



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS- UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

LAÍS ANGELINA PINTOR

**Processo de Enfermagem como instrumento de cuidado à
mulheres expostas diretamente à violência de gênero na Atenção
Básica**

CAMPINAS 2019
Laís Angelina Pintor

**Processo de Enfermagem como instrumento de cuidado à mulheres expostas
diretamente à violência de gênero na Atenção Básica**

**Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional
apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Especialista em
Saúde Mental**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Bruno F. Emerich

ORIENTADORA CONVIDADA: Prof. Dra. Maria Giovana Borges Saidel

SUMÁRIO

Introdução	4
1.0 Atenção básica e sua relação com a Saúde Mental	5
2.0 O Enfermeiro na Atenção básica e Saúde Mental	8
3.0 Violência de gênero na Atenção básica	11
4.0 O Enfermeiro no Cuidado à mulher exposta diretamente à violência de gênero	16
5.0 Proposta de Cuidado de enfermagem à mulher exposta diretamente à violência	17
Considerações finais	23
Referência Bibliográficas	24

Introdução

A partir da década de setenta, o movimento da Reforma Psiquiátrica buscou transformar as relações entre a sociedade e a loucura, bem como o conceito que se tinha dos portadores de transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica integra um conjunto de transformações que ocorrem nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais¹ que propõem a retirada do paciente com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos e o cuidado no território, objetivando sua reinserção na família e comunidade. Aos poucos, desfragmentou-se a ideia de manicômio e ocorreu a integração de novos serviços e políticas substitutivos de saúde, dentre eles a Estratégia de Saúde da Família- ESF, enquanto componente da Rede de Atenção Psicossocial².

Dentre os profissionais que compõem as equipes de ESF, destaca-se neste trabalho a função do enfermeiro. De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro na ESF tem enquanto atribuições: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando a assistência integral e considerando as reais necessidades da população, ampliando o acesso da população, inclusive de grupos sociais até então excluídos, aos serviços da atenção básica e organizando a demanda aos demais níveis de atenção á saúde³.

Para tanto, o trabalho do enfermeiro se organiza através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto método de trabalho e organização de pessoal e instrumentos, podendo ser citados como exemplos dessa organização o estabelecimento de fluxos, processos de trabalho e protocolos. Além disso, a fim de que o trabalho do enfermeiro seja operacionalizado na prática do cuidado ao paciente, um dos instrumentos a ser utilizado é o Processo de Enfermagem (PE), entendido enquanto ferramenta metodológica usada para sistematizar a assistência de enfermagem e enquanto possível componente e elemento da SAE, buscando nortear suas ações e aumentar a qualidade na assistência prestada, além de atribuir maior autonomia aos profissionais do núcleo⁴. Para tanto, o PE se organiza em fases, que serão melhor discutidas adiante.

Acrescido a isso, considerando a temática da violência disseminada nos aspectos apresentados até agora, entende-se neste trabalho a violência enquanto uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁵. Entende-se ainda especificamente a violência de gênero como todo e qualquer ato que implique em danos físicos, morais, sexuais e/ou psicológicos que provoquem constrangimentos à mulher. Tal definição baseia-se no conceito analítico de gênero, que designa comportamentos femininos e masculinos a partir de elementos socioculturais que

os indivíduos carregam consigo historicamente⁶. O profissional enfermeiro, por gerenciar o cuidado e, de forma geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, é um profissional-chave na discussão da assistência a usuária exposta diretamente à violência⁷.

Assim, após apresentados brevemente tais conceitos, coloca-se como objetivo deste trabalho descrever e discutir o cuidado em saúde mental, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde, à mulheres expostas diretamente à violência de gênero, considerando a experiência de uma enfermeira residente em saúde mental.

O tema da violência de gênero perpassou meu percurso pela residência desde o primeiro ano em que estive em campo em um CAPS III adulto. Pude perceber aos poucos a influência que esta temática exerce sobre o adoecimento mental de mulheres inseridas neste dispositivo, além de iniciar uma compreensão da importância do cuidado do núcleo da enfermagem nesse contexto. No segundo ano, alocada em uma Unidade Básica de Saúde, pude ainda mais notar a transversalização do tema da violência no cotidiano do território, levando a um desejo de ampliar a qualidade nesse cuidado.

Para tanto, utiliza-se enquanto método um estudo qualitativo do tipo Relato de Experiência, enquanto ferramenta de pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre um conjunto de ações que aborda uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica⁸, utilizando-se como fonte o diário de campo e articulação teórico-prática a partir das vivências durante a residência em saúde mental. Assim, serão apresentados conceitos teóricos e relatos práticos, buscando ampliar a discussão da temática.

1.0 Atenção básica e sua relação com a Saúde Mental

A Atenção básica pode ter potencial resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades de saúde da população através de ações de promoção, proteção e reabilitação, tendo como objetivo desenvolver uma atenção integral, produzindo impacto na saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde do território⁹.

A Atenção básica traz na sua filosofia ações articuladas, como a visita domiciliar, valorização dos recursos comunitários, ações intersetoriais, oferta de atividades e grupos, garantindo o atendimento integral ao paciente e a sua família¹⁰.

Nesse sentido, a articulação da atenção básica a rede substitutiva de cuidados em saúde mental tem se estabelecido enquanto uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira no quesito da descentralização e da territorialização, reiterando a centralidade de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto fundamental para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica¹¹.

Para tal, existem diretrizes que versam sobre a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, que são: Apoio matricial de saúde mental às equipes da atenção básica visando aumento de sua capacidade resolutive; Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica e Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica¹². Destaca-se ainda, enquanto potencialidades do matriciamento, a possibilidade de redução dos medos, estigmas e anseios dos profissionais (em especial da atenção básica) em lidar com as pessoas em sofrimento psíquico e a aproximação entre atenção básica e CAPS, em uma troca produtiva de saberes e práticas¹³. *Nesse sentido, pude perceber durante minhas atividades práticas em campo, nos dois anos da residência, que há controvérsia entre o que se preconiza e o que de fato ocorre na prática dos serviços. O matriciamento, por exemplo, enquanto espaço potente que é, por vezes é negligenciado, tanto pela equipe da UBS quanto pela do CAPS. Há sempre algo mais importante a ser feito: uma agenda do profissional que não foi fechada naquele horário, outra reunião mais importante, ou até mesmo um cafézinho, levando com que matriciamentos fossem desmarcados por motivos diversos, sem haver uma preocupação em zelar por esse espaço, enquanto prioridade.*

Além disso, enfatizo que o papel do matriciamento enquanto educação continuada é perceptivelmente escasso, se transformando em sua maioria em passagens de caso, sem discussões mais aprofundadas. Nesse sentido, exemplifico que os profissionais da UBS de determinada equipe ficam presentes na sala onde está ocorrendo o matriciamento apenas enquanto discute-se algum caso de sua própria equipe, se ausentando quando muda-se a discussão para um caso de outra equipe. Raras são as vezes em que ocorrem discussões de uma temática mais ampla no sentido de gerar subsídio que possa servir para o cuidado de mais de um caso, e com potencial de funcionar como repertório técnico para futuros manejos.

