



**SAÚDE, MEIO AMBIENTE E
TECNOLOGIA NO CUIDADO
INTERDISCIPLINAR - VOL. 2**

ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS


Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TECNOLOGIA NO CUIDADO
INTERDISCIPLINAR VOL2

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde, meio ambiente e tecnologia no cuidado interdisciplinar
[livro eletrônico] : volume 2 / Organizadora Helena Portes Sava
de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2021.
56 p.
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-87809-24-3

1. Saúde. 2. Meio ambiente. 3. Tecnologia. I. Farias, Helena
Portes Sava de.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior –CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>


epitaya
Editora

Helena Portes Sava de Farias

Organizadora

SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TECNOLOGIA NO CUIDADO
INTERDISCIPLINAR VOL2



Rio de Janeiro – RJ
2021

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1ª Edição - Copyright © 2021 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO / CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

COMITÊ CIENTÍFICO

PESQUISADORES	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que lhes apresento o e-book intitulado “Saúde, meio ambiente e tecnologia no cuidado interdisciplinar vol.2”. Nele foi possível reunir artigos de pesquisadores brasileiros do Rio de Janeiro e de Santa Catarina na área da saúde como fruto de suas pesquisas acadêmicas, de iniciação científica e Trabalho de Conclusão de Curso.

O capítulo 1 intitulado Transtorno de autoimagem e insatisfação corporal em adolescentes de uma escola privada em um município do Sul Catarinense investigou a presença de transtorno de autoimagem em 49 adolescentes com idades entre 15 a 17 anos de uma escola particular em um município de Criciúma, no Sul Catarinense. Foram analisados o Índice de Massa Corporal IMC, aplicado o questionário Teste de Atitudes Alimentares e a escala com silhuetas propostas por Kakeshita et al. Conclui-se que é de grande relevância analisar o estado nutricional associado à imagem corporal e riscos de transtornos alimentares. Uma vez que esse é o período de construção da personalidade, assim como de outros hábitos alimentares.

No capítulo 2 intitulado Consultório de Rua, as autoras descrevem a atuação do enfermeiro no consultório de rua, a fim de identificar os pontos positivos e negativos do desenvolvimento desse profissional diante desta população. A proposta metodológica é uma revisão bibliográfica cujos dados foram coletados de fevereiro a junho de 2019. Dados da pesquisa apontam que o consultório de rua é uma ferramenta importante na atenção à saúde, pois age como promoção a saúde dessa população que é mais vulnerável e vive em pobreza extrema, cuidando de forma integral e igualitária desses indivíduos que vivem na rua. E que o enfermeiro enfrenta uma série de desafios desde o acesso, acolhimento até a manutenção dos cuidados com a população em situação de rua.

O capítulo 3 intitulado Espiritualidade no CTI: o conforto que transcende o ser discute sobre a valorização da dimensão espiritual do paciente como parte do seu tratamento e com a relevância da comunicação e da escuta na assistência às necessidades espirituais dos pacientes. A assistência humanizada está focada na manutenção da dignidade humana e na promoção de uma assistência integral, entendendo que as pessoas enfermas internadas nas UTI's, assim como seus familiares, estão sujeitas ao desconforto psicoespiritual, ocasionado pelo isolamento social, familiar, medo da morte e da dor física. A equipe de enfermagem da UTI também é passível de desconforto psicoespiritual devido à vivência constante da dor e do sofrimento alheios e pela intensa rotina de trabalho.

Já no capítulo 4 intitulado Ação educativa no empoderamento de usuários do Sistema Único de Saúde no contexto de seus direitos e deveres as autoras buscam promover o conhecimento a partir da promoção em saúde sobre os direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nele é enfatizado o trabalho da Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes.

O capítulo 5 intitulado Violência doméstica contra a mulher: contribuições para ações assistenciais do enfermeiro apresenta que a violência presente nas relações interpessoais tem merecido lugar de destaque entre as preocupações dos profissionais da saúde por ser considerada um problema de saúde pública. A impunidade, o medo, a vergonha e, muitas vezes, a dependência financeira ou afetiva, fazem com que muitas mulheres se calem diante da violência, completa. O enfrentamento à violência contra a mulher não pode se restringir ao acolhimento das denúncias. Esforços devem ser direcionados para o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, bem como para a ampla divulgação dos serviços disponíveis, a capacitação dos trabalhadores da saúde para identificar situações de risco, de modo a não reafirmar orientação para o isolamento doméstico nessas situações, e a expansão e o fortalecimento das redes de apoio, incluindo a garantia do funcionamento e ampliação do número de vagas nos abrigos para mulheres sobreviventes.

Boa leitura!

Profa Msc Helena Portes Sava de Farias
Mestre em Desenvolvimento Local
Organizadora do E-book Saúde, meio ambiente e
tecnologia no cuidado interdisciplinar vol.2

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)

SUMÁRIO

<i>Capítulo 1</i>	09
TRANSTORNO DE AUTOIMAGEM E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PRIVADA EM UM MUNICÍPIO DO SUL CATARINENSE	
<i>Andriele Pereira Machado; Paula de Assis dos Santos; Lara Canever; Fernanda Cardoso Valentim; Paula Rosane Vieira Guimarães</i>	
<i>Capítulo 2</i>	22
A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO NO PROGRAMA CONSULTÓRIO DE RUA	
<i>Isabela Pereira da Silva Teixeira; Roberta Camargo; Thainá Cardoso Silva; Claudia Valéria Cunha Figueiredo; Cleide Gonçalo Rufino</i>	
<i>Capítulo 3</i>	33
ESPIRITUALIDADE NO CTI: O CONFORTO QUE TRANSCENDE O SER	
<i>Carolina Seixas Britto; Katherine Gonçalves de Carvalho; Luna Salles Pereira; Cleide Gonçalo Rufino; Eluana Borges Leitão de Figueiredo; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 4</i>	41
AÇÃO EDUCATIVA NO EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DE SEUS DIREITOS E DEVERES	
<i>Jéssica Alves Machado; Jessica Rocha Pereira da Silva; Jordany Silva de Carvalho; Larissa de Lara Nascimento; Thamires Evangelista Nunes; Helena Portes Sava de Farias</i>	
<i>Capítulo 5</i>	49
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: CONTRIBUIÇÕES PARA AÇÕES ASSISTÊNCIAIS DO ENFERMEIRO	
<i>Andreia Batista Farias; Isabella de Lara Rosa da Silva; Wanderson Corrêa da Silva; Eluana Borges Leitão de Figueiredo</i>	

Andriele Pereira Machado

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Discente, Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional - UNESC
Criciúma – Santa Catarina

Paula de Assis dos Santos

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Discente, Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional - UNESC
Criciúma – Santa Catarina

Lara Canever

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Docente, Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional - UNESC
Criciúma – Santa Catarina

Fernanda Cardoso Valentim

Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, Psicóloga.
Criciúma – Santa Catarina

Paula Rosane Vieira Guimarães

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Docente, Curso de Nutrição
Grupo de Pesquisa em Segurança Alimentar e Nutricional - UNESC
Criciúma – Santa Catarina

RESUMO

A adolescência é uma época de extrema mudança e transformações da infância para a fase adulta em muitos sentidos, psicológico, morfológico e corporal que vai dos 10 aos 19 anos de idade. O objetivo foi investigar a presença de transtorno de autoimagem em adolescentes de uma escola particular em um município do Sul Catarinense. Estudo descritivo, de campo, transversal e quantitativo. Participaram 49 adolescentes com idades entre 15 à 17 anos de uma escola particular no município de Criciúma. Foi realizada a avaliação do estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal IMC, aplicado o Questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), e a escala com silhuetas propostas por Kakeshita et al. (2009). Quanto ao estado nutricional foram 63,3% (31) de eutrofia, 28,6% (14) de sobrepeso e 6,1% (3) de obesidade. Em relação ao sexo 9 (29%) das meninas estavam satisfeitas com a imagem corporal, 1 (3,3%) está insatisfeita devido a magreza e 21 (67,7%) estavam insatisfeitas devido ao excesso de peso, já para os meninos 6 (33,3%) estavam satisfeitos, 7 (38,9%) estão insatisfeitos pela magreza e 5 (27,8%) estavam insatisfeitos pelo excesso de peso. Conclui-se que os adolescentes possuem fatores de risco, porém destaca-se a necessidade de realização de novos trabalhos abordando o tema para intervenção na população de risco. É de grande relevância ter o conhecimento do estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, riscos de transtornos alimentares nesta fase da vida, pois sabe-se que é nesse período que a personalidade, e outros hábitos comportamentais se desenvolvem e que pode levar consequências sadias ou não para a vida adulta. Reconhecer a preocupação excessiva com o corpo entre os adolescentes evidencia a necessidade de ações de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar

ressaltando a importância de uma alimentação saudável. Sugere-se também novos estudos com uma quantidade maior de participantes.

Descritores: Adolescência; Imagem corporal; Estado nutricional.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma época de extrema mudança e transformações da infância para a fase adulta em muitos sentidos, psicológico, morfológico e corporal que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Mudanças essas que muitos adolescentes não estão preparados para passar e que podem deixá-los mais vulneráveis a informações incorretas e superficiais em detrimento de ter que se adequar a um padrão imposto pela mídia, sociedade, grupo social e familiar (SILVA et al., 2012).

Geralmente as meninas desejam ser magras, e os meninos almejam um corpo atlético. O reconhecimento incorreto do peso e da imagem corporal negativa, é um problema para o controle do peso, pois pode estar associado a comportamentos não saudáveis e morbidades psicossocial. O peso ideal desejado constitui um risco para a saúde mental dos adolescentes (MOEHLECKE et al., 2020).

Com a imposição de um corpo ideal a magreza é cultuada como obsessão pela cultura ocidental, com forte influência da mídia relacionada ao sucesso, felicidade. A mulher ainda é quem mais sofre com essas imposições, são as mais cobradas e com isso correm sérios riscos de desenvolverem transtorno de autoimagem, transtorno alimentar que na adolescência e/ou futuramente podem desenvolver anorexia e bulimia (COPETTI, QUIROGA, 2018).

Em estudo realizado com mais de 80.000 adolescentes do ensino médio no estado de Minnesota, nos Estados Unidos, encontraram 56% das meninas e 28% dos meninos com relatos de “comportamentos alimentares desordenados como vômitos, jejum ou compulsão alimentar”, no primeiro ano do ensino médio. Já nos estudantes do último ano, houve aumento quanto ao comportamento sugestivo de transtorno de comportamento alimentar (TCA) com 57% das meninas e 31% dos meninos. Outro estudo do norte da Itália, com adolescentes de 15 a 19 anos, a ocorrência de comportamento alimentar desordenado ficou em 28% das meninas. Outros dois estudos realizados na Alemanha apresentaram pontuação significativa pelo Teste de Atitudes Alimentares (instrumento muito utilizado para avaliação de distúrbios alimentares) em mais de 30% das meninas e 20% dos meninos da mesma faixa etária (UZUNIAN et al., 2015 p. 2).

Diante do exposto, observa-se que os adolescentes estão adotando parâmetros radicais para atenderem os padrões aceitos e imposto pela sociedade, sem levar em consideração as consequências. A problemática deste estudo se norteia pela presença ou não de transtornos de autoimagem em estudantes adolescentes. Estes adolescentes apresentariam alguma insatisfação com seu corpo, sua imagem? Existiria diferença entre meninas e meninos? Estas são as questões norteadoras dos objetivos desta pesquisa que buscou investigar a presença de transtorno de autoimagem em adolescentes de uma escola particular em um município do Sul Catarinense.

METODOLOGIA

Pesquisa pura básica, descritiva, de campo, transversal e quantitativa. A população foi composta por adolescentes de 15 a 17 anos de uma escola particular. A amostra contou com 49 adolescentes de ambos os sexos, sendo uma amostra não probabilística, por conveniência. Foram inclusos todos adolescentes em que os pais concordaram e aceitaram

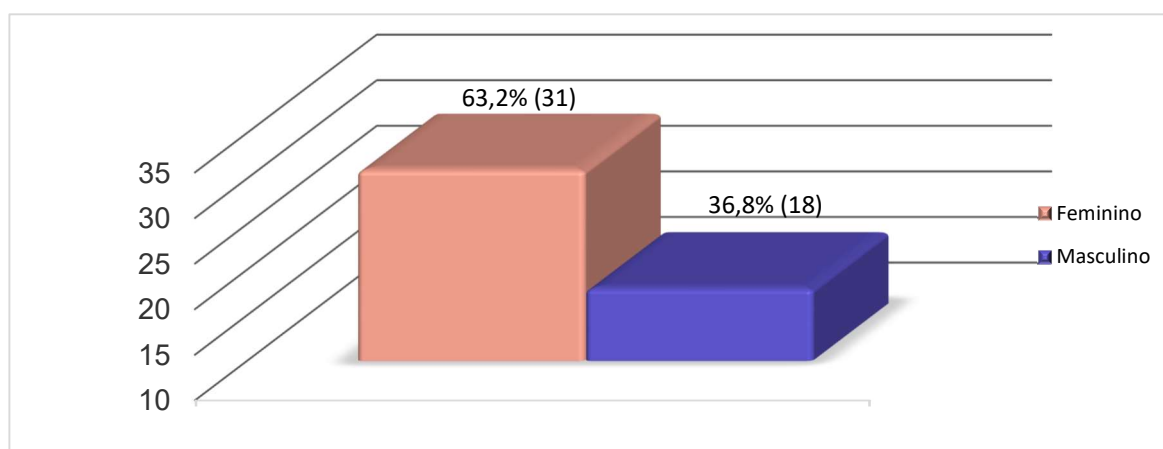
de forma *online* o termo de consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa. Excluídos os adolescentes que os pais não concordam e não aceitaram o TCLE, bem como aqueles que não retornaram o questionário *online*.

Foi solicitada permissão a escola para realização da pesquisa por carta de aceite e aprovação do Comitê de ética em pesquisa da UNESC sob parecer nº 4.242.502. Pela direção da escola foi realizado o envio de um link para acessar um questionário *online* com solicitação de consentimento aos pais para participação dos adolescentes. Questionários (teste de atitudes alimentares), figuras representadas por silhuetas, avaliações antropométricas (peso e altura) para avaliar IMC (por estimativa). Foi solicitado peso e altura referidos pelos adolescentes para avaliação do estado nutricional pelo IMC de acordo com a referência da OMS 2007. Os dados foram tabulados e digitados utilizando-se o programa estatístico SPSS 21. Os dados foram apresentados em gráficos e/ou tabelas. A análise será descritiva apresentando-se frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média geral de idade entre os adolescentes foi de 15,8 ($\pm 0,62$) anos, ficando entre 14 e 17 anos. As meninas mantiveram a idade entre os 14 e 17 anos com média de 15,7 ($\pm 0,66$) anos. Os meninos tiveram idade entre os 15 e 17 anos com média de 15,9 ($\pm 0,53$) anos. Conforme gráfico 1 observou-se maior presença de meninas 63,2% na escola particular.

Gráfico 1 – Perfil por sexo dos adolescentes de uma escola privada num município do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.



Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No estudo realizado por Fantineli et al. (2020), para verificar a associação do estado nutricional e atividade física com adolescentes, os autores encontraram 52,49% (443) de participação de meninas e 47,51% (401) de meninos e com idade média de 13,8 ($\pm 1,76$). Resultado semelhante ao deste trabalho quanto a maior percentagem de meninas, quanto a média de idade a diferença foi de 2 anos a mais no presente estudo.

