

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

VIVÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE UM CURSO TÉCNICO EM
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA

ROSANA DA ROSA CORREIA OLIVEIRA

ORIENTADORA: PROF^a DANIELA DA MOTA ESTEVES

CO-ORIENTADORA: LUCIANE BERTO BENEDETTI

PORTO ALEGRE

2012

ROSANA DA ROSA CORREIA OLIVEIRA

**VIVÊNCIA DE UMA ESTUDANTE DE UM CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA**

Relatório apresentado como pré-requisito de
Conclusão do Curso Técnico em Enfermagem da
Escola GHC.

Orientadora: Daniela da Motta Esteves

PORTO ALEGRE

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para seguir até o final

Agradeço a minha orientadora Daniela da Mota Esteves

Agradeço a minha co-orientadora Luciana Benedetti que me ajudou muito

À psicóloga Vera Pasini que me deu muitas dicas

RESUMO

Este trabalho é um relato de vivência de estágio do curso técnico em enfermagem. Foi realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), durante a realização do Curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC. Trato sobre o papel da equipe de enfermagem no cuidado de usuário com transtornos mentais e do tratamento dessas enfermidades. Como vivem as pessoas que sofrem com este problema, quais os principais diagnósticos de saúde mental (Transtorno Afetivo Bipolar, Depressão, Esquizofrenia e Dependência Química), como o profissional de saúde e a sociedade em geral precisam respeitar e saber conviver com as pessoas afetadas por doenças mentais, esses indivíduos, muitas vezes, foram abandonados e que encontram muitas dificuldades em inserir-se no contexto social. Também relato sobre as minhas atividades durante o desenvolvimento do curso, sobre as impressões que tive após conviver em uma unidade com pacientes com essas patologias, as lições que aprendi com cada paciente que consegui conhecer um pouco melhor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSQUIÁTRICA.....	7
3 PAPEL DA EQUIPE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS.....	9
4 PRIMEIRO CONTATO COM A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA.....	10
4.1 Relatório de estágio	10
4.2 Começando a Entender as Patologias.....	11
4.2.1 Transtorno Afetivo Bipolar.....	12
4.2.2 Depressão.....	12
4.2.3 Esquizofrenia.....	12
4.2.4 Dependência química.....	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	16

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado como um dos requisitos do curso de Técnico em Enfermagem da escola GHC. Trata-se de um relato de vivência, onde descrevo as impressões que obtive a partir do estágio na Saúde Mental, em específico, na Unidade de Internação Psiquiátrica.

A unidade de internação psiquiátrica em que ocorreu a vivência pertence ao Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Este fica localizado na zona norte de Porto Alegre e faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é formado também pelo Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina. Pertencem ao GHC, doze postos de saúde comunitária, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Consultório de Rua e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. O HNSC é vinculado ao Ministério da Saúde e atende somente o Sistema Único de Saúde (SUS), possui 1564 leitos e conta em média com 8000 profissionais.

Durante o estágio, acompanhei casos em que o abandono da família e os traumas da infância estavam presentes, produzindo sofrimento e tristeza nesses internados. Pessoas convivendo com a Esquizofrenia, Depressão e Dependência química foram os mais comuns e produziram reações relacionadas à violência, angústia, solidão e comportamento suicida.

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem junto a estas pessoas mobilizou em mim o desejo de compreender melhor esse campo de trabalho do Técnico de Enfermagem, bem como as Políticas de Saúde Mental no Brasil e o modelo de atenção utilizado neste campo.

Será discutida também, a necessidade de maiores investimentos em estruturas e na qualificação dos profissionais, para um tema de saúde pública que depende de uma total atenção das autoridades e dos profissionais de saúde para o tratamento ser bem sucedido e se chegue à esperada abordagem Psicossocial, preconizada pela atual Política de Saúde Mental brasileira.

