

ATENDIMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ASSISTANCE FOR WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE IN AN URGENCY AND EMERGENCY SERVICE

MAÍRA CÁSSIA BORGES DE OLIVEIRA^{1*}, DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE², JÉSSICA ROHDEN¹

1. Acadêmico do curso de graduação do curso Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste; 2. Professora Doutora. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste.

*Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste. Rua Sete de Setembro, 99D, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-140. mairaacassia@gmail.com

Recebido em 06/12/2017. Aceito para publicação em 04/01/2018

RESUMO

Objetivo: analisar o atendimento ofertado a mulheres vítimas de violência doméstica no pronto socorro e seu potencial para produzir a integralidade da atenção à saúde. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva exploratória, realizada no pronto socorro de um hospital de grande porte, com 6 enfermeiros. Os dados foram analisados conforme análise de conteúdo de Minayo. **Resultados:** foram reveladas quatro categorias envolvendo a percepção dos enfermeiros e o uso de protocolos: bem como o preparando do local e da equipe para o atendimento e, ainda as perspectivas para melhorar a assistência ofertada. **Considerações finais:** os enfermeiros reconhecem a vulnerabilidade das mulheres vítimas de violência, e são relevantes na produção da integralidade da atenção a saúde das mulheres. Apresentam disposição e competências técnicas para melhorar o atendimento, porém não dispõem de uma rede articulada para atender as necessidades de saúde identificadas nas mulheres que sofrem violência doméstica e que procuram a atenção hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à saúde, Violência, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: analyze the care offered to women victims of domestic violence in the emergency room and its potential to produce the integrality of health care. **Methodology:** exploratory descriptive qualitative research, performed in the emergency room of a large hospital, with 6 nurses. The data were analyzed according to the Minayo content analysis. **Results:** four categories involving the perception of nurses and the use of protocols were revealed: as well as the preparation of the site and the staff for the care, and also the perspectives to improve the care offered. **Conclusion:** nurses recognize the vulnerability of women victims of violence and are relevant in the production of integral health care for women. They present technical dispositions and skills to improve care, but do not have an articulated network to meet the health needs identified in women who suffer domestic violence and who seek hospital care.

KEYWORDS: Health care, violence, nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A violência com sua alta incidência e impacto na vida das pessoas tornou-se um problema de saúde

pública nacional e mundial e deve ser tratado como prioridade, devido a sua complexidade que envolve a conscientização e participação ativa da sociedade¹.

Mulheres em todas as idades, independente da cultura, classe social, grau de instrução, etnia e grau de desenvolvimento do país são afetadas pela violência doméstica. Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida, onde o companheiro apresenta-se como o agressor mais comu^{2,3}.

A abordagem da integralidade no atendimento destas mulheres deve ser associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, assim como prevê o Sistema Único de Saúde (SUS), quando em seu princípio de integralidade traz como garantia os valores de justiça, efetividade dos serviços e a democracia na utilização deste sistema.³

Além disso, faz-se necessário que haja acesso aos serviços de saúde e que estes atuem em rede, para que desta forma, possam encaminhar estas mulheres às delegacias especializadas, onde ofertem atendimento apropriado, sem revitimizar estas mulheres, despontando qualidade e efetividade⁴.

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de fomentar as discussões entre a gestão, profissionais e instituições de ensino superior a fim de buscar a qualificação dos serviços.

Desta forma este estudo buscou analisar de qual forma é ofertado o atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica que são atendidas em um Pronto Socorro de um hospital de grande porte, devido a sua relevância quanto problema de saúde pública no Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva exploratória⁵ e faz parte do macroprojeto intitulado “Avaliação do uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da Rede de Atenção em Saúde na Região do Oeste Catarinense”, aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa, em 04 de abril de 2016, sob parecer nº 1.478.471. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garantiu o anonimato e o respeito, assim como a liberdade de desistirem de participar da pesquisa a qualquer momento, em atendimento às recomendações da Resolução 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O estudo foi realizado em um hospital de grande porte situado na cidade de Chapecó – Santa Catarina. Participaram deste estudo 06 enfermeiros que atuam no Pronto Socorro do hospital em questão e que utilizam o Protocolo de Manchester como instrumento de trabalho e de pré-avaliação de pacientes.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão no estudo, atuar há pelo menos 01 ano no hospital e como critérios de exclusão: não ter 01ano de atuação no hospital e/ou ausência no período de coleta de dados.

