

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDREA BASTOS CORREA

**ATENDIMENTO QUALIFICADO AOS PACIENTES COM SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM UMA EMERGENCIA DE HOSPITAL GERAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ANDREA BASTOS CORREA

**ATENDIMENTO QUALIFICADO AOS PACIENTES COM SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM UMA EMERGENCIA DE HOSPITAL GERAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Kenya Schmidt Reibnitz

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Atendimento Qualificado Aos Pacientes Com Sofrimento Psíquico Em Uma Emergência De Hospital Geral de autoria do aluno Andréa Bastos Corrêa foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

À todos os usuários do serviço público de saúde, especialmente aqueles que em sofrimento psíquico, adestram as emergências gerais.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, primeiramente, por me conceder tudo.

À minha querida Orientadora Kenya Schmidt Reibnitz que mesmo de longe sempre me incentivando e me permitiu ir e vir para conseguir acertar minha flecha.

Aos professores que estiveram presentes durante o Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial, com as palavras de incentivos durante os encontros presenciais e através de email que fez com que eu conseguisse chegar ao final.

Aos coordenadores do curso e de monografia, cada um de sua forma, mas todos com dedicação, ética e sensibilidade, contribuíram para a totalidade desse trabalho.

À minha sempre menina, Juliana que enche meu coração de amor e me torna uma pessoa feliz.

Ao meu marido Alexandre, que me faz acreditar que tudo que desejamos seja possível. Que com seu amor e amizade torna as coisas mais claras e prazerosas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	PERCURSOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL..	19
2.2	A TRAJETÓRIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	20
2.3	ACOLHIMENTO PARA A PESSOA EM CRISE PSÍQUICA	24
2.4	ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
2.5	O PAPEL DA ENFERMAGEM.....	26
3	MÉTODO	28
3.1	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33

RESUMO

CORRÊA, A.B. **Atendimento Qualificado aos Pacientes com Sofrimento Psíquico em uma Emergência de Hospital Geral.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

O Brasil vem passando por um profundo processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, do século passado. Com relação aos acontecimentos que compõem esse processo, as pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e seus familiares passaram a ter outras oportunidades e perspectivas para suas vidas, assim como os profissionais que atuam na área e os gestores da rede de saúde pública. Por isso, podemos nos referir a mudanças em profundidade, uma vez que não se trata apenas da criação de tipos diferentes de serviços, mas do enraizamento de novas concepções sobre o sofrimento humano e dos modos de acolher e tratar as pessoas com sofrimento psíquico. Com o presente estudo, viabilizo este trabalho trazendo como **questão norteadora deste estudo:** Como os profissionais de enfermagem conseguem concretizar as mudanças no atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico severo, tendo como base a conformidade com a reforma psiquiátrica? E tenho como **objeto**, o atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico em um hospital de emergência, tendo como base as intervenções propostas pela reforma psiquiátrica e como **objetivo**, Propor, com a participação dos profissionais de enfermagem, as estratégias para mudanças no atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico, tendo como base as intervenções propostas pela reforma psiquiátrica. **Método** Este projeto e intervenção irá utilizar como caminho metodológico a metodologia da problematização associada ao Arco de Charles Maguerez; para que essa atividade ocorra serão realizadas, junto aos enfermeiros alguns encontros, que serão chamados de “momentos educativos”. Estes momentos educativos terão como objetivo proporcionar aos participantes, a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e experiências sobre o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, refletirem sobre sua prática, analisa-la de forma crítica, compreendendo sua dimensão para transformá-la, culminando na construção de uma melhoria desse cuidado. Os sujeitos participantes receberão informações sobre o propósito do estudo e seus objetivos, conforme a resolução 196/CNS/96, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa. Conclui-se que esta proposta ao ser aplicada apresentará como produto final conscientizar os enfermeiros para a construção de uma nova proposta de cuidado a estes pacientes. Tornando-se pertinente e trazendo as seguintes contribuições:- proporcionar, aos enfermeiros um momento de reflexão que permita uma discussão profunda sobre a o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico numa unidade de emergência de um hospital geral; - educação dos enfermeiros recém-admitidos na Unidade de Emergência; - divulgação do conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e suas implicações, abrindo campo para novos estudos e pesquisas; - evidenciar e divulgar a produtividade da enfermagem em pesquisa sobre este tema e da educação no trabalho; - criação de diretrizes para elaboração de uma proposta de cuidado ao paciente com sofrimento psíquico numa unidade de emergência de um hospital geral, na perspectiva do cuidado humanizado.

Palavras-chaves: Reforma psiquiátrica. Cuidados de enfermagem. Emergência.

1 INTRODUÇÃO

No cotidiano da prática de cuidar, surgiu de minha inquietação como enfermeira plantonista de uma unidade de emergência em um Hospital Público no município do Rio de Janeiro – RJ, acerca de um cenário atribuído ao tratamento aos pacientes com sofrimento psíquico.

Apesar de a unidade dispor de enfermeiros durante 24 horas, ao longo dos meus plantões consigo identificar a dificuldade do profissional de enfermagem em se relacionar com o paciente com sofrimento psíquico durante sua admissão na emergência. Observo um sentimento de medo por parte desses profissionais em relação a estes pacientes, dificultando assim a visão holística, a continuidade do cuidar tão necessário ao cliente no processo de cuidar.

