census Bureau; 2013 Feb. [Acesso em 06 fev. 2014]. Disponível em: [https://www.census.gov/people/io/files/Men\\_in\\_Nursing\\_Occupations.pdf](https://www.census.gov/people/io/files/Men_in_Nursing_Occupations.pdf)
9. IBGE Cidades. Sorocaba. [homepage na internet][Acesso em 22 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=355220&search=sao-paulo|sorocaba>
10. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística, Ed. Thomson, São Paulo, 2004.
11. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA, 1983; 78(382):427-434.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/Cofen. Comissão de Business Intelligence. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Brasília: [Internet] 2011. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>
13. The Global Health Workforce Alliance 2012 annual report: making health workers count. Geneva: World Health Organization; 2012. [acesso em 22 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/annualreport2012/en/index.html>
14. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu, [Internet]; 2005 jun [acesso em 26 mai 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>
15. Beltrão KI, Teixeira M de P. O vermelho e o negro: raça e gênero na universidade brasileira- uma análise da seletividade das carreiras a partir dos sentidos

- demográficos de 1960 a 2000. [Online]; 2004 [acesso em 22 mar. 2014]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1893/1/TD\\_1052.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1893/1/TD_1052.pdf)
16. Kind L, Orsini M de LP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA de, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Sep [acesso em 04 abr 2014]; 29(9): 1805-1815. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>
17. Trindade L de L, Pires DEP de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 Mar [acesso em 05 abr.2014]; 22( 1 ): 36-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)
18. Soares CE dos S, Biagolini REM, Bertolozzi MR. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 Aug [acesso em 06 abr. 2014]; 47(4): 915-921. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0915.pdf>.
19. Baraldi ACP, Almeida AM de, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2012 Sep [acesso em 30 jun. 2014]; 12(3): 307-318. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf>.
20. Sprague S, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health.* [Internet]. 2012 Aug [acesso em 21 abr. 2014] 52:587–605. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03630242.2012.690840>

21. Miranda MP de M, Paula CS de, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica [periódico na Internet]. 2010 Abr [acesso em 31 ago 2014] ; 27( 4 ): 300-308. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf>
22. World Health Organization. Expert meeting on health-sector responses to violence against women [evento na internet]; 17-19 March 2009. Geneva, Switzerland, 2010 [acesso em 01 Jun. 2013]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44456/1/9789241500630\\_eng.pdf?ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44456/1/9789241500630_eng.pdf?ua=)

1

---

# CONCLUSÕES





## 6. Conclusões

A análise dos dados referentes à enfermagem na Atenção Primária a Saúde em município de grande porte nos permite tecer as seguintes conclusões:

- Dentre a enfermagem, os(as) auxiliares e técnicos(as) representam 80%.
- Auxiliares de enfermagem são os profissionais com mais tempo de trabalho no serviço público e de atuação na mesma UBS.
- As mulheres representam 89% dos(as) profissionais de enfermagem, sem diferença significativa entre os(as) agentes.
- A cada cinco profissionais de enfermagem um se declara preto ou pardo. Dentre os(as) profissionais de nível superior, a enfermagem apresenta maior proporção de pretos ou pardos.
- A faixa etária de 50 a 59 anos é predominante (42%) entre os auxiliares de enfermagem; enfermeiros e técnicos são significativamente mais jovens, para ambos predomina a faixa etária entre 30 e 39 anos.
- Identificação de situações de violência contra a mulher são relatadas por mais da metade dos profissionais.
- Quanto maior o tempo de trabalho na UBS e no serviço público, maior é a chance de identificar situações de violência contra a mulher.
- A conduta mais frequente de técnicos e auxiliares de enfermagem no cuidado a mulheres em situação de violência é comunicar a chefia imediata, enquanto que para enfermeiros é encaminhar para outros serviços.
- Os(as) enfermeiros(as) referem maior acesso a capacitações e protocolos que os profissionais de nível médio.
- O questionamento sobre vivência de situações de violência pela mulher não faz parte da rotina dos(as) profissionais entrevistados(as); mesmo em situações especiais, a maior parte não aborda este tema.

- O medo da mulher relatar que sofre violência destaca-se entre as principais dificuldades referidas pelos profissionais no atendimento a estas situações.

---

# CONSIDERAÇÕES FINAIS



## 7. Considerações Finais

Conforme os objetivos delineados, este estudo caracterizou a força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde, em município de grande porte do interior paulista, e descreveu as práticas dessa equipe no cuidado com mulheres em situação de violência.

A metodologia empregada, pesquisa quantitativa e aleatória, possibilitou abarcar um número significativo de profissionais e conhecer as especificidades sociodemográficas da equipe de enfermagem que está atuando na efetivação do SUS, em Sorocaba.

Os(as) auxiliares de enfermagem apresentaram média de idade de 49 anos, tempo de serviço público de 21 anos e tempo de unidade básica de 12 anos, contrastando com os(as) enfermeiros(as) e técnicos(as), mais jovens com e média de idade de 39 e 37 anos, respectivamente, e inserção mais recente na unidade básica, aproximadamente três anos para ambas as categorias.

Nossos dados corroboram com estudos que apresentam a enfermagem como profissão predominantemente feminina, em todas as suas categorias. Quanto ao quesito raça/cor, a proporção de profissionais pretos e pardos, não apresentou diferença significativa entre as três categorias. No entanto, os(as) enfermeiros(as) estão entre os(as) profissionais de nível superior que no Brasil apresenta maior proporção de pretos e pardos.

As características apontadas possibilitam que a enfermagem se reconheça em suas especificidades e possa contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde. Especialmente na APS, cenário em que as práticas são mais horizontalizadas do que em outros setores da saúde, e que a força de trabalho é o principal recurso para o alcance dos objetivos institucionais, reconhecer as características de seus atores é fundamental

para a concretização do trabalho coletivo, que propõe atender necessidades de saúde das pessoas.

Quanto às práticas destes profissionais, ainda que relatem pouca capacitação e desconhecimento sobre protocolos e fluxos de acompanhamento e encaminhamento, a maioria identifica casos de violência contra a mulher.

Conhecemos também os desafios que estão postos para que a enfermagem implemente ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher: capacitação, qualificação do vínculo entre profissionais e usuários, serviços de apoio trabalhando em rede e reformulação dos processos de trabalho.

Finalmente, é importante ressaltar que dados do cenário nacional e internacional apontam expansão do número de profissionais de nível médio e superior na enfermagem.

Portanto, ações que envolvam a enfermagem devem contemplar as três categorias profissionais, com o compartilhamento contínuo das informações e participação nos processos de decisão, o que contribuirá para que as mulheres usuárias dos serviços de atenção primária superem situações de violência.

---

# REFERÊNCIAS





## 8. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde, [Internet] 2012. [Acesso em 20 jun. 2014]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 2008. [Acesso em 20 abr. 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
3. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva. [Internet] 2013. [Acesso em 20 abr. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174250/pdf/TOC.pdf>
4. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2012 Abr [acesso em 20 jun 2013]; 46(2):351-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>
5. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2009 Oct [cited 2014 June 27] ; 62( 5 ): 739-744. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>
6. Göttems LBD, Alves ED, Sena RR d. Brazilian nursing and professionalization at technical level: a retrospective analysis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 Oct [Acesso em 22 abr. 2014] ; 15( 5 ): 1033-1040. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a22.pdf)
7. Canadian Institute for Health Information. Regulated Nurses 2012- summary Report. Ottawa; [Internet] 2013. [Acesso em 25 jun. 2014]. Disponível em: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/RegulatedNurses2012Summary\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNurses2012Summary_EN.pdf)

8. Landivar LC. Men in Nursing Occupations. American Community Survey Highlight Report. U.S. Census Bureau; 2013 Feb. [Acesso em 06 fev. 2014]. Disponível em: [https://www.census.gov/people/io/files/Men\\_in\\_Nursing\\_Occupations.pdf](https://www.census.gov/people/io/files/Men_in_Nursing_Occupations.pdf)
9. Pires DEP de. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [Acesso em 27 jun. 2014]; 66 (spe): 39-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea05.pdf>.
10. Almeida MCP de, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez Editora; 1986.
11. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu, [periódico na internet]; 2005 jun [acesso em 26 mai 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>
12. Brasil. Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União 13 ago 1949. [acesso em 30 mai]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm)
13. Brasil. Lei n. 7.894, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. [Internet] Diário Oficial da União. 26 jun 1986. [acesso em 30 mai 2014]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
14. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N. 276/2003. [Online].; 2003. Available from: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2762003-revogada-pela-resoluo-cofen-3142007\\_4312.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2762003-revogada-pela-resoluo-cofen-3142007_4312.html)

15. Brasil.SenadoFederal. Projeto de lei n. 26 de 2007 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem. [Online].; 2007. Available from: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=23825&tp=1>.
16. World Health Organization. The Global Health Workforce Alliance 2012 annual report: making health workers count. Geneva: World Health Organization; 2012. [Acesso em 22 abr. 2014] Available from <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/annualreport2012/en/index.html>.
17. Bangdiwala SI, Fonn S, Okoye O, Tollman. S. Workforce resources for health in developing countries. Public Health Reviews. 2010; 32(1). p. 296-318.[Acesso em 20 mai. 2014 ] Disponível em: [http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf\\_files/7/17\\_Workforce.pdf](http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/7/17_Workforce.pdf)
18. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife: World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 2013.[Acesso em 30 mai. 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWAa\\_universal\\_truth\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWAa_universal_truth_report.pdf?ua=1)
19. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas de promoção da saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [acesso em 21 abr 2014]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)
20. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.[Internet]. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.[acesso em 20 jun 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

21. Erler A, Bodenheimer T, Baker R, Goodwin N, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJM, et al. Preparing primary care for the future – perspectives from the Netherlands, England, and USA. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* [Internet]. 2011 Jan[acesso em 25 jan 2014];105(8):571–80. Disponível em: doi: 10.1016/j.zefq.2011.09.029.
22. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. [Internet] Brasília, Conass, 2011.[acesso em 20 de jun 2014]. Disponível em: [www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf)
23. Pedrosa CM. O trabalho doméstico e o espaço privado: iniquidades de direitos e seus impactos na vida das mulheres negras. In: Silva TD, Goes L, organizadoras. *Igualdade racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes*. [Internet] Brasília: Ipea; 2013. [acessa em 30 jan 2014]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/images/stories/pdf/livro\\_igualdade\\_racialbrasil01.pdf](http://www.ipea.gov.br/igualdaderacial/images/stories/pdf/livro_igualdade_racialbrasil01.pdf)
24. World Economic Forum. *Empoderamento das mulheres: avaliação das disparidades globais de gênero*. Fagundes JH, tradutor. Genebra; 2005.
25. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

26. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
27. Pougy, LG. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha Rev. Katál. Florianópolis [periódico na internet]. 2010 jan./jun [acesso em 26 mai 2013];13 (1): 76-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/09.pdf>
28. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2005. [acesso em 30 jul. 2013] Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159358X\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159358X_eng.pdf)
29. Slutkin G. Violence Is a Contagious Disease In: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2013. Contagion of violence: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press. Available from: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=13489](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13489).
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005. [acesso em 08 abr 2013]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)
31. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Legislation on violence against women: overview of key components. Rev Panam Salud Publica [periódico na internet]. 2013 Jan [acesso em 18 Ago 2013];33(1):61-72. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a09v33n1.pdf>
32. Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará. 1994.

