



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

**Organizadora:
Cindy J S Ferreira**



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL



Volume 1

Organizadora:
Cindy J S Ferreira



Editora Omnis Scientia

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadora

Cindy J S Ferreira

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e
confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

S255 Saúde pública no Brasil: um panorama atual [recurso eletrônico] / organizadora Cindy J. S. Ferreira. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-764-8
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8

1. Saúde pública - Brasil. 2. Pessoal da área de saúde - Formação. 3. Política de saúde - Brasil.
4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ferreira, Cindy J. S. II. Título.

CDD22: 362.1098142

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946 definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades” e, portanto, a saúde pública está intimamente ligada nesta definição, uma vez que é a grande responsável por associar todo o conjunto de medidas que são executadas pelo Estado, para garantir o bem-estar físico, mental e social de toda a população brasileira.

Nesta perspectiva, é importante que profissionais da saúde tenham a compreensão do valor da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na solução dos problemas de ordem de saúde pública, associando as mais diversas áreas de conhecimento na intenção de produção e aperfeiçoamento do conhecimento, além da resolução ou até mesmo cura das doenças, e com conseqüente melhora da qualidade de vida da população.

Sendo assim, os profissionais da saúde necessitam de constante atualização em relação ao conhecimento científico que está sendo gerado no Brasil, complementando a formação de um profissional ou estudante, através da amplitude e domínio do conhecimento que é gerado a partir dos mais variados temas que compõem o campo da saúde pública brasileira. À vista disso, o volume 1 de 2022, traz a proposta de uma educação continuada para profissionais e estudantes, representando boa parte da demanda do conteúdo científico gerado no Brasil através de artigos técnicos e científicos, com o tema “SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UM PANORAMA ATUAL”.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 15, intitulado “ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?”.

SÚMÁRIO

CAPÍTULO 116

PERFIL DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FATORES DE RISCOS RELACIONADOS

Tiffany de Albuquerque Ribeiro

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Fátima Helena do Espírito Santo

Cleisiane Xavier Diniz

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/16-28

CAPÍTULO 229

RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS CLIMÁTICAS DE MACEIÓ COM AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Ana Cecília Silvestre da Silva

Iara Maria Ferreira Santos

Mylena Cristina Clementino Albuquerque

Rosana Alves Ferreira Nunes Mendes

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/29-42

CAPÍTULO 343

PERCEPÇÃO MATERNA SOBRE AMAMENTAÇÃO E INTRODUÇÃO PRECOCE DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Társila Estefânia Gomes Rodrigues

Larissa Grace Nogueira Serafim de Melo

Raísa Acácio França Costa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/43-55

CAPÍTULO 4	56
ASPECTOS NUTRICIONAIS DE PACIENTES COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO	
Gleidison Andrade Costa	
Eliakim do Nascimento Mendes	
Camila Araújo Pereira	
Paula Francinette Fernandes Aguiar	
Bianca Guedes Silva Almeida	
Gabriela Sander de Sousa Nunes Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/56-71	
CAPÍTULO 5	72
OS DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA COM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DAS CRIANÇAS	
Bárbara Duarte Cangussu	
Gabriela Abreu Murad	
Isabela Viana Gonçalves	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/72-80	
CAPÍTULO 6	81
SOFTWARES ABERTOS COLABORATIVOS EM ENFERMAGEM	
Alice Andrade Antunes	
Bruna Dantas Diamante Aglio	
Carlos Luiz Dias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/81-96	
CAPÍTULO 7	93
COMPREENSÃO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SUS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU	
Patrícia Pereira Tavares de Alcantara	
Nadiene de Matos Oliveira	
Herlys Rafael Pereira do Nascimento	

John Carlos de Souza Leite
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/93-104

CAPÍTULO 8105

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER SOB A PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Daiana de Freitas Pinheiro
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Estefani Alves Melo
Mariana Andrade de Freitas
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/105-115

CAPÍTULO 9116

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara
Patrícia Alves de Andrade
Rachel Cardoso de Almeida
Maria Regilânia Lopes Moreira
Francisca Evangelista Alves Feitosa
Mariana Andrade de Freitas
Estefani Alves Melo
Maria Anelice de Lima

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/116-127

CAPÍTULO 10	128
COVID-19 EM ADOLESCENTES: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS CASOS CONFIRMADOS NO NORDESTE DO BRASIL	
Brena Shellem Bessa de Oliveira	
Ires Lopes Custódio	
Francisca Elisângela Teixeira Lima	
Sabrina de Sousa Gurgel Florencio	
Glaubervania Alves Lima	
Kirley Kethellen Batista Mesquita	
Ana Barbosa Rodrigues	
Patricia Neyva da Costa Pinheiro	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/128-142	
CAPÍTULO 11	143
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL: PERCURSO HISTÓRICO, AVANÇOS E DESAFIOS DA ATUALIDADE	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Vanessa Sá Leal	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/143-153	
CAPÍTULO 12	154
A RELAÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	
Iana Carolina Meira Barboza	
Francisco Fábio Bezerra de Oliveira	
Ludmila Araújo Rodrigues de Lima	
Maria Misrelma Moura Bessa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/154-164	