2 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A REFORMA PSQUIÁTRICA

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, profissionais de saúde e grupos da sociedade civil organizada avaliaram que o sistema de assistência ao doente com transtornos mentais era excludente, impedindo que os indivíduos ali tratados exercessem os seus direitos civis, políticos e sociais. Os hospitais superlotados de doentes não possuíam programas que os reintegrassem à sociedade. Ao serem filmados pela imprensa, as imagens apresentadas eram de descuido, expresso em pacientes contidos nos leitos e em enfermarias gradeadas. A higiene precária, o sussurro de palavras arrastadas e a expressão facial de desespero demonstravam que essas pessoas, chamadas de internos, estavam abandonados à própria sorte (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

Muitos chegavam ao hospício levados por seus familiares depois de um “ataque de loucura”, quando gritavam e quebravam objetos. Outros eram levados pelos familiares que queriam seqüestrar bens e/ ou heranças, acreditando, por vezes, na proteção do patrimônio familiar. Havia também aqueles que, por falta de informação sobre as doenças da mente, acabavam convencidos de que a hospitalização era a melhor alternativa em momentos de crise.

Uma coisa era certa: todos os que no hospício chegavam eram submetidos às rotinas institucionais, que incluíam na terapêutica a camisa de força, o eletrochoque, a medicação em excesso e inadequada as psicocirurgias, à revelia do querer do cliente. Mas por que chegamos a este ponto? Por que no Brasil, na década de 1960, chega-se à margem de cem mil leitos psiquiátricos, quando no restante do mundo estava se refazendo conceitos sobre o tratamento desta clientela? Por que mantivemos, por tanto tempo, seres humanos encarcerados de suas identidades?

Nesta época estávamos em plena ditadura militar e não havia espaço para nenhum tipo de questionamento político e social. Dentro deste contexto, reforçava-se que o louco era de difícil convivência, perigoso e representava o diferente do convencional, do aceitável pelas regras sociais. Por isso, fazia-se necessário segregá-lo, seqüestrá-lo e cassar seus direitos civis, submetendo-o à tutela do Estado. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

Neste caos do sistema psiquiátrico, juntamente com os avanços da Constituição de 1988, surgiram espaços de elaboração e aprofundamento de leis voltadas para o atendimento das questões sociais, propiciando um ambiente adequado para que a sociedade civil,

trabalhadores de Saúde Mental e a articulação Nacional da Luta Antimanicomial se organizassem pela reforma do sistema psiquiátrico, com fechamento dos manicômios, criação de recursos mais eficientes, voltando-se a um movimento em defesa dos direitos humanos dos “loucos de todo gênero” (DESVIAT, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde, norteadas pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, foram realizadas sucessivas conferências de Saúde Mental nos diversos níveis (nacional, estadual, municipal e distrital), tendo como objetivo a inserção da Saúde Mental nas ações gerais de saúde. O importante é que nestas conferências o processo de municipalização, a criação dos conselhos de saúde e os dispositivos legais previstos para a efetivação do SUS foram considerados como mecanismos na desconstrução do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos (asilo de “loucos”).

Abandonar a idéia de que transtornos mentais eram produzidos somente por causas naturais e aceitar que os fatores sociais podem ser determinantes destes transtornos, foi uma reflexão difícil para muitos profissionais de saúde, gestores e familiares. Atualmente, considera-se que existe uma relação estreita entre transtorno mental e a exploração da força de trabalho, as condições insalubres dos ambientes, o viver na linha da miséria, o alto índice de desemprego, as relações familiares, o estresse, a violência e a sexualidade mal resolvida como causas. Enfim, são “pequenas e grandes” coisas que a qualquer momento nos deixam no limite entre a sanidade e a loucura (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

É bom lembrar que a internação involuntária a pedido da família, sem consentimento expresso do paciente, deve ser comunicada ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde no prazo de 48 horas. Deve também ser composta uma comissão interdisciplinar com integrantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil, para avaliar a pertinência legal da internação.

Em 2011, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa medida tem como objetivos:

- Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências;
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.

3 PAPEL DA EQUIPE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

Nas orientações das ações da Enfermagem de Saúde Mental, os trabalhadores de enfermagem representa a grande maioria da força de trabalho nos serviços de saúde mental. Seja no papel de gestor, de membro da equipe em contato direto com o portador de doença mental e seus familiares, seja na supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ou na determinação do projeto terapêutico para cada pessoa sob seus cuidados (RODRIGUES, 1996).