[acesso em 26 mai 2013]. Disponível em:  
<http://www.cfemea.org.br/images/stories/pdf/convencaobelem1994.pdf>

33. Brasil. Decreto n.º 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 ago. 1996. p. 14471.[lei na internet].[acesso em 26 mai 2013]  
Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm)
34. Brasil. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, (DF); 2010.[lei internet].  
[acesso em 28 de mai 2013]. Disponível em: [www2.camara.leg.br/a-camara/procuradoria.../lei-maria-da-penha/view](http://www2.camara.leg.br/a-camara/procuradoria.../lei-maria-da-penha/view)
35. Baraldi ACP, Almeida AM de, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [periódico na internet]. 2012 set [acesso 21 mai 2013]; 12(3): 307-318. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf>
36. IBGE Cidades. Sorocaba. [homepage na internet] [acesso em 22 de ago 2013].  
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=355220&search=saopaulo|Sorocaba>
37. PNDU. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. [Online].; 2013 [cited 2014 mar 01. Available from: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sorocaba\\_sp](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/sorocaba_sp)
38. Medronho R, Carvalho D, Bloch K. Epidemiologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.

39. Cochran WG. Sampling Techniques. 3 ed. Wiley. 1977.
40. Petrucelli JL. Raça, identidade, identificação: abordagem histórica conceitual. In: Petrucelli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. [cited 2014 abril 10] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas\\_raciais/pcerp\\_classificacoes\\_e\\_identidades.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf)
41. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística. São Paulo: Thomson; 2004.
42. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rxc contingency tables. JASA, 1983; 78(382):427-434. DOI: 10.1080/01621459.1983.10477989





---

# APÊNDICES



# APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Questionário profissional de Enfermagem

**UNICAMP**

Entrevistador <input type="text"/>	Data entrevista: <input type="text"/>	Horário Início <input type="text"/>	Unidade de saúde <input type="text"/>	Nº Estudo <input type="text"/>
Data de Nascimento <input type="text"/> Raça/Cor <input type="text"/>	Admissão Serviço Público Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>	Admissão na Unidade de Saúde Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>	Data de formação Mês <input type="text"/> Ano <input type="text"/>	

Observações

## 1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

1.1 - Sexo Entrevistado <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	1.2 - Quantos anos fez em seu último aniversário ? Anos <input type="text"/>
1.3 - Qual a sua profissão ? <input type="text"/>	1.4 - Há quanto tempo o(a) Sr(a) se formou ? Anos <input type="text"/>
1.5 - Há quanto tempo:	
a) Trabalha na rede pública de saúde desse município ? Anos <input type="text"/>	b) Trabalha nessa unidade ? Anos <input type="text"/>

**PRÓXIMA ETAPA >>>>>>**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**Questionário profissional de Enfermagem**

**UNICAMP**

2.1 - Ao atender uma mulher aqui neste serviço, o(a) Sr(a) já teve a suspeita de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência?

2.2 - O que o(a) Sr(a) fez ?

- Tentei verificar se era verdade
- Conversei com meu chefe imediato
- Conversei com os colegas do trabalho
- Conversei com o pai da vítima
- Conversei com a mãe da vítima
- Conversei com outro parente da vítima. Quem ?
- Nada porque tive medo de prejudicar a mulher ainda mais;
- Não me envolvi porque no meu trabalho profissional não entro em problemas familiares
- Nada porque não tive certeza;
- Nada porque teria medo de represálias. De quem ?
- Nada porque tive medo de sofrer consequências no serviço
- Nada porque aqui no serviço não há protocolo de atendimento
- Nada porque não saberia o que fazer
- Encaminhei. Para onde ?
- Orientei a pessoa a procurar ajuda. Onde ?
- Notifiquei o órgão responsável. Qual ?
- Outro. Qual ?

2.3 - Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar, na sua opinião, que uma mulher está sofrendo violência ?

<<<<<<Etapa anterior

Próxima etapa >>>>>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

Questionário profissional de Enfermagem

**UNICAMP**

2.4 - Ao atender uma mulher aqui neste serviço, se o(a) Sr(a) suspeitasse de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência o que

- Tentaria verificar se era verdade
- Conversaria com meu chefe imediato
- Conversaria com meus colegas de trabalho
- Conversaria com Pai da vítima
- Conversaria com a Mãe da vítima
- Conversaria com outro parente da vítima. Quem ?
- Nada porque teria medo de prejudicar a mulher ainda mais
- Não me envolveria porque no meu trabalho profissional não entro em problemas familiares
- Nada se não tivesse certeza
- Nada porque teria medo de represálias. De quem ?
- Nada porque teria medo de sofrer consequências no serviço
- Nada porque aqui no serviço não há protocolo de atendimento
- Nada porque não saberia o que fazer
- Encaminharia. Para onde ?
- Orientaria a pessoa a procurar ajuda. Onde ?
- Notificaria o órgão responsável. Qual ?
- Outro. Qual ?

2.5 - Pensando nas mulheres que são atendidas nessa unidade, independente delas referirem qualquer queixa sobre violência, voc

- Sim (passe para 2.9)  Não (continua 2.6)

2.6 - Por quê?

2.7 - Existe alguma situação específica em que vocês fazem essa

- Sim  Não (passe à 2.18)

2.8 - Qual ?

2.9 - Como é feita essa investigação ?

<<<<Etapa anterior

Próxima etapa >>>>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**Questionário profissional de Enfermagem**

**UNICAMP**

2.10 - Existe algum protocolo definido para isto ?

Sim  Não (passe à 2.12)

2.11 - Quem/Qual instituição elaborou este protocolo ?

Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Estadual de Saúde

Ministério da Saúde

Outro. Qual ?

Não Sei

2.12 - O(A) Sr(a) recebeu treinamento e/ou capacitação para realizar esta investigação ?

Sim (segue para 2.15)  Não

2.13 - O(A) gostaria de ter tido um treinamento e/ou capacitação para realizar esta investigação ?

2.14 - Por quê ?

Passe à 2.18

2.15 - Quem/Qual instituição promoveu o treinamento ?

Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Estadual de Saúde

Ministério da Saúde

Outro. Qual ?

Não Sei

2.16 - Quando foi o último treinamento ?

Mês  Ano

Não lembro

2.17 - Esse treinamento foi obrigatório ou opcional ?

<<<<<<<Etapa anterior

Próxima etapa >>>>>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**Questionário profissional de Enfermagem**

**UNICAMP**

2.18 - Quando é detectado que uma mulher está vivenciando uma situação de violência, o que é feito ?

- É feito o atendimento de emergência na unidade e depois ela é encaminhada para outro serviço
- É feito atendimento completo na própria unidade
- Ela é atendida pela psicóloga
- Ela é atendida pela assistente social
- Ela é encaminhada para um serviço de referência. Qual ?
- É feita notificação ao órgão responsável. Qual ?
- Outro. Qual ?

2.19 - Para o(a) Sr(a) qual(is) são as dificuldades para fazer esse tipo de investigação com as mulheres ?

Fim do questionário - Horário:

Tempo questionário - minutos

<<<<Etapa anterior

Início - Revisão







## **APÊNDICE 2**

### **Manual do Entrevistador**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

# Atuação da enfermagem no enfrentamento da violência contra a mulher.

*MANUAL DO ENTREVISTADOR*

Adaptação do Manual da Entrevistadora -  
Detecção da violência contra mulheres: o papel  
da atenção básica, elaborado pelo Cemicamp,  
2008.

**Sorocaba, janeiro de 2014.**

## Conteúdo

1.	INTRODUÇÃO	123	6.1.	Ocorrências Durante o Trabalho de Campo	126
2.	OBJETIVO DO ESTUDO	123	6.2.	Material utilizado durante o trabalho de campo	126
3.	ENTREVISTADOR(A)	123	7.	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	127
3.1.	Seu papel	123	8.	QUESTIONÁRIOS	127
3.2.	Seu treinamento	123	8.1.	Características dos questionários	127
4.	A ENTREVISTA	123	8.2.	Instruções nos questionários	127
5.	TÉCNICA DE ENTREVISTA	123	8.3.	Completando o questionário	127
5.1.	Forma de abordar a/o possível entrevistada(o)	124	8.4.	Revisão dos questionários completos	127
5.2.	Privacidade	124	9.	CONTROLE DE QUALIDADE	128
5.3.	Neutralidade	124	10.	PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS	128
5.4.	Controle da entrevista	124	10.1.	Acesso ao programa	128
5.5.	A arte de fazer perguntas	125	10.2.	Início da digitação	130
5.6.	Aprofundamento	125			
5.7.	Evitando preconceito	126			
5.8.	Encerrando a entrevista	126			
6.	MÉTODOS DA PESQUISA	126			

## 1. INTRODUÇÃO

O Manual do Entrevistador tem como objetivo fornecer as instruções básicas a serem seguidas por todas (os) as(os) entrevistadoras(os) para a execução correta do seu trabalho de campo. Contém os critérios a serem adotados no registro de cada informação a ser obtida e os procedimentos para facilitar a entrevista.