CAPÍTULO 13	165
INDICADORES DE SAÚDE DO IDOSO: CONTEXTUALIZAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA A SAÚDE PÚBLICA	
Iara Maria Ferreira Santos	
Cidênia Mônica Soares de Souza	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/165-177	
CAPÍTULO 14	178
O PAPEL DA FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Cecília Gonçalves de Souza	
Igor Lucas Geraldo Izalino de Almeida	
Keity Lamary Souza Silva ³ ;	
Débora Fernandes de Melo Vitorino	
Henrique Silveira Costa	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/178-194	
CAPÍTULO 15	195
ESCOMBROS DA SAÚDE MENTAL: ALGO AINDA ESTÁ DE PÉ?	
Marcella Dantas Ribeiro	
Mariana Nathália Gomes de Lima	
Lucas Lima de Medeiros	
Raphaella Christine Ribeiro de Lima	
Elieudes Alves Teté dos Santos	
Elânia Vanderlei da Silva	
Kary Roberta Silva Ramos	
Railton Florencio De Moura Farias	
Raíssa Andrade De Araújo Silva	
Mariana Guimarães Dos Santos	
Paula Regina Lima de Moraes Pergentino	
DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/195-205	

CAPÍTULO 16206

SAÚDE MENTAL NO PÓS PANDEMIA: UMA QUESTÃO EMERGENTE

Mônica Vicente de Souza

Francisco das Chagas Maciel

Thainara Santos de Oliveira

Alessandra Gonzaga Ramos

Monikelle Costa Rocha

Livia de Jesus Vasconcelos

Gemima Lima Pereira

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/206-211

CAPÍTULO 17212

IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NO COMPORTAMENTO DE CÃES E GATOS EM SERGIPE

Lívia Santos Lima

Jéssica Layane Oliveira Fontes

Anita de Souza Silva

Renata Rocha da Silva

Roseane Nunes de Santana Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/212-222

CAPÍTULO 18223

PARTO PREMATURO NO BRASIL: UMA REVISÃO DA LITERATURA CONTEMPLANDO O CENÁRIO ATUAL

Ana Carolina Melo Franco Sleumer Hamacek

Luana Costa Vieira

Rachel Barros Pinheiro

Liv Braga de Paula

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/223-231

CAPÍTULO 19232

CONTROLADORES DE ELITE COMO ESTRATÉGIA DE CURA DO VÍRUS HIV

Andressa de Oliveira Rosa

Xisto Sena Passos

Mariana Félix Prudente

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/232-241

CAPÍTULO 20242

**INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SEXO:
REVISÃO DE LITERATURA**

Antônio Bertolino Cardoso Neto

Dilma Aparecida Batista Ferreira

Mariana Machado dos Santos Pereira

Juliano Fábio Martins

Ana Paula da Silva Queiroz

Thays Peres Brandão

Márcio Paulo Magalhães

Paula Cardinale de Queiroz Romão

Cristiano Vieira Sobrinho

Maxwel Soares Santos

Carolina Peres Brandão

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/242-251

CAPÍTULO 21252

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERECIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA COM O DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE**

Camilly Helena Fiusa Tenório

Maria Alexsandra Silva dos Santos

Fabiana Aparecida Vilaça

Adriano dos Santos Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/252-266

CAPÍTULO 22267

AÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS PREVENTIVAS AOS RISCOS OCUPACIONAIS CAUSADOS PELA PANDEMIA DE COVID-19 A PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Isadora Fernandes da Costa

Rosirene Maria Fernandes da Costa

Isilda Soares

Marilurdes Silva Farias

Maura Magda Cucolicchio Guedes Barreto

Leandra Andréia de Sousa

José Renato Gatto Júnior

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/267-312

CAPÍTULO 23313

ADESÃO ÀS CONSULTAS DE PUERICULTURA EM COMUNIDADE RURAL NO SERTÃO PERNAMBUCANO

Maria Clara de Brito Cabral

Davi Pedro Soares Macedo

Ícaro Oliveira Bandeira

João Antônio Gonçalves Filho

Maria Clara da Silva Rodrigues

Natalya Wegila Felix da Costa

Sarah Soares de Melo

Maria Misrelma Moura Bessa

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/313-322

CAPÍTULO 24323

ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA VACINA HPV: DISPONÍVEL NOS POSTOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOÃO LISBOA (MA)

Ana Maria Ferreira dos Santos Torres

Célia Matos de Oliveira

Juciana Ferreira dos Santos Torres

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/323-335

CAPÍTULO 25336

PANORAMA DA PENICILINA NO BRASIL E NO MUNDO

Flávio Gomes Figueira Camacho

DOI: 10.47094/978-65-5854-764-8/336-341

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Patrícia Pereira Tavares de Alcantara¹;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

Patrícia Alves de Andrade²;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/5103101156325885>

Rachel Cardoso de Almeida³;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/4751940320620197>

Maria Regilânia Lopes Moreira⁴;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1913355108075101>

Francisca Evangelista Alves Feitosa⁵;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6473337304124878>

Mariana Andrade de Freitas⁶;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8447284915854382>

Estefani Alves Melo⁷;

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1942432920576503>

Maria Anelice de Lima⁸.

Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/0866017086984290>

RESUMO: A violência contra a mulher é um problema de saúde pública que merece atenção dentro da Estratégia Saúde da Família, haja vista seu caráter de porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Diante disso, objetivou-se conhecer a atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família frente o atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica. Para tanto, tem-se como método um estudo descritivo e qualitativo, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família do interior Cearense com 8 profissionais da referida unidade de saúde. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada com questões acerca da atuação dos profissionais frente a violência contra a mulher. Os dados foram analisados conforme o referencial de análise categorial de Minayo. Foram obedecidas as medidas preventivas com relação ao coronavírus, bem como, os preceitos éticos das resoluções 466/2012 e 510/2016. Os dados geraram as seguintes categorias temáticas: i) Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher e ii) Percepções acerca das capacitações sobre violência doméstica contra a mulher. As principais fragilidades estão ligadas ao medo tanto da vítima quanto do profissional e a potencialidade que mais se destaca se relaciona ao vínculo criado com a mulher. Compreende-se que ações de capacitação sobre o assunto são indispensáveis para potencializar a uma assistência eficaz a mulher em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Atenção Primária a Saúde; Interdisciplinaridade.

PERFORMANCE OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS IN CARE FOR WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

ABSTRACT: Violence against women is a public health problem that deserves attention within the Family Health Strategy, given its character as a gateway to the Unified Health System. In view of this, the objective was to know the performance of the professionals of the Family Health Strategy in the care of women victims of domestic violence. For this purpose, a descriptive and qualitative study is used as a method, carried out in a Family Health Strategy in the interior of Ceará with 8 professionals from the aforementioned health unit. A sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script were applied with questions about the work of professionals in the face of violence against women. Data were analyzed according to Minayo's categorical analysis framework. Preventive measures regarding the coronavirus were followed, as well as the ethical precepts of resolutions 466/2012 and 510/2016. The data generated the following thematic categories: i) Experiences in cases of domestic violence against women and ii) Perceptions about training on domestic violence against women. The main weaknesses are linked to the fear of both the victim and the professional and the potential that stands out the most is related to the bond created with the woman. It is understood that training actions on the subject are essential to enhance effective assistance to women in situations of violence.

KEY-WORDS: Violence against women; Primary Health Care; Interdisciplinarity.

INTRODUÇÃO

A Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) é um problema de saúde pública, que se faz presente mundialmente e possui sua causalidade inserida na problemática das diferenças de gênero (SOUZA; REZENDE, 2018). Estas diferenças são fruto de uma cultura patriarcal, que coloca o homem como o centro do poder e, em contrapartida, resume a mulher à submissão a uma figura masculina, seja pai, avô ou marido (ALI; NAYLOR, 2013).

Após anos de lutas travadas especialmente a partir dos anos 70 pelo movimento feminista, a violência doméstica, que até então era naturalizada no seio social, passou a ganhar destaque, ainda que aos poucos (OLIVEIRA, 2017). E, somente em 2006, houve a promulgação da Lei Nº 11.340/2006, baseada no caso de tentativa de homicídio de Maria da Penha Maia Fernandes, a qual inspira o nome popular da referida Lei como “Lei Maria da Penha” (COIMBRA; RICCIARDI; LEVY, 2018).

Nesse sentido, a Lei Maria da Penha (LMP) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, tipificando as formas de violência em: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência moral e violência patrimonial. Com base na tipificação dessa Lei, é necessário refletir que a violência doméstica não se limita apenas à violência física, mas compreende diversas formas que não são tão visíveis quanto esta, podendo assim corroborar com a invisibilização do fenômeno (BRASIL, 2006; KURTZ, 2017).

Percebe-se que, mesmo após a implementação da LMP, os dados sobre violência letal contra a mulher não diminuíram significativamente (GARCIA; FREITAS; HOFELMAN, 2013) o que leva a refletir sobre o papel desse elemento jurídico na visibilidade dos casos de violência doméstica contra a mulher. Apesar disso, é importante destacar que a Lei impulsionou o estímulo a maior visibilização dos dados sobre o fenômeno, tão invisível para a sociedade (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Nesse contexto, destacam-se os dados do Brasil provenientes da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, em que o número de atendimentos telefônicos passou de 749.024 (em 2015), para 1.314.113 (em 2019). Deste quantitativo, ocorreram 85.412 denúncias de violações contra mulheres e 629.585 repasses de informações, sendo a maioria (189.545) sobre violência doméstica e familiar, demonstrando um cenário preocupante de ascensão das estatísticas de violência contra a mulher entre 2015 e 2019 (BRASIL, 2020).

Tendo em vista a epidemiologia da VDCM, outro marco importante é a formulação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (PNEVCM), que visa a estabelecer o conceito, princípios e diretrizes de prevenção e combate à violência contra a mulher e ações, bem como atender e garantir os direitos das mulheres em situação de

violência, de acordo com as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2011).