Os participantes foram identificados pela letra E seguido de numeral E1;E2;E3;E4;E5;E6.

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo, Chapecó, 2017.

	Sexo	Tempo formação	Tempo atuação PS	Especialização
E1	Fem	2 anos e meio	5 meses	Enf. do trabalho
E2	Fem	3 anos	2 anos	Oncologia
E3	Fem	3 anos	2 anos	Oncologia
E4	Mas	4 anos	1 ano	UTI
E5	Mas	11 anos	7 anos	Saúde Coletiva
E6	Mas	4 anos	3 anos e meio	Educação Permanente

Os 06 enfermeiros que participaram deste estudo apresentaram tempo de trabalho no setor que varia de 5 meses a 3 anos e meio. Todos têm especialização, mas nenhum voltado para a saúde da mulher, pois o serviço que é prestado neste setor não exige que estes tenham especializações voltadas para a saúde da mulher.

A coleta de dados ocorreu em Setembro de 2016, mediante entrevistas semiestruturadas contendo 12 questões norteadoras com foco no tempo de serviço; setor de trabalho; utilização do Protocolo de Manchester; atendimento integral; notificação das ocorrências; rede de atenção em saúde.

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos(as) profissionais em horário agendado e em local privativo, com duração média de 20 minutos.

A análise de dados foi realizada a partir da proposta da análise de conteúdo: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁶.

3. RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas audiogravadas emergiram quatro categorias temáticas, apresentadas a seguir:

Trabalhando com a saúde da mulher: nem sempre uma questão de escolha

Esta categoria aborda o trabalho em enfermagem e suas competências necessárias para realizar um atendimento qualificado e voltado para as necessidades das mulheres vítimas de violência doméstica. Nota-se um equilíbrio com relação ao gênero dos profissionais que atuam neste setor, sendo três mulheres e três homens.

Tratando-se de um serviço de urgência e emergência estas equipes de enfermagem vivenciam diversos problemas no dia-a-dia relacionados às condições de trabalho que levam ao stress, como atendimento excessivo de demanda e agravos a saúde da população que necessitam de atendimento imediato. Destaca-se ainda, que as competências necessárias da equipe são: a alta capacidade de agir sob pressão, aptidão voltada ao tipo de serviço ofertado que varia quadros clínicos a urgências/emergências e a entrada frequente de pacientes⁷.

Com relação ao trabalho desenvolvido por enfermeiros, nota-se a desvalorização profissional, juntamente com a escassez de recursos humanos e materiais, bem como a supervisão inadequada. Este profissional, por sua vez, possui posição de liderança frente à equipe de enfermagem, devido ao trabalho complexo desempenhado pautado na produção de cuidado, realizado de forma multiprofissional⁸.

Neste estudo destaca-se a partir das falas que a maioria dos profissionais não teve opção quanto à escolha do setor de trabalho:

Escolha da chefia (E1).

[...] foi escolha da Chefia (E2).

Foi escolha da chefia (E3).

[...] foi escolha da chefia (E4).

Escolha da chefia (E6).

Apenas um participante mencionou que optou por atuar este local, pois se identifica com setores “porta de entrada”, como evidencia seu relato:

50% de escolha, na verdade eu sempre trabalhei em setores assim, centro cirúrgico, UTI, pronto socorro, não tenho afinidade com setores de internação, sempre foi mais minha escolha assim, setores mais porta de entrada (E5).