Será usado durante o treinamento e servirá como guia para a solução de qualquer problema e/ou dúvida que possa surgir durante o desenvolvimento das entrevistas.

Com este manual será possível você se familiarizar com toda a técnica de entrevista e com o conteúdo do questionário que será utilizado. Estudando-o você terá a oportunidade de refletir sobre alguns problemas que poderão surgir na prática, bem como a forma adequada de solucioná-los.

É importante que você compreenda cada instrução deste manual. A qualidade da informação que você irá obter dependerá, em grande parte, disso. O sucesso final do estudo está diretamente relacionado com a boa coleta dos dados/informações.

## 2. OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo geral da pesquisa é identificar a atuação da enfermagem à saúde de mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde do município de Sorocaba.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar a população estudada;
- Identificar como a enfermagem atende mulheres em situação de violência;
- Conhecer, da perspectiva dos profissionais de enfermagem, a rede de apoio às mulheres em situação de violência.

## 3. ENTREVISTADOR(A)

### 3.1. Seu papel

O trabalho do(a) entrevistador(a) é vital para todo o estudo. Você, como entrevistador(a), irá colher a informação necessária e a qualidade de seu trabalho determinará, em grande parte, a qualidade do estudo.

É muito importante que você siga cuidadosamente todas as instruções apresentadas neste manual, bem como aquelas que receberá das pessoas responsáveis pelo estudo. Essas pessoas lhe entregarão o material necessário, receberão os questionários preenchidos,

revisarão seu trabalho e tratarão de ajudá-lo(a) a resolver quaisquer problemas que surjam durante o trabalho de campo.

### 3.2. Seu treinamento

Seu treinamento como entrevistador(a) é muito importante para o êxito do estudo. O conteúdo do treinamento consiste em uma combinação de teoria e prática. A intenção é comunicar-lhe alguns conceitos inerentes ao trabalho de coleta de dados, bem como capacitá-lo(a) à realização de entrevistas adequadas.

Durante o treinamento, as perguntas incluídas nos questionários serão discutidas de forma pormenorizada. Nessa fase, você participará de entrevistas desempenhando o papel de entrevistador(a) e de entrevistado(a).

## 4. A ENTREVISTA

Uma entrevista é uma forma de obter informações de alguma pessoa, fazendo-lhe perguntas. É semelhante a uma conversa comum entre duas pessoas, mas difere em vários aspectos:

a) A finalidade da entrevista é obter informações sobre um assunto específico.

b) O(A) entrevistador(a) e a(o) entrevistada(o) não se conhecem. Uma de suas tarefas principais é ganhar a confiança da(o) entrevistada(o) para que ela(e) se sinta à vontade, e esteja disposta(o) a responder suas perguntas.

c) Ao contrário de uma conversa comum, uma pessoa faz todas as perguntas e a outra responde. Você não deve dar sua opinião. Não deve reagir de maneira positiva nem negativa frente às respostas. Não deve mostrar que não concorda ou que não gosta da resposta. Durante toda a entrevista você deve ser neutra(o). Deve, porém, mostrar interesse pelo que a(o) entrevistada(o) está falando através da expressão de seu rosto, de movimentos de cabeça ou dizendo "É", "Sim", "Compreendo", etc.

d) Há uma rígida seqüência nas perguntas que devem ser feitas. Você sempre deve seguir essa seqüência e controlar a entrevista. Isso significa manter a(o) entrevistada(o) interessada ao longo de toda a entrevista.

## 5. TÉCNICA DE ENTREVISTA

A seguir, apresentaremos alguns pontos importantes a serem considerados durante a entrevista:

### **5.1. Forma de abordar a/o possível entrevistada(o)**

Você só poderá entrevistar a pessoa selecionada, e uma de cada vez. Não aceite que outra pessoa (mesmo que seja da família) responda pela pessoa que está sendo entrevistada.

Como foi referido acima, você e a pessoa que será entrevistada não se conhecem. Você deve chegar até ela e, em um curto período de tempo, ganhar sua confiança e colaboração, de forma que ela responda a todas as perguntas.

A primeira impressão, sua aparência e as primeiras coisas que você faz e diz são de vital importância para ganhar a confiança da pessoa.

Ao encontrar-se com ela, apresente-se, diga seu nome, diga para quem trabalha e o que deseja. Explique que está trabalhando em um estudo na área da saúde da mulher, que está sendo feito com profissionais de enfermagem de unidades básicas de saúde do município de Sorocaba, para estudar a questão da violência contra as mulheres.

Explique que os nomes das pessoas entrevistadas não serão divulgados. Se for necessário, explique também para a pessoa entrevistada que os questionários preenchidos não possuem identificação, sendo utilizado somente um número. O nome dela não aparecerá na pesquisa. Depois da apresentação, pergunte se a pessoa poderia responder algumas perguntas. Se ela consentir e preencher o critério de inclusão dê mais detalhes sobre em que consiste a participação dela no estudo.

Leia então o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso a pessoa não concorde em participar, agradeça pela atenção e não insista. Se ela concordar em participar entregue uma via do TCLE a ela e aplique o questionário.

Se necessário, mencione que ela tem ampla liberdade para não responder a qualquer pergunta que não queira. Lembre-se que a pessoa tem o direito de se recusar a dar a entrevista ou a responder quaisquer perguntas do questionário.

Mesmo que você já esteja realizando ou tenha terminado a entrevista, se a pessoa entrevistada tornar a perguntar sobre o estudo, procure responder solicitamente às suas perguntas.

### **5.2. Privacidade**

É muito importante que a entrevista seja feita com a maior privacidade possível, e que todas as respostas sejam fornecidas

unicamente pela(o) entrevistada(o). A presença de outras pessoas durante a entrevista pode causar embaraço a pessoa que está sendo entrevistada e influenciar algumas respostas.

Explique que as perguntas são pessoais e confidenciais. Se houver outra pessoa presente, você deverá usar todo seu tato e astúcia para tentar ficar a sós com a pessoa que será entrevistada. Isto pode ser feito de várias formas. Uma é solicitar à pessoa que saia do local, explicando a necessidade de privacidade. Uma outra possibilidade é satisfazer a curiosidade da outra pessoa lendo algumas perguntas em voz alta, dizendo depois: "Agora que você escutou algumas das perguntas, você poderia nos deixar a sós, por favor?". Se tudo isso não der certo, sente o mais perto possível da(o) entrevistada(o) e fale baixinho para que somente ela(e) ouça.

Uma vez que você esteja pronta para começar a entrevista, poderá ser necessário (às vezes) repetir e entrar em mais detalhes sobre quem você é e porque está fazendo a entrevista.

### **5.3. Neutralidade**

A maioria das pessoas é educada, especialmente com estranhos. Tendem a dar as respostas que imaginam que agradariam à entrevistador(a). É, então, imprescindível que você fique totalmente neutra(o) em relação ao assunto da entrevista. Não demonstre surpresa, aprovação ou desaprovação frente a uma resposta, nem com o tom de voz nem com a expressão de seu rosto. Não opine espontaneamente. Se a(o) entrevistada(o) pede sua opinião, espere até o fim da entrevista para expô-la. Se ela(e) pedir conselho sobre algum assunto, diga que no final da entrevista vocês poderão conversar sobre assuntos de interesse dela(e). Ainda assim, sempre que ela(e) perguntar sobre sintomas físicos, procedimentos médicos ou pedir-lhe conselhos sobre como proceder diante de um ato de violência, você deverá indicar que converse o coordenador da unidade, mesmo que você se considere capacitada(o) para tal.

### **5.4. Controle da entrevista**

Se a pessoa entrevistada está fornecendo informações que não interessam ou respostas que não estão relacionadas com o tema investigado, não a interrompa bruscamente. Escute o que ela quer dizer e trate logo de conduzi-la de volta à entrevista.

Lembre-se que é você quem está fazendo a entrevista e que é você quem deve controlar a situação. Se, por acaso, sua "autoridade" para fazer essas perguntas for desafiada, não fique constrangida nesses casos: diga de maneira amável que você foi especialmente treinada para isso e que seu trabalho consiste em fazer perguntas desse tipo.

Você deve manter uma boa atmosfera durante toda a entrevista. Uma boa atmosfera é aquela em que a(o) entrevistada(o) vê a(o) entrevistadora(o) como uma pessoa amigável e solícita, que não a constrange, e a quem ela(e) pode dizer qualquer coisa sem se sentir tímida(o) ou embaraçada(o).

### 5.5. A arte de fazer perguntas

Esta arte só pode ser adquirida com a prática, mas existem alguns pontos básicos que você deve lembrar.

O ponto mais importante é a neutralidade. As perguntas foram elaboradas cuidadosamente para serem neutras; elas não sugerem que uma resposta seja melhor que a outra. Se você não tomar o cuidado de ler toda a pergunta, poderá perder a neutralidade.

Quando uma pessoa der uma resposta ambígua, nunca conclua o que ela quer dizer, afirmando - "Já sei, suponho que o(a) senhor(a) quer dizer... não é?". A pessoa entrevistada pode concordar com sua interpretação da resposta, ainda que seja incorreta. A neutralidade da pergunta também pode ser perdida ao se enfatizar mais uma parte do enunciado do que a outra, sugerindo-se, desta maneira, uma resposta. Não dê nenhuma indicação de qual é a resposta que você espera. Evite qualquer entonação e/ou expressão que leve a(o) entrevistada(o) a pensar que uma dada resposta seria mais desejável que a outra.

#### Leitura das perguntas

É muito importante que você leia as perguntas exatamente como elas estão escritas no questionário. Há duas razões para isto:

Primeiro, as perguntas foram cuidadosamente preparadas para apresentar o mesmo estímulo a todos os entrevistados, com o objetivo de obter respostas comparáveis.