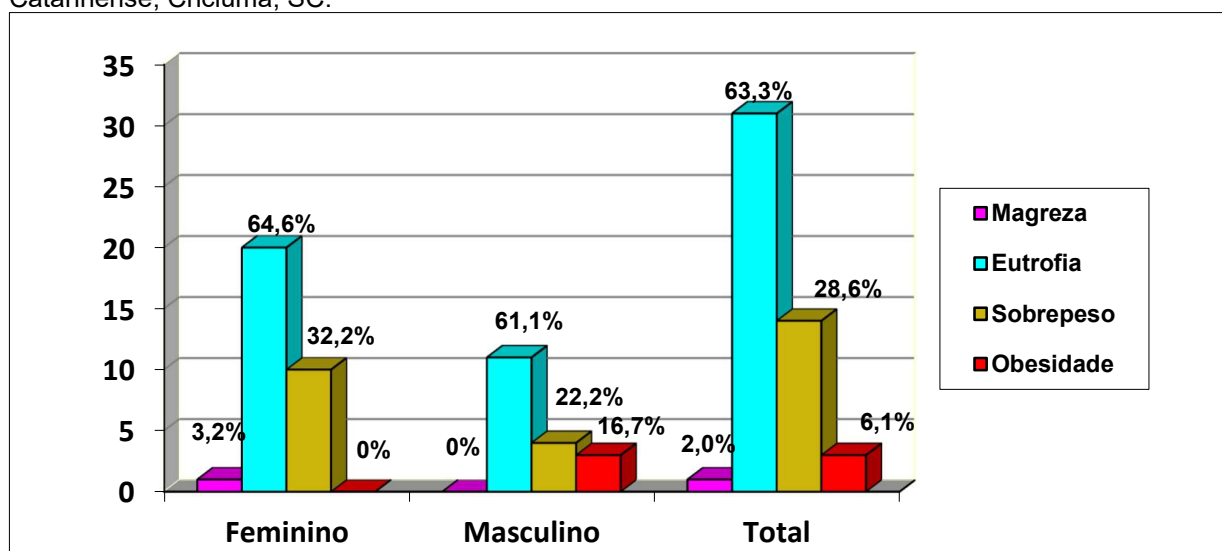
Em estudo realizado por Barros et al. (2013), para avaliar o estado nutricional dos adolescentes das escolas municipais da zona rural de Carmo no Rio de Janeiro no período do 2º semestre de 2008, dos 121 adolescentes avaliados, com idade entre 10 à 19 anos, 57% (69) eram do sexo feminino e 43% (52) do sexo masculino, ficando a média de idade em 12 anos. Também aqui permanece a semelhança quanto ao sexo e uma idade maior para os adolescentes deste estudo.

Com a intenção de analisar a (in) Satisfação da Imagem Corporal num grupo de adolescentes Marques et al. (2016) realizaram um estudo transversal e analítico, com adolescentes dos 12 aos 19 anos de três escolas a cidade de Viseu, Portugal. Participaram da pesquisa 323 adolescentes, 54,8% (177) do sexo feminino, e 45,2% (146) masculinos com idade média 15,8 ($\pm 1,7$) anos com resultado semelhante ao presente estudo apesar da diferença em número de participantes.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS ADOLESCENTES

O estado nutricional para o sexo feminino foi de 3,2% (1) para magreza, 64,6% (20) com eutrofia, 32,2% (10) com sobrepeso e nenhum caso de obesidade. Para o sexo masculino não houve nenhum caso de magreza, eutrofia foi de 61,1% (11), com sobrepeso 22,2% (4) e obesidade 16,7% (3). De forma geral foram 2,0% (1) caso de magreza, 63,3% (31) de eutrofia, 28,6% (14) de sobrepeso e 6,1% (3) de obesidade conforme gráfico 2.

Gráfico 2 – Estado Nutricional de adolescentes de uma escola privada num município do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.



Fonte: Dados da pesquisa 2020.

Estudo realizado por Fantineli et al. (2020), para verificar a associação do estado nutricional e atividade física com adolescentes, encontraram o estado nutricional eutrófico 60,31% (509), sobrepeso 26,42% (223), obesidade 13,27% (112). Percebe-se semelhança no estado nutricional de forma geral. Quanto aos meninos os autores encontraram eutrofia 61,10% (245), sobrepeso 23,44% (94), obesidade 15,46% (62). Para as meninas foram eutróficas 59,59% (264), sobrepeso 29,12% (129), obesidade 11,29% (50). O que corroborou com o presente estudo foi o maior percentual de meninas com sobrepeso, além de não ser verificado meninas com obesidade, ainda assim percebeu-se os meninos com mais obesidade que as meninas.

No estudo de Fontoura et al. (2019) quantitativo, de delineamento transversal e de base escolar realizado com 50 adolescentes de uma escola particular em Fortaleza, Ceará durante o primeiro semestre de 2017 o estudo objetivou descrever a qualidade de vida e o estado nutricional dos adolescentes. A amostra foi constituída por todos os adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 13 à 19 anos, participaram da pesquisa 42,0% (21) meninas e 58,0% (29) meninos. Os autores verificaram que a maioria 52,4% (11) das meninas tinham idade entre 13 e 14 anos, já a maioria dos meninos 44,8% (13) tinha entre 15 e 16 anos, com relação ao estado nutricional obtiveram o seguinte resultado; 2,0% (1) dos meninos com baixo peso, eutrofia em 72,4% (21) dos meninos e 61,9% (13) das

meninas, com sobrepeso, 33,3% (7) das meninas e 13,8% (4) dos meninos. Por fim 4,8% (1) das meninas com obesidade e 10,4% (3) dos meninos também obesos. Aqui encontramos valores diferentes do presente estudo.

Em estudo realizado por Barros et al. (2013), com 121 adolescentes encontrou entre os meninos 1,9% (1) de baixo peso, 67,3% (35) de eutrofia, 13,5% (7) de sobrepeso e 17,3% (9) de obesidade. As meninas apresentaram 1,4% (1) de baixo peso, 71% (49) de eutrofia, 18,9% de sobrepeso e 8,7% (6) de obesidade. Esses resultados se assemelham ao presente estudo quanto a eutrofia em meninos e meninas. De forma geral podemos dizer que os resultados se aproximam apesar da diferença de participantes.

PRESENÇA DE DISTORÇÃO DE AUTOIMAGEM EM ADOLESCENTES

A medida de satisfação foi obtida através da diferença entre a figura atual e a figura desejada, onde os resultados iguais a zero foram apontados como satisfeitos, os diferentes de zero e com grau negativo apontados como insatisfação pela magreza, ou seja, o desejo de uma silhueta ideal maior do que a real, os resultados com grau positivo indicam que os adolescentes estavam insatisfeitos pelo excesso de peso, assim almejavam uma silhueta ideal menor que a real. A tabela 1 apresenta os resultados quanto a satisfação com a imagem corporal por sexo.

Tabela 1 – Satisfação com a Imagem Corporal, por sexo, dos adolescentes de uma escola privada num município do Extremo Sul Catarinense.

Satisfação *	Feminino (31)		Masculino (18)		Total (49)	
	n	%	n	%	n	%
Satisfeitos	9	29,0	6	33,3	15	30,6
Insatisfeitos pela Magreza	1	3,3	7	38,9	8	16,3
Insatisfeitos pelo Excesso	21	67,7	5	27,8	26	53,1

Fonte: Dados da Pesquisa, Criciúma, 2020. * (p < 0,000).

Carvalho et al. (2020), realizaram um estudo para examinar os fatores associados a insatisfação com a imagem corporal (IIC) com adolescentes matriculados no 1º ano do Ensino Médio, em duas escolas públicas e quatro escolas privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada com 1.019 adolescentes e encontraram 53,4% dos adolescentes era do sexo feminino, a maioria estava na faixa etária acima de 15 anos (81,8%), na classificação com base no IMC, 26,2% apresentavam excesso de peso. Na análise bivariada realizada pelos autores observaram que o desejo de ter silhuetas menores do que aquelas com as quais se identificavam se apresentou em maior nas meninas do que nos meninos e nos adolescentes com excesso de peso do que naqueles sem excesso. Ao relacionar a IC por sexo os autores encontraram relação significativa com p-valor <0,001, associação essa semelhante ao presente estudo.

Com a intenção de analisar a (in) Satisfação da Imagem Corporal num grupo de adolescentes, Marques et al. (2016) realizaram um estudo transversal e analítico, com adolescentes dos 12 aos 19 anos de três escolas na cidade de Viseu, Portugal. Participaram 323 adolescentes, 54,8% (177) do sexo feminino, e 45,2% (146) meninos com idade média 15,8 (±1,7) anos. A insatisfação da imagem corporal foi verificada em 34,4% dos adolescentes, 55,0% destas meninas. Os meninos insatisfeitos consideravam ter peso a menos e as meninas peso a mais. Com relação à satisfação com a imagem corporal, 64,6% estavam insatisfeitos sendo a maior prevalência para o sexo feminino. Os autores encontraram associação significativa entre a IC e sexo com p-valor de <0,001. O resultado se assemelha ao presente estudo pois a insatisfação dos meninos por magreza e das meninas por excesso também foi observada com associação significativa.

O somatório relativo a IC por magreza ou excesso quando somados apresentam 69,4%, ou seja, valores muito próximos aos apresentados na tabela 1.

Claumann et al. (2019) realizaram estudo para estimar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e verificar a associação entre a insatisfação pela magreza e pelo excesso de peso e componentes da aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. Participaram 1.058 adolescentes com idades de 15 a 19 anos, matriculados no ensino médio em escolas públicas estaduais de São José, SC no ano de 2014. A média de idade foi de 16,3 ($\pm 1,0$) anos com 53,8% (570) meninas e 46,2% (488) de meninos. A prevalência de insatisfação com a imagem corporal na amostra foi de 75,2% (79,5% das meninas e 70,3% dos meninos), sendo que 39,5% dos adolescentes estavam insatisfeitos pelo excesso de peso e 35,7% pela magreza. Observou-se maior proporção de satisfeitos e insatisfeitos pela magreza no sexo masculino, e maior proporção de insatisfeitos pelo excesso de peso no sexo feminino. Meninas com adiposidade corporal elevada apresentaram menor chance de insatisfação pela magreza e, por outro lado, maior chance de insatisfação pelo excesso. Aquelas que necessitavam melhorar a força muscular tiveram maior chance de estarem insatisfeitas pela magreza, enquanto as que necessitavam melhorar a aptidão cardiorrespiratória apresentaram maior chance de insatisfação pelo excesso de peso. Assim como observado no sexo feminino, os rapazes com adiposidade corporal elevada apresentaram menor chance de insatisfação pela magreza e maior chance de insatisfação pelo excesso de peso. O que também é visto na presente pesquisa.

Os adolescentes escolheram na escala de figuras e silhuetas as figuras correspondentes a percepção subjetiva de seu tamanho corporal atual – através da pergunta “Como você se vê” e, a que gostaria de ter ou desejada – através da pergunta “Como você gostaria de ser”. A tabela 2 apresenta os resultados.

Tabela 2 – Percepção da imagem Corporal atual e Desejada, segundo sexo e Escala de figuras de silhuetas, dos adolescentes de uma escola privada num município do Extremo Sul Catarinense.

Sexo	Feminino (31)				Masculino (18)				Geral (49)			
	Atual		Desejada		Atual		Desejada		Atual		Desejada	
Silhueta	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	-	-	1	3,2	-	-	-	-	-	-	1	2,0
2	1	3,2	3	9,7	1	5,5	-	-	2	4,1	3	6,2
3	5	16,1	8	25,8	5	27,8	2	11,2	10	20,4	10	20,4
4	4	12,9	8	25,8	5	27,8	11	61,1	9	18,3	19	38,7
5	6	19,4	10	32,3	3	16,7	4	22,2	9	18,3	14	28,6
6	3	9,7	1	3,2	2	11,2	1	5,5	5	10,2	2	4,1
7	5	16,2	-	-	1	5,5	-	-	6	12,3	-	-
8	1	3,2	-	-	1	5,5	-	-	2	4,1	-	-
9	4	12,9	-	-	-	-	-	-	4	8,2	-	-
10	2	6,4	-	-	-	-	-	-	2	4,1	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, Criciúma, 2020. n = frequência absoluta, %frequência relativa.

Um estudo realizado por Brasil et al. (2014) para verificar a percepção da imagem corporal pela silhueta do projeto Esporte Sem Fronteiras, no Paraná com escolas Estaduais tiveram a participação de 129 (24 Meninas e 105 Meninos) adolescentes de 10 a 17 anos. Após identificar a figura com a silhueta que tem hoje e a que gostaria de ter ou desejada, escolhendo as silhuetas numeradas de 1 a 11, de acordo com o gênero, com extremos de magreza à obesidade grave os autores encontraram em relação à autoimagem atual, que a maioria se auto relata/parecer na figurar 3, 4 e 5 com 19,4%, 17,8% e 20,9%, respectivamente. Na autoimagem desejada, vemos uma grande parcela de 21,7% deseje

ser/parecer com a figura 3, 20,9% deseja ser/parecer com a figura 4 e 28,7% deseja ser/parecer com a figura 5. Na pesquisa atual observou-se de forma geral também preferência pelas imagens 3,4 e 5 na silhueta que auto relata/parecer 20,4%, 18,3% e 18,3% respectivamente. Na silhueta que deseja ter/parecer as figuras 3, 4 e 5 foram 20,4%, 38,7% e 28,6% demonstrando resultados semelhantes.

Carvalho et al. (2020), para examinar os fatores associados a insatisfação com a imagem corporal (IIC) em adolescentes, com a participação de 1.019 estudantes com idade entre 13 e 19 anos de duas escolas públicas e quatro escolas privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro aplicou a Escala de Silhuetas Corporais. Os resultados foram 41,4% (422) desejavam uma silhueta menor e 33,7% (343) desejavam uma silhueta maior, ou seja, 75,1% (765) estavam insatisfeitos e informaram desejar ter uma silhueta diferente daquela na qual se auto percebiam. O estudo constatou que o desejo de ter uma silhueta menor prevaleceu nas meninas. A mesma percepção quanto ao desejo de ter uma silhueta menor entre as meninas também foi confirmada no presente estudo.

COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES

Para avaliar o comportamento alimentar elencou-se algumas questões do EAT-26 relacionadas. Observou-se na tabela 3 que o habito de fazer dieta, evitar alimentos com alto teor de carboidratos, fazer exercícios pensando em queimar calorias e saber quantas calorias tem os alimentos que come foram maiores entre as meninas. Porém os meninos consomem alimentos dietéticos com mais frequência que as meninas.

Tabela 3 – Distribuição das atitudes alimentares relacionadas a dieta, a perda calórica e atividade física conforme teste de atitudes alimentares (EAT-26), Criciúma, SC.

Questões do EAT-26	Feminino		Masculino	
	Frequente*	Raramente**	Frequente	Raramente
Costumo fazer dieta	13,9% (5)	50% (18)	5,5% (2)	30,6% (11)
Como alimentos dietéticos	9,7% (3)	45,2% (14)	12,9% (4)	32,2% (10)
Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos	7,9% (3)	44,7% (17)	2,7% (1)	44,7% (17)
Quando faço exercícios penso em queimar calorias	41,9% (13)	19,4% (6)	12,9% (4)	25,8% (8)
Sei quantas calorias tem os alimentos que como	11,2% (4)	52,8% (19)	8,3% (3)	27,7% (10)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020. *Frequência (somatório das respostas sempre e muito frequente);

**Raramente (somatório das respostas raramente e nunca).

Em um estudo realizado por Fortes et al. (2013), com 47 atletas do sexo feminino com idade entre 12 e 16 anos, para avaliar o comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares (TA), a insatisfação corporal e o Grau de Comprometimento Psicológico ao Exercício (GCPE) foram utilizados o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e a *Commitment Exercise Scale* (CES), respectivamente. Os resultados apontaram associação significativa entre a insatisfação corporal e o comportamento alimentar, assim como entre o GCPE e o comportamento alimentar de risco para TA. A partir da regressão linear múltipla, todas as variáveis demonstraram influências sobre o comportamento alimentar de jovens atletas. Os autores concluíram que a insatisfação corporal e o GCPE foram fatores predisponentes para o comportamento alimentar de risco em atletas de esportes estéticos.