As pessoas que se encontram em uma unidade psiquiátrica geralmente estão em crise, porquanto suas habilidades de enfrentamento estão prejudicadas e, quando se sentem ameaçadas por motivo real ou imaginário, podem manifestar comportamentos que requeiram intervenções da equipe.

Antes de realizar uma intervenção, deve-se avaliar a situação do paciente para depois elaborá-la e aplicá-la, agindo com objetividade. A equipe deve manter-se calma, evitar atitudes ameaçadoras, priorizar a segurança física e emocional do paciente, estabelecer limites e mostrar-lhe as consequências do seu ato.

As ações da equipe devem ter o objetivo de ajudar o paciente a tomar consciência de seus sentimentos, identificá-los e expressá-los de um modo apropriado e compreensível pelos profissionais. Assim, a abordagem da comunicação terapêutica, atentando-se para as expressões não verbais, colabora para diminuir ou eliminar o comportamento agressivo do paciente (RODRIGUES, 1996).

É preciso abordar o paciente, aproximando-se calmamente, informando-o que ele não está sozinho e transmitindo-lhe o desejo de ajudar e preocupação com seu bem-estar. Nesse sentido, servir de apoio, ouvir cuidadosamente e com atenção, demonstrando interesse pela situação que está vivenciando, mas sem hesitar de pedir ajuda quando necessário. É preciso avaliar as condições físicas do paciente, verificar se ele está ansioso ou agressivo, porque isso pode diminuir sua atenção, memória e orientação, não permitindo a compreensão de informações mais complexas.

Para Gamba (2006; apud COSTA, 2009), a enfermeira promove a saúde em qualquer área que esteja atuando. A identificação de fatores fisiológicos e principalmente psicológicos é o seu papel fundamental na saúde mental.

“As ações da saúde mental devem obedecer ao modelo de redes de cuidado e atuar com políticas específicas. O profissional de saúde deve estabelecer com os usuários um vínculo e oferecer o primordial que é o acolhimento” (GAMBA, apud COSTA et al, 2009).

Nas orientações das ações da Enfermagem de Saúde Mental, o pessoal de enfermagem representa a grande maioria da força de trabalho nos serviços de saúde mental. Seja no papel de gestor, de membro da equipe em contato direto com o portador de saúde mental e seus familiares, seja na supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem, ou na determinação do projeto terapêutico para cada pessoa sob seus cuidados, o enfermeiro é elemento chave neste processo de mudança de paradigma (COSTA, et al, 2009)

Hoje, espera-se que o enfermeiro seja capaz de identificar e manejar, ou encaminhar adequadamente os casos de manifestações mentais em qualquer especialidade e situação de atenção à saúde, e que os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental estejam preparados para cuidar da pessoa afetada em todos os níveis de atenção.

De acordo com Manzolli (1996), trabalhar com paciente psiquiátrico é trabalhar com a realidade onde ele passa sua vida, seja na família, com amigos, parentes, colegas e outros. Tudo vai além, levando essas pessoas de tal realidade a um encontro, a um trabalho em comum, ajudando a se perceber e se sentir impertinentes a um aparelho psíquico grupal, abrindo espaço para fortalecer o "nós" em suas vidas.

As doenças mentais se desenvolvem a partir das interações da personalidade da pessoa com uma ou mais tensões. A tensão pode ser "interna", como resultado de alterações orgânicas e psicológicas no organismo, ou "externa". É importante reconhecer que a tensão não é necessariamente ruim e tenha que ser evitada (DALLY; HARRINGTON, 2006).

4 PRIMEIRO CONTATO COM A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

4.1 Relatório de vivência

Chegando à Unidade de Saúde Mental fomos recebidas por uma paciente Maria (nome fictício) que nos recebeu muito bem, com abraços e beijos. Logo nos apresentou os outros pacientes. Eu, como leiga no assunto, sentia medo e insegurança, em se tratando de saúde mental, achava que iria encontrar pacientes muito medicados, mas me deparei com pessoas carentes, tristes e angustiadas, apenas querendo carinho e atenção.

A partir de então, surgiu meu interesse pelo tema, porque nos encontramos diariamente com pessoas que sofrem com situações ligada à saúde mental, e, muitas vezes, não conseguimos entender o que se passa com elas. Isso, por causa dos nossos medos, ignorância

e preconceitos. Deveríamos entender melhor o sofrimento dessas pessoas que quase sempre nos pedem socorro através de reações.