Entende-se ainda que a atenção básica tem potencial de recorrer a diversas estratégias e recursos não restritos à consultas, tais como atividades em grupo, estratégias de educação em saúde, visitas domiciliares, e outros, para além da medicação, possibilitando o cuidado integral à saúde, inclusive de pessoas com transtornos mentais¹¹. Assim, é possível que a atenção básica desenvolva dois principais tipos de ações de saúde mental: o primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e ofertar escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende diversas formas de lidar com os problemas detectados, provendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados¹⁴. *A questão do encaminhamento também é um ponto que vale ressaltar. Foi possível presenciar muitas vezes, principalmente no início do ano, falas tais como: “é caso da mental, então tem que mandar pro CAPS”. Assim, não é raro de observar que a primeira*

conduta que se pensa durante uma discussão dos ditos “casos da mental” é em relação ao encaminhamento, havendo uma dificuldade da equipe em se colocar no lugar de responsabilização por aquele cuidado, seja no sentido de que o cuidado possa ser feito na própria unidade, seja de um encaminhamento feito de forma implicada para aqueles casos que de fato devem ser referenciados.

O cuidado em saúde mental na atenção básica está alicerçado no vínculo, na coresponsabilidade, no envolvimento e conhecimento do grupo familiar. É imprescindível que a ESF também pratique a desconstrução manicomial, transpondo um modelo hospitalocêntrico no qual os usuários eram vítimas de contenções e maus tratos para um modelo de base comunitária e territorial, no qual os usuários possam receber acolhimento, escuta e tratamento¹⁵.

Onocko-Campos (2001) mostra a necessidade, na Saúde Coletiva, de uma clínica que possa acolher as demandas do sujeito em situação de crise psiquiátrica em todos os níveis de atenção à saúde como dispositivo fundamental para romper o ciclo de psiquiatrização e medicalização do sofrimento psíquico. Transformar a demanda em queixa ambulatorial é um dos riscos neste processo, podendo-se recair em que a porta de entrada do sistema de saúde (a atenção básica), seja, na verdade, somente espaço de triagem para serviços especializados, ou limitando-se a clínica com foco na patologia¹⁶. *Foco na patologia esse que pode-se entender por exemplo pelas renovações automáticas de receita, pela falta de avaliações implicadas e sistemáticas desses usuários, principalmente no que tange o uso de psicotrópicos. Tal patologização que é experienciada também quando se coloca todo o foco do tratamento para remissão de sintomas, sem se ter de fato um olhar ampliado para o sujeito, sua família e seu contexto. O entendimento que se tem da melhora dos casos é por vezes muito simplista ao se considerar somente a remissão de sintomas, deixando de lado muita produção e capacidade de ressignificação que o usuário pode experienciar em uma situação de crise.*

Pontuo também que indica-se através da literatura que as questões relacionadas à saúde mental tem grande potencial de fazer emergir preocupações por parte das equipes. Tais preocupações se mostram desde a sensação de despreparo para lidar com o sofrimento psíquico até os medos relacionados com a possibilidade de que a equipe seja vítima de sintomas agressivos dos pacientes¹¹. *Por diversas vezes, ouvi o quanto os profissionais têm medo em lidar com os “pacientes da mental”, se mostrando apreensivos, com medo de não saber o que responder ou o que fazer, e com a impressão de que todos os pacientes são potenciais agressores físicos, fazendo com que por diversas vezes esses profissionais de esquivem de atender e cuidar dos mesmos, ou o façam de forma apreensiva.*

Refliço que há uma construção anterior (de formação e da própria constituição do trabalho) de que os profissionais de saúde precisam resolver todas as questões da vida das pessoas, além da ideia de que o cuidado que deve ser valorizado é aquele restrito a um cuidado físico. Nesse sentido, quando esses profissionais se deparam com casos de sofrimento psíquico, acabam por se sentirem inúteis, frustrados e por fim se afastam daquele cuidado.

Entende-se também que tais preocupações exteriorizam a necessidade de atenção à saúde mental dos próprios profissionais, que encontram-se muitas vezes sobrecarregados em acolher sem dar encaminhamento ou solução para determinadas demandas, apesar de sensibilizados com as necessidades dos sujeitos atendidos. Sabe-se que nesse sentido um espaço de discussão do processo de trabalho e estratégias educativas e terapêuticas são formas de potencializar reflexões sobre a atividade cotidiana daquela equipe¹¹, sendo que o investimento em qualificação profissional através da educação e capacitação permanente se configuram enquanto estratégia possível para o cuidado ao doente mental na ESF¹⁷. *Nesse sentido, foi possível perceber que ao longo do ano houve melhora da aceitação por parte da equipe ao acolhimento de pessoas em sofrimento mental, devido a um grande envolvimento da minha parte e de outros profissionais em investir em capacitações breves e educação permanente sobre o tema, onde os próprios profissionais podiam dizer e discutir sobre dúvidas, medos e angústias que sentiam ao realizar esse cuidado. Há uma construção bastante forte que aos poucos pode ir se dissolvendo de que o profissional tem que fazer algo concreto, físico, de que o acolhimento e a escuta terapêutica pouco ajudam o usuário, além de pré-conceitos em relação ao medo de violência física já discutidos anteriormente.*

Nesse sentido, de forma muito gratificante para mim, na segunda metade do ano pude ouvir de uma profissional que sempre disse que não gostava e tinha medo de atender os “pacientes da mental”, e que não se via no lugar de terapeuta, que eu a tinha feito perceber que não precisava sentir medo, e que pôde entender que ouvir terapeuticamente alguém é de fato uma forma válida de cuidado. Digo isso no intuito de mostrar que quando há um investimento em espaços de discussões e educação continuada com a temática da saúde mental na atenção básica, além de espaços em que os profissionais possam dizer de seus receios e se rever, há grande possibilidade de construção e descontinuação, o que favorece um cuidado apropriado e de qualidade aos usuários.