Segundo, a alteração da pergunta pode comprometer a neutralidade e, portanto, a resposta.

A única exceção possível é usar algum sinônimo, se a(o) entrevistada(o) não entender uma ou mais palavras. Tome cuidado, porém, para não mudar a construção da pergunta.

Já no início da entrevista, pergunte a entrevistada(o) qual pronome de tratamento deverá utilizar e após combinado utilize em toda entrevista.

#### Repetição das perguntas

Fazer uma entrevista nem sempre significa somente ler perguntas e anotar respostas. Uma pergunta feita a pessoa entrevistada pode não produzir imediatamente uma resposta adequada. Ela pode dizer - "Não sei", dar uma resposta irrelevante ou pouco precisa, dar uma resposta que contradiz uma anterior, ou pode até se recusar a responder a uma dada pergunta.

Muitas vezes, essas dificuldades não surgem pela ignorância da pessoa, mas porque:

1) ela é tímida ou tem receio de responder "ERRADO". Se você percebe isso, esclareça para ela a natureza confidencial do estudo e o fato de não haver respostas "certas" ou "erradas". O que nos interessa é a experiência dela e o que ela pensa;

2) ela não entendeu a pergunta. Neste caso, bem como no caso acima, você deverá repetir a pergunta original de forma pausada e clara;

3) ela nunca tinha pensado sobre o assunto perguntado. Espere um pouco para ela pensar. Se necessário, leia novamente a pergunta.

### 5.6. Aprofundamento

Às vezes, pode acontecer que a resposta da pessoa entrevistada não seja "satisfatória" do nosso ponto de vista. A informação pode ser incompleta ou irrelevante ou, às vezes, a pessoa entrevistada pode dizer que não lembra, não sabe. Quando isso acontecer, será necessário fazer perguntas adicionais para obter uma resposta satisfatória. Este processo recebe o nome de "**aprofundamento**". Por exemplo, quando as questões envolverem datas, a pessoa entrevistada nem sempre se lembrará delas.

As perguntas de aprofundamento devem ser neutras e não levarem a(o) entrevistada(o) a dar uma resposta determinada.

Algumas perguntas úteis para aprofundar a resposta são:

- Desculpe, não ouvi bem o que o(a) senhor(a) disse, poderia repetir?
- Não há pressa. Pense nisso um pouco.
- Poderia me explicar no que está pensando?
- Mais alguma coisa?

A seguir, alguns exemplos de **perguntas inadequadas de aprofundamento**, que não devem ser usadas porque não são neutras e induzem respostas.

- A Sra. considera que já sofreu violência, não é?
- A Sra. é casada, não é?

O aprofundamento é, provavelmente, o aspecto mais desafiador da entrevista. Também pode ser o mais satisfatório, especialmente quando são obtidas boas respostas como resultado de um aprofundamento bem feito.

### 5.7. Evitando preconceito

Os antecedentes (escolaridade, classe social, situação econômica, raça), atitudes e personalidade da pessoa entrevistada, muitas vezes, serão diferentes dos da(o) entrevistador(a). Você, provavelmente, vai entrevistar uma variedade de pessoas. Deve ter muito cuidado para evitar os preconceitos sobre a capacidade delas para responderem às perguntas.

Não abrevie ou altere as perguntas só porque a pessoa entrevistada é instruída ou de posição social elevada ou, ao contrário, é pobre e com pouca instrução. Não sugira ou pressuponha respostas porque ela é menos instruída que você.

Por outro lado, ela pode estar desconfiada, ter medo, ou pode achar que você é tão diferente que não pode compreender seu ponto de vista. Ela pode dizer coisas esperando que você concorde, ou dizer coisas que ela, em geral, considera aceitáveis ou certas. O seu comportamento, sua maneira de falar e, ainda, a sua forma de vestir podem intimidá-la. Assim, você deve não apenas evitar os seus preconceitos, mas também ser sensível aos preconceitos da pessoa entrevistada.

Quando a pessoa entrevistada não puder responder à pergunta imediatamente, espere e nunca seja impaciente. Se você não entender alguma resposta, pergunte de novo sem insinuar que a culpa é dela, para evitar que ela ajuste as respostas àquilo que deduz ser "esperado" ou "desejável".

### 5.8. Encerrando a entrevista

Depois de conferir o questionário preenchido, encerre a entrevista de forma amável. Informe a pessoa entrevistada que isso era tudo o que você queria perguntar. Agradeça pelo tempo que ela lhe dedicou, por ter respondido às perguntas e despeça-se.

Lembre-se que em alguma ocasião futura, outra pessoa poderá procurar essa pessoa para um outro estudo. Sua atitude como entrevistadora influenciará o resultado de outra entrevista que poderá vir a ser feita com ela.

## 6. MÉTODOS DA PESQUISA

A pesquisa será desenvolvida nas 31 unidades básicas de saúde do município de Sorocaba, com a participação dos profissionais de enfermagem. A essas pessoas será aplicado um questionário estruturado e pré-testado.

Após a obtenção da relação de todos os profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde que atuam na atenção básica, serão sorteados os profissionais que serão entrevistados até atingir o número calculado como amostra representativa.

Você, como entrevistador(a), deverá visitar a(s) UBS que lhe(s) for(em) indicada(s) por sua Coordenadora, de acordo com a agenda de trabalho que será discutida com você. As pessoas responsáveis, nas UBS, já terão sido contatadas pela coordenadora local ou pela pesquisadora responsável, de forma que você estará autorizada a fazer as entrevistas lá. Ao chegar a cada um desses locais, identifique-se na recepção, conforme a orientação de sua coordenadora, e mostre a carta de apresentação fornecida pela Faculdade de Enfermagem da Unicamp.

### 6.1. Ocorrências Durante o Trabalho de Campo

Se houver qualquer ocorrência que você considere uma situação de emergência ou de dificuldade, ou que necessite de alguma intervenção, você deverá ligar para a coordenadora local, que poderá auxiliá-la a resolver o problema. A coordenadora local também irá agendar alguns encontros com você para discutir seu trabalho, dificuldades, etc.

### 6.2. Material utilizado durante o trabalho de campo

O computador portátil utilizado para pesquisa deverá de propriedade do entrevistador. O programa e o formulário digital utilizado durante o trabalho de campo serão fornecidos pela coordenadora local.

Os questionários e TCLE preenchidos deverão ser devolvidos para a coordenadora local, de acordo com um esquema que deverá combinado entre vocês. A coordenadora local fará o controle dos questionários entregues e devolvidos por cada entrevistador(a).

### 6.3. Digitação

Ao concluir o preenchimento de um campo aperte enter ou tab.

No campo observações para mudar de campo vá com o cursor até a próxima pergunta

Ao término da página vá com o cursor em próxima etapa

## 7. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Quando você identificar uma pessoa elegível para o estudo e fizer a abordagem para convidá-la a participar, faça um resumo sobre o que é a pesquisa e em que consiste a participação dessa pessoa no estudo; em seguida, se ela mostrar interesse em participar, você deverá obter seu consentimento por escrito, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Explique à pessoa que esse Termo contém informações mais detalhadas sobre a pesquisa e sobre em que irá consistir a participação dela no estudo. Você deve perguntar para a pessoa se ela prefere ler sozinha ou em conjunto com você. Depois que ela tiver lido o termo, ou que você tiver lido com ela, esclareça as possíveis dúvidas sobre a pesquisa. Você deverá perguntar novamente se ela aceita participar da mesma. Uma vez que aceite participar da pesquisa, a pessoa entrevistada deverá assinar duas vias do TCLE; guarde uma das vias com você e entregue uma cópia à pessoa que vai participar do estudo.

## 8. QUESTIONÁRIOS

### 8.1. Características dos questionários

Os questionários foram desenhados para facilitar o seu trabalho, e também para permitir que a pessoa entrevistada forneça as informações necessárias de uma forma lógica.

### 8.2. Instruções nos questionários

Além das perguntas que deverão ser feitas ao longo dos questionários, há outras indicações para o(a) entrevistador(a).

a) **PASSE A:** o passe indica com qual pergunta ou instrução a entrevista deve prosseguir, de acordo com a resposta obtida. Por exemplo, no questionário dos profissionais de saúde:

**2.1** Ao atender uma mulher aqui, neste serviço, o(a) Sr(a) já teve suspeita de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

→ **PASSE À 2.3**

Caso a pessoa diga “não”, a entrevista deve continuar com a pergunta 2.3. pulando-se a pergunta 2.2.

### 8.3. Completando o questionário

É absolutamente imprescindível que, ao escrever cada informação no questionário não escreva abreviado.

A pessoa entrevistada pode se negar a responder uma pergunta específica. Neste caso, escreva “RECUSA” em frente à pergunta correspondente.

Sempre que for necessário fazer aprofundamento de uma resposta dada pela pessoa entrevistada anote antes da resposta obtida com o aprofundamento as iniciais “Ap.” para indicar que você necessitou aprofundar e que aquela resposta foi obtida depois de um aprofundamento.

### 8.4. Revisão dos questionários completos

Depois de completar uma entrevista você deve revisar o questionário preenchido. Isto significa revisar toda a entrevista, lendo cuidadosamente todas as respostas. Pode esclarecer dúvidas quanto a sua própria letra ou quanto a alguma resposta.

Esta revisão deverá ser feita antes de separar-se da pessoa entrevistada, para poder obter qualquer informação que falte. Olhe todo o questionário rapidamente para estar segura de ter feito as perguntas pertinentes. Uma segunda revisão cuidadosa do questionário deve ser feita antes de você devolvê-lo à sua coordenadora.

Uma vez que uma entrevista esteja completa, o questionário salvo através do comando e ser enviado ao final do dia.

A coordenadora, por sua vez, fará uma revisão crítica do questionário e, se tiver alguma dúvida, chamará você para esclarecê-la. Dependendo da dúvida, é possível que sua resolução possa ser feita sem a necessidade de retornar ao campo. Em outras ocasiões, porém, poderá ser necessário que você volte a contatar a pessoa entrevistada. Este contato poderá ser feito por telefone.

Uma vez completada a revisão do questionário, a coordenadora irá encaminhá-lo para a análise e apresentação dos resultados.