A Unidade de Saúde Mental, onde fiz meu estágio, é composta por pacientes adultos de várias idades, dos sexos masculino e feminino, com diversas patologias. Possui sala de TV, refeitório e 14 leitos (divididos em quatro quartos) com banheiro. Psiquiatras, psicólogas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros e técnico de enfermagem fazem parte da equipe na unidade.

Na sala, eles escutam música, assistem TV, leem revistas, fazem atividade física e motora, desenvolvem trabalhos com as psicólogas, psicoterapeutas e professor de educação física. Percebi que eles têm pouco espaço e poucas atividades. Ao meu ver, os técnicos de enfermagem poderiam estimular e participar mais ativamente dos trabalhos, pois os pacientes são muito ansiosos e precisam de mais atividades.

Nos quatro dias que fiquei com estes pacientes, deu para perceber que a única coisa que eles querem é atenção, amor e carinho, principalmente da família, querem ser tratados como seres humanos.

4.2 Começando a Entender as Patologias

No estágio, realizamos um seminário sobre algumas patologias vivenciadas na unidade, sendo uma maneira de entendermos melhor a doença de cada paciente que tínhamos contato. Este trabalho foi bem importante, pois nos ajudou na convivência com os diversos pacientes e os diferentes modos de agir.

Desenvolvemos também algumas atividades com eles. Fizemos desenhos, uns muito lindos e interessantes. O que me chamou muito a atenção eram as palavras e as cores que alguns usavam para expressar seus sentimentos. Tinha um paciente que só pintava com cores escuras e outro só desenhava em círculo. A maioria interagiu bastante e aprovou a idéia. Alguns, bem ansiosos, não participaram e ficaram só olhando.

Outra atividade desenvolvida foi ir ao Chale da Cultura, com acompanhamento da psicóloga, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem.

No momento das visitas, percebi que todos ficavam ansiosos, tinham sempre a expectativa de rever seus familiares. Alguns não recebiam ninguém e ficavam muito abalados emocionalmente. A equipe de enfermagem poderia distrair esses pacientes que não recebem visitas.

De acordo com Horwitz (1982, apud Townsend, 2002), é difícil definir um conceito universal de doença mental devido aos fatores culturais que influenciam esta definição. A incompreensibilidade designa a incapacidade da população geral em compreender a motivação por trás do comportamento. Quando não são capazes de encontrar sentido num comportamento, os observadores tendem a rotular este comportamento como de doença mental.

Abaixo irei descrever as principais características dos transtornos mentais classificados como doenças mentais (BALLONE, 2005, 2010, LOUZÃ NETO; ELKIS, 1999, FLECK, 2001)

4.2.1 Transtorno Afetivo Bipolar

Também conhecido como Transtorno Bipolar do Humor (TBH) ou Psicose Maníaco Depressiva (PMD). Caracteriza-se por alterações do humor, com episódios depressivos e maníacos pela vida. Os reflexos mais típicos desse tipo de humor são os sintomas de angústia, tristeza, vazio, desesperança, desânimo, ou seja, a sensação popularmente conhecida como "baixo astral".

É uma doença crônica grave e de distribuição universal, acometendo cerca de 1,5% das pessoas em todo o mundo.

Esse transtorno geralmente inicia em torno dos 20 a 30 anos de idade, podendo também começar após os 70 anos. O início pode ser tanto pela fase depressiva como pela fase maníaca, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos.

4.2.2 Depressão

É diagnosticada com duas semanas de duração de humor deprimido ou irritável. Os critérios diagnósticos são os mesmos usados para os adultos e crianças.

Os principais sintomas são: humor irritável, ansiedade, fobias, dificuldade no dormir e no acordar, queixas somáticas, alucinações.

O tratamento é imprescindível, pois irá melhorar a qualidade de vida e prevenir o risco de suicídio.

4.2.3 Esquizofrenia

É um dos mais graves transtornos mentais, sendo, freqüentemente, identificado como loucura, pois escapa mais claramente a nossa ideia de normalidade.