Reconhece-se diante desse cenário que estamos apoiadas na história estigmatizante que acompanha os pacientes com sofrimento psíquico desde séculos passados, uma crença social que persiste em nosso meio e é ostentada por parte da equipe de enfermagem, revelando uma dificuldade pessoal em atender os pacientes com sofrimento psíquico. Este descontentamento diverge dos aspectos éticos e filosóficos de nossa profissão. Cuidar do paciente com sofrimento psíquico no hospital de emergência, não é uma questão de escolha, é acima de tudo um compromisso social e profissional, que não pode ser negligenciado.

Reconhece-se que a enfermagem não pode dispensar uma assistência de enfermagem em termos ideais. O importante é que se utilizem os quantitativos profissionais atuais e os reconhecimentos científicos existentes de modo lógico, funcional e adaptado às circunstâncias, mesmo sabendo que os profissionais por não se sentirem preparados se abstêm do exercício do cuidar, comprometendo o tratamento da patologia clínica destes pacientes.

Considerando que muitos profissionais não conhecem sobre a reforma psiquiátrica, constatamos a dissonância entre o hospital geral e a reforma psiquiátrica e observamos uma indagação por parte dos profissionais, sobre a reforma psiquiátrica e a permanência de pacientes com sofrimento psíquico no hospital geral. O desconhecimento dessa questão, principalmente por parte dos profissionais que atuam nos hospitais de emergência, aparece mais evidentemente quando escutamos que o hospital não é lugar para tratar destes pacientes, e que deveria existir um local específico para o tratamento da patologia clínica dos mesmos. Acredito que o grande problema não está no paciente, estão no despreparo da equipe para

receber esse tipo de paciente. E esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da Atenção em Saúde Mental que se iniciam ainda na década anterior (COSTA-ROSA, 1987).

Estas transformações têm contribuído para um aumento de número de pacientes psiquiátricos que passam a ser atendido em unidades diversas além, daqueles tradicionais que prestam assistência exclusivamente psiquiátrica, dentre os quais encontramos os hospitais gerais.

A consequência é a busca de melhor atendimento no hospital geral e a assistência de enfermagem passa a ter seu campo de ação bastante ampliado, contribuindo e favorecendo a melhoria da atuação do enfermeiro com o paciente psiquiátrico, atendendo dessa forma as expectativas e necessidades do doente mental, humanizando-as, além de favorecer o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão.

Nos últimos anos, os serviços de assistência psiquiátrica vêm sendo reestruturados, ainda que paulatinamente, em consequência do movimento da “reforma psiquiátrica”, iniciado na década de 80. Podemos observar algumas diretrizes da assistência que são baseadas neste movimento no relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994), que destaca aspectos que dizem respeito às diferenças e diversidades dos indivíduos, em que a qualidades e modo de vida são determinantes para compreensão do sujeito em seu processo de saúde/doença.

O papel da enfermagem, mais especificamente do enfermeiro é de suma importância para as atividades e os procedimentos realizados dentro da emergência, sendo de sua competência induzir que a equipe multidisciplinar esteja toda voltada para o tratamento adequado dos pacientes, além de educar e orientar a família do paciente quanto ao plano de assistência que será prestado bem como a explicar a atual fase que este se encontra.

Assim sendo, a gravidade dos problemas biológicos colocam em segundo plano as necessidades psicossociais.

Ao assistir o cliente com um olhar em suas necessidades clínicas e mentais, a equipe de enfermagem será capaz de visualizar quais são as principais necessidades afetadas para um excelente atendimento dentro da unidade de emergência, elaborando um planejamento de acordo com as mudanças da reforma psiquiátrica, promovendo uma assistência adequada e individualizada para esse tipo de paciente.

Diante da minha atuação na área de saúde como enfermeira supervisora, com experiência e vivência no dia a dia de uma unidade de emergência, observei que a assistência de enfermagem não ocorre de forma adequada com os pacientes com transtornos mentais, atuando a equipe de enfermagem de forma superficial, não identificando as necessidades que esse paciente está enfrentando, realizando procedimentos de forma rotineira e unificada, sem que ocorra a visão holística, a continuidade do cuidar tão necessário ao cliente no processo de cuidar.

Observa-se que o paciente perde sua identidade, sendo reconhecido somente pelos procedimentos que deverão ser dispensados.

Para entendermos a atual situação das unidades de emergência em atendimento ao paciente com distúrbios psiquiátricos nos hospitais gerais, é preciso que revisemos muitos conceitos de psiquiatria e saúde mental.

O Brasil vem passando por um profundo processo de reestruturação da atenção em Saúde Mental desde o final dos anos 70, do século passado. Com relação aos acontecimentos que compõem esse processo, as pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico e seus familiares passaram a ter outras oportunidades e perspectivas para suas vidas, assim como os profissionais que atuam na área e os gestores da rede de saúde pública.