## 9. CONTROLE DE QUALIDADE

Para assegurar a qualidade da coleta de dados, as seguintes medidas serão tomadas:

- No terceiro dia de coleta os questionários serão revisados por outro entrevistados, na presença da pesquisadora responsável, a fim de sanar dúvidas e avaliar o alinhamento entre os entrevistadores.
- Os questionários preenchidos por vocês serão revisados cuidadosamente pela coordenação para assegurar que estejam bem preenchidos;
- A pesquisadora responsável pelo estudo discutirá periodicamente seu trabalho com você.

## 10. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

### 10.1. Acesso ao programa

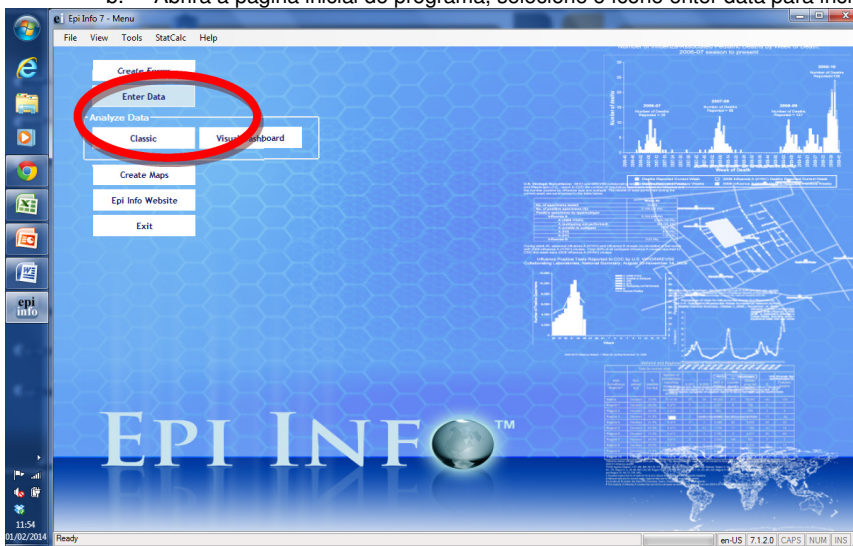
Nessa pesquisa utilizaremos o Epi Info versão 7, software disponibilizado gratuitamente pelo Center for Disease Control and Prevention – CDC, compatível com Windows. Este software permite a criação de formulários para a coleta de dados e disponibiliza ferramentas estatísticas para os profissionais de saúde pública.

Como pesquisadora responsável, instalarei no seu computador o programa e o formulário para que você possa fazer a alimentação dos dados. A seguir descrevo os passos para acesso ao programa:

- a. Na tela inicial selecione o ícone Epiinfo 7

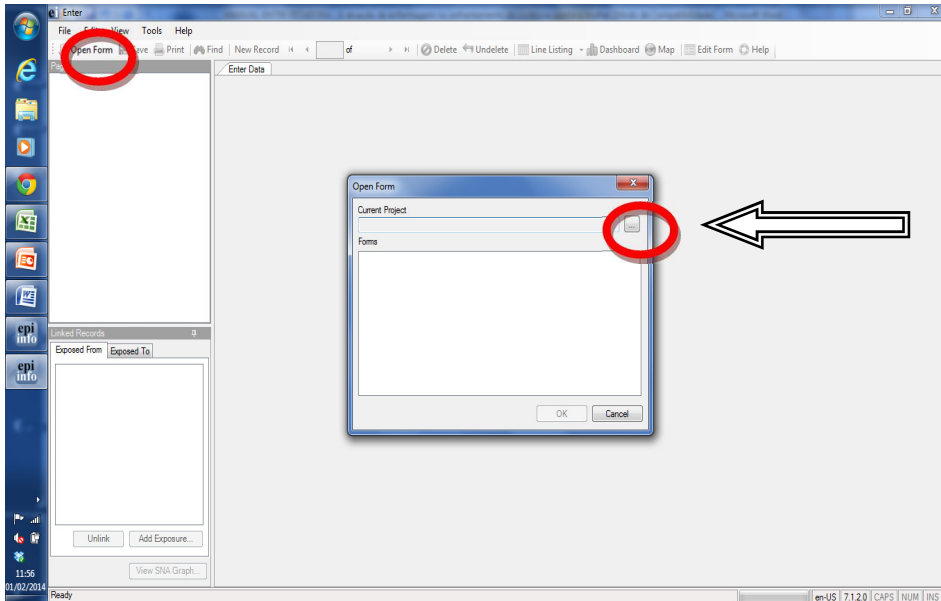


- b. Abrirá a página inicial do programa, selecione o ícone enter data para incluir dados no programa

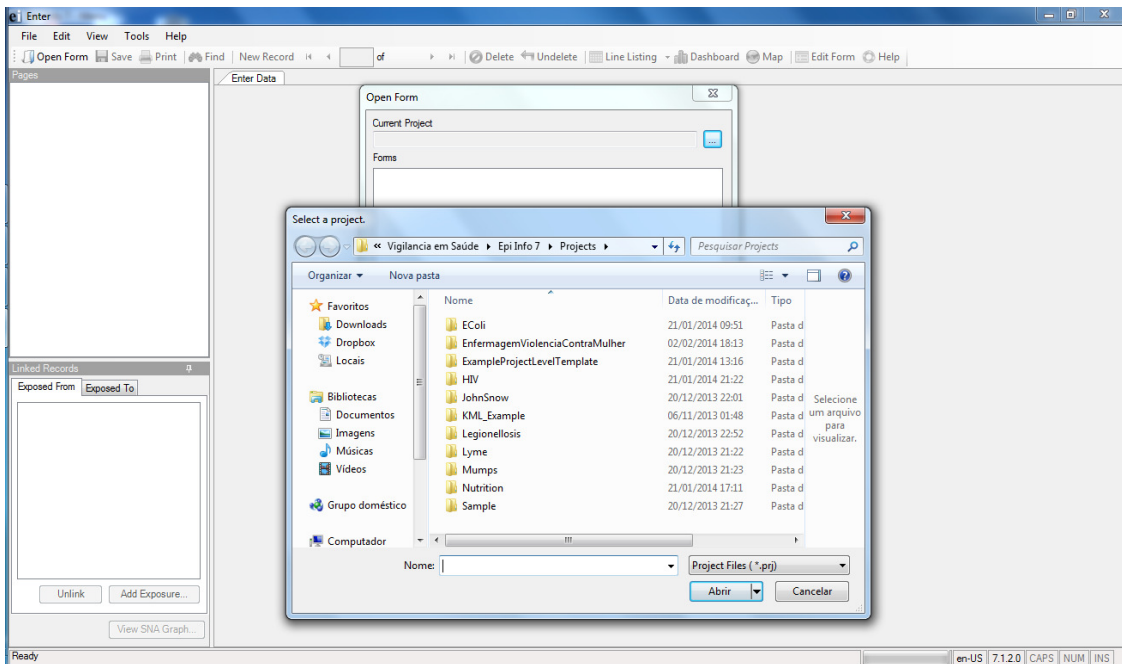




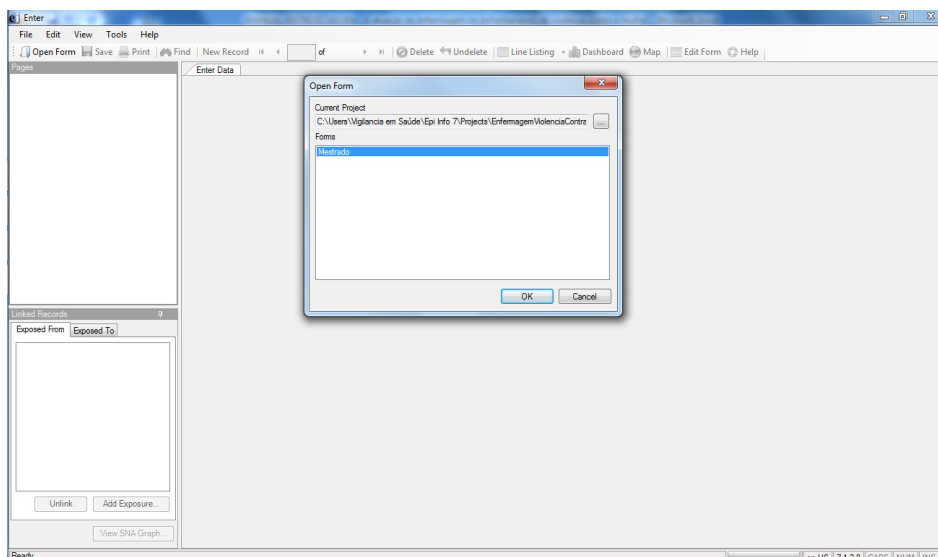
- c. Nesta página selecione Open Form. Abrirá uma pequena janela, nesta selecione o quadrado indicado com a seta.