A referida política ainda prevê a criação da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, formada por serviços intersetoriais da justiça, segurança pública, educação, saúde, assistência social e sociedade em geral (por meio de Organizações Não-Governamentais e movimentos feministas). Dentro dessa rede, os serviços de saúde merecem destaque, uma vez que a violência traz repercussões físicas e mentais para a saúde da mulher em situação de violência (LUTGENDORF, 2019).

Entre os serviços de saúde, é válido destacar a Atenção Primária à Saúde, que se constitui como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e é efetivada no Brasil através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (PORTELA, 2017).

Além de efetivar o primeiro contato da população com os serviços de saúde, a ESF opera suas ações a partir do conceito ampliado de saúde, para o qual a saúde é frutuosos determinantes sociais, bem como, por meio dos preceitos da promoção da saúde. Tendo em vista que a violência contra a mulher possui sua base em um problema social, a ESF possui grande destaque em seu enfrentamento (DIAS *et al.*, 2018).

Apesar da importância da ESF e das diversas ações que os profissionais devem desempenhar, é válido destacar que os profissionais de saúde que nela trabalham apresentam dificuldades para promover uma assistência integral à mulher em situação de violência, o que pode se justificar pelos processos formativos, em sua maioria, limitarem a saúde da mulher ao aspecto reprodutivo, biologicista e curativista, impedindo reflexões no contexto de problemas sociais (SALCEDO- BARRIENTOS *et al.*, 2014; CORDEIRO *et al.*, 2015).

Além disso, outra problemática que ainda impera na ESF é a falta de segurança e o medo de retaliação pelo parceiro, que coloca em risco não somente a mulher como também o profissional, caso o sigilo seja quebrado. Dessa forma, por temer se expor a riscos a integridade física e mental, assim como por temer uma maior vulnerabilidade para a mulher, muitos profissionais se abstêm de investigar mais a fundo os sinais de violência ou de realizar a notificação compulsória quando da suspeita ou confirmação (ACOSTA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, emergem as seguintes questões norteadoras do estudo: Quais as experiências na atuação dos profissionais de saúde frente a problemática? Esses profissionais se sentem preparados para atuar na assistência dessas mulheres?

Justifica-se a realização dessa pesquisa pelo interesse em contribuir para a visibilização da problemática da violência doméstica, com vistas a suscitar reflexões na sociedade em geral, em especial os profissionais de saúde e, dessa forma, desempenhar uma ação de sororidade para apoiar outras mulheres. Bem como, pela necessidade de evidenciar ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que facilitem ou dificultem

a detecção, acolhimento, intervenção, notificação e encorajamento no empoderamento da mulher em situação de violência. Além disso, essa temática encontra-se na agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde, no eixo referente a saúde da mulher (BRASIL, 2018).

A partir dessas evidências, poder-se-á visualizar a relevância do estudo para a dimensão prática e social, em que a identificação de potencialidades e dificuldades na atuação profissional da ESF poderá suscitar para a elaboração de políticas públicas locais, regionais e nacionais que visem a otimizar as potencialidades e sanar as dificuldades e, dessa forma, contribuir para a melhoria da promoção da saúde da mulher.

Para responder os presentes questionamentos tem-se como objetivo conhecer as experiências enfrentadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família diante do atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva se ocupa em observar, registrar, analisar e ordenar dados, sem manipulá-los, ou seja, o pesquisador não interfere nos dados obtidos (PODRANOV; FREITAS, 2013).

No que se refere à abordagem qualitativa, esta permite compreender o significado, individual ou coletivo de um determinado fenômeno na vida das pessoas (TURATO, 2005).

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde no município de Iguatu – Ceará, que se localiza na região Centro Sul do estado do Ceará, com aproximadamente 365 km de distância da capital Fortaleza. O município possui uma média de 102.614 habitantes, sendo município polo da 18ª Região de Saúde do estado (IBGE, 2016). O referido município possui 30 Estratégias de Saúde da Família, distribuídas entre zona rural (12 unidades) e urbana (18 unidades).

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2021.

Os participantes da pesquisa foram oito profissionais que integram a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, sendo eles: 1 atendente de consultório, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 dentista e 3 Agentes Comunitários de Saúde.

Foram incluídos os profissionais que possuam ao menos seis meses de atuação na ESF escolhida, visto que este critério de limitação temporal mínima evidencia a possibilidade de formação de vínculo com as mulheres em situação de violência doméstica. Foram excluídos os profissionais afastados das suas atividades laborais por motivo de férias, licença e/ou doença no período da coleta de dados.

Para coleta foram adotadas todas as medidas de biossegurança contra a COVID-19, com o uso de equipamento de proteção individual (EPI) como máscara, *face shields*, gorro, avental, álcool em gel, que serão custeados pelo pesquisador, além de manter o distanciamento mínimo de 2 metros (GARCIA *et al.*, 2020).

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma entrevista sociodemográfica para caracterizar os participantes e um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente elaborado com questões abertas sobre a percepção dos profissionais acerca violência doméstica contra a mulher.

Os dados dessa pesquisa foram analisados com base na Análise Categorical Temática, a qual se divide em: i) pré-análise, ii) exploração do material e iii) tratamento dos resultados (MINAYO, 2014).