O indivíduo com transtorno esquizofrênico apresenta suas funções perceptivas alteradas: vê, ouve e sente coisas que não são reais, ou seja, tem alucinações; seleciona estímulos do ambiente que normalmente passam despercebidos, estando, com freqüência, alheio ao que se passa à sua frente. Seu pensamento encontra-se sem sentido. Às vezes sente que alguém lhe “rouba os pensamentos da cabeça”. Seu comportamento é visto como estranho e sua aparência também pode causar estranheza, pois, estando imerso em percepções distorcidas do mundo e de si mesmo, acaba por deixar de cuidar de si, inclusive nos hábitos de higiene, podendo também se vestir de acordo com os pensamentos delirantes que apresenta.

A pessoa esquizofrênica apresenta atividade psicomotora anormal, como ficar se balançando, fazendo movimentos estranhos ou permanecer totalmente imóvel. A comunicação torna-se bastante prejudicada, seja pelo mudismo ou por expressão incoerente de idéias.

4.2.4 Dependência química

É um conjunto de fenômenos que envolvem, o comportamento, a cognição e a fisiologia corporal conseqüente ao consumo repetido de uma substância psicoativa, associado ao forte desejo de usar esta substância, juntamente com dificuldade em controlar sua utilização persistente apesar das suas conseqüências danosas. Na dependência geralmente há prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações sócio-ocupacionais (BALLONE, 2010).

A tolerância é o primeiro critério relacionado à dependência. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias.

Existe um padrão de uso repetido da substância que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga.. Os sintomas de dependência são similares entre as várias substâncias, variando na quantidade e gravidade de tais sintomas entre uma e outra droga.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste relatório descrevi sobre minha vivência como estudante em uma unidade de internação psiquiátrica. Apresentei minha impressão sobre os cinco dias que passei em contato com pacientes internados por transtornos mentais. Gostei muito desse estágio. Aprendi muito com essa convivência e decidi que pretendo trabalhar e cuidar de pessoas com doença mental. Tentarei ajudar a minimizar esse sentimento de solidão e abandono tão presente nessas pessoas, que se se deprimem ainda mais com a solidão e o esquecimento da família.

Fiquei surpresa com o meu primeiro contato com saúde mental, achei que iria encontrar um ambiente conturbado, com pessoas bastante medicadas, mas, pelo contrário, fiz parte de uma unidade muito organizada, com pacientes conversando, fazendo atividades, assistindo TV, todos bem ambientados.

O trabalho de estágio e o curso em geral foram importantes para conhecer mais sobre transtornos mentais, as principais doenças, suas causas e tratamento mais adequado. Tudo isso para decidir sobre quais atitudes se devem tomar para o melhor e mais correto tratamento do paciente.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G. J. *Transtorno afetivo bipolar*. 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=3>>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- BALLONE, G. J. *Dependência química*. 2010. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- COSTA, Karlúcia Faria dos P. et al. *Assistência prestada pela enfermagem aos pacientes com doença mental*. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/assistencia-prestada-pela-enfermagem-aos-pacientes-com-doenca-mental/16066/>>. Acesso em: 28 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ed, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [bvsms.saude](http://bvsms.saude.gov.br)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS/ NOAS-01*. Brasília, DF, 2001.
- DALLY, Peter; HARRINGTON, Heather. *Psicologia e psiquiatria na enfermagem*. São Paulo: 4. ed. EPU, 2006.
- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FLECK, M. P. A.; *Diretrizes para o tratamento da depressão (Versão Integral)*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2001.
- GAMBA, Mônica Antar; BRETAS, Ana Cristina Passarela . *Enfermagem e saúde do adulto*. São Paulo: Manole, 2006.
- LOUZÃ NETO, Mário Rodriguez, ELKIS, Hélio. *Esquizofrenia: abordagem atual*. São Paulo: Lemos, 1999.
- MANZOLLI, Maria Cecília. *Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental*. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 1996.
- RODRIGUÊS, Antônia Regina Fuguerato. *Enfermagem psiquiátrica: saúde mental: prevenção e intervenção*. São Paulo: EPU, 1996.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Brunner & Sudardarth. Tratado de enfermagem médico cirúrgico*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- TOWNSEND, Mary C. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados*. Rio de Janeiro: 3. ed. Guanabara e Koogan, 2002.