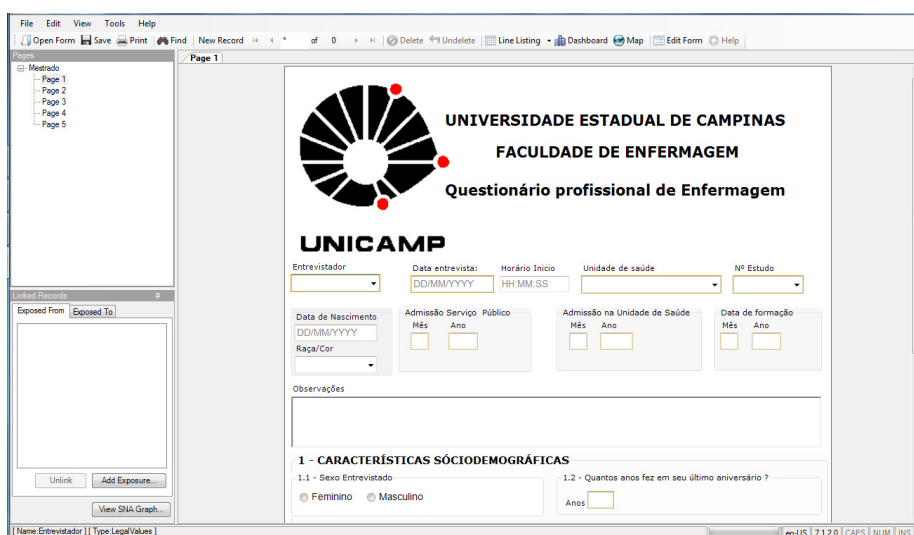
- d. Select a Project selecione “EnfermagemViolenciaContraMulher”



- e. Escolha o projeto com extensão prj e Forms Mestrado e selecione OK



f. O formulário está pronto para digitação



## 10.2. Início da digitação

O questionário para os Profissionais de Saúde está subdividido nas seguintes seções:

Seção 1 – Características Sociodemográficas

Seção 2 – Detecção de Situações de Violência

ENTREVISTADOR(A):

**Selecione seu nome.**

DATA ENTREVISTA

**Anote a data com dia, mês e ano, incluindo as barras. Ex. 22/02/2014.**

HORÁRIO DE INÍCIO DA ENTREVISTA

**Anote o horário conforme alinhado no treinamento.**

NÚMERO DO ESTUDO

**Inserir a letra do seu nome e a numeração sequencial conforme próxima figura.**

ATENÇÃO o número do estudo deve ser um número acima do número apontado no topo da página

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

o profissional de Enfermagem

Entrevistador: [dropdown]  
Data entrevista: DD/MM/YYYY  
Horário Início: HH:MM:SS  
Unidade de saúde: [dropdown]  
Nº Estudo: [dropdown]

Data de Nascimento: DD/MM/YYYY  
Raça/Cor: [dropdown]

Admissão Serviço Público: [checkbox] [checkbox]  
Admissão na Unidade de Saúde: [checkbox] [checkbox]  
Data de formação: [checkbox] [checkbox]

Observações

1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

1.1 - Sexo Entrevistado  
 Feminino  Masculino

1.2 - Quantos anos fez em seu último aniversário?  
Anos: [input]

#### UNIDADE DE SAÚDE

Selecionar a unidade está sendo realizada a entrevista entre as unidades relacionadas.

#### DATA DE NASCIMENTO

Anote a data com dia, mês e ano, incluindo as barras. Ex. 22/02/2070

#### RAÇA/COR

Apresente as opções e selecione a opção escolhida pelo entrevistado.

#### ADMISSÃO NO SERVIÇO PÚBLICO

Anote o mês e ano que o servidor foi admitido no serviço público do município, na função que desempenha hoje. Se a pessoa não lembrar o mês digitar 00

#### ADMISSÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

Anote mês e ano que o servidor foi admitido na unidade que está atualmente lotado. Caso o servidor possua 2 vínculos anote a data mais antiga no formulário e a mais recente no diário de campo.

#### DATA DE FORMAÇÃO

Anote mês e ano que o servidor se formou na atividade que exerce na unidade que está atualmente lotado.

#### OBSERVAÇÕES:

O espaço para OBSERVAÇÕES deve ser usado no final da entrevista para anotar as ocorrências durante a mesma, e que possam interferir na qualidade dos dados coletados. Por exemplo, se a entrevista foi interrompida alguma vez, se a entrevistada estava muito nervosa ou qualquer outro tipo de situação.

### SEÇÃO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

#### 1.1 ANOTE O SEXO DO ENTREVISTADO: [1] MASCULINO [2] FEMININO

Entrevistadora, assinale a alternativa correta. Não é necessário perguntar ao (à) entrevistado(a).

#### 1.2 Quantos anos fez em seu último aniversário?

**Preenchimento será automático.**

**1.3** Qual é a sua profissão?  
Auxiliar de Enfermagem

Enfermeira(o)

Técnica(o) de enfermagem

**Selecione a alternativa indicada pelo entrevistado**

**1.4** Há quanto tempo o(a) Sr(a) se formou?

**Preenchimento automático.**

**1.5** Há quanto tempo:

a) trabalha na rede pública de saúde desse município? **Preenchimento automático**

b) trabalha nessa unidade? **Preenchimento automático**

PRÓXIMA ETAPA

Mudança de página

## **SEÇÃO 2 – DETECÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

**2.1** Ao atender uma mulher aqui neste serviço, o(a) Sr(a) já teve a suspeita de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO →

**PASSE À 2.3**

**Assinale a alternativa correta. Se o(a) entrevistado(a) responder que nunca suspeitou, marque [ 2 ] NÃO e continue com a pergunta 2.3. Caso contrário, siga com a pergunta 2.2**

**2.2** O que o(a) Sr(a) fez? (Pode assinalar mais de uma resposta)

2.2 - O que o(a) Sr(a) fez ?

- Tentei verificar se era verdade
- Conversei com meu chefe imediato
- Conversei com os colegas do trabalho
- Conversei com o pai da vítima
- Conversei com a mãe da vítima
- Conversei com outro parente da vítima. Quem ?
- Nada porque tive medo de prejudicar a mulher ainda mais;
- Não me envolvi porque no meu trabalho profissional não entro em problemas familiares
- Nada porque não tive certeza;
- Nada porque teria medo de represálias. De quem ?
- Nada porque tive medo de sofrer consequências no serviço
- Nada porque aqui no serviço não há protocolo de atendimento
- Nada porque não saberia o que fazer
- Encaminhei. Para onde ?
- Orientei a pessoa a procurar ajuda Onde ?
- Notifiquei o órgão responsável. Qual ?
- Outro. Qual ?

**Assinale todas as alternativas que correspondam à resposta dada pelo(a) participante. Se a resposta fornecida, ou parte dela, não estiver contemplada entre as alternativas listadas, ou se você ficar em dúvida sobre qual alternativa corresponde à resposta dada, assinale [ 17 ] OUTRO. QUAL? E anote textualmente aquilo que foi dito pelo(a) entrevistado(a).**

**2.3** Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar, na sua opinião, que uma mulher está sofrendo violência?

---

**Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pelo(a) entrevistado(a). Interessa conhecer a opinião da pessoa sobre os sinais mais chamativos que indicariam que uma mulher está sofrendo violência, e que ajudariam a detectar de maneira mais precoce essa situação.**

**2.4** Ao atender uma mulher aqui neste serviço, se o(a) Sr(a) suspeitasse de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência o que faria? **(Pode assinalar mais de uma resposta)**

2.4 - Ao atender uma mulher aqui neste serviço, se o(a) Sr(a) suspeitasse de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência o que faria ?

- Tentaria verificar se era verdade
- Conversaria com meu chefe imediato
- Conversaria com meus colegas de trabalho
- Conversaria com Pai da vítima
- Conversaria com a Mãe da vítima
- Conversaria com outro parente da vítima. Quem ?
- Nada porque teria medo de prejudicar a mulher ainda mais
- Não me envolveria porque no meu trabalho profissional não entro em problemas familiares
- Nada se não tivesse certeza
- Nada porque teria medo de represálias. De quem ?
- Nada porque teria medo de sofrer consequências no serviço
- Nada porque aqui no serviço não há protocolo de atendimento
- Nada porque não saberia o que fazer
- Encaminharia. Para onde ?
- Orientaria a pessoa a procurar ajuda. Onde ?
- Notificaria o órgão responsável Qual ?
- Outro. Qual ?

**Assinale todas as alternativas que correspondam à resposta dada pelo(a) participante. Se a resposta fornecida, ou parte dela, não estiver contemplada entre as listadas, ou se você ficar em dúvida sobre qual alternativa corresponde à resposta dada, assinale [ 17 ] OUTRO. QUAL? e anote textualmente aquilo que foi dito pelo(a) entrevistado(a).**

**2.5** Pensando nas mulheres que são atendidas nessa unidade, independente delas referirem qualquer queixa sobre violência, vocês fazem perguntas para saber se elas vivenciam situações de violência ou não?

[ 1 ] SIM → **PASSE À 2.9** [ 2 ] NÃO

**Assinale a alternativa correta. Se o(a) entrevistado(a) referir que são feitas perguntas para saber se as mulheres atendidas vivenciam situações de violência, assinale a alternativa [ 1 ] SIM e continue a entrevista na pergunta 2.9. Caso contrário, prossiga com a pergunta 2.6.**

**2.6** Por quê?

**Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pelo(a) entrevistado(a). Interessa saber o(s) motivo(s) para não serem feitas tais perguntas.**

2.7 Existe alguma situação específica em que se fazem essas perguntas?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO →  
PASSE À 2.18

Assinale a alternativa correta. Se não existir uma situação específica para fazer perguntas acerca de situações de violência, marque a alternativa [ 2 ] NÃO e passe para a pergunta 2.18. Se a pessoa responder [ 1 ] SIM, siga com a próxima pergunta.

2.8 Qual? \_\_\_\_\_

Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pela pessoa. Interessa conhecer a(s) situação(ões) em que há investigação de situação de violência.

2.9 Como são feitas essas perguntas? \_\_\_\_\_

Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pelo(a) entrevistado(a). Interessa saber que tipos de perguntas são feitas e como, para tentar detectar a vivência de situação(ões) de violência na vida das mulheres.

2.10 Existe algum protocolo definido para fazer essas perguntas?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO →  
PASSE À 2.12

Assinale a alternativa correta. Se não houver protocolo definido, assinale [ 2 ] NÃO e continue a entrevista com a pergunta 2.12. Caso contrário, prossiga com a pergunta 2.11.

2.11 Quem/qual instituição elaborou este protocolo?

Aprofundamento – se a resposta for Secretaria da Saúde perguntar: Estadual ou Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

OUTRO.  
QUAL? \_\_\_\_\_

NÃO SEI

Assinale a alternativa correta. Se a resposta do entrevistado não estiver contemplada entre as opções já listadas, assinale [ 4 ] OUTRO e anote textualmente o que foi dito pelo entrevistado. Se o entrevistado não souber quem elaborou o protocolo, marque a alternativa [ 8 ] NÃO SEI.