Por isso, podemos nos referir a mudanças em profundidade, uma vez que não se trata apenas da criação de tipos diferentes de serviços, mas do enraizamento de novas concepções sobre o sofrimento humano e dos modos de acolher e tratar as pessoas com sofrimento psíquico. Podemos considerar, portanto, que o alcance dessas mudanças é muito extenso, uma vez que atinge tanto aqueles cuja vida sempre foi marcada por vulnerabilidades de toda ordem, quanto àqueles que apenas se aproximaram do tema por “ouvir falar” ou que preferem manter, em relação à loucura, certo distanciamento.

A esse processo vamos chamar de Reforma Psiquiátrica. Esta requer a transformação do conjunto de práticas e saberes que estão ligados ao tema da loucura, do sofrimento psíquico e do transtorno mental.

Se a loucura vem sendo associada nos últimos séculos à invalidez e à incapacidade do indivíduo para gerenciar de maneira autônoma a vida cotidiana, o processo em questão – a Reforma Psiquiátrica - pretende desconstruir tais noções, permitindo ao sujeito com um histórico psiquiátrico um lugar novo, a partir da valorização de suas possibilidades.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais que acontecem no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios. (DELGADO, *et al.* 2007, p. 39).

Perante o exposto, viabilizo este trabalho trazendo como **questão norteadora deste estudo**: Como os profissionais de enfermagem conseguem concretizar as mudanças no atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico severo, tendo como base a conformidade com a reforma psiquiátrica? E tenho como **objeto**, o atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico em um hospital de emergência, tendo como base as intervenções propostas pela reforma psiquiátrica e como **objetivo**, propor, com a participação dos profissionais de enfermagem, as estratégias para mudanças no atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico, tendo como base as intervenções propostas pela reforma psiquiátrica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PERCURSOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.

No Brasil, considera-se reforma psiquiátricos o processo histórico de cunho crítico e prático, fundado no questionamento do paradigma psiquiátrico e suas instituições, com o objetivo de construir propostas de transformação do modelo assistencial clássico. Esse processo surge no contexto da redemocratização do país, em fins da década de 1970.

Contudo, pretende-se neste capítulo focalizar o processo do movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam pela criatividade dos protagonistas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura. É considerado um movimento social e, *como um sujeito social coletivo, não pode ser pensado fora de seu contexto histórico e conjuntura. Há um processo de socialização da identidade que vai sendo construída* (GOHN, 2008, p.444).

Os movimentos sociais são gestados no cotidiano por um mosaico de pessoas e grupos que questionam a realidade social, e que podem permanecer em estado de latência. Sua visibilidade ocorre nas mobilizações coletivas, por meio de manifestações, encontros, eventos protestos e conflitos (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Honneth indica que os conflitos têm um papel educativo na sociedade, apontando as áreas em que não há respeito pelo outro como igual e os problemas decorrentes do seu não reconhecimento (GOHN, 2010).

A realidade vivida pelos portadores e transtorno mental (e o seu não reconhecimento) é visualizada através das frágeis relações afetivas. A negação dos seus direitos e os precários laços de solidariedade e estima, segundo Honneth, é a base da luta por reconhecimento (HONNETH, 2003).

O movimento da luta antimanicomial traz em seu bojo os princípios de Honneth quando busca, de forma ativa, trazer à consciência da população as situações de desrespeito às quais são submetidos os portadores de transtorno mental, quer no convívio com a sociedade,

quer na atenção à saúde mental. Ainda ressalta o sentimento de injustiça, ou seja, a privação de direito como um fator importante na luta por reconhecimento (HONNETH, 2003).

Outro fato a ser destacado é que, em 25 anos de existência, o movimento da luta antimanicomial não se institucionalizou. Ele ainda apresenta em caminhada debates sobre seus rumos, colocando em cenários diversos usuários, familiares e trabalhadores como protagonistas do processo em curso na construção de uma nova forma de cuidado em saúde mental.

2.2 A TRAJETÓRIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O movimento da luta antimanicomial tem como seu precedente o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que surge no contexto da abertura do regime militar, inicialmente presente nos pequenos cenários de debate sobre a questão das péssimas condições do sistema de saúde vigente no País.

No interior do MTSM, inicia-se um processo de reflexão crítica sobre a questão epistemológica do saber psiquiátrico, “da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição total do hospital psiquiátrico” (AMARANTE, 2008, p. 739).

No período compreendido entre 1978 e 1987, vários eventos foram realizados com o objetivo de fortalecimento do MTSM e também da luta pela transformação do sistema de saúde. Ligados aos demais setores, em busca da democracia plena e da organização, mais justa da sociedade, estavam vinculados aos movimentos sociais existentes (AMARANTE, 2008).

Em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, respondendo a uma indicação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A esta conferência, que no início teve um caráter técnico, após a modificação do regulamento, foi dada a garantia de um caráter participativo (AMARANTE, 2008).

Amarante (2008) aponta para duas rupturas importantes que aconteceram dentro do Movimento dos Trabalhadores. A primeira foi marcada por sua composição: anteriormente, havia o predomínio dos profissionais de saúde mental, com pouca participação de usuários e familiares. A partir de então, esses passam a compor o cenário, sendo considerados atores

sociais e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo o controle social. A segunda ruptura teve como objetivo influenciar as mudanças na sociedade, não apenas na dimensão dos serviços de saúde mental, mas nas transformações de caráter social e cultural.