Os dados vêm ao encontro de outros estudos que nos indicam que os enfermeiros executam atividades delegadas, tendo um espaço limitado de decisão, criação e domínio de conhecimentos, onde há uma forte hierarquização das tomadas de decisão, inclusive aquelas relacionadas à adesão ao local de atuação^{9,10}.

Quanto às especializações destes profissionais, nenhum dos enfermeiros entrevistados tem especialização voltada para a área da saúde da mulher, pois o mesmo não é pré-requisito para atuar no setor de Pronto Socorro, o que pode sugerir que haja dificuldades em desenvolver certas habilidades necessárias para atuar frente a situações de violência doméstica. Os entrevistados citaram algumas

dificuldades enfrentadas perante o atendimento prestado a essas vítimas:

Uma mulher vítima de agressão nem sempre ela vai falar o que, que ela realmente veio por causa disso ou o que foi [...] ai você conversando, vendo o que ela fala, até as vezes ela acaba se contradizendo [...] (E1).

Fazer um questionamento não diretamente a agressão física, é, fazer uma conversa ampla primeiro, perguntar o que aconteceu primeiro [...] (E4).

Percepção do enfermeiro sobre o Protocolo de Manchester e seu papel no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica

Esta categoria aborda o trabalho em enfermagem e o atendimento de acolhimento de risco a partir da utilização do Protocolo de Manchester.

O serviço de atendimento de urgência e emergência é considerado o de maior complexidade no Brasil. A maior parte dos prontos-socorros trabalham com sistemas de triagem ou classificação de risco para atender aos usuários. No Brasil, o Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco foi inicialmente implantado no interior de São Paulo no ano 2000. O Protocolo de Manchester, que determina o nível de urgência de cada paciente tem sido o mais utilizado porque é reconhecido internacionalmente, tem sido adotado em diferentes sistemas de saúde com sucesso e é possível ser utilizado em diferentes serviços de emergência¹¹.

No local de estudo o Protocolo de Manchester foi implementado no ano de 2014, porém não há consenso por parte dos profissionais em relação ao tempo de utilização do sistema pelo serviço:

Eu tenho o protocolo (curso), vai fazer um ano em novembro (E1).

Há dois anos [...] eu fiz a capacitação do Manchester, da classificação de risco (E2).

Com Manchester faz três anos que já estamos trabalhando, acabou implantando aqui [...] além de fazer a classificação dois enfermeiros aqui, contando comigo, fazem a parte de auditoria também (E5).

O Protocolo de Manchester é uma opção para diminuir o tempo de espera na unidade hospitalar, pois garante segurança, agilidade e prioridade no atendimento em urgência, evitando equívocos quanto ao atendimento de emergência que possam levar ao óbito¹².

A partir da história clínica e sinais e sintomas, um fluxograma é encontrado e o paciente é classificado conforme as categorias: emergência – vermelho (0 min), muito urgente – laranja (10min), urgente – amarelo (60min), pouco urgente – verde (120min) e não urgente – azul (240min)¹³. Tal observação é expressada por uma entrevistada:

A gente tenta colocar sempre no amarelo, mas depende como ela (mulher vítima de violência doméstica) chega (E2).

Por meio da utilização do Protocolo de Manchester os enfermeiros relataram sobre os fluxogramas mais utilizados a partir da queixa principal, sendo que apontaram o de agressão como de primeira escolha, conforme evidenciado:

Agressão [...] vai agressão né, porque é o que acaba se encaixando mais (E1).

Pode entrar por agressão né, agressão física né, basicamente (E3).

Agressão, ele é um dos primeiros que tem no protocolo (E4).

Olha, normalmente a gente se detém pra agressão, que é o fluxograma que a gente mais utiliza pra esses pacientes (E5).

Como o próprio nome diz violência vou ter usar o protocolo agressão (E6).