2.12 O(A) sr(a) recebeu treinamento e/ou capacitação para fazer essas perguntas?

[ 1 ] SIM → PASSE À 2.15  
[ 2 ] NÃO

Assinale a alternativa correta. Se o(a) entrevistado(a) recebeu treinamento e/ou capacitação para realizar a investigação de situação(ões) de violência, assinale [ 1 ] SIM e passe para a pergunta 2.15. Caso contrário, prossiga com a próxima pergunta.

2.13 O(a) Sr(a) gostaria de ter tido um treinamento e/ou capacitação para fazer essas perguntas?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

Assinale a alternativa correta.

2.14 Por quê?

\_\_\_\_\_  
PASSE À 2.18

Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pela pessoa. Interessa saber por que a pessoa entrevistada gostaria ou não de ter sido treinada para fazer a investigação de situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Após anotar a resposta, continue a entrevista com a pergunta 2.18.

**2.15** Quem/qual instituição promoveu o treinamento/capacitação? **(Pode assinalar mais de uma resposta)**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ONG. Qual? \_\_\_\_\_

OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_

NÃO SEI

**Assinale a(s) alternativa(s) correta(s). Se a pessoa referir que foi uma Organização não Governamental (ONG) pergunte o nome da ONG e escreva-o no espaço correspondente. Caso a resposta do(a) entrevistado(a) não esteja contemplada nas opções já listadas, assinale [ 5 ] OUTRO e escreva a resposta dada. Se o(a) entrevistado(a) não souber quem promoveu o treinamento/capacitação, marque a alternativa [ 8 ] NÃO SEI.**

**2.16** Quando foi o último treinamento?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| MÊS de \_\_\_\_|\_\_\_\_| ANO

[ 8 ] NÃO SEI/ NÃO LEMBRO

**Anote o mês e o ano referidos pela pessoa. Por exemplo: se ela responder que foi em agosto de 2006, anote:**

| 0 | 8 | MÊS de | 2 | 0 | 0 | 6 | ANO

**Caso o(a) entrevistado(a) não saiba ou não lembre quando foi o último treinamento, assinale [ 8 ] NÃO SEI/ NÃO LEMBRO.**

**2.17** Esse treinamento foi obrigatório ou opcional?

[ 1 ] OBRIGATÓRIO [ 2 ]  
OPCIONAL [ 3 ] NÃO LEMBRO

**Assinale a alternativa correta de acordo com a resposta dada pelo(a) entrevistado(a).**

**2.18** Quando é detectado que uma mulher está vivenciando uma situação de violência, o que é feito? **(Pode assinalar mais de uma resposta)**

**Aprofundamento – o que é feito nesta unidade?**

2.18 - Quando é detectado que uma mulher está vivenciando uma situação de violência, o que é feito ?

- É feito o atendimento de emergência na unidade e depois ela é encaminhada para outro serviço
- É feito atendimento completo na própria unidade
- Ela é atendida pela psicóloga
- Ela é atendida pela assistente social
- Ela é encaminhada para um serviço de referência. Qual ?
- É feita notificação ao órgão responsável. Qual ?
- Outro. Qual ?

**Anote a(s) alternativa(s) que corresponda(m) à resposta dada pelo(a) entrevistado(a). Queremos saber o que é feito quando é detectado que a mulher está vivenciando uma situação de violência. Se a pessoa referir que a mulher é encaminhada para um serviço de**

**referência, alternativa [ 6 ], pergunte para qual serviço ela é encaminhada e anote a resposta. No caso do(a) entrevistado(a) relatar que é feita notificação ao órgão responsável, alternativa [ 7 ], pergunte e anote o nome do órgão que é notificado. Sempre que a resposta do(a) participante**

**não estiver contemplada entre as opções já listadas, assinale a alternativa [ 8 ] OUTRO e escreva a resposta dada pela pessoa.**

**2.19** Para o(a) Sr(a) qual(is) são as dificuldades para fazer esse tipo de investigação com as mulheres?

---

**Anote textualmente a resposta com as mesmas palavras usadas pelo(a) entrevistado(a). Interessa saber a opinião da pessoa sobre quais são as dificuldades para se investigar situações de violência vivenciadas pelas mulheres que consultam na UBS.**

**Após anotar a resposta, agradeça e encerre a entrevista. Lembre-se de revisar o questionário antes de se despedir da pessoa para que seja possível sanar qualquer dúvida.**



## **APÊNDICE 3**

### **Termo de consentimento Livre Esclarecido**

**Título da pesquisa:** Atuação da enfermagem no enfrentamento da violência contra a mulher.

Prezado (a) Profissional de Enfermagem

Esta pesquisa insere-se no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem oferecido pela Faculdade Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP como dissertação de mestrado. O principal objetivo é identificar a atuação da enfermagem na atenção primária à saúde de mulheres em situação de violência.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante, já que avanços na área da saúde ocorrem com estudos e pesquisas como esta. Os benefícios relacionados com a sua participação são: contribuir para o conhecimento das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no enfrentamento da violência, assim como, os possíveis entraves na realização de atividades pertinentes. Permitindo, desta forma, subsidiar a discussão e aprimoramentos do trabalho da enfermagem na atenção à saúde.

Serão entrevistados enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem da atenção básica do município de Sorocaba. O formulário que será aplicado por um entrevistador capacitado, contém perguntas sobre questões sociodemográficas e detecções de situações de violência.

Sua participação não é obrigatória e sua recusa não lhe trará nenhum constrangimento ou prejuízo em relação ao pesquisador e com as instituições participantes. A qualquer momento da pesquisa você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Os riscos relacionados com sua participação na pesquisa poderiam ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade viesse a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, no entanto será resguardada a sua identidade / participação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa o Sr (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Orientadora: Profa. Dra. Eliete Maria Silva - Fone: (19) 3521.8820

Mestranda: Daniela Valentim dos Santos – Fone: (15) 99721.8304, email: danivalentimm@gmail.

**Qualquer dúvida em relação a questões éticas do estudo:**

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas-SP Fone (19) 3521-8936 email: cep@fcm.unicamp.br

Por conhecer e concordar com os objetivos e as condições de realização da pesquisa **“Atuação da enfermagem no enfrentamento da violência contra a mulher”**, anteriormente descritos, minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e outra pela pesquisadora.

Sorocaba, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Nome

RG

---

Assinatura da Pesquisadora.

---

# ANEXOS



# ANEXO 1

## Autorização da autora do instrumento

28/08/13 Gmail - uso de questionário

 Daniela valentim dos santos <danivalentimm@gmail.com>

---

**uso de questionário**

---

**Maria José** <mjosis@cemicamp.org.br> 9 de abril de 2013 11:17  
Para: danivalentimm@gmail.com

Olá, Daniela!

Recebi sua mensagem sobre a utilização do questionário aplicado na pesquisa sobre detecção da violência. Não há problema em utilizar o instrumento, pelo contrário, achamos ótimo! A única condição é que se mencione a fonte, ou seja, de que se trata de um questionário produzido pelo Cemicamp - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas e utilizado no estudo já publicado (citar a referência bibliográfica). Você quer que eu lhe envie o arquivo com o questionário?

Maria José

 <b>CEMICAMP</b>	<i>Maria José Martins Duarte Osis</i> Pesquisadora CEMICAMP - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas Fone (19) 3289.2856 rl. 221 Fax (19) 3289.2440 <a href="http://www.cemicamp.org.br">www.cemicamp.org.br</a>
---	--



## ANEXO 2

### Manual de Codificação

**2.3 Quais os sinais que chamariam a sua atenção e poderiam indicar, na sua opinião, que uma mulher está sofrendo violência?**

Ø - Não se aplica

**8 - Não sabe**

**9 - Ignorado**

**A - Sinais de lesão física**

**B - Sinais emocionais/psicológicos (ansiedade, desequilíbrio, choro, calada)**

**C - Receio de questionamentos/medo da denúncia**

**D - Outros**

**A - Sinais de lesão física**

...físico...

Hematomas pelo corpo...

Os mais visíveis, manchas roxas pelo corpo...

Sinais físicos, aparência da agressão, hematomas...

Marcas no corpo, marcas roxas no corpo ou na face, o olho arroxado... Mas seria mais pelo aspecto físico, manchas pelo corpo.

Laceração, lesão de vagina...

...sinais de agressão.

Físico...

Marcas no corpo...

Sinais de lesão...

... lesões corporais...

014- ...sinais físicos, que seria visto que não foi por acidente.

015- Sinais físicos, hematomas...

017- Geralmente hematomas, coisas visível, mesmo.

018- Lesão física, hematomas, fraturas...

019- Manchas no corpo.

020- Marcas no corpo...

021- Hematomas pelo rosto principalmente, edemas...

022- ...lesões pelo corpo, hematomas.

023- Hematomas...

025- ... lesões mal explicadas, hematomas...

026- Hematomas, a própria vagina que pode estar com fissura, úlceras, diferente do normal, machucada né.

027- ...o caso clínico que ela tem, ...Dores.

**B - Sinais emocionais/psicológicos (ansiedade, desequilíbrio, choro, calada)**

...comportamento calado, se cala mais; às vezes a paciente é falante...

... mulheres caladas demais, evitando a visita, sempre está tudo bem.

...sinais emocionais...

...pacientes muito depressivas.

Só de você estar entrando na casa dela ela já começa a chorar, repentinamente, então você percebe.

...queixa verbal ou psicológica. Quando a mulher é muito queixosa, por exemplo. Corrimento de repetição, para ficar usando remédio e não mais transar com o marido.

Chorosa, contando da situação difícil na casa dela. Percebe na conversa, atento ao que ela fala.

...o jeito que ela está falando, o estado psicológico dela.

Ansiosas, deprimidas...

...crise de choro, sinais de depressão.

Baixa auto-estima...

014- Primeiros sinais: mudança de comportamento da paciente.

015- ...estado psicológico da pessoa, se esta muito nervosa ou chorosa.

016- Mudança de comportamento. (Ap) Ela se retrai, a mudança é psicológica, mesmo.

018- ...questão emocional, depressão.

020- ...Muito calada.

021- ...envergonhada, começar a chorar.

022- Emocionalmente abalada...

023- ...comportamento assim, medo.