2.0 O Enfermeiro na Atenção básica e Saúde Mental

Entre as inúmeras atribuições exercidas pelo enfermeiro na ESF estão planejar e executar ações no âmbito da saúde coletiva, supervisionar e assistir diretamente à população,

executar ações de promoção, prevenção e reabilitação por meio das consultas de enfermagem, mediar ações intersetoriais, gerenciar os serviços de saúde, desenvolver educação em saúde e educação permanente¹⁸. Os próprios profissionais localizam enquanto suas atividades: práticas de acolhimento, a consulta de enfermagem (mais frequentemente voltada para questões consideradas mais clínicas/físicas), o atendimento domiciliar e trabalho em grupo e, como atividade clínica indireta, a orientação a auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e o suporte ao atendimento do médico¹⁹.

Para tanto, como forma de organizar o cuidado prestado, o profissional enfermeiro baseia-se na realização do Processo de Enfermagem, ação essa privativa do enfermeiro e garantida pela Resolução Nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), devendo ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. O processo de enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem²⁰.

O primeiro passo do Processo de Enfermagem (PE), o histórico de enfermagem, é o momento de levantamento de informações e dados que sejam significativos para identificação de problemas e necessidades de saúde do usuário²¹. Na segunda etapa, diagnóstico de enfermagem, ocorre a identificação dos problemas reais ou potenciais no estado de saúde²², considerando os dados que foram levantados na etapa do histórico. No terceiro momento há o planejamento de enfermagem, no qual toma-se decisões sobre estratégias que serão adotadas de promoção, manutenção ou restauração da saúde do paciente. É nessa etapa que o enfermeiro projeta as metas esperadas e o plano de cuidado que será adotado para que se alcancem tais metas, plano de cuidado esse que se concretiza na prescrição de enfermagem²³. Em seguida, ocorre a implementação, que é a implantação do plano de cuidado, a real prestação da assistência de enfermagem, para que se obtenham as metas que haviam sido definidas na etapa de planejamento²⁴. A fase de avaliação é contínua e perpassa todo o PE, é o momento em que o enfermeiro determina se o plano de cuidado está apropriado ou se necessita ser reavaliado, por meio da comparação do estado de saúde atual do usuário com os resultados que haviam sido definidos na etapa de planejamento²³.

Nesse sentido, entende-se ainda que o planejamento dos cuidados de enfermagem pode ser a contribuição do profissional enfermeiro para a construção do Projeto Terapêutico Singular, ao se considerar sua inserção em uma equipe multiprofissional²³.

Há, porém, distanciamento do que é preconizado com a prática, uma vez que quando questionados sobre seus conhecimentos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem os enfermeiros revelam fragilidades, marcadamente distante da prática de enfermagem na Atenção básica²⁵. Nesse sentido, estudo indica que 70% dos enfermeiros não conhecem nenhum diagnóstico de enfermagem e não os utilizava na prática profissional e 56% não realiza nenhuma das etapas do PE, associando como principais motivos para a não execução da sistematização de enfermagem as condições inadequadas de trabalho²⁶. *Durante a prática foi possível também perceber no dia a dia essa contradição. Questionei por algumas vezes os profissionais enfermeiros com quem trabalhei sobre o uso e aplicação do Processo de Enfermagem, e, por vezes com olhares espantados, me diziam que não dava tempo de fazê-lo de forma sistematizada, mas que o pensamento organizacional do processo de enfermagem permeava os atendimentos que realizavam, embora não fosse colocado em suas anotações em prontuários e não fosse feito da forma como é preconizado.*

Se levarmos ainda em conta que entende-se que o planejamento e aplicação dos cuidados de enfermagem são a contribuição que o núcleo pode dar ao se pensar o PTS de um indivíduo em sofrimento mental, questiono se está sendo efetiva essa contribuição, uma vez que não se adota, de forma geral, o pensamento sistemático para a realização do PE. Pude vivenciar muitas vezes que o pensamento clínico perpassa a construção de cuidado feita pelos enfermeiros, mas provoço o questionamento que se usássemos a metodologia do PE como forma de construção de linha de pensamento de cuidado, se não estaríamos assim sendo capazes de oferecer uma assistência mais adequada e de melhor qualidade, uma vez que seria de fato pensada para aquele indivíduo em todo seu contexto.

No âmbito da saúde mental, há indícios de que a competência do enfermeiro aponta para um saber prescritivo, com pouca resolução²⁷, considerando um saber em enfermagem centrado nos aspectos biológicos²⁸, e com práticas baseadas em acolhimento, na renovação de receitas, na dispensação de medicação e no encaminhamento desses casos a outros serviços especializados²⁹. *Há, por diversas vezes, o entendimento por parte dos enfermeiros de que o cuidado ao usuário com sofrimento psíquico não lhe cabe. Associo à formação do profissional, que tem em sua fundamentação um fazer muito demarcado em questões clínicas, levando com que os profissionais digam por exemplo: “não adianta nada só escutar”, demonstrando uma falta de entendimento da potência que se têm em uma escuta ativa e terapêutica.*

Além disso, julgo também que há a questão das próprias expectativas dos funcionários pelos casos, uma vez que, em sua maioria, os casos chamados de “saúde mental” não se resolvem em uma consulta, levando com que os profissionais entendam que não estão sendo

resolutivos. Exeplifico essa frustração por parte das equipes em falas como: “a gente já fez de tudo, e ele (o paciente) não melhora”, estando também permeado nesse tipo de fala a ideia da supressão dos sintomas. Uma vez que entende-se que a saúde mental se alcança pela falta de sintomas, a meta a ser atingida é a supressão desses sintomas, e não uma reinserção social ou outras construções que sejam pertinentes para aquele sujeito, levando a uma possível frustração por não haver essa garantia de supressão de sintoma a curto prazo na maioria dos casos.

A consulta de enfermagem em saúde mental baseia-se no vínculo, avaliação mental (exame do estado mental) e física. A seguir, deve-se realizar o diagnóstico em enfermagem, planejamento terapêutico e, discussão com a equipe, quando necessário²³. É necessário que as ações sejam aplicadas pelo viés da relação interpessoal e comunicação não verbal, visando seu aprimoramento para o melhor desempenho na prática da saúde mental³⁰.