Relacionado à notificação dos atendimentos prestados a vítimas de violência não houve uma resposta específica em relação ao tipo de notificação realizada e sua periodicidade:

Tem só a notificação que é por mês né, mas não vai nenhuma notificação pra ter acompanhamento (E1).

Tem que fazer notificação [...] para a vigilância epidemiológica né (E3). Sim, sim, tem que avisar a vigilância epidemiológica (E4).

Com relação à utilização do Protocolo de Manchester para o atendimento das mulheres vítimas de violência é consenso que o mesmo auxilia no processo de atendimento e tomada de decisão:

Eu acho que auxilia mais na prioridade né, porque qualquer um que chega ali, a gente faz a classificação pela prioridade no atendimento, então, pra ser atendido talvez mais rápido (E2).

Ele (Protocolo de Manchester) dá os parâmetros pra botar a pessoa mais na frente ou não (E4).

Auxilia que ele (Protocolo de Manchester) pode priorizar dependendo da gravidade (E6).

Portanto, os dados indicam que o Protocolo de Manchester é relevante para a classificação das mulheres vítimas de violência doméstica, elencando-as conforme suas queixas, porém não contempla todas as especificidades que essas pacientes trazem consigo.

Preparando o local e a equipe para o atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica

Esta categoria aborda o trabalho em equipe e a rede em saúde voltada para as necessidades específicas de atendimento.

No Protocolo de Atenção Básica – Saúde das Mulheres, publicado no ano de 2016, está indicado que o atendimento inicial prestado às mulheres vítimas de violência doméstica deve priorizar o acolhimento em detrimento da burocracia.

Desta forma, para que o atendimento seja acolhedor é preciso que o enfermeiro tenha conhecimento sobre

quais condutas realizar perante a vítima, evitando a revitimização quanto às necessidades das mulheres. O profissional deve estar preparado para acolher, escutar e observar a expressão das mulheres¹⁴.

Visando um atendimento qualificado e que coloquem em prática os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade), foi criada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como Humaniza SUS, cujo objetivo é melhorar a comunicação entre gestores, profissionais e usuários, incluindo as diferenças nos processos de gestão e de cuidado, de forma coletiva e compartilhada, norteado por algumas diretrizes como o acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários¹⁵.

Os apontamentos levantados pelos entrevistados demonstram que o atendimento prestado a essas mulheres condiz com o exposto no Protocolo de Atenção Básica a Saúde das Mulheres, conforme as falas:

Botar em uma sala separada [...] fazer um questionamento não diretamente a agressão física, é, fazer uma conversa ampla primeiro [...] não (questionar) diretamente a agressão (E4).

Necessário talvez faltasse alguma coisa pra gente fazer um encaminhamento, talvez uma referência né, como referenciar a outro órgão [...] (E6).

As falas acima indicam o quanto é importante o trabalho em rede. A expressão “talvez uma referência né (E6)” pode-se inferir que os enfermeiros sentem a necessidade de atuar em rede.

Mesmo não tendo a rede em saúde consolidada, os profissionais têm conhecimento sobre elas, sua importância e funcionalidade, porém as informações obtidas mostram que as mesmas não ofertam suporte necessário com a efetividade esperada:

Os médicos acabam encaminhando pro CAPS [...] (E1).

[...] a gente até orienta ela a ir na unidade de saúde, mas é mais orientação mesmo, não somos nós que entramos em contato [...] (E2).

[...] faz encaminhamentos [...] pra encaminhar pro CAPS [...] (E4).

[...] depois as condutas que eles tomam a gente não tem noção nenhuma do que é feito (E5).

[...] não tem referência e contra referência [...] (E6).

Nesta linha de pensamento do trabalho em equipe e em rede, é apontada a carência de especialistas para o atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica, como a ausência de psicólogo e psiquiatra, evidenciado pelas falas:

[...] psicólogo aqui também não vai de noite ter [...] (E1).