Silva et al. (2012), realizaram estudo para avaliar a relação entre a frequência de insatisfação com a imagem corporal e a presença de sintomas de transtornos alimentares com 300 adolescentes, de ambos os sexos com idades entre 10 à 17 anos, estudantes de uma escola pública estadual na cidade de Recife –BR. Foram utilizadas as versões brasileiras para adolescentes de três escalas auto aplicativas (EAT-26, BITE e BSQ), além de um questionário contendo dados biodemográficos. Os autores encontraram a frequência de sintomas de transtornos alimentares pelo EAT-26 de 32,3%; 2,3% para comportamentos sugestivos de bulimia nervosa, por meio da escala BITE, tendo 36,67% dos adolescentes apresentado padrão alimentar não usual; 5,6% apresentaram insatisfação com a imagem corporal; 8,6% demonstraram tendência à preocupação com a insatisfação com a imagem corporal e 17,6% apresentaram leve insatisfação, além de 66,3%, que mostraram normalidade em relação à sua forma corporal.

RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES NOS ADOLESCENTES

Para verificar o risco de transtornos alimentares foi utilizado o Questionário Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), para avaliar as atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes sugestivos de transtornos alimentares. A tabela 4 apresenta os resultados.

Tabela 4 – Distribuição do comportamento de risco para transtornos alimentares pelo EAT 26 conforme sexo, entre os adolescentes, Criciúma, SC

Classificação	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
EAT <20	22	70,9	17	94,5	39	79,6
EAT ≥ 20	9	29,1	1	5,5	10	20,4
Total	31	100,0	10	100,0	49	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Em estudo realizado por Silva et al. (2018), com 238 adolescentes e jovens (14 à 20 anos) de ambos os sexos em uma escola particular de Curitiba, Paraná, observaram que, 23,0% das meninas e 13,2% dos meninos correm risco de transtornos alimentares. O presente estudo também encontrou mais risco para TA no sexo feminino.

Segundo Fortes et al. (2016), em estudo feito em escolas nos anos de 2012 e 2013 na cidade de Juiz de Fora/MG, com 397 adolescentes do sexo feminino na faixa etária entre 12 e 17 anos após à aplicação do EAT-26 evidenciaram que 23,3% das adolescentes demonstraram comportamento alimentar de risco para os TA.

Para determinar a prevalência de comportamentos de risco de transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos adolescentes na cidade de São Luís, MA, Guimarães et al. (2014) realizaram estudo transversal com 30 bailarinos clássicos, não profissionais de ambos os sexos, com idade de 15 a 19 anos. Para avaliação do comportamento de risco de anorexia nervosa, utilizou-se o teste de atitudes alimentares (EAT-26), e para o comportamento de risco de bulimia nervosa, o teste de investigação bulímica de Edimburgo (BITE). Os resultados foram comportamentos de risco de TA prevalência de 30,0% para anorexia nervosa, de acordo com o EAT-26 e, segundo a escala de sintomas do BITE, 40,0% apresentaram comportamento de risco de bulimia nervosa. Além disso, o BSQ identificou que 26,7% dos bailarinos estavam insatisfeitos com sua imagem. Analisando o comportamento de risco de TA e a insatisfação com a imagem corporal, por sexo, 70% das meninas apresentaram comportamento de risco e 66,7 nos meninos. Os autores concluíram que ocorre alta incidência de insatisfação com a imagem corporal associada à grande prevalência de comportamentos de risco de TA encontrada

neste estudo ratifica que a prática do balé parece ser um fator primordial para o aumento da suscetibilidade desses bailarinos desenvolverem TA.

Em estudo realizado por Scherer, et al.(2010) em 2007 com o intuito de relacionar a maturação sexual com sintomas transtornos alimentares, com adolescentes do sexo feminino, de 11 a 14 anos, estudantes de escolas públicas (municipais e estaduais) da cidade de Santa Maria, RS mostrou que a prevalência de sintomas de TA (EAT+) foi elevada (26,6%), a menarca havia ocorrido em 67,4% das adolescentes foi notado, que as escolares que apresentaram o desejo de ter um corpo mais magro estão mais propensas a apresentar sintomas de TA.

Ao realizar a comparação entre as variáveis de satisfação pela imagem corporal, estado nutricional e atitude de risco para transtorno alimentar por sexo encontrou-se relação de significância entre as variáveis conforme apresenta a tabela 5.

Tabela 5 – Comparação entre as variáveis de satisfação pela imagem corporal, estado nutricional e atitude de risco para transtorno alimentar por sexo dos adolescentes de uma escola privada num município do Extremo Sul Catarinense.

Variáveis	Feminino (31)		Masculino (18)		Total (49)		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Satisfação Corporal*							0,000
Satisfeitos	9	29,0	6	33,3	15	30,6	
Insatisfeitos pela Magreza	1	3,3	7	38,9	8	16,3	
Insatisfeitos pelo Excesso	21	67,7	5	27,8	26	53,1	
Estado Nutricional							0,002
Magreza	1	3,2	0	0	1	2,0	
Eutrofia	20	64,6	11	61,1	31	63,3	
Sobrepeso	10	32,2	4	22,2	14	28,6	
Obesidade	0	0	3	16,7	3	16,7	
EAT-26							0,002
Negativo EAT<20	22	70,9	17	94,5	39	79,6	
Positivo EAT ≥ 20	9	29,1	1	5,5	10	20,4	

Fonte: Dados da Pesquisa, Criciúma, 2020. Correlação de Pearson foi significativa quanto a percepção da imagem corporal para sexo ($p<0,000$), estado nutricional ($p<0,002$) e para risco de TA ($p<0,002$).

Um estudo realizado por Miranda et al. (2011), para analisar a prevalência de insatisfação corporal em adolescentes e sua relação com idade, sexo e estado nutricional, com 413 adolescentes de ambos os sexos regularmente matriculados nas escolas da rede pública de municípios de pequeno porte (com até 5.000 habitantes) do interior da Zona da Mata mineira, pela classificação de insatisfação corporal, constatou que 296 adolescentes (73,6%) apresentaram-se livres de insatisfação corporal e 106 (24,6%) alunos mostraram níveis de leve a grave insatisfação com sua aparência física. Entre os sexos, verificou-se que 11,5% das meninas e 3,5% dos meninos apresentaram classificação de moderada e grave insatisfação corporal. Já entre os grupos de classificação do estado nutricional, os indivíduos com sobrepeso (25,9%) e obesidade (18,9%) tiveram maior frequência nas classificações moderada e grave insatisfação corporal quando comparados aos jovens com IMC normal (4,7%). Porém, vale ressaltar que 30,6% das meninas com IMC normal apresentaram algum nível de insatisfação corporal.

No estudo de Carvalho et al. (2020), para examinar os fatores associados a insatisfação com a imagem corporal (IIC) com adolescentes em duas escolas públicas e quatro escolas privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro com 1.019 adolescentes ao relacionar a IC por sexo encontraram relação significativa com p-valor $<0,001$, associação essa semelhante ao presente estudo.

Segundo Pelegrini et al. (2011), para verificar a associação da insatisfação corporal com indicadores antropométricos, em 405 adolescentes com idade entre 14-17 anos na

cidade de Januária – MG, foram utilizados como indicadores o IMC e somatório de duas dobras cutâneas, que constatou uma insatisfação corporal de 56,7%. Observou-se associação da insatisfação corporal com somatório das dobras cutâneas apenas nos rapazes, revelando que àqueles com adiposidade baixa e elevada apresentam, respectivamente, uma probabilidade 26% e 33% maior de insatisfação corporal. Conclui-se que a insatisfação corporal é elevada em adolescentes. Além disso, os somatórios das dobras cutâneas se associaram a insatisfação corporal no sexo masculino.

Estudo realizado por Martins et al. (2010), com objetivo de identificar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e de sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes do sexo feminino da cidade de Santa Maria (RS) e verificar a associação da insatisfação com a imagem corporal com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia, onde foram analisadas 258 adolescentes do sexo feminino de 11 à 13 anos, constatou que a insatisfação com a imagem corporal foi de 25,3% e a de sintomas de anorexia e bulimia foi de 27,6%. A insatisfação com a imagem corporal apresentou associação com o estado nutricional, sendo que as adolescentes com excesso de peso apresentaram maior insatisfação.

Os estudos corroboram com os achados na presente pesquisa em que encontrou relação significativa entre estado nutricional, IC e sexo, pois os meninos apresentaram IC por magreza e as meninas por excesso de peso, situação que pode levar a distorção da imagem corporal e possíveis transtornos alimentares.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que os adolescentes participantes da pesquisa apresentaram diferenças significativas entre os sexos quanto a satisfação corporal e a autopercepção. As meninas apresentaram maior insatisfação pelo excesso de peso e meninos maior insatisfação com a magreza, evidenciando que adolescentes do sexo feminino tem maiores chances de desenvolverem transtornos alimentares. A maioria das meninas quando faz exercícios pensa em queimar calorias, conta as calorias que consome reforçando sua insatisfação com o corpo e o risco para transtornos alimentares.

Quanto ao IMC dos adolescentes, reconheceu-se a grande insatisfação corporal apesar do IMC estar em sua maioria adequado. As silhuetas também revelaram essas distorções. Tanto o EAT-26 como a imagem corporal se mostraram como ferramentas importantes para verificação dos riscos de TA e IC em adolescentes.

É de grande relevância ter o conhecimento do estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, riscos de transtornos alimentares nesta fase da vida, pois sabe-se que é nesse período que a personalidade, e outros hábitos comportamentais se desenvolvem e que pode levar consequências sadias ou não para a vida adulta.

Reconhecer a preocupação excessiva com o corpo entre os adolescentes evidencia a necessidade de ações de educação alimentar e nutricional no ambiente escolar ressaltando a importância de uma alimentação saudável. Sugere-se também novos estudos com uma quantidade maior de participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Mariana Simões; FONSECA, Vania Matos; MEIO, Maria Dalva Barbosa Baker; CHAVES, Célia Regina. Excesso de peso entre adolescentes em zona rural e a alimentação escolar oferecida. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 201-208, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-462x2013000200016>. Acesso 27 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 09 mai. 2020.

CARVALHO, Giulia Xavier de; NUNES, Ana Paula Nogueira; MORAES, Claudia Leite; VEIGA, Gloria Valeria da. Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 7, p. 2769-2782, jul. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020257.27452018>. Acesso 18 nov. 2020

CLAUMANN, Gaia Salvador; LAUS, Maria Fernanda; FELDEN, Érico Pereira Gomes; SILVA, Diego Augusto Santos; PELEGRINI, Andreia. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 1299-1308, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.17312017>. Acesso 18 nov. 2020

COPETTI, Aline Vieira Sá; QUIROGA, Carolina Villanova. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 161-177, dez. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2664>.

FANTINELLI, Edmar Roberto; SILVA, Michael Pereira da; CAMPOS, Jhonatan Gritten; MALTA NETO, Nicolau Augusto; PACÍFICO, Ana Beatriz; CAMPOS, Wagner de. Imagem corporal em adolescentes: associação com estado nutricional e atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 10, p. 3989-4000, out. 2020. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.30442018>. Acesso 09 nov 2020.

FONTOURA, Monique Simões; SAMPAIO, Rafaella Maria Monteiro; SILVA, Francisco Regis da; PINTO, Francisco José Maia. **Qualidade de vida e estado nutricional de adolescentes em uma escola particular em Fortaleza, Ceará**. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas RS, v. 7, n. 2, p. 19-23, 2019. DOI 10.18316/sdh.v7i12.4430. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4430 Acesso em: 3 dez. 2020.

FORTES, Leonardo de Sousa; CIPRIANI, Flávia Marcele; PAES, Santiago Tavares; COELHO, Fernanda Dias; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Relação entre o estado de humor e os comportamentos alimentares de risco para os transtornos alimentares em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 65, n. 2, p. 155-160, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000117>. Acesso em: 07 nov.2020

FORTES, Leonardo de Sousa et al. Body dissatisfaction, psychological commitment to exercise and eating behavior in young athletes from aesthetic sports. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis, v. 15, n. 6, p. 695-704, Dec. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000600007&lng=en&nrm=iso. access on 16 Nov. 2020. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15n6p695>.

GUIMARÃES, Aline Dias; MACHADO, Soraia Pinheiro; FRANÇA, Ana Karina Texeira da Cunha; CALADO, Isabela Leal. Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 267-271, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200401399>. Acesso 07nov. 2020

MARQUES, Maria Inês et al. (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 25, n. 4, p. 217-221, dez. 2016. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000600004&lng=pt&nrm=iso acessos em 17 nov. 2020. Acesso 16 nov. 2020.

MIRANDA, Valter Paulo Neves et al. Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. **J. bras. psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 190-197, 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300007&lng=en&nrm=iso. access on 16 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300007>.

MARTINS, Cilene Rebolho et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 19-23, 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000100004&lng=en&nrm=iso.access on 16 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000100004>.

MOEHLECKE, Milene et al. Auto-imagem corporal, insatisfação com o peso corporal e estado nutricional de adolescentes brasileiros: um estudo nacional. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 96, n. 1, p. 76-83, Feb. 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572020000100076&lng=en&nrm=iso.access on 09 Mar. 2020. Epub Mar 02, 2020.

PELEGRINI, Andreia et al. Insatisfação corporal associada a indicadores antropométricos em adolescentes de uma cidade com índice de desenvolvimento humano médio a baixo. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 687-698, Sept. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892011000300011&lng=en&nrm=iso.access on 16 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892011000300011>

SILVA, Andressa Melina Becker da; MACHADO, Wagner de Lara; BELLODI, Anita Colletes; CUNHA, Kainara Silva da; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Jovens Insatisfeitos com a Imagem Corporal: estresse, autoestima e problemas alimentares. **Psico-Usf**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 483-495, jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230308>>. Acesso em 07 Nov. 2020.

SILVA, A. T. **Orientação de Avaliação Nutricional para crianças e adolescentes**. Orientadora Professora/ Nutricionista Patrícia Kowalski. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2011. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/03_03_2011_15.53.38.16f851f5ec9d2b4bbc731948ecac9b4e.pdf. Acesso em: 09 mai. 2020.

SCHERER, Fabiana Cristina; MARTINS, Cilene Rebolho; PELEGRINI, Andreia; MATHEUS, Silvana Corrêa; PETROSKI, Edio Luiz. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000300005>. Acesso 09 nov. 2020

UZUNIAN, Laura Giron; VITALLE, Maria Sylvia de Souza. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, pág. 3495-3508, novembro de 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103495&lng=en&nrm=iso. acesso em 03 de dezembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014>.