Essa pesquisa obedeceu aos aspectos éticos das Resoluções 510/2016 e 466/2012 (BRASIL, 2012, 2016) e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) sob número de parecer 4.964.456.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após análise dos discursos emergiram nas seguintes categorias temáticas: Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher e Percepções acerca das capacitações sobre violência doméstica contra a mulher.

Experiências frente casos de violência doméstica contra a mulher

Em relação a experiência profissional com mulheres em situação de violência doméstica, mediante os relatos infere-se que os profissionais são mais discretos, fazendo generalizações dos casos. não detalhando muito a respeito dos casos que já atenderam, se detendo a generalizações. Além disso, nota-se uma fragilidade em relação a culpabilização da vítima em permanecer na relação ou não verbalizar sobre sua situação para os profissionais, como se observa a seguir.

“(...) então a violência domestica vem aumentando a cada dia a gente vê ai muitos casos e eu já tenho gente que eu conheço que já faz parte desse grupo, mas a pessoas ter a consciência e tentar sair né, porque a gente só fica até o dia que quer, mas realmente tem gente que tem medo por conta que ameaça” (AMARILIS, 2021).

“Assim de eu já ter sido procurada não, mas eu já passei por isso na área sabia que a pessoa sofria agressão, principalmente física, só dela me procurar não... Elas procuram a unidade de saúde para tratar do machucado, mas em nenhum momento ela revela realmente o que foi” (PEÔNIA, 2021).

Frente ao exposto pelos participantes, vale refletir que os discursos se aproximam do imaginário popular de culpabilização da mulher. No entanto, é importante lembrar que a mulher em situação de violência encontra-se encarcerada pelas promessas de mudança típicas da fase de lua de mel (fase pertencente ao ciclo evidenciado na violência contra a mulher). Além disso, geralmente, essas situações de violência são permeadas pelo medo, tanto de perder o companheiro, quanto o medo decorrente de ameaças, sendo fortemente influenciados pela dependência emocional (BARRETO, 2018, p. 150; CALLOU; MAGALHÃES; ALBUQUERQUE, 2021).

Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde ampliem seu olhar para além dos sintomas físicos, uma vez que o seu trabalho não consiste somente no tratamento de sintomas, mas permeia o acolhimento humanizado com criação de vínculo que permita confiança a mulher e, desta forma, a esta possa se sentir segura para relatar a situação de violência (SOUZA; REZENDE, 2018; ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020).

Os profissionais entrevistados relataram fragilidades acerca desse enfrentamento. Nota-se um enfoque ao medo de represálias pelo parceiro agressor, especialmente por se tratar de um ambiente perigoso, com exposição a drogas. Há que se destacar também como fragilidades referentes a indistinção entre notificação compulsória e denúncia, além de limitação da assistência relacionada ao encarceramento do agressor, levando a negligência frente a outros aspectos de saúde da vítima, como se observa nos trechos que seguem.

“[...] o profissional de saúde também fica numa situação difícil, porque não é fácil nem pra pessoa por ela sofrer ameaça e há possibilidade de o profissional também sofrer ameaça em caso de denúncia” (LIRIO, 2021).

“[...] a gente mora num bairro muito vulnerável um bairro que tem alto índice de criminalidade porque ta todo dia aqui trabalho... e a vítima é... também tem a questão do medo, muitas são submissas, tem medo pela família, muitas tem filho pequeno aí tem medo de chegar a precisar abandonar os filhos” (ROSA, 2021).

É sabido que mesmo após o fim do relacionamento, as mulheres sofrem grandes ameaças dos ex-companheiros, o que antecede, muitas vezes, a tentativa ou concretização do feminicídio, levando ao receio da mulher de relatar suas vivências. Assim como as mulheres em situação de violência, os profissionais de saúde que lhes presta atendimento, também estão suscetíveis a essas ameaças, especialmente mediante a falta de segurança e a impunidade ainda presente, o que gera medo nos profissionais especialmente quando a área de atendimento já demonstra sinais de perigo, conforme relatados acima (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

Mesmo com a impunidade, é importante deixar claro que é dever do profissional de saúde realizar a notificação compulsória da situação de violência, seja ela suspeita ou confirmada. No entanto, percebe-se uma certa confusão entre a notificação compulsória e a denúncia, causando barreiras ainda maiores, devido o medo de represálias (CÁSSIA; LEITE, 2019). Aliado a isso, com a atual Lei 13.931/2019 que altera a Lei 10.778/2003,

trazendo a obrigatoriedade da comunicação da violência à autoridade policial no prazo de 24 horas, pode refletir em um maior receio em notificar, já que, necessariamente envolverá a polícia (BRASIL, 2019), correndo o risco de quebrar o vínculo com a mulher, que na maioria das vezes não quer denunciar (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020).

Os profissionais apontam potencialidades, estas se manifestam através de estratégias e/ou ações desenvolvidas frente as situações de violência doméstica exposta pelos profissionais, destacando-se como positivas, a escuta qualificada e o envolvimento da equipe multiprofissional.