Têm-se assim, a possibilidade do PE estruturar o cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, fundamentado no estabelecimento da relação terapêutica, ampliando uma perspectiva da atenção pautada em questões clínicas, sociais, políticas e culturais do sujeito em sofrimento atendido³¹.

3.0 Violência de gênero na Atenção básica

Entende-se violência de gênero como uma relação de poder e dominação dos homens e de submissão das mulheres, que externa os papéis impostos social e historicamente a ambos³².

Estima-se que entre 10 a 50% das mulheres em todo o mundo já sofreram violência física em algum momento da vida, sendo os parceiros íntimos os principais agressores e suas casas como principal cenário dessas agressões. O tema da Violência Contra Mulher (VCM) é reconhecido pela OMS como um grave problema mundial e passou a ser tratado como questão de saúde pública.^{33,34}. Entre as mulheres brasileiras, 27,2% a 33,7% afirmam ter sofrido violência física pelo menos uma vez na vida³⁵.

A violência doméstica é a sexta causa de morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 44 anos. 25% das mortes de mulheres em idade fértil têm associação à violência, sendo que mais de 60% delas foram cometidas por seus companheiros³⁶. Estima-se que o problema cause mais mortes de mulheres do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras³⁷.

Não há uma causa única para que ocorra a violência doméstica, tornando-se um problema complexo desencadeado por uma multiplicidade de fatores, independente das características daquele que sofre a violência, tornando as pessoas suscetíveis a ela independente do período de sua vida³⁸.

Os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres que procuram os serviços com indicações clínicas de violência, agudas ou crônicas, físicas, mentais ou por problemas sociais. Lesões físicas agudas podem ter sido causadas por uso de armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento ou queimaduras, podendo chegar a fraturas de ossos. As manifestações clínicas crônicas podem ser causadas por agressões sexuais que podem gerar infecções sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada. Durante o cuidado prestado a mulheres em tais situações, deve-se estar atento a possíveis causas que tenham acarretado tais achados clínicos, levando em conta possíveis agressões³⁹. *Avalio também que houve avanço nesse aspecto no decorrer do ano. No início, pouco se falava sobre violência de gênero e pouco se entendia a necessidade do profissional se questionar ao se deparar com uma usuária com tais questões clínicas citadas.*

Ao longo do ano, após feitas diversas discussões sobre o tema com a equipe como um todo (conversas essas mais formais, em reuniões de equipe ou momentos de educação continuada, e informais), foi perceptível uma maior sensibilidade dos profissionais à essa detecção, notando que a temática da violência passou a permear os atendimentos e questionamentos que realizavam. Assim, ao se deparar com questões clínicas que pudessem sugerir como causa algum tipo de violência, os profissionais se portavam de forma mais ativa e sensível ao questionar a usuária sobre a causa, levando a um “aumento” dos casos de violência atendidos na unidade. Esse “aumento” foi discutido e avaliado pela equipe como se tratando de na verdade mulheres que já eram conhecidas pelo CS, mas que a temática da violência até então não havia sido abordada em atendimento de forma com que a usuária pudesse se sentir confiante em compartilhar aquela situação com os profissionais. Sendo assim, não houve de fato um aumento desses casos, mas sim um aumento da sensibilidade da equipe para sua detecção e cuidado.

Afirma-se ainda pela literatura que embora a violência sofrida seja considerada leve (fisicamente falando), pode desencadear efeitos psicológicos degradantes na vida dessas mulheres. Esse aspecto merece atenção de profissionais, que podem estar observando somente aspectos físicos da violência por parceiro íntimo, sem atentar para as consequências psicológicas e sexuais. Além disso, tais violências, em muitas situações são negligenciadas por serem consideradas privativas da vida pessoal do casal, considerando-se a construção social do papel do feminino na relação⁴⁰.

As mulheres que sofrem violência apresentam, em sua maioria, mais sofrimentos e demandas aos serviços de saúde, o que não significa que não mereçam investigação clínica. Estas mulheres têm maior risco efetivo de patologias clínicas e mentais, e devem ser

cl clinicamente investigadas, ao mesmo tempo em que são acolhidas em suas situações de violência. As queixas clínicas devem ser consideradas, assim como a história da violência, para que se possa entender os casos em seu todo, enquanto um cuidado integral a ser dispensado⁴¹. Assim, as ações de cuidado clínico/físico mostraram-se como uma possibilidade de iniciar o cuidado às mulheres, devendo ampliar-se para o acolhimento e escuta qualificada buscando o cuidado integral a mulher em suas necessidades singulares⁴².

Especificamente na atenção básica, destaca-se sua importância por ser capaz de detectar precocemente os casos e acolhê-los antes que se agravem. Os serviços básicos de saúde têm contato mais intenso com a população, o que pressupõe conhecimento da realidade e facilidade em identificar as necessidades/problemas locais, incluindo as possíveis situações de violência⁷. *Nesse sentido, destaco também o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Enquanto profissional que está mais ativamente no território, por diversas vezes é por meio deles que os casos chegam ao conhecimento de todos da equipe. Esses profissionais, muitas vezes enquanto membros pertencentes daquela comunidade, conseguem acessar os usuários de forma bastante apropriada e única, sendo peça chave nessa detecção. Por vezes, em discussões de caso dentro de uma reunião de equipe, o profissional ACS é aquele que consegue trazer informações concretas sobre a situação do indivíduo, seja em relação a sua moradia, família e as relações sociais e de possíveis violências a que aquele usuário possa estar exposto.*

Apesar de sua alta prevalência, a VCM é pouco identificada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado, tendo como principais obstáculos para o reconhecimento da VCM pelos profissionais de saúde: ausência de treinamento e de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança para a equipe e pouco apoio para as vítimas^{43,44}. Além disso, aponta-se que os profissionais tendem a ter a impressão de que as mulheres ficariam constrangidas de falar sobre a violência sofrida e que a esconderiam. No entanto, são claros os benefícios que a revelação pode trazer para as mulheres, que manifestam sentir-se melhor depois de falar sobre a violência que sofrem de uma forma privada, sigilosa e não julgadora, além do fato de que quanto mais o profissional é treinado nesta questão mais fácil fica realizar a detecção dos casos, levando ao entendimento de que após a detecção, escutar atentamente, valorizando o relato e procurando produzir uma narrativa que permita àquela mulher identificar quais elementos da sua história possuem potenciais de transformar a situação de violência, o profissional já está exercendo seu papel terapêutico⁴¹. *Aqui, reforço novamente o cuidado baseado no fazer. Por vezes, ouvi dos profissionais que era muito difícil atender casos de mulheres expostas diretamente a violência, uma vez que os mesmos não saberiam o que fazer. Não há claro para os profissionais que fornecer orientações*

sobre direitos dessas mulheres, ouvi-las atentamente e sem julgamentos é de fato um cuidado terapêutico, e um cuidado extremamente potente.