Psicólogo às vezes a gente chama, uma vez foi chamado, psiquiatra não tem aqui no hospital [...] (E4).

O médico, o enfermeiro e a equipe de enfermagem né [...] psicólogo a gente orienta a buscar a

unidade de saúde porque a gente não dispõe desse serviço [...] (E6).

Embora haja menção do trabalho multiprofissional, percebe-se que na realidade o que está sendo discutido é a atuação interprofissional, pois entendemos como trabalho multiprofissional o que já é realizado no atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica, porém não há interação entre esses profissionais e um planejamento de atendimento que envolva discussões/resolutividade em equipe¹⁶.

Caminhos e perspectivas para melhorar a assistência às mulheres vítimas de violência doméstica

Esta categoria aborda sugestões, reflexões e perspectivas da enfermagem quanto ao seu processo de trabalho no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica.

A partir da Reforma Sanitária Brasileira se consolidam nas Leis 8080/90 e 8142/90, fundadoras do SUS, que prevê a transformação dos modelos de saúde a partir dos princípios como universalidade, equidade e integralidade. Os tratados internacionais garantem direitos específicos aos indivíduos e estabelecem obrigações dos Estados.

“A Lei 11.340/2006, conhecida como “Lei Maria da Penha”, foi promulgada no Brasil em resposta aos acordos internacionais assinados, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), realizadas, respectivamente, em 1984 e 1995. Tomando como exemplo a Lei Maria da Penha, pode-se concluir que a importância dos documentos, tratados e convenções internacionais vai muito além de uma questão de política internacional, podendo repercutir fortemente na vida cotidiana das mulheres brasileiras.”¹⁷.

Com vistas ao atendimento integral às mulheres o Ministério da Saúde criou o Protocolo de Atenção Básica voltado para a Saúde da Mulher, que traz a questão da violência doméstica como uma questão de saúde pública e que deve ser tratado de forma a garantir ações de cuidado e diminuição de agravos de saúde, sempre pautado em um atendimento humanizado, com escuta ativa e “portas abertas” dos serviços de saúde, para atendimento a qualquer momento¹⁴.

A produção de cuidado no dia-a-dia dos serviços é um conjunto de relações entre os profissionais e os usuários, cujo objetivo é a inclusão, que se realiza através da escuta, do respeito e da preocupação dos primeiros com os segundos. Assim, pode-se afirmar que o cuidado propicia ações que incluem o acolhimento, valores pessoais, percepções e comportamentos do usuário diante de sua situação de saúde-doença¹⁸.

Quando questionados sobre a possibilidade de utilização de um fluxograma de atendimento voltado para mulheres vítimas de violência doméstica, as falas

mostram que o Protocolo de Manchester atende em parte as necessidades de avaliação e tomada de decisão por parte dos enfermeiros, no que diz respeito ao atendimento destas mulheres:

Pra essas vítimas não tem nenhum fluxograma a seguir né, nenhum protocolo (E5);

[...] o (protocolo) Manchester ali não tem um fluxograma específico da violência contra a mulher (E2).

Para que o atendimento seja feito de forma adequada, faz-se necessário além de protocolos, as tecnologias de cuidado, que são descritas por Merhy¹⁹ e são classificadas como leve, leve-dura e dura. Tratando-se de tecnologias, as leves são as das relações interpessoais, muito relevante para que o atendimento voltado a estas mulheres seja ofertado de forma digna e eficiente; as tecnologias leve-duras são as dos saberes estruturados e as duras são as dos recursos materiais. Adotar as tecnologias leves no trabalho em saúde implica em utilizar os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado.

Também, visando um atendimento mais qualificado há o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que vai ao encontro das tecnologias discutidas por Merhy¹⁹ e com a rede de serviços em saúde, sendo entendido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. O mesmo é desenvolvido em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. O PTS representa um momento de partilha entre a equipe envolvida, onde todas as opiniões são importantes para auxiliar a sanar as necessidades de saúde do indivíduo²⁰.