O Manifesto de Bauru é o documento da fundação do Movimento Antimanicomial, que marca a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e de suas formas de tratamento, buscando a articulação nacional e pautando-se, enquanto movimento social e sindical, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular (GRADELHA JUNIOR, 2012).

Instalou-se “o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ tornando o dia 18 de maio o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

O primeiro encontro do movimento nacional aconteceu em 1993, na cidade de Salvador (BA). “O lema foi ‘O Movimento Antimanicomial como movimento social’, que passa a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).

Os debates incluíram a questão do reconhecimento da situação dos portadores de transtorno mental, das novas práticas em saúde mental e dos seus direitos. Ao lado dessas discussões, também foi apontada a necessidade das mudanças simbólicas dos conceitos existentes na sociedade sobre a doença mental (MAIA; FERNANDES, 2002). Em 1995, aconteceu o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Belo Horizonte (MG), tendo como lema ‘Cidadania e Exclusão’.

Em 1997, o III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi realizado em Porto Alegre (RS). O lema foi ‘Por uma sociedade sem exclusões’. Os membros do movimento buscaram apreender, de forma mais incisiva, os problemas envolvidos nas reivindicações através de áreas temáticas.

A respeito do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em 1999, em Paripuera (AL), há insuficiência de informações (SOALHEIRO, 2003).

Honneth (2003) refere que o surgimento de um movimento social pode ser explicado a partir de mudanças na forma de conceber o coletivo, permitindo a interpretação de experiências individuais de injustiça não como um fenômeno isolado, mas como um círculo intersubjetivo de sujeitos que apresentam o mesmo problema de inserção social.

Os encontros aconteciam de dois em dois anos, até 2001, e cinco encontros nacionais se realizaram. Em anos intercalados, eram realizados (e ainda o são) os encontros de usuários e familiares vinculados ao movimento (LOBOSQUE, 2003).

Em 2001, o V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial aconteceu em Miguel Pereira (RJ), onde se deflagrou a ‘crise do movimento’. Segundo Lobosque (2003), havia um crescimento numérico dos participantes sem a devida preparação política; os encontros agregavam multidões, sem a reflexão necessária para as deliberações, levando a uma paralisia de propostas e ao empobrecimento dos debates.

As propostas de dois grupos se tornaram inconciliáveis e, após o rompimento, surgiu a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA).

O Movimento da Luta Antimanicomial não é o único movimento social existente na luta do ideário da Reforma Psiquiátrica, mas “é certamente o, mas importante e abrangente ator social no processo” (AMARANTE, 2008, p.742).

Gohn (2008) refere que um movimento social não apresenta apenas uma identidade política, podendo esta variar conforme contextos e conjunturas diferentes, e mudar porque há aprendizagem, que gera consciência de interesses. Os sujeitos dos movimentos sociais aprendem novas formas de conceber sua realidade e fazem leituras do mundo, identificando-se com projetos diferentes ou convergentes, se participam integralmente das ações coletivas.

Referindo-se aos movimentos sociais, apontam para a questão de recursos estáveis e regulares, que asseguram a base econômica e organizativa dos movimentos sociais. E, com relação ao MNLA, este ainda não conquistou sua autonomia econômica, tendo uma posição de obter os recursos a cada encontro a ser organizado, sendo uma postura explícita de militância em busca da mobilização de usuários, familiares, grupos e associações de base e trabalhadores de saúde mental.

Isto tudo resulta em maior precariedade na base organizacional da corrente, e seus ativistas indicam um custo econômico e pessoal muito alto para a militância. (VASCONCELOS, 2008, p.98).

Apesar das dificuldades, o MNLA ocupa um papel importante no sentido de estar pressionando a Reforma Psiquiátrica, através do fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, e substituindo os hospitais psiquiátricos. E também na luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais (GRUNPETER; COSTA; MUSTAFÁ, 2007).

No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), uma diretriz evoca o papel fundamental do MNLA.

Para realizar estes e demais objetivos da política de saúde mental do SUS, é imprescindível fortalecer movimentos sociais, principalmente o Movimento Antimanicomial e a Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS) como espaço de expressão e organização dos atores da área da saúde, em especial os da saúde mental I (gestores, trabalhadores, usuários, familiares e estudantes). (p.142).

Em 2011, a Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo surgiu durante a organização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Inter setorial, etapa São Paulo, devido a não convocação por parte do governo do Estado. Diversas organizações, movimentos, entidades e militantes se uniram e realizaram a Plenária Estadual de Saúde Mental. Diante da rearticulação do setor manicomial e de ataques às conquistas do Sistema Único de Saúde, exigiu atividades unificadas entre os distintos movimentos e organizações antimanicomiais, objetivando aglutinar forças para defender a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e o SUS (CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL, 2014).

Em fevereiro de 2012, entidades e movimentos sociais organizaram a Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas, após o episódio marcado pela violência policial a que foram submetidos os usuários de crack e moradores de rua, apontando, ainda, para o descompasso do Ministério da Saúde com o ideário da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e em defesa do SUS (ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS, 2012).

Honneth (2003) indica que é a experiência de desrespeito que fornece a motivação da luta por reconhecimento, e essa tensão só é superada quando o ator social está em condição de voltar a ter uma participação na sociedade.