Nesses casos, há de se cuidar das expectativas que os profissionais colocam sobre àquela mulher, de seus próprios desejos de que a situação de violência seja revertida rapidamente. Por vezes, foi possível notar grande frustração da equipe ao se deparar com o fato de que, em sua maioria, as mulheres levam muito tempo (ou nunca chega a acontecer) para que possam se organizar e conseguir sair da situação violenta, uma vez que é necessário considerar a questão financeira, os filhos e muitas outros âmbitos. Assim, os profissionais se frustram, dizendo: “já fizemos tudo por ela, e ela não sai daquela casa”, ou ainda: “reclama que as coisas estão ruins, mas ai acaba sempre voltando para aquele homem.”, mostrando falta de empatia e dificuldade de entender a complexidade do entorno da vida daquela usuária.

Presenciei casos em que parte do motivo pelo qual a mulher se mantinha com o companheiro que a violentava girava em torno da questão financeira e da impossibilidade que a mulher enfrentaria em se sustentar e a seus filhos se saísse de casa. Nesses casos, havia grande investimento da equipe para que se conseguisse algum tipo de benefício social junto a secretaria de assistência, sem sucesso na maioria das vezes. Exemplifico assim o quanto os casos de violência necessitam de uma articulação para além de saúde, e o quanto a falta dessa complexidade de cuidado intersetorial é mais um dos motivos que impedem que o caso evolua para um rompimento do ciclo da violência..

A fim de intervir nesta realidade da violência contra as mulheres, foram pensadas diversas estratégias de enfrentamento, a exemplo da Lei nº 11.340, de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que tem o intuito de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, instituindo a criação de juizados especiais para os crimes previstos na legislação. Também permitiu instaurar medidas mais rigorosas em relação aos agressores, além de estabelecer medidas de assistência e proteção às vítimas e buscar assegurar a criação de políticas públicas para a garantia dos direitos da mulher⁴⁵. Porém, indica-se na literatura que as mulheres vítimas da violência doméstica não confiam na justiça, uma vez que não há a aplicação de uma legislação severa que puna seus agressores quando denunciadas por elas. Na maioria das vezes, são submetidos ao pagamento de penas secundárias, como multas e cestas básicas, sem a perda da liberdade⁴⁶. Nesse sentido, explicase parte da frustração dos profissionais de saúde, que ao atenderem essas mulheres, depositam também expectativas em cima das atitudes tomadas pela justiça, e, quando não são concretizadas da forma prevista, se frustram junto com a usuária.

A fim de aumentar a visibilidade da problemática e a implementação de políticas públicas, não podemos deixar de mencionar a Lei nº 10.778, que regulamenta a notificação compulsória, de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados⁴⁷. Este agravo passou a constar na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas em 2010, mediante a publicação da Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 2.472, e a compor a Lista de Doenças de Notificação Compulsória Universal em 2011, com a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011⁴⁸. Tais documentos preconizam a notificação da violência contra a mulher por profissionais de saúde, objetivando fundamentar políticas de prevenção e enfrentamento da questão, para melhorar a qualidade de vida das mulheres.

Considerando a questão da notificação, observa-se que há, entre os profissionais, um entendimento de notificação e denúncia enquanto sinônimas, revelando um desconhecimento profundo de seu sentido. Perde-se de vista a finalidade da notificação enquanto peça de organização de dados epidemiológicos, de produção de informações de saúde, que visa dimensionar a magnitude de um dado problema para um planejamento mais adequado de estratégias assistenciais. Quando questiona-se esses profissionais sobre os motivos alegados para não se realizar a notificação, aparece enquanto uma das razões centrais produtoras de constrangimento para os profissionais o medo de retaliação⁴⁹. Sinaliza-se ainda em alguns estudos que profissionais enfermeiros desconhecem a ficha de notificação, ou mesmo que a conhecem porém não realizam a notificação, apontando a violência enquanto subnotificada e corroborando com se tratar de um fenômeno invisível⁵⁰. *O quesito da notificação foi para mim uma das maiores dificuldades enfrentadas durante o ano. Há muita dificuldade de entendimento por parte da equipe da diferença entre notificação e denúncia, fazendo com que houvesse grandes barreiras para que de fato as notificações fossem feitas. Ouso dizer que puder vivenciar na prática (não só do CS) que a subnotificação dos casos de violência é uma realidade concreta. Há também como panorama a questão do medo da retaliação: casos emblemáticos de violência na qual, por exemplo, o agressor lidera o tráfico de drogas local, aumentando a sensação da equipe de que, se fizessem a notificação (que como disse, é entendida como denúncia), alguma retaliação aconteceria com os funcionários.*

Dito isso, entende-se que a finalidade do trabalho com violência contra a mulher seja o fortalecimento das mulheres e a emancipação de todos os envolvidos, e não apenas o cuidado da dor e o tratamento dos sintomas e consequências da violência. Para tanto, é necessário agir de forma interativa, pautada na escuta, na orientação, no acolhimento, enfatizando a comunicação com a mulher e entre os profissionais, na direção de projetos de cuidado

construídos em conjunto para cada caso, tendo como referência a garantia de direitos e a emancipação⁴¹.

4.0 O Enfermeiro no Cuidado à mulher exposta diretamente à violência de gênero

Acrescido ao que já foi dito sobre o cuidado do enfermeiro em saúde mental, entendese que esse profissional em sua assistência às mulheres em situação de violência realiza o cuidado inicial das lesões e do trauma, ofertando um cuidado que é técnico, protocolado no serviço, muitas vezes restrito às questões biológicas. Assim, os próprios profissionais referem realizar a administração das medicações, aferição dos sinais vitais e exame da lesão decorrente da violência sofrida, além de orientarem exames clínicos, conversar sobre os sintomas e fazer curativos. Referem ainda que realizam em um segundo momento cuidado não clínicos: conversam, escutam e orientam as mulheres e familiares⁴².