4. CONCLUSÃO

O atendimento inicial às mulheres vítimas de violência doméstica é ofertado a partir da utilização do Protocolo de Manchester no acolhimento de risco. O mesmo contempla em partes a especificidade do atendimento voltado a essas vítimas, pois este é estruturado no formato biomédico de saúde, ignorando aspectos relevantes para o atendimento.

Foi possível observar que os enfermeiros que trabalham neste serviço de urgência e emergência possuem posição de liderança frente a equipe de enfermagem e conseguem articular os processos gerenciais e assistenciais com vistas a produção de cuidado e estes têm anseio em melhorar o atendimento ofertado às mulheres vítimas de violência doméstica, porém não dispõem dos equipamentos, tais como as tecnologias de cuidado leves, leve-duras e duras, necessários para executá-la.

É relevante de que os enfermeiros que participaram deste estudo não tinham sua especialização voltada para a área da saúde da mulher, pois o mesmo não é

pré-requisito para atuar em setores como o Pronto Socorro, o que nos parece não ser suficiente para atender as necessidades apresentadas pela complexidade dos atendimentos voltados para as mulheres vítimas de violência doméstica.

A educação permanente em saúde no seu conceito mais abrangente pode auxiliar neste processo, em certa medida, talvez, mais do que especializações. Deve-se apostar na graduação de qualidade e em residências ou mestrados/doutorados profissionais.

REFERÊNCIAS

- [01] Leite MTS *et al.* Reports of violence against women in different life cycles. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2014 [citado 2017 Jun 19]; 22(1):85-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/0104-1169-rlae-22-01-00085.pdf>
- [02] Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Rev Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [citado 2017 Jun 19]; 16(3):435-442. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/02.pdf>
- [03] Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 2017 Jun 19];41(3):472-477. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>
- [04] Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Rev Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2017 Jun 19];15(3):757-762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18>
- [05] Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. – 6ªed. - São Paulo: Atlas, 2017.
- [06] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.
- [07] Selegim MR *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. Rev Gaúcha de Enferm [Internet]. 2012 [citado 2017 Set 15]; 33(3):165-173. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/22.pdf>
- [08] Moraes MP *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. Rev Enferm UFSM [internet]. 2016 [citado 2017 Jun 19];1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17766>
- [09] Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Suffering and precariousness at work in nursing. Rev Pesq Cuid Fundam Online [internet]. 2015 [citado 2017 Jun 19]; 7(1):2072-2082. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26719>
- [10] Montezeli J, Peres A, Bernardino E. Nurse management skills required at an emergency care unit. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2013 [citado 2017 Jun 19]; 5(3):45-252. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2019/pdf_862
- [11] Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da

- literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Médica de Minas Gerais [Internet]. 2012 [citado 2017 Jun 19]; 22(2):188-198. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101#>
- [12] Campos J, Souza VS. A percepção dos usuários do serviço de urgência e emergência em relação à classificação de risco pelo protocolo de Manchester. Unimontes científica [internet]. 2014 [citado 2017 Set 15]; 16(1):17-25. Disponível em: <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/319/297>
- [13] Junior PD, Salgado PO, Chianca TCM. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2012 [citado 2017 Set 15]; 20(6):8 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf
- [14] Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde. 2016; 230 p.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH, 2013.
- [16] Peduzzi M, *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev da Escola de Enferm da USP [internet]. 2013 [citado 2017 Set 15]; 47(4):977-983. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>
- [17] Zocche DAA, Oliveira DLLC, Azambuja MPR. Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: Desafios e Realidades. Athenea Digital [internet]. 2012 [citado 2017 Set 15]; 12(3):279-284. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-deazambuja-leidens-ruwer/1113-pdf-pt>
- [18] Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte (BH): Coopmed: 2009. Co-publicado por Nescon/UFGM. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/image/m/3914.pdf>
- [19] Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- [20] Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília; 2010.