Gohn (2010) aponta que um movimento social com certa permanência cria a sua própria identidade, construída através de suas necessidades e desejos. Não assume uma identidade pré-construída, não está em busca de uma identidade política consentida ou doada, mas é um processo de luta perante a sociedade civil e política, sendo que o reconhecimento jurídico, ou seja, a elaboração formal do direito – para que tenha legitimidade – deve ser uma resposta do Estado à demanda organizada.

Dessa forma, as iniciativas que vêm ocorrendo no campo da saúde mental têm como objetivo legitimar as demandas decorrentes do movimento antimanicomial.

2.3 ACOLHIMENTO PARA A PESSOA EM CRISE PSÍQUICA

Os conceitos de sofrimento, sofrimento psíquico e transtornos mentais se constituem a partir de diferentes abordagens teóricas e são importantes na problematização do cuidado em atenção psicossocial, pois é necessário colocar em questão os fundamentos teóricos que os conceitos convencionais de doença e de transtorno mental trazem incorporados. Lobosque (2001), abordando a questão do sofrimento psíquico, coloca que as concepções existentes sobre o tema são diversas no âmbito da luta antimanicomial e que assim esta deve ser, considerando que esse movimento busca a pluralidade como uma de suas marcas.

A desinstitucionalização demonstrou que não se trata de encontrarmos respostas simples para um problema (problema-solução), mas sim de enfrentarmos a complexidade das concepções, das instituições e das práticas instituídas nesse campo, colocando em questão não apenas os conceitos, mas também as práticas de tratamento e cuidado. Neste horizonte, de acordo com Rotelli *et al.* (1990, p. 30), o objeto do cuidado não é mais “a doença”, mas sim a “existência sofrimento” dos pacientes e a sua relação com “o corpo social”. É necessário reconstruir a complexidade do objeto-sofrimento mental, e não reduzi-lo.

Sufrimento é entendido, de acordo Rodgers e Cowles (1997), como uma experiência individualizada, subjetiva e complexa caracterizada pela percepção de uma situação, ou ameaça, e de um significado negativo intenso. Esse significado envolve perda, ou perda percebida da integridade, da autonomia ou da humanidade.

Para Yasui (2006), falar de sofrimento é identificá-lo integralmente, perceber a dor, o desespero, a ansiedade, a dificuldade que a vida coloca. O autor comenta que agregar o termo psíquico à palavra sofrimento significa enfatizar a subjetividade como possível caminho para a integralidade.

O acolhimento é também uma das estratégias que possibilitam maior aproximação com o usuário e o início do vínculo ao profissional que o realiza.

O acolhimento segundo Schneider *et al.* (2008) é um apoio, uma escuta mais atenta as necessidades e desejos de quem recebe a assistência em saúde, e isso deve ser realizado, na

visão dos autores, com a intenção de favorecer o vínculo entre o profissional e o paciente e sua família, trazendo para esses um sentimento de maior tranquilidade no processo de hospitalização. Os autores afirmam ainda que o acolher humanizaria as relações entre o cuidador e quem recebe o cuidado em saúde. Assim, a presença do acompanhante pode oferecer esse acolhimento ao paciente e ser uma presença muito significativa para um melhor bem estar do mesmo.

A consequência é a busca de melhor atendimento na emergência de um hospital geral e a assistência de enfermagem ao doente mental precisa ter um campo de ação bastante ampliado, para contribuir e favorecer uma excelente atuação da equipe.

2.4 ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Historicamente, o modelo de atenção asilar, expresso nos hospitais psiquiátricos representou a principal, e muitas vezes, a única resposta às situações de urgência e emergência no campo da saúde mental, descontextualizando e reduzindo os eventos em questão, invalidando a vivência dos sujeitos, afastando-os dos recursos e possibilidades reais de restabelecer-se, submetendo-os a experiências de segregação e violação de direitos.

A atenção às situações de crise é parte integrante e do conjunto e da continuidade da prática terapêutica nos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. É, sobretudo, nos contextos reais de vida das pessoas, que se constitui um campo de aprendizagem que envolve os profissionais dos serviços, tanto das unidades especializadas quanto dos serviços de urgência e emergência, os policiais, os usuários, os familiares e as pessoas do território (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Dada sua relevância, todos os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - SAMU UPA, Sala Estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado das situações de urgência e emergência em Saúde Mental.

A atenção à urgência e emergência psiquiátrica visa acolher todas as necessidades de saúde do indivíduo em crise e promover o melhor restabelecimento possível de sua saúde, em um menor tempo possível e a inserção do usuário para tratamento externo na rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2006).

De acordo com o Manual de Regulações Médicas das Urgências (BRASIL, 2006), devido ao grande número de julgamentos e dúvidas que a terminologia suscita no meio médico e no sistema de saúde o Ministério da Saúde optou por utilizar o termo urgência, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de classificá-los em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana”.

Desta forma, a avaliação da urgência deve ser multifatorial, sendo o grau de urgência diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento, como também inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento.

O tema das urgências e da crise em saúde mental tem um lugar crucial no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por ser um momento decisivo, pelo risco de desencadear uma espécie de “carreira psiquiátrica” na vida do usuário, a situação de crise exige dos profissionais e demais pessoas envolvidas a efetivação de formas de cuidado que preservem os mesmos princípios que orientam os dispositivos da atenção psicossocial.