Isabela Pereira da Silva Teixeira

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Roberta Camargos

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Thainá Cardoso Silva

Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Claudia Valéria Cunha Figueiredo

Docente de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Cleide Gonçalo Rufino

Docente de Enfermagem do Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO

O presente trabalho tem como **objeto** de estudo descrever a atuação do enfermeiro no consultório de rua, mostrando os pontos positivos e negativos do desenvolvimento desse profissional diante desta população. **Objetivos do estudo:** **Geral**-compreender o papel do enfermeiro na promoção e assistência a população atendida no consultório na rua; discutir o papel do enfermeiro no consultório na rua, descrever as ações promovidas pelo consultório na rua. **Metodologia:** O presente estudo foi realizado através da revisão bibliográfica descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados na biblioteca virtual de saúde nas bases de dados da SCIELO no período de fevereiro a junho de 2019. Os critérios de inclusão delimitados foram artigos que possuem aderência com a temática; estudos publicados em português; no período de 2009 a 2019. **Resultados:** Dados da pesquisa apontam que o consultório de rua é uma ferramenta importante na atenção à saúde, pois age como promoção a saúde dessa população que é mais vulnerável e vive em pobreza extrema, cuidando de forma integral e igualitária desses indivíduos que vive na rua. **Conclusão:** Conclui-se que este estudo buscou entender a realidade do trabalho desses profissionais, que se dispõem em atender em consultório de rua, visando que o acesso a materiais e equipamentos na maioria das vezes e de difícil acesso por estarem no mesmo ambiente que eles ou seja na rua, pois os profissionais se disponibilizam de ir até essa população por meio de uma política pública de saúde para levar a promoção a saúde para esses indivíduos.

Descritores: Consultório de rua; Enfermagem; Abordagem

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a atuação do Enfermeiro no programa consultório de rua. Para alcance dos objetivos, foram estabelecidos os seguintes pontos: Descrever as ações promovidas pelo consultório na rua, compreender o papel do enfermeiro na promoção e assistência a população atendida no consultório na rua, discutir o papel do enfermeiro no consultório na rua.

No Brasil, até a década de 80, o Estado não se responsabilizou em criar estratégias de acolhimento, cuidado e outras possibilidades de vida para as pessoas em situação de rua. Ficavam na dependência do trabalho realizado por instituições sociais e religiosas. As condições precárias de vida e os trágicos assassinatos de pessoas em situação de rua deram força aos movimentos sociais, dentre eles, o Movimento Nacional da População de Rua. Após muita luta, foi instituída em 2009 a Política Nacional para a População em Situação de Rua que, em linhas gerais, regulamenta a assistência na interface das políticas sociais e de saúde. Embora assegure uma série de direitos de acesso à assistência intersetorial, a Política Nacional ainda não tem fomentado estratégias robustas para saída das ruas. (BRASIL,2009).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto Presidencial nº7.053 , de 23 de dezembro de 2009, caracteriza como “população em situação de rua”: “o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (HALLAIS et al ,2015)

A assistência em saúde oferecida pelo CnaR está direcionada para acolher demandas diversificadas e complexas, considerando a “saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco” abrangendo também atendimento para problemas ou complicações advindas do abuso de álcool e outras drogas (HALLAIS et al,2015)

O sujeito que vive na rua é singular e deve ser contextualizado de acordo com o território o qual se insere. A complexidade das condições de vida e de saúde nos grandes centros urbanos é geradora de muitos desafios e são complexas as possibilidades para garantir a equidade e o direito à cidadania a estes grupos vulneráveis. Para isto, o processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ser criativo, inovador, e singular às necessidades desta clientela (PAULA et al ,2018)

Os fatores que levam os sujeitos a essas condições sociais são inúmeros como o desemprego, vínculos familiares interrompidos e fragilizados; violência, dentre elas familiar; a perda da autoestima; os transtornos mentais, incluindo a dependência às drogas, lícitas e ilícitas; a criminalidade; dificuldades de acesso á educação e profissionalização; doenças incapacitantes; entre outros. (SILVA, LEÃO VAZ et al, 2017)

Dados publicados em 20172 sobre o uso de álcool e tabaco no Brasil apontaram que 10,1% dos entrevistados relataram ser fumantes, sendo homens (13,2%) e mulheres (7,5%); a maior incidência de fumantes foi em Curitiba, e a menor, em Salvador. Em relação ao álcool, 19,1% dos entrevistados consumiram cinco ou mais doses de bebida alcoólica no mês anterior a entrevista, sendo homens (27,1%) e mulheres (12,1%); a maior frequência de usuários em consumo abusivo foi no Distrito Federal, e a menor em Manaus (BITTENCOURT et al, 2019).

Muitas são as consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas, dentre elas o fato de ser um dos motivos pelos quais as pessoas passam a viver na rua. No entanto, a condição de rua também pode levá-lo a drogadição. Um estudo apontou o álcool e o crack como as drogas mais utilizadas por moradores de rua (26,7%, e 23,37, respectivamente), e também as drogas de maior vício, especialmente quando há associação entre elas. Todos os entrevistados no estudo relataram fazer uso de drogas; apenas 25,3% relataram não ser dependente das drogas de uso (BITTENCOURT et al, 2019).

Dentro da política nacional de atenção básica (PNAB), os consultórios de rua (CnaR) que foram instituídos são fundamentais para atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua e é a porta de trabalho para enfermeiros atenderem a essa população, mas tem que estar preparados para este desafio. Esse programa deve conter uma equipe fortalecida e disposta a atender a proposta e dar garantia ao acesso dessa população no atendimento sugerido pelo sistema único de saúde (SUS) (SILVA, LEÃOVAZ et al, 2017).

Diante dessa problemática da atuação do enfermeiro no programa consultório na rua, apresentamos as seguintes questões norteadoras: as ações promovidas pelo consultório na rua, o enfermeiro na promoção e assistência a população atendida no consultório na rua, o papel do enfermeiro no programa consultório na rua

A elaboração deste estudo correu com uma inquietação pois em diversos territórios, assim como em todo o município do Rio de Janeiro, é bastante comum encontrar pessoas que vivem em situação de rua. O atendimento a grupos vulneráveis, como a PSR, é um constante desafio para a prática dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. o Ministério da Saúde, em consonância com a PNAB e a Política Nacional para População em Situação de Rua, criou o equipamento clínico denominado Consultório na Rua (CnaR), com suas respectivas equipes de Consultório na Rua (eCnaR).

Para discutir o tema, evidenciam-se os seguintes questionamentos: Como é o trabalho realizado pelo consultório de rua. Quais são as ações e o papel do Enfermeiro na promoção e assistência a população atendida no consultório na rua.

Diante destes questionamentos, buscamos responder aos seguintes objetivos: Explicar o conceito da política do consultório de rua; discutir o papel do enfermeiro na promoção e assistência a população atendida no consultório na rua; compreende-se que o êxito para a atenção integral à população de rua depende de uma abordagem intersetorial, aberta e consciente das demandas que emergem dos indivíduos que se encontram nas ruas, desempenhando a função do acolhimento e da educação em saúde.

A relevância da pesquisa está voltada para a assistência da equipe de enfermagem no programa consultório na rua, no intuito de buscar qualidade de vida dentro do possível e do contexto real, e na medida em que traz à tona uma prática do enfermeiro de alta relevância social voltada à qualificação do cuidado e ao resgate da cidadania na perspectiva do acesso universal aos serviços e a atenção à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

A POLÍTICA DO CONSULTÓRIO DE RUA

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, caracteriza como “população em situação de rua”: “o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como

as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Artigo 1, parágrafo único) (BRASIL, 2009).

Nesse âmbito, o Ministério da Saúde (MS) ao eleger a criação da política pública de saúde para a População em Situação de Rua (PSR) que tem como um dos seus objetivos trabalhar a Redução de Danos (RD) e, assume a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população a outros atendimentos no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da implantação das equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, observa-se que “as equipes de Consultório na Rua, tem como princípios norteadores às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade” (BRASIL, 2010).

Como estratégia de saúde pública, a versão de 2011 da Política Nacional de Atenção Básica institui as equipes de Consultórios na Rua. Prevê-se a possibilidade de algumas configurações de equipe com os seguintes profissionais: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação. O Consultório na Rua vem propiciando novas configurações de redes assistenciais e desvelando novos desafios à efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem promovido o deslocamento dos profissionais e da própria estrutura de assistência para fora dos serviços de saúde e das estratégias de cuidado domiciliar, criando estranhamentos ao mesmo tempo em que novas práticas assistenciais são moldadas às necessidades, demandas e processos de adoecimento das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009).

Entende-se que no consultório de rua foi construído um foco de atuação centrado no usuário de álcool e outras drogas, entretanto, em consonância com os mesmos princípios e diretrizes, o consultório na rua foi inserido em um espaço de atuação mais amplo, na tentativa de ir além do modelo da doença e na necessidade do fortalecimento de uma rede de enfrentamento aos graves problemas de saúde da população de rua. O trabalho multiprofissional das equipes é enfatizado para lidar com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando nele incluídos os cuidados aos usuários de múltiplas drogas (SANTANA, 2014).

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento “in loco” dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. A abertura de campo, ou seja, aproximação inicial e criação de vínculo com os usuários se dão através de ações de Redução de Danos, com disponibilização de insumos de prevenção. “Tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, buscando reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua.” (BRASIL, 2010)

Segundo a SUBPAV 2016 a promulgação da Portaria nº1029 de maio de 2014, as eCR passaram a vigorar com as seguintes modalidades:

Modalidade I	equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos no item “a” a seguir, e os demais dentre aqueles relacionados nos itens “a” e “b”	a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/ professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.
Modalidade II	equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos no item “a” e os demais dentre aqueles relacionados nos itens “a” e “b”	a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/ professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.
Modalidade III	equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.	

O município do Rio de Janeiro adota a modalidade III como preferencial, por compreender que esta poderia prestar os serviços de forma mais abrangente e resolutive. As equipes que realizam este trabalho ficam lotadas em Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Importante destacar que o trabalho acontece prioritariamente na rua, ficando a unidade de saúde como base de apoio.

Embora a PNPSR tenha como um de seus objetivos assegurar cuidados de saúde, os serviços assistenciais e de albergamento não dispõem de estrutura e recursos humanos para o atendimento à saúde e não apresentam relações bem estruturadas com a rede de atenção básica (HALLAIS et al, 2015).

Nesse contexto, um dos desafios para a gestão municipal é implantar uma política intersetorial que contemple ações entre as Secretarias de Assistência, Saúde, Habitação, e Trabalho e Renda, por exemplo. A ausência dessa rede dificulta o cumprimento da equidade no atendimento da população em situação de rua nas unidades básicas de saúde, que geralmente conseguem atenção em serviços de urgência/emergência (HALLAIS et al, 2015).

O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO ATENDIDA NO CONSULTÓRIO DE RUA

Nesse contexto, estudar o processo de trabalho da enfermagem é importante para compreender o papel desse trabalhador e do seu trabalho no decorrer do processo,

identificando sua compreensão sobre o objeto, os instrumentos utilizados, a finalidade e o produto final obtido com as ações desenvolvidas pela equipe e pela enfermagem (CARDOSO et al, 2018).

Sendo assim, o cuidado da população em situação de rua exige a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, bem como utilização de diversas ferramentas que valorizem as pessoas e suas necessidades, levando em consideração o território e suas singularidades (CARDOSO et, 2018).

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA A POPULAÇÃO ATENDIDA NO CONSULTÓRIO NA RUA

Para a realização de ações qualificadas deve-se trabalhar a atenção baseada em evidências com o apoio à melhoria da assistência e acolhimento, pois no cotidiano, as pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social sentem-se pouco à vontade e apresentam dificuldade de comunicação, tornando impossível seguir recomendações, principalmente quando se trata de usuário de drogas ilícitas ou não (FERREIRA et al., 2012).

Os profissionais consideraram o Consultório de rua como um facilitador da chegada dos usuários em situação de vulnerabilidade aos serviços da Atenção Básica a Saúde, ao mesmo tempo que identificaram um fracasso nesta função, na medida em que tais serviços têm dificultado o acesso dessa população. Levantou-se a questão da capacitação das equipes como forma de viabilizar o trabalho, mas também o fato de que não há uma formação especializada para o acolhimento a populações vulneráveis, mas sim uma expertise que se adquire no dia a dia. Uma solução, portanto, seria a intensificação do trabalho em parceria (SIMÃO et al, 2017).

A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (a tuberculose é frequente), tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), tratamento de doenças de pele (úlceras de membros inferiores), problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica. Dessa forma, entendemos que a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população (SANTANA, 2014).

Nesse sentido, a inclusão das equipes de Consultórios na Rua (eCR) pela Política Nacional de Atenção Básica de 2011, e como dispositivo de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria 3088/2011, foi essencial para a população de rua, em especial, para aqueles com problemas relacionados ao uso de Álcool e Outras Drogas (AOD). Conforme a portaria 122 de 2011, as eCR atuam como componente da atenção básica na RAPS, constituindo-se na porta de entrada deste segmento populacional nos serviços de atenção, e tem como diretrizes de atendimento as ações de atenção psicossocial, Redução de Danos (RD), atividades educativas, e de acompanhamento, sendo integrada às Unidades Básicas de Saúde e aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A eCR pode ser proposta em três modalidades distintas, e o seu financiamento é conforme o censo populacional das pessoas em situação de rua do município, sendo uma equipe para cada 80 a 1000 moradores de rua. (BRASIL, 2012).

Observou-se que os profissionais evidenciaram a redução de danos e a promoção de acesso ao cuidado em saúde como estratégias de cuidado aos usuários de Álcool e outras drogas (AOD) pelas eCR. Em relação às facilidades, eles apresentam a formação do vínculo entre usuários e profissionais e a disponibilidade da equipe, assim como a articulação entre as eCR e os demais serviços da RAPS. Em relação às

dificuldades, eles apontaram o déficit de autocuidado dos moradores de rua, a precariedade de estrutura para a realização do trabalho e a escassez de recursos humanos na equipe, além do preconceito associado ao estigma aos moradores de rua. (BITENCOURT et al, 2019).

A reduzida quantidade de profissionais na atual eCR também foi apontada como uma das dificuldades. Essa é justificada tanto pelo momento político do município, que na época da coleta de dados estava em mudança de gestão, quanto pela falta de estímulo para os profissionais, que provoca o desgaste e o cansaço deles, levando-os a desistir ou, como outro profissional refere, “migrar” para outro serviço. Além do número de profissionais na equipe, o fato de o município contar somente com uma eCR foi também apontado como uma dificuldade, não sendo suficiente devido a extensão do município, que se divide em muitas regionais, cada uma com as suas peculiaridades. (GONTIJO; MEDEIROS,2009)

O papel profissional do enfermeiro na equipe multidisciplinar surge pouco explícito, com tendência a uma percepção estereotipada pelos outros profissionais, mas começando a emergir algumas expectativas por parte dos utentes que o percebem como facilitador no acesso aos cuidados, valorizando as suas competências relacionais e culturais (NEVES,2012)

O enfermeiro tem o as seguintes atribuições no consultório na rua, descritas na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012).

Realizar atenção integral (ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, assistência, diagnóstico, tratamento) e reabilitação aos indivíduos, famílias e grupos comunitários assistidos pelo CnaR;
Supervisionar e coordenar as ações dos técnicos de enfermagem e dos agentes Sociais;
Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas em protocolos, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
Realizar atividades programadas de enfermagem tais como: coleta de citopatológico, consulta de pré-natal, puericultura, Visita na Rua e acompanhamento dos programas IST/HIV, Hipertensão, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, entre outros;
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Contribuir e participar nas atividades de educação permanente da equipe;
Organizar os insumos necessários para o adequado funcionamento do Consultório na Rua
Contribuir para a construção de um projeto terapêutico singular do usuário;
Realizar as demais atribuições específicas do enfermeiro,

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, descritiva com abordagem qualitativa, a partir de estudos científicos sobre a abordagem do enfermeiro no programa consultório de rua.