“A gente sempre se coloca no lugar de escuta, para ouvir as queixas, ouvir o que ela ta passando, o que ela ta sentindo, mas normalmente eu faço um encaminhamento para um profissional da assistência social, da psicologia” (LÍRIO, 2021).

“Eu acho assim, por exemplo, se a mulher chega na unidade e a gente notar que ela foi agredida ou as vezes ate relatam, a gente devia falar com a enfermeira e a enfermeira fazer um atendimento mais específico, encaminhar essa mulher para ser acompanhada pelo psicólogo mas eu acho que não tem essa rede de apoio” (GIRASSOL, 2021).

Nessas falas, percebe-se a importância da implementação de tecnologias leves, que permitam a criação de vínculo, promovam um acolhimento humanizado e facilitem o resgate da autoestima da mulher, uma vez que a mulher em situação de violência, na maioria das vezes, apresenta baixa auto-estima, o que a faz permanecer na relação abusiva por muito mais tempo. Além disso, é importante os profissionais trabalharem com a escuta qualificada, atentando-se também aos sinais que não estão visíveis na pele, tampouco, são verbalizados (ARBOIT *et al.*, 2018; NETTO *et al.*, 2018; ARBOIT; VIEIRA; PADOIN, 2020).

Assim vale ressaltar como o trabalho frente a violência contra a mulher se torna potencializado quando realizado de forma multiprofissional e interprofissional, como previsto na Política Nacional de Enfrentamento a violência contra a Mulher, a qual discute o fenômeno da violência a partir de uma análise social e ampliada, trazendo medidas de enfrentamento também complexas que não se resumem a ações isoladas ou responsabiliza apenas o setor da justiça (BRASIL, 2011).

Percepções acerca da preparação e capacitação para atender a mulher em situação de violência doméstica

Nessa categoria, nota-se uma dualidade em que ora os profissionais admitem a falta de preparo e ora expressam potencialidades favoráveis ao atendimento da mulher em situação de violência (como no caso do acolhimento).

“Eu não to preparada, a gente sabe que a qualquer momento pode abrir nossa porta uma mulher que sofreu esse tipo de coisa e ai assim realmente eu não me sinto preparada para lidar, como eu lhe disse a gente tem que fazer uma escuta, mas assim dá um encaminhamento” (LÍRIO, 2021).

Devido a violência doméstica ser um problema de origem social, é comum que a literatura evidencie um certo despreparo dos profissionais de saúde frente ao atendimento da vítima, uma vez que muitos ainda são formados sob uma perspectiva biologicista, o que os faz centralizar sua assistência na doença e não nos aspectos psicossociais (ESMERALDO *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Em relação as capacitações sobre o assunto, percebe-se que quando são realizadas, se associam a entidades como igrejas e não ao serviço de saúde. Apesar disso, destaca-se o reconhecimento da importância das capacitações de forma ampliada e interdisciplinar, que envolva todos as pessoas e profissionais que terão contato com a mulher desde a sua chegada na unidade de saúde.

“Eu acho que não é só o profissional que atende que deve ser capacitado não, mas toda uma equipe. Desde a porta de entrada da unidade de saúde, desde o porteiro, o atendente, todas as pessoas que estão dentro da unidade de saúde, precisam ser preparadas e estar atentas a alguns sinais que essas mulheres dizem ou deixam escapar” (LÍRIO, 2021).

“Sim da minha igreja todo ano a gente faz um projeto “quebrado o silêncio” no mês de agosto a gente faz uma passeata na rua e fala da agressão contra a mulher, o idoso, o abuso a criança, porque as vezes pode acontecer ali mesmo dentro da igreja, da comunidade e a pessoa não sente força né” (CAMÉLIA, 2021).

Em relação as capacitações, o estudo de Marinho e Gonçalves (2016) traz que as capacitações sobre violência contra a mulher são escassas, tanto durante a graduação, quanto após a formação inicial. Quando raramente ocorre uma capacitação, esta geralmente ocorre de forma fragmentada com palestras esporádicas. No entanto, se reconhece que a união entre teoria e a prática profissional são essenciais mediante um problema tão complexo, o que reflete a necessidade de capacitações ampliadas que sejam inseridas desde a graduação e transcendam também a educação permanente (MARINHO e GONÇALVES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais demonstraram uma compreensão ampliada acerca da violência doméstica contra a mulher. Associam as experiências ao medo de ameaças tanto da mulher quanto dos profissionais. Quando se refere a mulher, muitas vezes a mesma não verbaliza sua situação de sofrimento com receio de os profissionais denunciarem o companheiro e o mesmo se cumprir com possíveis ameaças. E em relação aos profissionais, nota-se que o medo se relaciona principalmente ao fato de a área de atendimento já se configurar como violenta.

Verificou-se potencialidades através das ações executadas frente as mulheres em situação de violência, predominou o discurso de um atendimento pautado na criação de vínculo. Apesar disso, é válido destacar que os profissionais relataram não terem sido

capacitados sobre o assunto, o que reflete a sugestão para estudos vindouros, de pesquisa-ação, que possam implementar ações educativas para profissionais de saúde a respeito da violência de gênero, fomentando evidências que reforcem a precisão de ações como essas.