2.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM

Hoje, faz-se necessária a inclusão de novas práticas, que requerem do profissional da enfermagem na Atenção primária e da Atenção psicossocial um olhar voltado para a dimensão subjetiva de todas as enfermidades e também para o sofrimento psíquico, desde os mais comuns até os mais graves, privilegiando o cuidado comunitário e a inserção social para que, assim, se possa trabalhar em rede.

O desafio colocado é o de repensar nossos conceitos e nossas práticas e questioná-los em suas consequências para os sujeitos de que cuidamos.

Com base no que diz Vasconcelos (2000) citado por Zeferino *et al* (2011) podemos inferir que o empoderamento é uma estratégia global de organização da base dos usuários e familiares e está relacionado aos seus níveis de organização individual-coletivo e possui impacto para ampliar a Reforma Psiquiátrica e a transformação na sociedade relacionadas com o entendimento sobre a loucura.

Entretanto, faz-se necessário refletir sobre as relações de poder profissional-usuário-familiar, para que estes sejam desinstitucionalizados e emancipados. Isso significa potencializar os valores, jeitos de ser e os sonhos que os usuários e familiares trazem no encontro com o profissional. Importa lançar mão de exercer a profissão de forma satisfatória, ao acreditar que as diferenças existenciais e subjetivas entre profissional-usuário-familiar possam promover outras práticas possíveis e não somente aquelas que são atribuições específicas de cada categoria profissional. (ZEFERINO *et al*, 2011, p.57)

Contudo, a relação cuidado de enfermagem e empoderamento significa um cuidado de enfermagem fortalecido e reconhecido quando empodera o próprio usuário, quando se constrói em equipe e é ampliado em participações políticas.

Um cuidado empoderado implica um saber-fazer em relação à defesa de direitos em saúde mental, reflete e dialoga sobre os deveres dos usuários para que novas relações sejam construídas. Esta é uma das ações que potencializa a autonomia dos indivíduos no cuidar em enfermagem no campo da atenção psicossocial. (ZEFERINO *et al*, 2011, p.57)

O movimento da reforma psiquiátrica, e as diretrizes políticas em saúde mental através de portarias têm direcionado esforços no sentido de melhorar a qualidade de assistência nos hospitais. A proposta de melhorar a qualidade de assistência hospitalar tem sido monitorada pelo ministério da saúde através de portarias, que determinam padrões mínimos para o funcionamento da rede hospitalar pública e privada.

Sabemos que esta melhoria na qualidade da assistência de enfermagem ao doente mental na emergência de um hospital geral não é uma vitória já conquistada. A mudança precisa ocorrer desde a formação acadêmica, onde o ensino teórico não basta, é necessário que se faça aplicação prática dos conhecimentos, com supervisão de enfermeiro, com experiência de ensino na área de enfermagem psiquiátrica. Para que este compromisso possa ser assumido, os profissionais têm de receber preparo adequado, não só para seu desempenho junto à clientela e ao trabalho em equipe profissional, como para acompanhar ativamente o desenvolvimento técnico científico.

3 MÉTODO

A pesquisa tem em sua essência um caminho a ser percorrido pelo investigador, que deve apresentar-se munido de uma forma particular de olhar e pensar sobre determinada realidade, que, a partir de experiências, empregam objetivos a aprimorar e a apropriar-se mais intensamente de conhecimentos específicos. Com isso, é indispensável que a trajetória que permitiu a realização da pesquisa seja detalhada e descrita para que se dê a conhecer passo a passo desse processo metodológico de produção do conhecimento (DUARTE, 2002).

Este projeto foi desenvolvido com base em minha vivência profissional em uma unidade da rede pública de saúde no setor de emergência de um hospital geral, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da zona norte com vários complexos de comunidades ao entorno, que predominantemente são pacientes provenientes dessas comunidades. O serviço funciona 24 horas por dia, sendo também referência para atendimentos de emergências médicas para outros bairros e municípios.

A realização de construção de uma proposta participativa com os profissionais de enfermagem para definir as estratégias para mudanças no atendimento ao pacientes com sofrimento psíquico, tendo como base as intervenções propostas pela reforma psiquiátrica, é um projeto ambicioso, porém necessário.

Este projeto de intervenção consiste numa articulação da prática profissional com o conhecimento teórico e seus resultados serão canalizados, progressivamente para as mudanças das situações práticas (TRENTINI; PAIM, 1999).

Para tanto é fundamental conhecer a realidade estudada, buscando em todo o seu processo manter uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas e introduzir inovações.

a) O ambiente da prática educativa

Trata-se de um setor denominado grande emergência, composto por seis salas, uma infantil, uma de trauma, duas de situações para sutura e administração de medicações e duas de situações clínicas geral sendo uma para gênero feminino e outra para gênero masculino e são chamadas de sala verde. A equipe de enfermagem desse setor varia entre seis a sete

enfermeiros por plantão, numa escala de trabalho de 12x60h, totalizando então seis equipes, três diurnas e três noturnas.

Cada uma dessas seis salas tem suas peculiaridades, a infantil que atende do recém-nato a crianças até 12 anos de idade, é a mais rotativa de todas, em média seus casos são solucionados prontamente.