De acordo com Lakatos e Marconi(2010), a revisão bibliográfica é a síntese da bibliografia já publicada em relação a temática, que abrange publicações de natureza

diversa, como boletins, revistas, jornais, livros, pesquisa, artigos, monografias, teses, gravações em fita magnética, filmes e documentários, tendo como objetivo posicionar o pesquisador em direção ao contato com a totalidade do que foi publicado sobre o assunto, concedendo um novo olhar e possibilidades de estabelecimento de uma nova abordagem, chegando a inúmeros tipos de conclusões sobre o tema pesquisado.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa pode ser entendida como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da internacionalidade como inerentes os atos, as relações, as estruturas sociais, sendo esta a última forma do seu advento quanto a sua transformação, como construções humanas significativas.

A condução da revisão bibliográfica percorreu as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca nas bases de dados; extração dos dados; avaliação dos resultados; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão. A busca dos documentos científicos foi realizada no período de fevereiro a junho de 2019. Utilizando dois descritores relacionados ao tema: consultório de rua; a abordagem do enfermeiro, nas bases de dados do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluiu: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os critérios de inclusão delimitados foram: estudos que possuem aderência com a temática; estudos publicados em português; no período de 2009 a 2019; disponíveis na íntegra com critério de exclusão artigos com narrativas ou estudo de caso. Justifica-se o recorte temporal de artigos com mais de dez anos de publicação, pela relevância de publicações recentes.

QUADRO 1: Síntese de estudos de produção científica sobre consultório de rua.

Periódico	Resumo	Ano
Ciência & Saúde Coletiva	O artigo nos traz contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social	2009
Revista de enfermagem	O artigo relata o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar	2012
Caderno de Saúde Pública	O artigo faz Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua	2014
Caderno Brasileiro de terapia ocupacional	O artigo nos traz Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas	2014
Cad. Saúde Pública	Este artigo reflete sobre o acolhimento e a produção de cuidado destinados à população em situação de rua	2015
Revista Saúde em Debate	O artigo reflete a Missão e efetividade dos Consultórios na Rua	2017
Ciências Biológicas e de Saúde Unit	O artigo visa identificar a produção científica a nível nacional sobre a atenção multidisciplinar através das equipes de consultório na rua	2017

Revista Brasileira de Enfermagem	O artigo relata a experiência da implantação de um equipamento clínico de produção de cuidado em saúde à População em Situação de Rua, denominado Consultório na Rua.	2018
Escola Anna Nery	O artigo relata o Consultório na rua no cuidado a dependentes químicos.	2019

RESULTADOS

Categoria 1. A promoção do acesso ao consultório de rua.

Dados da pesquisa apontam que os profissionais percebem as equipes de consultório de rua como ferramenta importante na promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde, fortalecendo a importância do papel das eCR em promover a articulação entre os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), permitindo um olhar integral a esse usuário, fortalecendo o cuidado iniciado por eles. Porém, sendo um serviço de atenção à saúde dessa população que vive na rua, é também uma ferramenta que permite problematizar as formas de cuidar que permeiam essa assistência diante das fragilidades que essas redes possuem.

Categoria 2. A atuação do Enfermeiro no consultório de rua.

Evidencia-se que o enfermeiro desempenha um papel-chave no cenário do CR, assumindo atribuições assistenciais, educativas, administrativas e gerencias. O enfermeiro também é um dos profissionais responsáveis pelo estabelecimento de vínculo com os usuários, estimulando a redução de danos no que tange o uso de substâncias psicoativas e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, promovendo a saúde a população em situação de rua.

Categoria 3. O consultório de rua desafia o SUS.

No programa Consultório de Rua, financiado pelo Ministério da Saúde e executado pelos municípios, o atendimento é feito a pessoas imersas em um ambiente onde não se tem acesso a quaisquer dos direitos básicos, oferecendo tratamento multidisciplinar e levando em caso de necessidade a pessoa a uma unidade básica de saúde. As equipes seguem a orientação da voluntariedade do paciente, o que, pode promover a aproximação das equipes. “O que contribui para a receptividade das pessoas atendidas é que esse é um trabalho de baixa exigência ao usuário e com o foco no desejo de querer mudar, reduzindo iniquidades em saúde.

Categoria 4. As dificuldades no cotidiano do serviço prestado pelos consultórios de rua

Foram referidas dificuldades no cotidiano do serviço. Essas dificuldades estão relacionadas à rede de atendimento, às características da abordagem e do público atendido e à estruturação do serviço. As questões mais relatadas foram as barreiras burocráticas, o preconceito com a clientela, a dificuldade de as famílias lidarem com essa situação e a necessidade de investimento maior no equipamento, tanto com relação à manutenção de materiais quanto à contratação e capacitação dos profissionais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que este estudo buscou entender a realidade do trabalho desses profissionais, que se dispõem em atender em consultório de rua, visando que o acesso a materiais e equipamentos na maioria das vezes e de difícil acesso por estarem no mesmo ambiente que eles ou seja na rua, pois os profissionais se disponibilizam de ir até essa população por meio de uma política pública de saúde para levar a promoção a saúde para esses indivíduos.

Podemos perceber também que a não aderência dessa população que recebe o cuidado torna um pouco mais difícil o sucesso desse programa, pois os indivíduos estão em um território que se sentem na zona de conforto, na maioria das vezes com seus vícios, em sofrimento psíquico e por algum motivo se tornam seguros onde “habitam”.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [cited 2018 Jun 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

Bittencourt MN, Pantoja PVN, Silva Júnior PCB, Pena JLC, Nemer CRB, Moreira RP. **Consultório na rua: cuidado a dependentes químicos**. Escola Anna Nery 23(1) 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180261.pdf

CONCEIÇÃO, NEVES; O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.8 Coimbra dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. **Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 467-475, 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200015&script=sci_abstract&tlng=pt

HALLAIS; BARROS. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>

MEDEIROS, M. A. D.; MICKALLE C. P.; LAYS, N. M. Atenção multidisciplinar através do consultório na rua. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit** | Alagoas | v. 4 | n. 2 | p. 283-296 | Novembro 2017 | periodicos.set.edu.br Cadernos de Graduação | 285

PAULO, DAHER, KOOPMANS et al; A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. Rev. Bras.Enferm. vol.71 supl.6 Brasília, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202843&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SANTANNA,C.Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. Saúde Pública vol.30 no.8 Rio de Janeiro Agosto. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>

SIMÕES, T. R. B. A.; COUTO, M. C. V.; MIRANDA, L.; DELGADO, P. G. G. **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 114, P. 963-975, JUL-SET 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf>

SOUZA, V. C. A.; PEREIRA, A. R.; GONTIJO, D. T. A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: Contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 37-47, 2014. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1037>

Carolina Seixas Britto

Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM
Rio de Janeiro-RJ

Katherine Gonçalves de Carvalho

Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM
Rio de Janeiro-RJ

Luna Salles Pereira

Enfermagem, Universidade Veiga de Almeida - UVA
Rio de Janeiro-RJ

Cleide Gonçalo Rufino

Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM
Rio de Janeiro-RJ

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM
Rio de Janeiro-RJ

Helena Portes Sava de Farias

Enfermagem, Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO

O presente estudo se justifica pela contribuição do conhecimento sobre a influência da espiritualidade da família e dos profissionais de saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente como parte do seu tratamento e com a relevância da comunicação e da escuta na assistência as necessidades espirituais dos pacientes. Tem por objetivo analisar na literatura científica a importância da espiritualidade no cuidado ao paciente internado no Centro de Terapia Intensiva a partir da perspectiva do enfermeiro. A fim de relatar como a espiritualidade pode motivar a implementação da assistência humanizada. Trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória de artigos científicos, livros e teses que se propõe a gerar maior familiaridade com a temática, envolvendo o levantamento bibliográfico. A dimensão espiritual é parte integrante do cuidado, compreendendo que as pessoas internadas em uma UTI necessitam de uma assistência holística, que contemple os aspectos fisiológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Atualmente, devido a uma mudança de paradigmas na assistência em saúde, a dimensão espiritual passou a ser incluída na prática do cuidado. A assistência humanizada está focada na manutenção da dignidade humana e na promoção de uma assistência integral, entendendo que as pessoas enfermas internadas nas UTI's, assim como seus familiares, estão sujeitos ao desconforto psicoespiritual, ocasionado pelo isolamento social, familiar, medo da morte e da dor física e que a equipe de enfermagem da UTI também é passível de desconforto psicoespiritual devido à vivência constante da dor e do sofrimento alheios e pela intensa rotina de trabalho.

Descritores: Enfermagem; Espiritualidade; Conforto; UTI.

INTRODUÇÃO

O âmbito hospitalar é um motivo de grande angústia e desespero para a maioria das pessoas. Quando nos referimos ao CTI, esses sentimentos são ampliados, trazendo mais medo àqueles que estão internados ou que têm algum parente nessa situação, sob cuidados intensivos. Esse setor é planejado para dar assistência especializada a pacientes que estão internados em estado grave, muitas vezes correndo risco de morte, e isso angústia e amedronta todos os envolvidos, em especial ao que se encontra internado. Considerando o alto o índice de sobrevivência, devemos observar que o emocional, tanto de quem ali se encontra internado como de seus entes, acaba sendo abalado diante do medo da morte.

Durante a assistência prestada, o profissional de saúde precisa reconhecer a importância da dimensão espiritual do doente, no processo de enfrentamento da doença, pois muitos pacientes consideram a influência da espiritualidade na sua recuperação e plano terapêutico. Há também pacientes que gostariam que seus cuidadores abordassem sua religiosidade/espiritualidade, contribuindo para uma relação profissional/paciente mais empática e com maior índice de confiança (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2020, p. 2511).

Diante disso, para Levin (2003, p.141) as implicações da fé em sua essência e simplicidade, para a saúde e doença são curiosas. Quer Deus ou dimensão espiritual sejam ou não verdadeiros ou reais e independente de religião e a frequência do indivíduo dentro das manifestações religiosas, o fato dele pensar e afirmar ser religioso ou espiritualista, de ter fé ou crença em Deus, em uma força maior ou até nos princípios de uma doutrina, pode ser benéfico a sua saúde e bem-estar. A razão disso é que a fé religiosa pode trazer esperança.

A espiritualidade está vinculada a busca do ser pelo sentindo da própria existência, através de uma conexão com o transcendente e pode estar presente em pessoas de toda e qualquer religião e até mesmo em pessoas que não possui nenhuma crença formal. Esta busca é capaz de promover o equilíbrio, gerando grandes transformações benéficas. Para Letícia Schleder et al, a espiritualidade é uma busca individualizada pelo sagrado ou transcendente e pode ou não, estar relacionada a prática de rituais religiosos. A religiosidade está mais associada às práticas de rituais característicos de cada crença.

Além do aspecto da transcendência e da conexão com algo superior, Arrieira *et al* (2017, p.2), associa diretamente a espiritualidade a presença de Deus: “Viver a espiritualidade é a forma amorosa de sentir o tempo, tendo o privilégio de ver Deus, o mistério último em toda a parte. A espiritualidade amplia a visão, possibilitando a relação de transcendência com esta força universal”. Há evidências de que pessoas com espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, desenvolvem menos depressão e se recuperam mais rapidamente (MEDEIROS; SAAD, 2008, p. 135).

Também é importante saber, como nos afirma Manenti e Soratto (2012, p. 43), que a espiritualidade presente no cuidado com o indivíduo internado não invade sua opção, mas ajuda-o a ter menos sofrimento, maior segurança e aceitação dos momentos difíceis, contribuindo para que tanto ele quanto seus familiares tenham melhor qualidade de vida. Sendo assim, como o enfermeiro pode produzir cuidado ao paciente no Centro de Terapia Intensiva a partir da perspectiva da espiritualidade?

Com o objetivo de descrever de que forma a espiritualidade pode ser um instrumento de conforto para os profissionais, pacientes e suas famílias. A realização deste estudo se justifica pela contribuição do conhecimento sobre a influência da espiritualidade da família e dos profissionais de saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente como parte do seu tratamento e com a relevância da comunicação e da escuta na assistência as necessidades espirituais dos pacientes, podendo empregar a comunicação para a leitura

de textos significativos para crença do indivíduo que necessita dos cuidados. Desta forma, realizando discussões e reflexões sobre a importância da espiritualidade dentro do ambiente de terapia intensiva relacionada ao direcionamento do cuidado integral.

A comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde esclarece sobre algumas dúvidas que surgem durante o momento de internação na unidade, diante do adoecimento e a hospitalização. É fundamental orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados, horários de visitas, tempo médio de permanência na unidade e evolução do quadro clínico, essa ação lhe proporciona conforto psicoespiritual, diante do adoecimento e da admissão do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Os enfermos, manifestam necessidades de vivenciar as crenças religiosas, principalmente aqueles que não possuem uma possibilidade de cura ou reabilitação e encontram-se em cuidados paliativos. Muitos pacientes nesta situação podem verbalizar a necessidade de conversar com pessoas que representem suas religiões ou crenças, ou líderes religiosos. A manutenção dentro das possibilidades, das práticas religiosas rotineiras no ambiente hospitalar tais como, orar e rezar o terço diariamente, pode ampliar a sensação de conforto e de segurança.

Segundo Penha e Silva (2012, p.261), a espiritualidade foi considerada importante na prática do cuidado em enfermagem. Pois, atualmente a dimensão espiritual do ser humano passou a ser considerada. Entendendo que elementos como as crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade integram os requisitos para a avaliação da qualidade de vida do indivíduo, além de promover o conforto, a segurança e a esperança diante da enfermidade.

O desconforto psicoespiritual, atingem também os membros da equipe de enfermagem, devido à intensa rotina de trabalho, a visão constante da dor e do sofrimento, além de estarem atuando o tempo todo entre a esperança de vida e o risco de morte dos pacientes que se encontram no CTI.

REFERENCIAL TEÓRICO

Existe uma diversidade de fatores que podem delegar os enfermos e os familiares da UTI, a experimentarem conflitos emocionais, dúvidas, angústias e o temor da dor física causada pela realização de procedimentos invasivos comuns à unidade. Estes fatores ocasionam um direcionamento da atenção dos pacientes e familiares, para aspectos, tais como, religião e espiritualidade, com o objetivo de os mesmos buscarem um suporte para o enfrentamento.

Portanto, o conceito religioso/espiritual, pretende descrever uma das possíveis formas de enfrentamento dos familiares, diante das experiências geradoras de desconforto espiritual, ocasionado pela internação do paciente na UTI, em uma busca pela espiritualidade, a fim de prover apoio e conforto. Geralmente, no ato da admissão em unidades destinadas ao cuidado intensivo, pacientes e familiares desviam a atenção imediatamente para a espiritualidade e religiosidade. E a enfermagem, por ser uma profissão que está em contato direto com o paciente, é responsável por um olhar holístico que contempla, no processo de cuidar, as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do ser humano. Sendo assim, a medida em que o ser humano é uma unidade formada por corpo, mente e espírito, torna-se necessário que enfermeiros avaliem a necessidade de intervenção na dimensão espiritual do paciente.

Valdir Reginato *et al* (2016. p. 238.), cita a importância da espiritualidade e da fé para a assistência em saúde. De acordo com o autor, mesmo que estes temas tenham sido evitados ou até desconsiderados nas últimas décadas, os mesmos sempre estiveram presentes nos processos de cura.

Arrieira *et al* (2017, p. 2.), assim como Reginato, também aponta o despreparo dos profissionais da saúde para a implementação da assistência espiritual: “Sabe-se que as necessidades espirituais das pessoas com doenças que ameaçam a vida, geralmente, não são atendidas pelos profissionais da saúde em virtude da falta de preparo”. Esse despreparo dos profissionais para a prestação de uma assistência humanizada que visa integrar o bem-estar fisiológico e espiritual do ser humano é um fator que pode interferir negativamente na prática de enfermagem das UTI's.