Como limitações da pesquisa, destaca-se a resistência dos profissionais em falar sobre o assunto mesmo após os devidos esclarecimentos sobre a ética na pesquisa, bem como, a baixa disponibilidade mediante a alta carga de trabalho na Atenção básica. Além disso, destaca-se a pandemia como uma fragilidade, devido ao incômodo dos profissionais em relação à máscara, já que teriam que falar sobre um assunto que requeria aprofundamento, tornando-se cansativo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem as vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

ALI, P. A.; NAYLOR, P. B. Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. **Aggression and Violent Behavior**, v. 18, n. 6, p. 611-619, 2013.

ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. S.; VIEIRA, L. B. Violence against women in primary healthcare: Potentialities and limitations to identification. **Atencion primaria**, v. 52, n. 1, p. 14-21, 2020.

BARRETTO, R. S. Relacionamentos abusivos: uma discussão dos entraves ao ponto final. **Revista Gênero**, v. 18, n. 2, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. **Lei 13.931 de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha).** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília,

2006.

BRASIL. **Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos**. Balanço anual: ligue 180. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres** – Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Revista Saúde. com**, v. 17, n. 2, 2021.

CARNEIRO, A. C.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. soc. soc**, p. 369-397, 2012.

COIMBRA, J. C; RICCIARDI, U.; LEVY, L. Lei Maria da Penha, equipe multidisciplinar e medidas protetivas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 2, p. 158-172, 2018.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015.

DE CÁSSIA L. A.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019.

DIAS, M. S. A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1,p.103-114, 2018.

ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

FRANCO, D. A.; MAGALHÃES, A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência doméstica e rompimento conjugal: repercussões do litígio na família. **Pensando famílias**, v. 22, n.2, p. 154-171, 2018.

GARCIA, G. P. A. *et al.* Utilização de equipamentos de proteção individual para atendimento de pacientes com covid-19: revisão de escopo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população. Resultados da amostra. IBGE, 2016.

KURTZ, G. B. Manifestações de violência simbólica contra a mulher nos videogames: uma revisão bibliográfica. **Rev Metamorfose**, v. 2, n.1, 90-109, 2017.

MARINHO, P. A. S.; GONÇALVES, H. S. As práticas dos profissionais de saúde em relação

à violência de gênero em uma maternidade no Rio de Janeiro. **HU Revista**, v. 42, n. 2, 2016.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 3077-3086, 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a ed. Editora Hucitec. São Paulo, 2014.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019.

NETTO, L. A. *et al.* Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, T. G. Feministas ressignificando o direito: desafios para aprovação da Lei Maria da Penha. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, n. 1, p. 616-650, 2017.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017.

PRODANOV, C. C.; Freitas, E. C. **Metodologia do trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico, 2^a ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. *et al.* Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avanc Enferm.**, v.29, n.2, p.353-62, 2011.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n.2, p. 21-38, 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

Índice Remissivo

A

Abuso direto 16, 19
Adolescente 129, 140, 201, 202
Agente comunitário de saúde 105, 106, 107
Aleitamento materno 43, 45, 46, 51, 53, 54, 77, 314, 320
Alimentação complementar 43, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 54
Alimentação da criança 43, 75
Alimentação saudável 72, 74, 75, 76, 79, 80
Alimentos de qualidade 143, 144, 147, 149
Alimentos ultraprocessados 74, 76, 154, 156
Alterações comportamentais 212, 214, 218
Amamentação 43, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52
Animal de estimação 212, 214, 215
Asma 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 130, 137
Assistência a saúde 106
Atenção à criança 43
Atenção primária à saúde (aps) 96, 178, 180, 246
Atendimento oncológico 56, 59
Avaliação nutricional 57, 69, 71

B

Bebidas açucaradas 155

C

Câncer cervical 93, 96
Câncer de mama 65, 93, 95, 103
Câncer do colo do útero 93, 95, 338
Características climatológicas da atmosfera 29, 30
Características de vulnerabilidade 17, 19
Circunferência do braço (cb) 57
Circunferência muscular do braço (cmb) 57
Comportamento de cães e gatos 212
Controladores de elite 232, 236, 237, 238
Coronavírus disease (covid-19) 129, 130
Crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) 154
Crescimento e desenvolvimento (cd) 43, 46
Cura e reabilitação 178

D

Dados demográficos 129
Densidade energética 154, 156
Departamento de informática do sistema único de saúde (datasus) 29, 33, 40

Desenvolvimento neuropsicomotor 72, 74
Desnutrição 50, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 145, 314, 320
Desnutrição crônica 72, 74
Diabetes mellitus 62, 155, 160
Dieta inadequada 72
Direito humano à alimentação adequada 143, 149, 150, 152
Doença da imunodeficiência adquirida (aids) 232
Doenças respiratórias 29, 30, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 129, 130, 132, 135, 137, 139, 155