A sala de trauma tem um perfil muito parecido com esse, de resolução do problema com encaminhamento do caso.

A sala de sutura e administração de medicações tem resolução do problema com encaminhamento do caso.

E as duas outras salas de atendimento clínico, representam um grande nó no setor, pois além de receber diariamente pacientes em condições clínicas que necessitam permanecer no hospital, há aqueles que saíram das salas anteriormente descritas. Temos os casos de pacientes que requerem uma reversão de uma parada cardiorrespiratória que deveriam ser encaminhado para UTI, permanecem por sofrer ausência de leitos de terapia intensiva.

A média de pacientes circulando nesse setor é de 80 a 100 pacientes/ dias, em dias de superlotação com um pouco mais de 130 pacientes.

Hoje, na maioria das vezes, os pacientes permanecem nas salas verdes, criando dificuldade para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados.

Esta prática educativa terá como ambiente as salas verdes que são salas em que os pacientes ficam internados aguardando condutas para seu tratamento, elas são divididas sexo (masculino e feminino).

As salas de atendimento chamadas de sala verde masculina e sala verde feminina apresentam, em seu corpo de profissionais: (cinco enfermeiros plantonistas no plantão diurno, e quatro enfermeiros no plantão noturno).

Possui uma capacidade para atender um número grande de leitos de internação, sendo que todos ficam na mesma área física sem leitos exclusivos para os pacientes com transtornos mental.

b) Os sujeitos participantes da prática

Os sujeitos dessa prática serão os enfermeiros da Unidade de emergência das salas de repouso masculina e feminina, dos turnos diurno e noturno, aproximadamente, 27 enfermeiros plantonistas, 2 enfermeiros rotinas e um coordenador.

c) Os cuidados Éticos

Participarão deste estudo 30 enfermeiros após consentimento para participação no estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e informado

Os sujeitos participantes receberão informações sobre o propósito do estudo e seus objetivos, conforme a resolução 196/CNS/96, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa.

3.1 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para tanto, apresentaremos uma proposta de prática educativa, com base nas orientações apresentadas por Waterkemper (2008), que se constituirá em:

a) Os momentos educativos

Este projeto irá utilizar como caminho metodológico a metodologia da problematização associada ao Arco de Charles Maguerez, já descrito de modo simplificado anteriormente. Para que essa atividade ocorra serão realizadas, junto aos enfermeiros alguns encontros, que serão chamados de “momentos educativos”.

Estes momentos educativos terão como objetivo proporcionar aos participantes, a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos e experiências sobre o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, refletirem sobre sua prática, analisa-la de forma crítica, compreendendo sua dimensão para transformá-la, culminando na construção de uma melhoria desse cuidado. A operacionalização da prática educativa ocorrerá com os sujeitos que aceitarem participar da atividade.

Serão realizados tantos momentos quantos forem necessários para a construção sensibilização desses enfermeiros sobre o cuidado ao paciente em sofrimento psíquico, considerando o interesse dos participantes em realizar as discussões. Os momentos educativos terão 1 hora e meia de duração, aproximadamente, dependendo também do progresso e alcance dos objetivos desenvolvidos em cada encontro.

Os encontros serão planejados e sistematizados por meio de um processo educativo, orientado pela metodologia problematizadora, tendo como estratégia para o desenvolvimento dos momentos educativos a utilização do Arco de Charles Maguerez.

Este trabalho será realizado em 5 fases, para o desenvolvimento dos objetivos específicos. Cada fase será representada por uma etapa do Arco de Charles Maguerez, que será desenvolvido da seguinte maneira:

- **1ª Etapa: Observação da realidade:** neste passo inicial buscar-se-á Identificar o que os enfermeiros conhecem sobre a reforma psiquiátrica e identificar qual a percepção dos enfermeiros sobre o atendimento destes pacientes numa emergência de um hospital geral
- **2ª Etapa: postos-chaves:** identificar os pontos importantes para a realização do cuidado a esses pacientes
- **3ª Etapa: teorização do problema:** Mediar entre os enfermeiros envolvidos um processo de aprofundamento para melhorar o acolhimento e o cuidado desses pacientes;

4ª Etapa: formulação de hipóteses: Definir estratégias para a construção de uma metodologia para a realização do cuidado ao paciente em sofrimento psíquico

- **5ª Etapa: intervenção na realidade:** construir uma proposta de plano de cuidados a ser aplicada na unidade de emergência de um hospital geral para pacientes com sofrimento psíquico

Cada fase, dependendo do andamento das discussões/reflexões, poderá ser desenvolvida em mais de um momento educativo, dependendo das participações; além disso, em cada momento educativo, poderá ser utilizado os elementos do arco como estratégia para o desenvolvimento de cada encontro.

O registro das atividades e discussões será elaborado após cada encontro para manter a fidedignidade dos dados memorizados, que englobam as vivências, incluindo a presença e a participação dos sujeitos no processo educativo, através da comunicação verbal e não verbal, bem como as minhas reflexões realizadas em conjunto.