Os membros da equipe de enfermagem também são diretamente influenciados pela presença constante da dor e do sofrimento na rotina de trabalho diário. A forma que os mesmos vivenciam a própria espiritualidade e com quem lidam com suas próprias emoções podem influenciar na prática da assistência humanizada, capaz de abranger a dimensão espiritual do ser.

Para Longuinieri *et al* (2018, p. 1963), dar importância a espiritualidade dos trabalhadores da UTI é essencial, já que esta é uma dimensão inata do ser humano que está presente tanto na vida pessoal como profissional de cada um.

Existem algumas estratégias destinadas a promoção do autocuidado dos profissionais. O diálogo e o compartilhamento de vivências são medidas eficazes para amenizar o sofrimento causado pela rotina do trabalho. A oração é um exemplo de prática que pode ser utilizada no autocuidado para contribuir para o equilíbrio espiritual do profissional. Os profissionais da enfermagem, são membros da equipe multidisciplinar que permanecem longos períodos prestando assistência e cuidados aos pacientes, e aos familiares nos momentos de visitação. Devido a este fato, a equipe de enfermagem possui um papel relevante na implementação do apoio espiritual aos enfermos e sua família.

Com isso, segundo Schleder (2008, p. 73) seria importante que o enfermeiro conseguisse identificar o planejamento de sua assistência, e repens -la de uma forma ampliada, buscando incluir a espiritualidade, como elemento inerente ao tratamento e inserindo os familiares nesse contexto. O cuidado abrange todas as dimensões do ser humano e relacionar-se com a retomada da espiritualidade e o grande interesse por ela. Para a integralidade do cuidado   imprescindível a inclusão da espiritualidade.

Porém, muito questiona-se se o profissional está preparado para identificar as necessidades espirituais dos pacientes. Mesmo porque o preparo para trabalhar com as necessidades espirituais do outro envolve preparo para lidar com as próprias necessidades.

A espiritualidade no cuidado   saúde enfatiza que o enfermeiro em sua atividade, necessita de autoconhecimento para se tornar consciente da sua própria dimensão espiritual de modo a poder trabalhar com segurança os aspectos espirituais no cuidado. Entretanto, para o enfermeiro identificar e realizar a es referentes à espiritualidade do paciente, ele precisa, inicialmente, estar atento para essa questão em sua própria vida.

De certo modo, a categoria, entre o vínculo e o conflito: a influência de valores no cuidado ao paciente gravemente enfermo expressou a dificuldade dos profissionais em lidar com seus próprios sentimentos e valores na medida em que vínculos são criados junto a alguns pacientes. A espiritualidade no cuidado de si foi evidenciada nas práticas cotidianas que aconteciam por meio da oração, do contato íntimo com a natureza, assim como do senso de conexão com uma Força Superior que propicia tranquilidade, bem-estar e fortalecimento   vida e ao trabalho.

O base teórico/filosófica do Cuidado Transpessoal visa proporcionar aos enfermeiros e profissionais da saúde, ferramentas, para que se estabeleça um envolvimento espiritual e, quando este ocorre, existe a ressignifica o daquilo que é material para o verdadeiro sentido das intera es humanas, que é o ser espiritual.

A teoria do Cuidado Transpessoal também defende a promo o de uma abordagem espiritual no processo de cuidar. Entendendo que a enfermagem não deve ser baseada no

modelo tradicional biomédico, que foca apenas na cura das doenças por meio de uma série de protocolos estabelecidos, mas considera a espiritualidade um campo importante na atenção integral do paciente. Além de incluir uma dimensão espiritual no cuidado, Watson expõe que através da interação do enfermeiro com o paciente, podem-se explorar as emoções e a subjetividade de ambos e analisar a sua relação no processo de cuidar.

Neste sentido, crenças religiosas e práticas ritualísticas são os mecanismos mais comuns que as pessoas se valem nos momentos de doenças e quanto maior a gravidade, mais se intensifica a ligação religiosa e a tomada de decisão sobre o direcionamento do tratamento, é influenciada pelo contexto religioso ao qual o paciente está inserido.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica exploratória de artigos científicos, livros e teses disponibilizadas no Scientific Eletronic Libraly Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Segundo Gil (2008), a pesquisa de revisão bibliográfica exploratória se propõe a gerar maior familiaridade com a temática, envolvendo o levantamento bibliográfico.

Utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde, aplicando os descritores: espiritualidade, enfermagem e uti, foram encontrados 35 artigos. Selecionando como assunto principal espiritualidade e aplicando como critérios de inclusão foram considerados trabalhos em língua portuguesa, publicados entre 2015 e 2020. Os critérios de exclusão foram trabalhos em língua estrangeira, publicados antes de 2015. Sendo selecionados 2 artigos. Aplicando os descritores: espiritualidade, enfermagem e conforto, foram encontrados 60 artigos. Selecionando espiritualidade e enfermagem como assuntos principais e utilizando os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Foram selecionados 2 artigos.

Utilizando o Scientific Eletronic Libraly Online, aplicando os descritores: espiritualidade, enfermagem e uti, foram encontrados 2 artigos. Foram considerados trabalhos em língua portuguesa, possuindo enfermagem como área temática, e foram desconsiderados trabalhos em língua estrangeira. Sendo selecionados 2 artigos. Já utilizando os descritores: espiritualidade, enfermagem e conforto, foram encontrados 15 artigos. Como critérios de inclusão foram considerados artigos em língua portuguesa, possuindo enfermagem como área temática e foram desconsiderados trabalhos em língua estrangeira. Foram selecionados 9 artigos.

Base de dados	Descritores	Título	Autor	Ano	Revista	Resumo
BVS Brasil	espiritualidade enfermagem e uti	Promoção do cuidado espiritual pelo enfermeiro intensivista	Botelho Vieira Costa Silva Junior Mato	2019	Revista de Enfermagem da UFPE	Estratégias utilizadas pelo enfermeiro intensivista para a promoção do cuidado espiritual do paciente.
BVS Brasil	espiritualidade enfermagem e conforto	Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar	Tavares Gomes Barbosa Rocha Bernardes Thiengo	2018	Revista de Enfermagem da UFPE	O papel da espiritualidade e religiosidade no processo formativo da enfermagem, a fim de fornecer subsídios/ ferramentas para mediação do cuidado integral.

Scielo	enfermagem, espiritualidade UTI	Espiritualidade e dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.	Schleder; Parejo; Puggina; Silva	2013	Acta Paulista de Enfermagem	Os familiares utilizam estratégias de CRE (coping religioso/espiritual) positivas mais do que negativas durante o processo de hospitalização de um familiar em UTI, todos eles acreditam em Deus e a maioria crê que a espiritualidade tem ajudado a enfrentar o estresse da hospitalização.
Scielo	enfermagem, espiritualidade conforto	O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos	Arrieira; Thofehrn; Schaefer; Fonseca; Kantorski; Cardoso	2017	Revista Gaúcha de Enfermagem	O cuidado espiritual proporciona conforto e o encontro existencial entre a pessoa em cuidados paliativos e os profissionais da equipe que o cuidam.
Scielo	enfermagem, espiritualidade conforto	Espiritualidade e nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar	Arrieira; Thofehrn; Porto; Moura; Martins; Jacondino	2018	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A espiritualidade exercida pelos profissionais junto aos pacientes propiciou sentido ao seu trabalho em cuidados paliativos, mostrando-se um facilitador na formação de vínculos entre equipe, paciente e sua família.
Scielo	enfermagem, espiritualidade conforto	Espiritualidade e no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros	Evangelista; Lopes; Costa; Abrão; Batista; Oliveira	2016	Escola Anna Nery	Os enfermeiros reconhecem a importância da dimensão espiritual no atendimento de pacientes sob cuidados paliativos, no entanto, ainda existe despreparo para lidar com as questões espirituais.

RESULTADOS

A busca resultou em 6 artigos que mantêm coerência com a proposta do estudo. Os resultados foram divididos em duas categorias, sendo a primeira sobre a importância da espiritualidade para o cuidado em saúde e a segunda sobre a relação entre espiritualidade e conforto.

Categoria 1. A importância da espiritualidade para o cuidado em saúde.

Os estudos apontam que a espiritualidade é um importante mecanismo interno para o enfrentamento de adversidades e situações traumatizantes, funcionando como um agente harmonizador das relações interpessoais entre os profissionais de saúde que prestam seus

cuidados dentro da terapia intensiva, o que auxilia na modificação do modelo assistencial a partir do reconhecimento do outro como ser único e integral.

Categoria 2. Relação entre espiritualidade e conforto.

Os mesmos estudos revelam que a fé traz conforto e explica o que parece inexplicável no enfrentamento de situações difíceis, incluindo o processo de internação hospitalar em CTI dos pacientes e de suas famílias, que diante da insegurança e angústia vividos nesse processo, encontram em suas crenças e rituais, amparo e respostas para os questionamentos sobre o viver e o morrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o real significado da espiritualidade e sua importância dentro do cuidado integral, a vivência espiritual do paciente perante a sua realidade e como a espiritualidade do profissional enfermeiro pode contribuir para uma melhor assistência e para a valorização da espiritualidade do paciente. Através dessas considerações, aliadas a empatia, podemos fornecer um cuidado individual e integral, sem desconsiderar a importância da dimensão espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. Rev. Gaúcha Enferm. [online], Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017, vol. 38, n. 3. Epub 12-Abr-2018. ISSN 1983-1447. MATOS, JC. GUIMARÃES, SMF. Aplicação do cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos. Rev.Bras. Geriatr. Gerontol. 16 de janeiro de 2020. Disponível em: http://rbgg.com.br/edicoes/v22n5/RBGG%20v22n5%20PORT_2019-0186.pdf Acesso em: 20 de maio de 2020

Nascimento LC, Santos TFM, Oliveira FCS, Pan R, Flória-Santos M, Rocha SMM. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(1): 52-60.

PENHA, RM. SILVA, MJP. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos enferm. vol.21 no.2 Florianópolis Apr./Junho 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 20 de maio de 2020

Oliveira GR, Fittipaldi Neto J, Salvi MC, Camargo SM, Evangelista JL, Espinha DCM et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2014 Aug 02];11(2):140-4. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>

Sánchez MD, Bimbaum NC, Gutierrez JB, Bofill CG, Mora-Figueroa PB, Oliver EB. How professionals perceive spiritual care in palliative care teams in Spain? Med Paliat. 2016 Apr/June;24(2):63-71. DOI: 10.1016/j.medipa.2013.07.002

SCHLEDER, Letícia Preti; PAREJO, Lucinéia Stach; PUGGINA, Ana Cláudia; SILVA, Maria Paes. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta paul Enferm.* [online], Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2013; 26(1): 71-8. p. 72.

Jéssica Alves Machado

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Jessica Rocha Pereira da Silva

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Jordany Silva de Carvalho

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Larissa de Lara Nascimento

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Thamires Evangelista Nunes

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Helena Portes Sava de Farias

Docente de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes, o Sistema Único de Saúde (SUS) é descrito pelo Ministério da Saúde como “um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos”. O nosso sistema de saúde é total e completo e é utilizado por 80% da população brasileira, no SUS o conceito de saúde não é somente as enfermidades mas o ser humano como um todo, as ações do SUS são diversas e abrange, por exemplo, o controle de qualidade da água potável que chega à sua casa, na fiscalização de alimentos pela da Vigilância Sanitária nos supermercados, lanchonetes e restaurantes que você utiliza diariamente, na assiduidade dos aeroportos e rodoviárias, e inclusive, nas regras de vendas de medicamentos genéricos ou nas campanhas de vacinação, de doação de sangue ou leite materno que acontecem durante todo o ano. O objetivo desse estudo é agregar a população em relação aos seus direitos e deveres no nosso sistema público de saúde, assim promove com conhecimento a promoção da saúde e participação social, assim se tornando autônomo dos seus direitos e deveres a população contribui com a melhora do serviço e pode colaborar para um atendimento cada dia mais humanizado.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Direitos e Deveres do SUS; Ação Educativa.

INTRODUÇÃO

No ano de 1988 a Constituição Federal foi proclamada no Brasil com um amplo conceito de saúde, constituindo assim o Sistema Único de Saúde (SUS) no país. Este Sistema Único de Saúde consiste na agregação de intervenções e condutas realizadas

por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Em meio às lutas pela democracia, foi criado o SUS que é formado pelos princípios da universalidade que assegura o acesso aos meios de saúde, sem que haja diferenciação, seja ela por divergências sociais, culturais ou étnicas; da equidade, seguindo este princípio todas as pessoas são iguais perante ao SUS, porém possuem particularidades, o que ocasionam tratamentos diferentes; E da integralidade, trata da integração de serviços, ampliando o âmbito de atuação do SUS, englobando o fator econômico, social e cultural. Pois para fazer saúde é necessário saberes além do campo da saúde (BRASIL, 1990).

Para consolidar a proposta do SUS, foi elaborada a carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde, com os princípios; todo o cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; ao tratamento efetivo e adequado de acordo com sua necessidade; ao atendimento humanizado, que o protege de discriminação, e ao atendimento respeitoso. É de responsabilidade do cidadão para que o atendimento seja realizado de forma concordante; e aos gestores compete a defesa para que todos os princípios sejam acatados.

Uma das possíveis causas dos problemas de acesso à saúde pela população é a falta de empoderamento do paciente e o medo de represálias. As ações educativas e de esclarecimento de forma direta e coesa sobre direitos e deveres dos usuários do SUS precisam ser expandidos e chegar até os indivíduos nos mais diversos níveis sociais e econômicos, proporcionando segurança aos usuários, dando voz aos personagens principais da assistência, fortalecendo assim sua participação nos serviços, colaborando com as mudanças necessárias no cenário de saúde. A aquisição de conhecimento suficiente é fundamental para exercer habilidades e atitudes para reivindicação dos mesmos.

A enfermagem tem o papel fundamental de acolher o usuário ficando assim responsável por apresentar os dispositivos, meios e itinerários terapêuticos possíveis utilizados diante do tratamento, promoção e prevenção de possíveis problemas de saúde assim como também a reconstrução de valores e práticas organizacionais, para garantir e difundir os direitos e deveres, tendo em vista a qualidade do cuidado, a garantia de segurança do paciente, adesão e o vínculo estabelecido.

Sendo assim o presente estudo tem como objetivo informar a população sobre seus direitos e deveres enquanto usuários do SUS, abordando de forma remota todos os fundamentos constituintes do SUS. Tendo como intuito, promover influência na autonomia dos participantes, e que haja a disseminação de informações e conhecimentos nos seus grupos e âmbitos sociais, propagando bases de entendimento sobre o tema.

REFERENCIAL TEÓRICO

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Os princípios de diretrizes do SUS (Sistema único de Saúde) são encontrados na constituição federal de 1988, onde defende-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado, responsabilizando-se mediante de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação dos usuários.

São também de competência pública as intervenções e serviços de saúde como: regulamentação, fiscalização e controle, onde sua execução deve ser feita diretamente ou através de terceiros e, por pessoa física, jurídica de direito privado. Essas intervenções e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada de hierarquização que

constituem um sistema único, onde deve ser organizado de acordo com as diretrizes sendo elas: descentralização com direção única em cada esfera do governo, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistências e participação da comunidade.

Tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que o SUS deve se estabelecer, ou seja, são esses os meios pelos quais escolhemos atingir os objetivos do sistema de saúde brasileiro.

LEI Nº 8.080/1990

Em 1988, o SUS foi inserido na Constituição Federal recém-redigida e adquiriu regulamentação com as Leis Orgânicas de Saúde de nº 8080/90 e nº 8142/90, as quais instituíram formalmente os princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais o da participação social. A Lei 8080 de setembro de 1990 o explicitou e inseriu a ideia de controle social sobre a saúde (COELHO, 2012).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Além de assegurar a participação social, a legislação do SUS preconiza o acesso universal aos serviços, garantindo o direito à integralidade e à equidade nas ações de saúde.