De acordo com o que é preconizado, o enfermeiro, no cuidado às mulheres em situação de violência de gênero, deve estar capacitado para atendê-las de maneira empática, oferecendo uma atenção humanizada e uma escuta qualificada, possibilitando a confiança mútua entre o profissional de enfermagem e a mulher. A partir dessa aproximação, o enfermeiro, juntamente com a mulher e a equipe multiprofissional, podem elaborar um plano para o combate, enfrentamento e prevenção a recorrência da violência na vida da mulher⁵¹.

Assim, os enfermeiros lançam mão de alguns elementos facilitadores, tais como a escuta ativa, a empatia e o vínculo no acolhimento dessas mulheres, como um dispositivo técnicoassistencial. Entende-se o acolhimento como uma postura e prática que constrói uma relação de confiança e compromisso da usuária com as equipes e os serviços, objetivando as resoluções aos problemas identificados através da escuta. Esse pressuposto é a base para uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência⁵².

O acolhimento é, portanto, uma possibilidade que exige privacidade e escuta empática do profissional. Compreende-se que o cuidado não pode se restringir ao cumprimento de rotinas e procedimentos, deve-se garantir o não julgamento e respeito às decisões que são possíveis àquela mulher⁴¹.

Ressalta-se também que os profissionais da enfermagem são os que mais se encontram com essas pacientes, uma vez por muitas vezes recorrem ao serviço exclusivamente para atendimento de demandas espontâneas, por meio do acolhimento. Porém, tal atendimento mantém um caráter pontual e não é utilizado enquanto oportunidade para vincular esses pacientes a um cuidado longitudinal, evidenciando as contradições ainda existentes entre o atendimento que é ofertado e a proposta da integralidade da atenção básica⁵³. *Há aqui também*

um ponto importante. O acolhimento é feito, em sua grande maioria, enquanto atendimento pontual de resolução para queixa clínica aguda. No que tange o cuidado à mulher vítima de violência, é necessário um olhar que vá além dessas questões. atendimentos pontuais que focam na queixa momentânea podem deixar passar questões importante, e perder o início de um vínculo que necessita ser estabelecido para que o cuidado a longo prazo possa ser feito. Nesse sentido, sempre ouvi como resposta à essa questão o fato da carga excessiva de trabalho que recai sobre o profissional enfermeiro, uma vez que sua função é bastante ampla e há uma enorme demanda pelos atendimentos de queixas agudas, o profissional entende que dispõe de pouco tempo para cada consulta, levando a esse olhar mais direcionado.

Os acolhimentos, em sua maioria, são feitos em 5 minutos: ouve-se a queixa aguda que trouxe o usuário ao serviço, realiza-se uma avaliação e dá-se a conduta ou encaminhamento necessário. Entendo que para que se inicie a criação de um vínculo, propicie-se um ambiente acolhedor e favorável a escuta e ao acolhimento, é necessário mais que isso, e não digo apenas em questão de tempo, é necessário que haja um investimento total mais amplo, de tempo, de disponibilidade, de intenção e de cuidado propriamente dito. Porém, é fato que a demanda que os profissionais enfermeiros se vem obrigados a dar conta é grande, sendo então necessário que haja uma organização entre a equipe como um todo para que se supra essa demanda de outras maneiras, tornando possível que o enfermeiro esteja realmente disponível para esses acolhimentos que necessitem mais de sua atenção.

Entende-se então que os profissionais da saúde, destacando-se os que atuam na atenção básica e saúde mental, são fundamentais para o cuidado. A equipe deve estar preparada para reconhecer casos de violência, de modo a identificá-la, como também notificar, prevenir sequelas, organizar projetos terapêuticos e, quando necessário, encaminhá-las aos serviços de apoio à situação de violência ou de saúde mental. Isso pode contribuir para que vítimas de violência por parceiro íntimo conquistem autonomia e proteção do seu bem-estar⁴⁰.

5.0 Proposta de Cuidado de enfermagem à mulher exposta diretamente à violência

Considerando que o enfermeiro ao utilizar o Processo de Enfermagem tem subsídios para intervir em aspectos psicoemocionais, a partir dos mais frequentes diagnósticos de enfermagem encontrados, a fim de reverter um quadro de desequilíbrio psicoemocional e, ainda, promover a saúde mental²³, e que o cuidado de enfermagem quando pautado na sistematização contribui para a recuperação do paciente e promove o bem-estar psíquico, físico e social⁵⁴, exemplifico, a seguir, alguns possíveis diagnósticos de enfermagem e seus respectivos resultados esperados e intervenções de enfermagem, pensados como estratégia

de qualificação da clínica do cuidado de enfermagem em saúde mental à mulher exposta diretamente à violência. Além disso, tais discussões sobre a aplicação do PE no cuidado a essas mulheres, quando feitas em equipe, eram facilitadoras para revisão de conceitos e questões antes naturalizadas, podendo assim, ser ferramenta tanto para a assistência prática, quanto para suscitar tais discussões e avançar nas compreensões em relação à temática.

Apresentarei opções de diagnósticos de enfermagem e seus respectivos resultados esperados e intervenções, como componentes do PE. Pude pensar essas possibilidades levando em conta os PE que realizei durante minha prática, considerando diversos casos que atendi. Destaco que se tratam de possibilidades, que me baseio na prática para sugerir, enfatizando que é necessário que o Processo de Enfermagem seja sempre pensado e operacionalizado individualmente. Penso também que ao se considerar as discussões levantadas até agora sobre a importância dessa aplicação do PE e da dificuldade encontrada pelos enfermeiros no dia-a-dia, que se tem aqui um modelo que possa também facilitar sua aplicabilidade.

Utilizo as classificações NANDA⁵⁵, NOC⁵⁶. e NIC⁵⁷, por preferência pessoal, enfatizando que há outras classificações possíveis de serem utilizadas.

Opto por colocar apenas o título dos diagnósticos, uma vez que as características definidoras e fatores relacionados são em sua maioria bastante abrangentes e seriam inviáveis de serem totalmente contemplados neste trabalho. Além disso, há resultados esperados e intervenções que podem ser usados em mais de um diagnóstico, e optei assim por colocá-los apenas no primeiro diagnóstico citado, que, a título de organização ordenei por ordem alfabética.