A avaliação desses momentos educativos será realizada ao longo do mesmo até que se finalize com a elaboração de um plano de cuidado para o paciente com sofrimento psíquico numa emergência de um hospital geral

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, busquei compreender a atual situação da unidade de emergência no atendimento ao paciente com distúrbios psiquiátricos. Recordamos os principais momentos da história da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, esse movimento, que foi primordial para que a sociedade passasse a considerar o doente mental como um indivíduo digno de respeito e tratamento adequado, e não como louco apenas.

O papel da enfermagem, mais especificamente do enfermeiro é de suma importância para as atividades e os procedimentos realizados dentro da emergência de um hospital geral, sendo de sua competência induzir que a equipe multidisciplinar esteja toda voltada para o tratamento adequado aos pacientes com transtorno mental, além de educar e orientar a família do paciente quanto ao plano de assistência que será prestado bem como a explicar a atual fase que este se encontra.

Os profissionais de enfermagem da unidade de emergência precisam redescobrir a história do movimento da luta antimanicomial em seus 25 anos de caminhada, respeitar sua trajetória e conhecer os atores e protagonistas deste processo em curso. Pois, como aponta Bezerra Junior (2007), um dos desafios colocados com relação à Reforma Psiquiátrica é formar recursos humanos, sabendo que eles não passaram pelo processo de luta política e ideológica envolvido no movimento antimanicomial.

Este é o objetivo deste projeto de intervenção, ou seja, conscientizar os enfermeiros para a construção de uma nova proposta de cuidado a estes pacientes.

A atuação do enfermeiro em unidades de Emergência vem se evidenciando cada vez mais, por sua maior proximidade aos pacientes que necessitam de cuidados, através da avaliação e cuidado, acolhimento e notificação quando necessário a equipe médica.

Frente ao exposto, este projeto se torna pertinente e poderá trazer as seguintes contribuições:

- proporcionar, aos enfermeiros um momento de reflexão que permita uma discussão profunda sobre a o cuidado ao paciente com sofrimento psíquico numa unidade de emergência de um hospital geral;

- educação dos enfermeiros recém-admitidos na Unidade de Emergência;

- divulgação do conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e suas implicações, abrindo campo para novos estudos e pesquisas;

- evidenciar e divulgar a produtividade da enfermagem em pesquisa sobre este tema e da educação no trabalho;

- criação de uma proposta de cuidado ao paciente com sofrimento psíquico numa unidade de emergência de um hospital geral, na perspectiva do cuidado humanizado.

Esta proposta educativa se propõe a melhorar a qualidade da assistência frente aos preceitos da reforma psiquiátrica, propondo um cuidado mais humanizado, a partir dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.735-759.

BEZERRA, J. R. B. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**, Rio de Janeiro: Physis, v. 17, n. 2, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CARTA DA FRENTE ESTADUAL ANTIMANICOMIAL. Disponível em:
<<http://antimanicomialsp.wordpress.com/2011/10/17/adesao-a-carta-da-frente-estadual-antimanicomial-sao-paulo/>> Acesso em: 13 mai. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. IV Conferência Nacional de Saúde Mental. **Por uma IV conferência antimanicomial: contribuições dos usuários**. Brasília, DF: CFP, 2010, 46p.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária: Análise dialética de um movimento alternativo**. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cad. Pesqui. n.115, p.139-154, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>> Acesso em: 26 mai de 2014.

ENTIDADES E MOVIMENTOS SOCIAIS organizam Frente Nacional pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas. 2012. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_120201_001>.

GOHN, M. G. **Abordagens teóricas nos estudos movimentos sociais na América Latina**. Caderno CRH, Salvador, v.21, n.54, p. 439-455, set./dez. 2008.

_____. **Novas teorias dos movimentos sociais**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2010.

GRADELHA JUNIOR, O. Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais. Disponível em:
<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDt%20icas%20p%DAbricas%20em%20sa%DAde%20mental.pdf> Acesso em: 13 mai. 2014

GRUNPETER, P. V.; COSTA, T. C. R.; MUSTAFÁ, M. A. M. O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. In:

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento:** a gramática dos conflitos sociais. Tradução Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003. 291p.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

_____. Loucura, ética e política; algumas questões de ordem na luta antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política:** escritos militantes. Brasília/São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/ Casa do Psicólogo, 2003. p. 20-39.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, v.2, p.399-407, 2007.

MAIA, R. C. M.; FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 158-230, fev. 2002.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v.15, n.2, p.71-81, mai./ago. 2004.

RODGERS, B. L. & COWLES, K. V. *A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research.* Journal of Advanced Nursing, v.25, n.5, 1997.

ROTELLI, F. Destitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. Destitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA. 2, 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, 2007.

SCHNEIDER, L. *et al.* **Calcium fluxes in dorsal forerunner cells antagonize beta-catenin and alter left-right patterning.** Development 135, 2008.

SOALHEIRO, N. I. **Da experiência subjetiva à prática política:** a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos. Rio de Janeiro, 2003. 189f. Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

TRENTINI, M., PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente–assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.

WATERKEMPER, R. Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer: uma prática de educação no trabalho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 156 p.

ZEFERINO, M. T. et al. Estruturação do campo da atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS. (Mod. VI do Curso de Especialização em Linhas do Cuidado). Florianópolis: UFSC, 2011.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Dissertação (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Associação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006