Entre os objetivos do sus estão a divulgação e identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, formulação de políticas de saúde e assistência às pessoas através de ações de promoção e recuperação da saúde.

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art 6º - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A participação social nas políticas públicas de saúde, após a Constituição de 1988, por meio dos Conselhos de Saúde do SUS, foi analisada por Cohn e Bujdoso (2015). As autoras debatem vários temas relativos à natureza da participação social em saúde e destacam dois projetos políticos em disputa na implantação do SUS: o projeto neoliberal de esfacelamento dos direitos sociais; e o projeto de construção de direitos sociais, ditado pela Constituição de 1988. Embora a relação Estadosociedade seja intermediada pelo mercado de serviços de saúde, as autoras defendem a saúde como bem público, que deve ser democraticamente atingido, para além dos serviços e da cobertura assistencial.

CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

A carta dos direitos dos usuários da saúde (CDUS), tenciona a garantia do acesso de forma universal e igualitária às ações e serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em sua 198ª Reunião Ordinária, que foi realizada na data dezessete de junho de dois mil e nove (07.06.2009),

sendo um instrumento de empoderamento ao cidadão brasileiro, com o intuito de ofertar conhecimento de maneira mais abrangente dos seus direitos e deveres enquanto usuário.

A CDUS É COMPOSTA POR SEIS PRINCÍPIOS, SENDO ELES:

- I - Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- II - Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- III - Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- IV - Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- V - Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
- VI - Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2009).

Tendo em vista a relevância da construção da consciência política dos usuários do sistema no desenvolvimento do exercício da prática de seus direitos e deveres. Os princípios da carta dos direitos dos usuários do SUS destacam a importância da humanização, pois através da mesma, perfaz a possibilitação do avanço da consecução da autonomia do indivíduo em referência ao seu comprometimento no desempenho da mobilização, tornando-o assim eficaz e tendo a participação social de forma ativa.

METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza por uma pesquisa qualitativa que visa através de uma ação educativa explicar a população seus direitos e seus deveres no SUS. Para a realização do projeto foram escolhidos alguns artigos com temas semelhantes que serviu como embasamento para a organização do plano de intervenção assim como o conhecimento sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

A pesquisa qualitativa tende a colocar questões utilizando “o quê”, “como” e “porquê”, e a analisar as respostas no contexto da vida cotidiana e dos significados e explicações atribuídos por cada indivíduo ao fenômeno estudado. Das inúmeras áreas de valor da pesquisa qualitativa para a saúde salientam-se a sua relevância para a compreensão das experiências e sentimentos dos pacientes e seus familiares e para o estudo da organização dos serviços de saúde. De destacar, também, a sua importância para a análise crítica do exercício e formação dos profissionais de saúde, e o seu valor para o melhor planejamento, condução e execução de desenhos de estudo quantitativo (MINAYO, 2008).

O projeto buscou levar conhecimento a população de forma simples e eficaz, onde o usuário pode optar por ter acesso ao conteúdo de maneira remota (videoconferência), assim contribuindo para o seu empoderamento diminuindo possíveis problemas na sua assistência, além de ajudá-lo a entender seu papel como usuário e suas possíveis reivindicações.

A ação educativa elaborada a ser descrita neste trabalho foi reflexionada devido a vivências em âmbitos sociais das autoras em relação a um aglomerado de circunstâncias de determinadas situações de experiências pessoais e por relatos de terceiros. Através de um olhar holístico as situações vivenciadas e relatadas observaram-se muitas das intercorrências tinham de natureza a ausência do conhecimento de seus direitos e

deveres, assim não ocorrendo reivindicações propícias e condutas apropriadas para a solução dos problemas gerados. Contudo, foi pensado na essencial transcendência e contribuição social a elaboração de uma intervenção de empoderamento da população e todos os benefícios que poderia gerar. Desta forma, ocorreu inúmeras pesquisas teóricas acerca do assunto para que houvesse embasamento fundamentado para a criação de estratégias de forma dinâmica e interativa com o público.

RESULTADOS: PLANO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho tem como intuito gerar esclarecimentos para os usuários do SUS em relação aos seus direitos e deveres a fim de gerar a compreensão do seu papel no contexto do cuidado à sua saúde, estimulando o envolvimento de forma participativa e ampliando sua autonomia.

É de suma importância que a população tenha este conhecimento, para que saiba exigir seus direitos e praticar seus deveres de forma favorável e respeitosa. Pois reivindicando o cumprimento dos direitos contribui para a melhoria dos serviços e das ações de saúde, gerando bons resultados nos atendimentos e tratamentos. Conseqüentemente, tendo como resultado o cumprimento dos princípios e diretrizes do sistema único de saúde e a construção de um padrão de alta qualidade no atendimento.

Possuindo acesso ao conteúdo proposto neste trabalho, e dispondo da aquisição do mesmo, os usuários se tornam potenciais multiplicadores de conhecimento em interações com seus grupos sociais, disseminando informações e tornando mais abrangente a proposta de autonomia dos usuários do sistema único de saúde, sendo possível a mudança de condutas, e adquirindo a emancipação e empoderamento em relação à saúde.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Proposta da Ação Educativa	Apresentação de informações acerca do conteúdo.
Duração da Ação Educativa	Duas horas cada palestra.
Técnica	Palestra em plataforma online ou espaços físicos.
Descrição da Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do conteúdo; - Discurso sobre a importância do acesso às informações; - Apresentação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; - De forma dinâmica exemplificar os direitos e deveres enquanto usuários do SUS; - Esclarecer possíveis dúvidas e questionamentos; - Disponibilizar um formulário para levantamento de resultados;

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Ao final da palestra será disponibilizado este formulário a fim de desenvolver os resultados obtidos com a ação educativas.

FORMULÁRIO
DE EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS

NOME: _____ DATA: _____

RESPOSTA DE ACORDO COM OS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS NA PALESTRA

DIREITOS E DEVERES	FALSO	VERDADEIRO
DIREITO A SER ATENDIDO COM ORDEM E ORGANIZAÇÃO	()	()
NÃO É PERMITIDO O ACESSO A SEU PRONTUÁRIO	()	()
AS RECEITAS MÉDICAS NÃO PRECISAM ESTAR COM LETRA LEGÍVEL	()	()
DIREITO AO ATENDIMENTO HUMANIZADO E SEM DISCRIMINAÇÃO	()	()
É DEVER DO USUÁRIO TRATAR COM RESPEITO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	()	()
É DEVER FORNECER INFORMAÇÕES PRECISAS SOBRE SEU HISTÓRICO DE SAÚDE	()	()
NÃO É NECESSÁRIO NOTIFICAR MUDANÇAS DO ESTADO DE SAÚDE	()	()
CONHECER E RESPEITAR AS NORMAS DA INTUIÇÃO HOSPITALAR	()	()

FORMULÁRIO
DE EMPODERAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS

NOME: _____ DATA: _____

I. VOCÊ CONHECIA A CDUS? RESPOSTA: _____

II. JÁ TEVE ALGUM DIREITO NEGADO? SE SIM, QUAL? RESPOSTA: _____

III. QUAL ASSUNTO ABORDADO NA PALESTRA MAIS TE CHAMOU ATENÇÃO? POR QUÊ? RESPOSTA: _____

IV. ESTA PALESTRA FOI PROVEITOSA PRA VOCÊ? POR QUÊ? RESPOSTA: _____

(Elaborado e criado pelas autoras, 2020)

Segundo à técnica, um formulário é um método de pesquisa que consiste em um determinado número de perguntas elaboradas com objetivo para proporcionar aos pesquisadores a compreensão de determinado conhecimento acerca dos resultados alcançados.

A finalidade desses formulários elaborados consiste para o resultado da investigação do conhecimento dos usuários do SUS, esta coleta de informações e respostas aos questionamentos tem como principal objetivo a provocação de discussões. Por intermédio do apuramento dos mesmos será possível determinar as possíveis falhas no sistema para que os usuários tenham domínio do exercício dos seus direitos e deveres. Através desta intervenção é viável desenvolver planos com o intuito de agregar no que concerne o tema.

Contudo, a ação planejada tem destaque à mudança do contexto, visto que é necessário inserir os usuários nas contribuições ao sistema, os tornando corresponsáveis no processo da construção de um sistema de saúde eficiente.

CONCLUSÃO

Neste presente trabalho podemos reforçar a importância de conhecer seus direitos e deveres em relação ao Sistema Único de Saúde, concretamente o conhecimento proporciona emancipação para reivindicação dos direitos e conhecer os deveres. O SUS é composto por todos os procedimentos necessários para manutenção da saúde, porém ainda existem deficiências que precisam ser sanadas e cobradas por parte dos usuários.

No presente trabalho foi de extrema relevância e contribuição para a fundamentação do mesmo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, pois através deste referencial teórico ocorreu o embasamento do projeto de pesquisa, sendo assim possível compartilhar informações de cunho legal de forma assertiva.

Como proposta de implementação as palestras informativas disseminam as informações necessárias para que a população saiba que caminho tomar para que seus direitos sejam garantidos. As palestras trazem ao público todo o funcionamento do Sistema Único de Saúde, procedimentos e como se conseguir cada atendimento. E quando se sentir lesado também poderá recorrer da maneira correta. Possuir este tipo de informação impede qualquer tipo de retaliação em seus atendimentos e lhe dá autonomia para agir de acordo com seus direitos e deveres.

Sendo assim, ao final de cada palestra espera-se que os participantes absorvam favoravelmente a temática apresentada, os tornando disseminadores de conhecimento e informações de essencial importância para a manutenção da vida com qualidade, e indivíduos empoderados com autonomia e fundamentação das suas ações relacionadas à sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional** n. [s.l.: s.n.], 2000. <https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emendaconstitucionaln29.pdf>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

BRASIL. **Lei no 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Princípios e conquistas SUS Sistema único de Saúde**. BRASÍLIA: José Serra, 2000.-<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 25 Nov. 2020. WWW.STUDIOGT.COM.BR, STUDIOGT-Desenvolvimento de sites-.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS)** | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. www.saude.mg.gov.br. <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>.

CAMPOS, CJG; SIQUEIRA, C. **Investigação qualitativa: perspectiva geral e importância para as ciências da nutrição**. Acta Portuguesa de Nutrição, n. 14, p. 30–34, 2018.

CASTRO, B. C. S. et al. **Direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde: relato de experiência**. REFACS, Uberaba, MG, v. 7, n. 1, p. 109-116, 2019. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3541>. Acesso em: 26 de novembro de 2020. DOI: 10.18554/refacs.v7i1.3541

Desinformação sobre saúde impera no Brasil. Panorama Farmacêutico. <<https://panoramafarmaceutico.com.br/2018/07/06/desinformacao-sobre-saude-impera-entre-os-brasileiros/>>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

Entenda a importância e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). www.femama.org.br. <https://www.femama.org.br/site/br/noticia/entenda-a-importancia-e-funcionamento-do-sistema-unico-de-saude-sus-?gclid=CjwKCAiA_L9BRBQEiwA-bm5fkFYdbT9eT8T5WgxoCdy2HqEmwWC1cdkfWWNUAPui4pWRY1k5ijGexoCmZUQA vD_BwE>. Acesso em: 26 Nov. 2020. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 26 Nov. 2020.

FIOCRUZ. SUS: **O que é? Leia mais no PenseSUS** | Fiocruz. [pensesus.fiocruz.br](https://pensesus.fiocruz.br/sus). <<https://pensesus.fiocruz.br/sus>>.

Andreia Batista Farias

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Isabella de Lara Rosa da Silva

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Wanderson Corrêa da Silva

Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

Eluana Borges Leitão de Figueiredo

Docente de Enfermagem no Centro Universitário Augusto Motta
Rio de Janeiro-RJ

RESUMO

A violência presente nas relações interpessoais tem merecido lugar de destaque entre as preocupações dos profissionais da saúde por ser considerada um problema de saúde pública. A impunidade, o medo, a vergonha e, muitas vezes, a dependência financeira ou afetiva, fazem com que muitas mulheres se calem diante da violência, completa. Diante desse complexo fenômeno da violência, amplamente presente na sociedade, encontra-se a violência contra a mulher, relacionadas ocorrências de violência física, psicológica e sexual. No entanto, a violência psicológica esteve sempre presente através de ameaças, humilhações e ofensas, a complexidade das questões envolvidas na dinâmica da violência resulta em desigualdades de autonomia, posições e de direitos. O enfrentamento à violência contra a mulher não pode se restringir ao acolhimento das denúncias. Esforços devem ser direcionados para o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, bem como para a ampla divulgação dos serviços disponíveis, a capacitação dos trabalhadores da saúde para identificar situações de risco, de modo a não reafirmar orientação para o isolamento doméstico nessas situações, e a expansão e o fortalecimento das redes de apoio, incluindo a garantia do funcionamento e ampliação do número de vagas nos abrigos para mulheres sobreviventes. Sendo assim, as ações do enfermeiro devem potencializar a assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência como o acolhimento com escuta qualificada, percepção das lesões através de exame físico, atendimento multidisciplinar e encaminhamentos efetivos. Em contrapartida foi identificado que alguns artigos identificaram as fragilidades do atendimento do enfermeiro às mulheres vítimas de violência ao despreparo do profissional frente aos atendimentos, rotatividade dos profissionais da ESF, encaminhamentos ineficazes, falta de protocolos institucionais, desconhecimento e ou ausência de notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados, percebe-se certo distanciamento do enfermeiro entre teoria/prática e evidente falta de compromisso institucional em dar aporte técnico às equipes de saúde. Sendo assim, faz-se necessário que os serviços de saúde de em maior destaque ao combate e à prevenção da violência, permitindo assim a melhoria da assistência proporcionada. Dando continuidade do que foi produzido por Neto et al, a

integridade social é essencial na abordagem e prestação de cuidados às mulheres em situação de violência. A violência está presente no contexto da família e as enfermeiras devem procurar resgatar os vínculos dessa mulher com aqueles que estiverem mais acessíveis a ela, encorajando-a na busca por parentes ou instituições, desafio para as enfermeiras é buscar uma rede social para a mulher em uma comunidade carente de recursos econômicos e sociais, para isso se faz importante considerar a multidisciplinaridade do atendimento.

Descritores: Violência doméstica, Saúde da Mulher, Ações do Enfermeiro

INTRODUÇÃO

O estudo aborda a violência doméstica contra a mulher: contribuições para ações assistenciais do enfermeiro, com objetivo de investigar o conhecimento desse profissional acerca dos serviços de atendimento às mulheres em tal situação.

Entende-se, que apesar da violência doméstica contra mulher ser tratada como um problema contemporâneo, tal acontecimento é histórico, pois isso acontece desde os primórdios da sociedade. Fato que transgride os direitos humanos por trata-se de um fenômeno sócio-histórico global, multifatorial, complexo, arraigado na desigualdade entre os sexos. (AMARIJO, et al 2020).

Segundo relatório do Núcleo de Estudos da Violência da USP (NEVUSP, 2018), no ano de 2017, em média, 12 mulheres foram assassinadas por dia no Brasil, um dado alarmante, pois representa um aumento de 6,5% dos casos em relação a 2016. Com um total de 4.473 homicídios dolosos, sendo 946 casos de feminicídio, ou seja, uma taxa de 4,3 mortes por 100 mil pessoas do sexo feminino, fazendo o Brasil ocupar o 7º lugar entre os países mais violentos do mundo, dentre 87 nações, em relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Lei Maria da Penha nº 11.340/2006, tem como objetivo principal proporcionar instrumentos para “coibir, prevenir e erradicar” a violência doméstica e familiar contra a mulher, garantindo sua integridade física, psíquica, sexual, moral e patrimonial, a conhecida violência de gênero.