024- Depressão...

025- O próprio estado de animo...

026- A própria ansiedade; medo da mulher.

### **C - Receio de questionamentos/medo da denúncia**

...não quer se expor em grupo.

...a própria presença do marido durante uma consulta, a pessoa fica constrangida, o marido toma a frente para falar.

...com medo de investigar a vida e descobrir alguma coisa (chamar o parceiro para conversar e a mulher não quer).

...medo da denuncia, medo de falar.

022- ...medo de falar, você fazer perguntas e ela não responder corretamente, desconversar...

025- ...recusa de querer expor a intimidade pessoal.

### **D - Outros**

**2.4** Ao atender uma mulher aqui neste serviço, se o(a) Sr(a) suspeitasse de que ela tivesse sofrido algum tipo de violência o que faria?

[ 14 ] ENCAMINHARIA. Para onde?

[ 15 ] ORIENTARIA A PESSOA A PROCURAR AJUDA. Onde?

[ 16 ] NOTIFICARIA O ORGÃO RESPONSÁVEL. Qual

[ 17 ] OUTRO. QUAL?

**2.18** Quando é detectado que uma mulher está vivenciando uma situação de violência, o que é feito?

[ 3 ] ELA É ENCAMINHADA PARA UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA. Qual?

[ 4 ] É FEITA NOTIFICAÇÃO AO ORGÃO RESPONSÁVEL. Qual?

[ 5 ] OUTRO. Qual?

**2.19** Para o(a) Sr(a) qual(is) são as dificuldades para fazer esse tipo de investigação com as mulheres?

- Não se aplica

8 - Não sabe

9 - Ignorado

**A - Falta de treinamento/capacitação dos profissionais**

**B - Dificuldades das mulheres falarem sobre o assunto**

**C - Falta de vínculo entre o profissional e as mulheres**



**D - Nenhuma dificuldade**

**E - Dificuldade para abordar/detectar o problema**

**F - Profissional tem medo/receio de represálias**

**G - Outros**

**8 - Não sabe**

011- Nenhuma. Não é rotina, não faz parte da rotina, por isso não sei quais seriam as dificuldades.

**A - Falta de treinamento/capacitação dos profissionais**

...Tendo capacitação se sente mais fortalecido para abordar.

...Falta de treinamento para profissionais específico pra violência.

...aí entraria na capacitação mesmo.

...Mais capacitação.

013- Não ter treinamento. A pessoa mesmo não facilita para fazer o trabalho. Quando a pessoa chega e fala é mais fácil, mas ao contrário e sem treinamento é difícil.

014- Questão de tempo, outro ponto também é o despreparo, tanto meu quanto do psicólogo, assistente social.

Falta de treinamento e a falta de uma rede de apoio de o que fazer com as informações.

Desconhecer como abordar; desconhecer os locais de apoio para isso...

023- Pra nós que ficamos aqui, é a abordagem mesmo...

026- Pra estar tirando informações dela; porque a mulher fica ansiosa; com medo de se abrir.

**B - Dificuldades das mulheres falarem sobre o assunto**

002- A própria mulher mesmo falar quando sofre violência, é difícil a própria mulher denunciar, registrar queixa...

003- O medo delas se abrirem é a dificuldade... Fazer ela confiar no agente.

Falta de tempo é a principal, e vergonha das pacientes. Ela é difícil de se abrir, ela não se aceita. A falta de tempo tira a nossa humanização...

Morar na área de abrangência das mulheres. A mulher sente vergonha, não quer contar, porque ela te conhece, fica com receio...

A intervenção na casa, com o companheiro, na família. Acaba sendo uma coisa normal e não denúncia. (Ap) O principal é fazer a pessoa criar coragem para denunciar.

A dificuldade é elas contarem, por medo do marido...

Ver elas não dando conta de sair fora, que eu acabo ficando com raiva delas, porque você tá dando uma oportunidade delas saírem fora; elas não estão sozinhas, mas por medo preferem permanecer nessa situação.

Elas não se abrem, é difícil tirar delas alguma informação, tem toda uma cultura por trás disso, é muito difícil.

A grande dificuldade é a mulher não se abrir com o médico por vergonha ou por medo, ameaça.

Não, porque como eu já disse eu dou abertura pra ela se abrir. Acho que a dificuldade vem da mulher.

Elas mesmas, porque escondem, não falam realmente o que está acontecendo, acho que por vergonha.

Fazer a pessoa tirar esse escudo, de estar com medo de falar, achar que vai ficar desprotegida. (Ap) A maior dificuldade é a mulher falar o que está passando.

Eu acho que as mulheres mesmo que elas sofram violência, elas não se sentem confortáveis pra falar, as mulheres têm dificuldades, medo pra falar.

...porque às vezes elas não deixam transparecer por medo mesmo.

A vergonha delas. (Ap) O medo delas de retaliação e também a desesperança porque elas acham que vai ser sempre assim e nunca vai mudar.

### **C - Falta de vínculo entre o profissional e as mulheres**

003- ...Fazer ela confiar no agente.

...Precisa ter um vínculo com a gente e elas têm medo que possamos fazer algo contra o agressor.

### **D - Nenhuma dificuldade**

007- Não tem nenhuma dificuldade. É mais assim, quando você tocar nesse assunto; (Ap) tem que ter muito tato pra lidar com essa mulher.

Nem seria a dificuldade para a investigação, seria a dificuldade para acabar com isso. (Ap) Não tenho dificuldade em investigar, mas não tenho o que fazer. Aconselho, oriento, mas a dependência financeira que elas

têm dos maridos faz com que elas não mudem de vida.

027- Nenhuma. (Ap) Investigar não, difícil é a condução do caso clínico e o tratamento. A gente tem um instrumental muito pobre, uma rede mal organizada.

### **E - Dificuldade para abordar/detectar o problema**

A dificuldade pra mim vai até pra detectar e depois disso é como conduzir mesmo...

Dificuldade em detectar o problema e não conseguir alguma solução.

### **F - Profissional tem medo/receio de represálias**

Medo por parte dos profissionais, a pessoa tem que se sentir à vontade para fazer, tem que ter respaldo/segurança para os profissionais...

...ocê corre risco (o agente comunitário) por eles te conhecerem. Falta de segurança.

...às vezes nos sentimos intimidados aqui no bairro para tomar certas atitudes.

### **G - Outros**

## ANEXO 3

### Autorização da instituição para a realização da pesquisa

 **Prefeitura de SOROCABA** Secretaria da Saúde


**Autorização para realização de Pesquisa**

Eu, Gleidjane Maciel Della Cruz, enfermeira, supervisora de área de atenção, Setor de Educação da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Sorocaba, autorizo a realização da pesquisa intitulada **"Atuação da enfermagem no enfrentamento da violência contra a mulher"**, que tem por objetivo identificar a atuação da enfermagem na atenção primária à saúde de mulheres em situação de violência.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de Daniela Valentim dos Santos, servidora desta instituição, e concordo que a mesma seja realizada no período de 01 de novembro de 2013 a 31 de março de 2014, podendo ser prorrogada se necessário.

Serão disponibilizados a pesquisadora, dados que atendam ao escopo da pesquisa, assim como acesso de seus entrevistadores as unidades básicas de saúde.

Sorocaba, 28 de agosto de 2013.



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
Gleidjane Maciel Della Cruz  
Equipe de Gestão e Apoio  
Sorocaba - SP



## ANEXO 4

### Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA CONTRA A MULHER

**Pesquisador:** Daniela Valentim dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18508613.5.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 512.576

**Data da Relatoria:** 23/12/2013

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal no município Sorocaba São sujeitos deste estudo os profissionais de enfermagem, trabalhadores das unidades básicas de saúde admitidos até março de 2013, subdivididos três categorias: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O cálculo do tamanho amostral foi baseado no objetivo e para isso, foi assumido para p (proporção de profissionais que atenderam algum caso de violência) o valor 0,50, perfazendo, portanto, 243 profissionais, dos quais 68 serão auxiliares, 125 técnicos e 50 enfermeiros que serão aleatoriamente selecionados. Serão critérios para exclusão da pesquisa os sujeitos que no momento da coleta de dados se enquadrarem nas seguintes situações: atuar em cargo comissionado ou mandato sindical; estar em licença saúde ou maternidade com prazo de retorno superior a 15 dias; e caso não esteja desenvolvendo suas atividades nas unidades básicas de saúde por outros motivos. A análise será quantitativa descritiva através do estabelecimento de percentis.

##### Objetivo da Pesquisa:

Identificar a atuação da enfermagem na atenção primária à saúde de mulheres em situação de violência.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 512.576

Caracterizar a população estudada; Identificar como a enfermagem atende mulheres em situação de violência;

Conhecer, da perspectiva dos profissionais de enfermagem, a rede de apoio às mulheres em situação de violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a autora os profissionais de enfermagem não se enquadram na classificação de vulneráveis não havendo riscos previsíveis. Como benefício menciona que o projeto visa proporcionar diagnóstico sobre o atendimento de enfermagem à mulher em situação de violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho é relevante o tema é atual e tem sido motivo de debates e mudanças na legislação do país, é um dado de realidade que precisa ser criteriosamente avaliado, com protocolos de cuidados e condutas assertivas dos profissionais que prestam atendimentos à vítima.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto apresenta cronograma e orçamento. A folha de rosto está assinada pela diretora da faculdade de enfermagem (local no qual a pesquisadora é regularmente matriculada como aluna do programa de mestrado) O estudo será realizado com servidores da prefeitura municipal de Sorocaba e há um termo de autorização assinado por profissional da secretária de saúde. Há um TCLE que foi refeito para adequar-se as recomendações do CONEP e melhor compreensão do colaborador.

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado, após resolução de pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Cabe ao pesquisador desenvolver o projeto conforme delineado nesta plataforma, elaborar e apresentar os relatórios parcial e final, bem como encaminhar os resultados para publicação, com

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS  
MEDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 512.576

os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Resolução 466/2012 CNS/MS).

CAMPINAS, 20 de Janeiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**Fátima Aparecida Bottcher Luiz**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 03 de 03