Diagnóstico de Enfermagem 1: Ansiedade

Possíveis Resultados esperados:

1. Recuperação de abuso
2. Enfrentamento
3. Autocontrole da Ansiedade
4. Autocontrole da depressão
5. Autoestima

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Apoio a proteção contra abuso: parceiro no lar (atividades: Identificar fatores de risco associados a abuso doméstico; monitorar presença de sinais e sintomas de abuso (físico, sexual e emocional); apoiar a vítima para que tomem medidas e façam mudança; Auxiliar o indivíduo e a família e desenvolverem estratégias de enfrentamento de situações estressantes)
2. Melhora do enfrentamento (atividades: Avaliar e discutir respostas alternativas à situação; Buscar entender a perspectiva do paciente a respeito de uma situação de estresse; Encorajar atividades sociais e comunitárias; Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado; Promover situações que encorajem a autonomia do paciente; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; Auxiliar paciente a identificar metas adequadas de curto e longo prazo; Auxiliar paciente a identificar os sistemas de apoio disponíveis)
3. Redução da ansiedade (atividades: Usar abordagem calma e tranquilizadora; Tentar compreender a perspectiva do paciente em relação a situação temida; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; Identificar mudanças nos níveis de ansiedade; Administrar medicamentos para reduzir ansiedade, conforme apropriado; Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade)
4. Técnica para acalmar (atividades: manter atitudes calmas e firmes; encorajar respiração profunda, lenta e intencional; reduzir ou eliminar estímulos geradores de medo ou ansiedade; identificar pessoas significativas cuja presença pode ajudar o paciente; orientar paciente sobre métodos para reduzir ansiedade, conforme necessário).
5. Fortalecimento da autoestima (atividades: encorajar o paciente a identificar os pontos fortes; reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente; transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação; investigar as razões da autocrítica e da culpa; facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima; ajudar a estabelecer metas realistas para atingir uma autoestima maior).
6. Escutar ativamente (atividades: Demonstrar interesse pelo paciente; focalizar totalmente na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos e preocupações pessoais; usar comportamento não verbal para facilitar a comunicação; evitar barreiras para escutar ativamente (exemplo: minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, conversar sobre si mesmo e encerrar prematuramente)).
7. Apoio emocional (atividades: conversar com paciente sobre experiências emocionais; fazer declarações de apoio ou empatia; encorajar paciente a expressar sentimentos;

facilitar a identificação, pelo paciente, do padrão usual de resposta ao enfrentar os medos).

8. Controle do humor (atividades: avaliar o humor; determinar se o paciente apresenta risco à sua segurança ou à de outra pessoa; monitorar a capacidade de autocuidado; monitorar o estado físico do paciente; providenciar ou encaminhar à psicoterapia, conforme apropriado; interagir com o paciente a intervalos regulares de modo a transmitir atenção e/ou oferecer uma oportunidade para expressar seus sentimentos).

Diagnóstico de Enfermagem 2: Conflito de decisão

Possíveis Resultados esperados:

1. Tomada de decisão

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Apoio a tomada de decisão (atividades: auxiliar o paciente a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis em escolhas importantes de vida; informar o paciente sobre pontos de vista ou soluções alternativas de forma clara e apoiadora; facilitar a tomada de decisão conjunta)

Diagnóstico de Enfermagem 3: Desesperança

Possíveis Resultados esperados:

1. Esperança

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Promoção de Esperança (atividades: auxiliar o paciente a identificar razões de esperança na vida; ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamento do paciente; encorajar relações terapêuticas com pessoas importantes)

Diagnóstico de Enfermagem 4: Insônia

Possíveis Resultados esperados:

1. Nível de fadiga

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Melhora do sono (atividades: determinar o padrão de sono do paciente; determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono; ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir; Iniciar/implementar medidas de conforto, como massagem, posicionamento e toque afetivo; conversar com paciente sobre técnicas que melhorem o sono).

Diagnóstico de Enfermagem 5: Interação social prejudicada

Possíveis Resultados esperados:

1. Apoio Social
2. Resiliência Familiar

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Melhora da socialização (atividades: encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas; encorajar atividades sociais e comunitárias; investigar elementos positivos e elementos negativos da atual rede de relacionamentos).
2. Apoio Familiar (atividades: escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família; ajudar os membro da família a identificar e solucionar conflitos de valores; respeitar e apoiar mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família).
3. Melhora do sistema de apoio (atividades: determinar a adequação das redes sociais existentes; identificar o grau de apoio da família; identificar o grau de suporte financeiro da família; monitor a situação familiar atual; determinar as barreiras ao uso do sistema de apoio).

Diagnóstico de Enfermagem 6: Medo

Possíveis Resultados esperados:

1. Autocontrole do medo

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Aumento da segurança (atividades: ajudar o paciente a identificar os fatores que aumentam a sensação de proteção; ajudar o paciente a identificar reações normais de enfrentamento; ajudar o paciente a usar respostas de enfrentamento que tenham funcionado no passado).

Diagnóstico de Enfermagem 7: Processos familiares disfuncionais

Possíveis Resultados esperados:

1. Enfrentamento familiar
2. Funcionamento familiar

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Manutenção do processo familiar (atividades: identificar os efeitos das mudanças nos papéis sobre o processo familiar; encorajar a manutenção do contato com membros da família, conforme apropriado; auxiliar os membros da família a implementar estratégias de normalização de sua situação; conversar sobre mecanismos existentes de apoio social para a família).