Entende-se que o enfermeiro tem um papel de suma importância na assistência à mulher vítima de violência doméstica, haja vista ser o profissional que tem o primeiro contato com ela. A atuação dele tem como intuito promover confiabilidade e condições favoráveis para a recuperação da saúde, no âmbito da brutalidade sofrida (PAZ et al, 2018).

Desde a entrada em vigor da Lei Maria da Penha, houve impacto positivo ao trazer a violência para o debate social, e ao encorajar as vítimas a denunciarem os agressores. O princípio legal tem um importante caráter pedagógico ao punir os agressores de maneira mais gravosa e efetiva, o que contribui para reduzir a violência contra as mulheres, embora acabe com ela, como se percebe diariamente nas manchetes da imprensa. Isso exige o reforço de algumas medidas já adotadas, a criação de outras e o desenvolvimento de projetos de prevenção e proteção dos direitos humanos, já que a violência doméstica contra as mulheres fere não somente sua integridade física e psicológica, mas, também, afronta sua condição de sujeito de direitos (MADERS; ANGELIN, 2014).

Compreende-se que a violência contra a mulher é considerada um grave problema, já que existe uma cultura machista proveniente de uma lógica respeitada pela organização social, na qual a violência de gênero está ligada a estereótipos referentes ao comportamento masculino. Na assistência à vítima os enfermeiros, quase sempre, são os primeiros no auxílio às mulheres em situação de violência doméstica. Para tanto, essa categoria profissional necessita ter conhecimento e preparação para orientação no que se

refere o combate à violência. O enfermeiro tem a responsabilidade de identificar os casos, prestar assistência, promover orientações para a busca de soluções, bem como realizar os devidos encaminhamentos a órgãos e instituições com interface nesse atendimento. (AMARIJO et al, 2020).

Diante dessa situação, espera-se que o enfermeiro contribua de forma clara e concisa e com olhar acolhedor, considerando que o serviço de saúde deve estar voltado para integralidade do atendimento às mulheres, proposto pelo SUS. Nesse sentido, os profissionais de saúde deverão predispor que as pacientes tenham a oportunidade de sair da condição de violência.

Dessa maneira, o tema, em epígrafe, torna-se relevante e justifica-se, pois, por intermédio da pesquisa pode-se nortear ações do enfermeiro para melhor orientação às mulheres vítimas de violência doméstica.

Mediante o tema temos como questão norteadora: Quais são as condutas adotadas por um enfermeiro diante da mulher vítima de violência, ao analisarmos um recorte da literatura disponível?

O Objetivo Geral do trabalho é analisar as potencialidades na assistência da enfermagem à mulher vítima de violência doméstica.

Já o objetivo específico é:

Identificar as estratégias assistenciais da enfermagem na assistência à mulher vítima de violência.

REFERENCIAL TEÓRICO

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA UM DIÁLOGO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A violência presente nas relações interpessoais tem merecido lugar de destaque entre as preocupações dos profissionais da saúde por ser considerada um problema de saúde pública. Organização Mundial da Saúde (OMS), ao publicar o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2019, define a violência como o uso intencional de força ou de poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações (KRUG et al. 2019).

O serviço de utilidade pública oferecido pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), o Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher) recebeu 92.663 denúncias de violações contra mulheres em 2018. Os números apresentados foram extraídos do Sistema Integrado de Atendimento à Mulher. Já nos primeiros seis meses de 2019, o canal recebeu 46.510 denúncias, um aumento de 10,93% em relação ao mesmo período do ano anterior. Os dados foram registrados pela Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, do ministério (BRASIL, 2019).

Para a ministra Damares Alves, é importante observar que existe no país uma preocupação quanto ao aumento no registro de violações contra o segmento feminino. Para ela, esses números podem ir muito além dos apontados, sendo essa mais uma barreira a ser vencida. “A impunidade, o medo, a vergonha e, muitas vezes, a dependência financeira ou afetiva, fazem com que muitas mulheres se caleem diante da violência”, completa. Neste contexto, a titular do MMFDH ressalta a importância do acolhimento e da implementação de políticas públicas efetivas. Elucida, ainda, que o órgão possui em sua estrutura a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SNPM), com ações específicas para o segmento (BRASIL, 2019).

Diante desse complexo fenômeno da violência, amplamente presente na sociedade, encontra-se a violência contra a mulher, relacionado a ocorrências de violência física, psicológica e sexual. Nos episódios de agressões físicas as participantes da pesquisa

referiram ser agredidas por meio de socos, empurrões, ou ainda com facas. No entanto, a violência psicológica esteve sempre presente através de ameaças, humilhações e ofensas, a complexidade das questões envolvidas na dinâmica da violência resulta em desigualdades de autonomia, de posições e de direitos (ZANCAN, WASSERMANN, LIMA, 2013).

É importante ressaltar que a violência conjugal é de caráter multifatorial, tendo em vista os diversos fatores correlacionados. Desse modo, não podemos falar de uma causa única, o abuso de substâncias como álcool e/ou outras drogas e o ciúme por parte do parceiro são fatores importantes que contribuem como causas da violência. O ciúme provoca aumento da tensão entre o casal, demonstrando um caráter de dominação e posse. Quando os agressores estão alcoolizados, muitas vezes as mulheres não os denunciam por considerá-los outra pessoa naquele momento (IDEM, 2013).

Corroborando com essa citação o estudo realizado por Santos et al (2020), evidenciou as elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo, praticadas ao longo da vida, a associação das violências psicológica, física e sexual com as condições sociodemográficas, comportamentais e experiências pessoais e maternidade violência. O Estado e a sociedade devem ser mobilizados para garantir às mulheres brasileiras o direito a viver sem violência. Embora estejam alijadas aos processos de tomada de decisão, as mulheres são a maioria da população brasileira e compõem a maior parte da força de trabalho em saúde. Logo, elas têm papel fundamental para a superação da pandemia e de suas graves consequências sanitárias, econômicas e sociais (VIEIRA, GARCIA e MACIEL, 2020).

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PERFIL DOS TIPOS DE VIOLÊNCIAS

Brasil (2006), relata no Art. 7º que as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras são: violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

O inciso II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocionais e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

O inciso III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

O inciso IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

O inciso V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Brasil (2018), altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para reconhecer que a violação da intimidade da mulher também configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado.

Além dessas classificações, a violência pode ser definida considerando a qual grupo ou pessoa ela é direcionada. Neste sentido, os conceitos de violência doméstica, violência no casal, violência nas relações afetivas, violência contra mulheres, violência intrafamiliar e violência por parceiros íntimos. Alguns desses termos são entendidos como sinônimos, no entanto podem guardar algumas diferenças importantes (COELHO, SILVA, LINDERG, pág. 22. 2014).

Importante ressaltar que, o número de ocorrências de violência contra a mulher aumentou em seis estados (São Paulo, Acre, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Pará), em comparação ao mesmo período em 2019.

Só no Estado de São Paulo, onde a quarentena foi adotada no dia 24 de março, a Polícia Militar registrou um aumento de 44,9% no atendimento a mulheres vítimas de violência, o total de socorros prestados passou de 6.775 para 9.817. Casos de feminicídios também subiram, de 13 para 19. (IPEIA,2020).

CONTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES ASSISTÊNCIAS DO ENFERMEIRO FRENTE A VIOLÊNCIADOMÉSTICA

O enfrentamento à violência contra a mulher não pode se restringir ao acolhimento das denúncias. Esforços devem ser direcionados para o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, bem como para a ampla divulgação dos serviços disponíveis, a capacitação dos trabalhadores da saúde para identificar situações de risco, de modo a não reafirmar orientação para o isolamento doméstico nessas situações, e a expansão e o fortalecimento das redes de apoio, incluindo a garantia do funcionamento e ampliação do número de vagas nos abrigos para mulheres sobreviventes. As redes informais e virtuais de suporte social devem ser encorajadas, pois são meios que ajudam as mulheres a se sentirem conectadas e apoiadas e também servem como um alerta para os agressores de que as mulheres não estão completamente isoladas (VIEIRA, GARCIA e MACIEL, 2020).

Segundo Leite, et al (2019), os profissionais de saúde que atuam na atenção primária de saúde, tornam-se necessário o desenvolvimento de ações conjuntas no enfrentamento ao álcool e outras drogas, bem como na abordagem às questões de gênero, visando fortalecer e promover um maior empoderamento das mulheres, de modo que os homens compreendam, com respeito, a igualdade de direitos e os diferentes papéis da mulher na sociedade.

Sendo assim, as ações do enfermeiro devem potencializar a assistência de enfermagem a mulheres vítimas de violência como o acolhimento com escuta qualificada, percepção das lesões através de exame físico, atendimento multidisciplinar e encaminhamentos efetivos (PAZ et al. 2015).

Em contrapartida, no mesmo artigo identificou que alguns artigos identificaram as fragilidades do atendimento do enfermeiro às mulheres vítimas de violência ao despreparo do profissional frente aos atendimentos, rotatividade dos profissionais da ESF, encaminhamentos ineficazes, falta de protocolos institucionais, desconhecimento e ou ausência de notificação compulsória dos casos suspeitos e confirmados, percebe-se certo distanciamento do enfermeiro entre teoria/prática e evidente falta de compromisso institucional em dar aporte técnico às equipes de saúde. Sendo assim, faz-se necessário

que os serviços de saúde deem maior destaque ao combate e à prevenção da violência, permitindo assim a melhoria da assistência proporcionada (IDEM, 2015).

No entanto, em outro artigo produzido por Netto et al (2018), foi possível identificar que a enfermagem e demais profissionais de saúde precisam ter determinado grau de sensibilidade para lidar com essas mulheres. Não é possível resolver essa problemática de forma prática, rápida e eficaz, como é realizado comunitários outros agravos à saúde. O profissional precisa compartilhar suas emoções, tendo como principal resultado dessa conduta que a mulher se sinta mais bem amparada e poderá falar com clareza sobre as suas demandas de atenção à saúde.

Dando continuidade do que foi produzido por Netto et al (2018), a integridade social é essencial na abordagem e prestação de cuidados às mulheres em situação de violência. A violência está presente no contexto da família e as enfermeiras devem procurar resgatar os vínculos dessa mulher com aqueles que estiverem mais acessíveis a ela, encorajando-a na busca por parentes ou instituições, desafio para as enfermeiras é buscar uma rede social para a mulher em uma comunidade carente de recursos econômicos e sociais, para isso se faz importante considerar a multidisciplinaridade do atendimento.

É possível compreender que as estratégias realizadas pelo enfermeiro com essa população estão relacionadas a uma escuta qualificada, estimular a mulher ser reconhecida como protagonista de sua história, estimular a expressar seus medos e anseios, implementar estratégias de rodas de conversar com uma equipe multidisciplinar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. O levantamento de dados foi realizado por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os Descritores: Violência Doméstica, Mulher, Atenção Primária à Saúde. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: Artigos publicados no idioma português, no recorte temporal compreendido no período de 2015 a 2020 e disponibilizados sob forma de texto completo. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos e que não atendiam ao objetivo do estudo e os pacientes não eram do gênero mulher.

RESULTADOS

A partir dos descritores selecionados no DECS e dispostos na BVS combinados a partir do operador booleano "and" foram gerados em trio, sendo encontrados 127 artigos. Realizado processo de inclusão e exclusão conforme determinado no método, no final da filtragem foi possível ficar com somente 10 artigos que atendiam ao objetivo do estudo.

Categoria 1: Dificuldades identificadas pelo enfermeiro quanto ao cuidado à mulher vítima de violência doméstica.

As dificuldades encontradas pelos enfermeiros do que atuam na ABS as mulheres vítimas de violência doméstica estão relacionadas, por vezes que as mesmas não acreditam que seus parceiros são capazes de tal ato, mesmo sofrendo diariamente, e a dificuldade para entender os tipos de violência de natureza doméstica, que caracteriza atos criminais. A falta do profissional capacitado para compreender o processo de notificação.

Categoria 2: Práticas de cuidado do enfermeiro frente a mulher vítima de violência doméstica na Atenção Básica de Saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que ações cuidadoras do Enfermeiro na Atenção Básica em Saúde, ao gênero mulher que sofre violência doméstica, deve ser focada como uma estratégia de articulação, notificação aos órgãos responsáveis legais, criando vínculo, e que estratégias de enfrentamento da violência, deve intervir em ações que auxiliem as mulheres vítimas de violência a lidarem com o cotidiano pós-violência, nos cuidados fisiológicos, psicoemocionais e sociais. Faz-se necessário que os serviços de saúde deem maior destaque ao combate e à prevenção da violência, permitindo assim a melhoria da assistência proporcionada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARIJO, C.L; FIGUEIRA, L.B; MINASI, A.S.A; MEDEIROS, S.P; RAMOS, A.L; BARLEM, E. L.V. Serviços de atendimento a mulheres em situação de violênciadoméstica/ **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1306-1323 jan./feb. 2020. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/7174>. Acesso: 02 de abril de 2020.

BARLEM, E. L.V. Serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica/ **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.1306-1323 jan./fev. 2020. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/7174>. Acesso: 02 de abril de 2020.

BRASIL. **Balanco ligue 180**: 1o Semestre de 2019. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres/ Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos ,2019. p. 24. Disponível: www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-lique-180. Acesso em: 24/05/2020

BRASIL. **Lei nº 13.772 de 19 de dezembro de 2018**. Ministério dos direitos Humanos - MDH; Ministério Extraordinário da Segurança Pública - MESP; Ministério da Justiça

– MJ. Disponível:
https://legislacao.presidencia.gov.br/ficha/?/legisla/legislacao.nsf/viiv_identificacao/lei%2013.772-2018&opendocument. Acesso: 3/06/2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria d Penha: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher... Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 ago. 2006.

COELHO, E.B.S.; SILVA, A.C.L.G.; LINDNER, S.R. **Violência: definições e tipologias** [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p. Disponível: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf

LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **REV BRAS EPIDEMIOL** 2019; 22: E190056. Disponível: www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190056.pdf. Acesso: 24/05/2020.

PAZ, C.T, et al. **Violência contra mulher**: contribuições para a efetivação da assistência de enfermagem. Disponível: www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream. Acesso: 24/05/2020

MADERS, A M.; ANGELIN, R. Direitos humanos e violência doméstica contra as mulheres: oito anos de encontros e desencontros no Brasil. **Faces de Eva. Estudos sobre a mulher**. Ano 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php>.

NETTO, L.A et al. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Rev Min Enferm.** 2018;22: e-1149. Disponível: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1292>. Acesso em: 24/05/2020.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLENCIA DA USP (NUVESP). **Monitor da Violência**: levantamento sobre assassinatos de mulheres em 2017. Disponível em: [www.http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/monitor-da-violencia-l](http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/monitor-da-violencia-l) Acesso em 02 de abril de 2020.

SANTOS, I.B et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária **Revista: Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1935-1946, 2020 Disponível: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1935.pdf>. Acesso 24/05/2020

VIEIRA, P.R., GARCIA, L.P., MACIEL, E.L.N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **REV BRAS EPIDEMIOL** 2020; 23. Disponível: <https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200033/pt>. Acesso 24/05/2020

ZACAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Revista: Pensando fam.** vol.17 no.1 Porto Alegre jul. 2013. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/> Acesso em: 25/05/2020

KRUG, E. G., et al. (2019). **World report on violence and health**. World Health Organization, Geneva. Disponível: www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download Acesso: 24/05/2020




epilaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-24-3



CPL