E

Educação em saúde 99, 101, 165, 179, 180, 184, 185, 188, 230, 246
Enfermagem 26, 29, 54, 70, 83, 86, 87, 88, 90, 94, 114, 126, 127, 180, 182, 190, 203, 231, 249, 250, 262, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 302, 304, 305, 306
Envelhecimento 17, 26, 163, 177
Estado nutricional 44, 56, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 75, 77
Estratégia saúde da família 96, 114, 117, 119, 120, 180, 190, 315
Eutrofia nutricional 57, 62, 66
Exposição à violência 17

F

Fisioterapia 178, 179, 180, 181, 188, 190
Fisioterapia cardiovascular 178, 181, 190
Fome 143, 147, 148, 150, 200
Fonoaudiologia e saúde pública 165
Fonoaudiólogo 46, 50, 165, 166, 173, 174, 175

G

Gravidez 43, 49, 226, 230, 231, 253, 317

H

Hábitos alimentares 44, 45, 50, 72, 76, 77, 79, 157
Hábitos de vida 78, 157, 158, 179, 181, 185

I

Idoso 17, 26, 167, 168, 169, 170, 175, 176, 177
Indicadores de saúde 165, 176
Índice de massa corporal (imc) 57, 63
Infecção hiv 232, 234
Infecções por coronavirus 129
Infecções sexualmente transmissíveis 243, 245, 246
Interdisciplinaridade 117
Introdução alimentar 44

L

Lactação 43, 48, 50, 52

Leucemia mielóide aguda 57, 62, 65

M

Má nutrição 72, 73, 74

Morbimortalidade infantil 50, 223

Morbimortalidade neonatal 223, 230

Mortalidade e fecundidade 154, 156, 157

O

Oncologia 57, 96

Orientações de amamentação 43

P

Pacientes oncológicos 56, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

Padrão alimentar 154, 156

Pandemia 19, 27, 101, 125, 130, 134, 140, 150, 151, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 219, 221, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 283, 287, 290, 291, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 306, 307, 309, 310, 311, 350

Papanicolau 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103

Papilomavírus humano - hpv 93

Parâmetros nutricionais 56, 62, 66, 67, 68

Partos prematuros 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230

Período pandêmico 207, 210

Pessoas idosas 16, 18, 19, 22, 26, 27, 157, 177

Plano terapêutico 56

Pneumonia 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 142, 349

Políticas públicas 16, 19, 26, 73, 77, 107, 120, 139, 145, 146, 147, 149, 150, 156, 159, 175, 177, 210, 223, 225, 245, 246, 247, 251, 266

Pós pandemia 207, 208, 209, 210

Prega cutânea tricípital (pct.) 57

Prematuridade 224, 231

Pré-natal 43, 48, 50, 52, 225, 226, 227, 230

Prevenção à violência 16, 19

Processo saúde-doença 30, 103, 154, 155, 157, 168, 183, 321

Profissionais do sexo 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251

Profissional da enfermagem 81, 83

Promoção à saúde 72, 74, 96, 180, 321

Q

Qualidade de vida 58, 66, 67, 68, 69, 111, 148, 157, 161, 165, 167, 168, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 185, 187, 188, 193, 194, 214, 236, 321

R

Receptores 232, 234

Replicação viral 232, 233, 235, 236, 237, 238, 339

Risco nutricional 56, 58, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68

S

Saúde cardiovascular 179, 181, 184

Saúde da mulher 94

Saúde da população idosa 165, 168, 169, 174, 175

Saúde de adolescentes 129

Saúde de qualidade 223

Saúde do idoso 165, 166, 167, 168, 175, 190

Saúde do público infantil 72

Saúde do trabalhador 243, 244, 245, 272

Saúde humana 29, 31, 37

Saúde mental 196, 197, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 210, 211

Saúde pública 30, 74, 75, 101, 107, 114, 117, 118, 129, 156, 157, 159, 165, 174, 175, 179, 192, 207, 208, 213, 223, 225, 226, 230, 244, 246, 248, 270, 302, 307, 351

Saúde respiratória das crianças 29

Segurança alimentar e nutricional (san) 143, 144

Síndrome de ansiedade por separação (sas) 212

Sistema de saúde 72, 78, 96, 134, 161, 174, 183, 224, 228, 230, 297

Sistema imunológico 232, 233, 235

Sistemas de informação 81, 84, 85, 134, 167

Sistema único de saúde 29, 33, 40, 60, 73, 96, 117, 119, 131, 153, 161, 169, 179, 188, 189, 197, 203, 229, 242, 245, 246, 252, 253, 254, 261, 263, 265, 311, 335, 336, 337, 339, 347

Situações de estresse 212, 227

Software em enfermagem 81

Softwares 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 340

Substâncias psicoativas 196, 197

T

Temperatura ambiental 30

Transtornos alimentares 43

Transtornos mentais 196, 197, 199, 204

Tutores de cães e gatos 212, 214

U

Umidade do ar 30

V

Variáveis climáticas 29, 32, 33, 41

Vigilância das condições de saúde 165

Violação dos direitos pessoais 17, 25

Violência contra a mulher 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126

Violência contra a pessoa idosa 16, 18, 19

Violência doméstica 17, 118

Violência e os fatores de riscos relacionados 16, 19

Violência física 106, 118

Violência indireta 16, 24

Violência no meio intrafamiliar 17, 26

Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 232



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 