Diagnóstico de Enfermagem 8: Relacionamento ineficaz

Possíveis Resultados esperados:

1. Desempenho de papel
2. Recuperação de abuso

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Melhora do papel (atividades: ajudar o paciente a identificar os vários papéis no ciclo da vida; ajudar o paciente a identificar mudanças específicas nos papéis devido a doença; ajudar o paciente a identificar estratégias positivas de lidar com as mudanças de papéis)

Diagnóstico de Enfermagem 9: Risco de baixa autoestima situacional

Possíveis Resultados esperados:

1. Autoestima
2. Cessação de abuso
3. Imagem corporal

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Melhora da autopercepção (atividades: ajudar o paciente a dar-se conta da singularidade de cada indivíduo, ajudar o paciente a mudar a visão sobre si mesmo como vítima, definindo os próprios direitos, conforme apropriado; ajudar o paciente a identificar

sentimentos de culpa, ajudar o paciente a identificar seus atributos positivos; ajudar o paciente a reexaminar percepções negativas de si mesmo; ajudar o paciente a identificar uma fonte de motivação)

Diagnóstico de Enfermagem 10: Risco de suicídio

Possíveis Resultados esperados:

1. Autocontenção do suicídio

Possíveis Intervenções de Enfermagem:

1. Controle do comportamento: Autoagressão (atividades: determinar o motivo/razão dos comportamentos; comunicar o risco aos outros cuidadores; orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento; ajudar o paciente a identificar situações e/ou sentimentos que possam iniciar a autoagressão; usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamentos de autoagressão; ajudar o paciente a identificar situações “gatilhos” e sentimentos que o deixem propenso a comportamento autoagressivo).
2. Prevenção do suicídio (atividades: determinar a presença e o grau do risco de suicídio; determinar se o paciente tem meios disponíveis para levar adiante o plano de suicídio, usar uma abordagem direta e sem julgamentos ao discutir o suicídio; discutir planos para lidar com ideias suicidas no futuro (fatores precipitadores, quem está em contato, onde ir em busca de ajuda); ajudar o paciente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte).

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo descrever e discutir o cuidado em saúde mental, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde, à mulheres expostas diretamente à violência de gênero, considerando a experiência de uma enfermeira residente em saúde mental. Além disso, pôde contribuir com as discussões acerca dos temas levantados. Há clareza de que o que aqui foi dito não esgota as infinitudes de reflexões que podemos ter, e almejo que as tenhamos sempre.

Entendo a necessidade de estudarmos a fundo a interface da atenção básica com a saúde mental, do amplo papel do profissional enfermeiro ao priorizar o estabelecimento de uma relação terapêutica e o cuidado à pessoas expostas à violência, especificamente mulheres expostas diretamente à violência de gênero.

Pontuo ainda, que no que diz respeito ao processo de enfermagem, há pouca literatura que traga sua aplicabilidade na prática, o que, caso houvesse em maior escala, poderia ser mais uma ferramenta de auxílio e facilitadora para que os enfermeiros passem a de fato realizá-lo sistematicamente na prática do dia-a-dia, ampliando sua capacidade de fornecer uma assistência de enfermagem mais qualificada e focada no sujeito.

Referência bibliográficas

1. Amarante P. Loucos pela vida- a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 19982005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):13-23.
5. Dahlberg LL, Krug EG. Violência como um problema global de saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(2): 277-92.
6. Montoya JHE, Sánchez-Alfaro LA. Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave bioética. Rev Colombiana de Bioética. 2011; 6(1):37-61.
7. Rückert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. Ciênc. Cuid. saúde. 2008; 7(2): 180-186.
8. Minayo MCS. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 26th ed. Petrópolis: Vozes; 1993.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de atenção básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

11. Vecchia DM, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva históricocultural. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 4(1):183-93.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE-DAB. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
13. Iglesias A, Avellar LZ. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(4): 1247-54.
14. Tanaka OY, Riveiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(2): 477-86.
15. Ribeiro LM, de Medeiros SM, de Albuquerque JS, Fernandes SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010; 2(44): 376-82.
16. Onocko Campos RT. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2001; 25(58):98-111.
17. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(6): 1501-06.
18. Magalhães RV, Vieira LJ. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no programa saúde da família. *Saúde Debate*. 2011; 35(91): 563-9.
19. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1): 123-30.
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009.
21. Cianciarullo TI. O Histórico de enfermagem: subsídios para sua introdução no hospital. *Rev. Esc. Enf. USP*. 1975; 10(2): 219-29).
22. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes médicas; 1993.

23. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Rev eletrônica de enfermagem*. 2005; 07(03): 333-42.
24. George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4th ed. Porto Alegre: Artes médicas sul; 2000.
25. Maroso Krauzer I, Adamy EK, Amora RA, Ferraz L, de Lima Trindade L, Neiss Mi. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciencia y Enfermería*. 2015; 11(2): 31-38.
26. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6): 1380-86.
27. Lucchese R, Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):152-60.
28. Amarante AL, Lepre A dos S, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(1): 85-93.
29. Mercedes AMF, Souza BML, da Silva TL, Silva TTM, Cavalcanti AMTS. Práticas de enfermagem em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(2): 417-25.
30. Bolsoni EB, Heusy IPM, da Silva ZF, Rodrigues J; Peres GM, de Moraes R. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão Integrativa. *SMAD, Revista Eletronica Saúde Mental Álcool Drog Alcohol*. 2016; 12(4): 249-59.
31. Garcia, APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Pellegrino VT. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Rev Brasileira Enferm*. 2017; 70(1): 220-30.
32. Ferraz MIR, Lacerda MR, Labronici LM, Maftum MA, Raimondo ML. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4): 755-9)
33. Leite MTS et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev. Latino-Am*. 2014; 22(1): 85-92.
34. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. São Paulo; 2012.
35. Schraiber L. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. 1th ed. São Paulo: Unesp, 2005.

36. Lamoglia CVA, Minayo, MSC. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(2): 595-604.
37. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Públ*. 2002; 36(4): 470-7.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
40. Santos AG, Monteiro CFS. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2018; 26: Epub 29 nov 2018.
41. D'Oliveira, AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14 (4): 1037-50.
42. Cortes LF et al . Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015; 36: 77-84.
43. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA*. 1992; 267(23): 3157-60.
44. Monteiro CFMS, Araújo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2006; 10(2): 273-80.
45. Brasil. Presidência da República. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006.
46. Silva LMP, Ferriani MGC, Silva MAI. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev Brasileira de Enferm*. 2011; 64(5): 919-24.

47. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003.
48. Abath MB et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do SINAN em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1): 131-42.
49. Kind L et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 9(29): 1805-15.
50. Cordeiro CCK, Santos MR, Gomes PN, Melo SD, Mota SR, Couto MT. Formação Profissional e Notificação da Violência Contra a Mulher. *Rev Baiana de Enfermagem*. 2015; 29(3): 209-17.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília. Ministério da Saúde; 2011.
52. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6): 608-13.
53. Moreira TNF et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014; 23(3): 814-27.
54. Fernandes MA, Sousa LEN, Sousa AR, Sousa AR, Evangeista MF. Cuidados de enfermagem ao portador de transtorno afetivo bipolar: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI*. 2012; 1(2): 135-8.
55. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
56. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
57. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.