

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



## Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado  
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361  
DOI: 10.9789/2175-5361

### EXPERIENCE REPORT

#### Unveiling the design of therapeutic nursing in mental health: an experience report

Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência

Desvendando el proyecto terapéutico de enfermería en salud mental: un relato de experiencia

Marcela Pimenta Muniz <sup>1</sup>, Cláudia Mara de Melo Tavares <sup>2</sup>, Ândrea Cardoso de Souza <sup>3</sup>, Carolina Keiko Rocha Pacheco <sup>4</sup>, Lirys Figueiredo <sup>5</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** To build a therapeutic project with emphasis on nursing care, mental health perspective. Was prepared during the patient's stay in a psychiatric hospital in the city of Niterói, state of Rio de Janeiro (RJ). **Method:** Through a job done collectively between nurses and nursing students, led a reflection on the care that it needs to be achieved by the nursing staff in the psychiatric reform, described the experience report. So, we made a discussion group for the preparation of the plan of care for the patient, considering the peculiarities of the case study in question. **Results:** addressed the identification, summary, history, pathology and treatment plan for nursing care. **Conclusion:** it is necessary for practitioners and nursing students gather around the subject with mental distress, and allow yourself to learn to take care of it according to its history. **Descriptors:** Psychiatric nursing, Mental health, Schizophrenia, Nursing care.

#### RESUMO

**Objetivo:** construir um projeto terapêutico com ênfase nos cuidados de enfermagem, na perspectiva da saúde mental. Foi elaborado durante a internação do paciente em um hospital psiquiátrico do município de Niterói, estado do Rio de Janeiro (RJ). **Método:** através de um trabalho feito coletivamente entre enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, provocou-se uma reflexão quanto ao cuidado que é preciso que seja alcançado por parte da equipe de enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica, descrito pelo relato de experiência. Assim, foi feito um grupo de discussão para a elaboração do plano de cuidados para o paciente, considerando-se as peculiaridades do caso clínico em questão. **Resultados:** abordou-se a identificação, súmula, histórico, patologias e projeto terapêutico para os cuidados de enfermagem. **Conclusão:** é preciso que os profissionais e acadêmicos de enfermagem aproximem-se do sujeito portador de sofrimento mental e permitam-se aprender a cuidar deste de acordo com sua história. **Descritores:** Enfermagem psiquiátrica, Saúde mental, Esquizofrenia, Cuidados de enfermagem.

#### RESUMEN

**Objetivo:** construir un proyecto terapéutico con énfasis en los cuidados de la enfermería, en la perspectiva de la salud mental. Fue elaborado durante la internación del paciente en un hospital psiquiátrico del municipio de Niterói, estado de Rio de Janeiro (RJ). **Método:** a través de un trabajo hecho colectivamente entre enfermeros y académicos de enfermería se provocó una reflexión cuanto al cuidado que es preciso que sea alcanzado por parte del equipo de enfermería en el contexto de la reforma psiquiátrica, descrito por el relato de experiencia. Así, fue formado un grupo de discusión para la elaboración del plano de cuidados para el paciente, considerándose las peculiaridades del caso clínico en cuestión. **Resultados:** se abordó la identificación, hoja de anotación, histórico, patologías y proyecto terapéutico para los cuidados de enfermería. **Conclusión:** es preciso que los profesionales y académicos de enfermería se aproximen del sujeto portador de sufrimiento mental y permitan aprender a cuidar de este de acuerdo con su historia. **Descriptor:** Enfermería psiquiátrica, Salud mental, esquizofrenia, Atención de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado pela UFF. Professora substituta do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, na Linha de Saúde Mental, da EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. marcelapimentamuniz@gmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela USP. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica e dos Mestrados Acadêmico e Profissional da EEAAC/UFF. Niterói, RJ, Brasil. claumara@vrmicrolonk.com.br.

<sup>3</sup>Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEAAC/UFF. Niterói, RJ, Brasil. andreac@ensp.fiocruz.br.

<sup>4</sup>Enfermeira. Graduada pela EEAAC/UFF. Niterói, RJ, Brasil. keiko\_ame@ymail.com.

<sup>5</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lirysfigueiredo@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a um relato de experiência com ênfase na elaboração coletiva do projeto terapêutico, na perspectiva da saúde mental. Foi elaborado durante a internação de um paciente em um hospital psiquiátrico do município de Niterói-RJ. Teve como objetivo principal a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem, a partir de uma aproximação da história de vida deste paciente. Tal estudo de caso foi elaborado através de um trabalho feito coletivamente, provocando uma reflexão quanto ao cuidado que é possível e que é preciso que seja alcançado por parte da equipe de enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica.

É extremamente valioso para a enfermagem, para os pacientes e para a pesquisa que se desenvolvam estudos a respeito da prática de enfermagem em saúde mental, buscando aumentar o conhecimento neste campo do cuidado. Desta forma, este relato de experiência serve como instrumento orientador para os que já atuam nesta área, bem como para os acadêmicos que puderam participar ativamente da elaboração do projeto terapêutico a partir da experiência que tiveram com este mesmo paciente e através de buscas bibliográficas.

Vale observar que, durante a presente pesquisa, buscou-se enfatizar também os cuidados necessários ao corpo do paciente, referentes às patologias clínicas, além dos cuidados relacionados à saúde mental.

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “queda dos muros manicomial” no sentido físico. Assim, é possível de se efetivar transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

O primeiro passo seria renunciar à perseguição da cura e tomar como objeto a existência-sofrimento. A saúde passa, então, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos por princípios biomédicos, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório. Em um hospital psiquiátrico do município de Niterói-RJ, foi feito um grupo de discussão para a elaboração do plano de cuidados para o paciente, considerando-se as peculiaridades do caso clínico em questão, sendo descrito no presente artigo em forma de relato de experiência.

O grupo de discussão foi composto pelos autores deste trabalho. Assim, participaram da pesquisa 01 enfermeira, 02 professoras universitárias e 02 acadêmicas de Enfermagem - que hoje já são enfermeiras. Foram consideradas as seguintes questões:

- Qual a história de vida deste paciente?
- Qual é sua situação de saúde?
- Quais são suas principais demandas em relação aos serviços de saúde?
- Que projeto terapêutico deve ser aplicado em relação à assistência de enfermagem?

Portanto, a partir de questões problematizadoras, embasados em referenciais teóricos pertinentes, foi possível que elaborássemos um plano de cuidado, com ênfase em enfermagem em saúde mental para o paciente em questão.

## Referencial Teórico

### A Reforma Psiquiátrica

O processo de reforma psiquiátrica vem sendo construído no Brasil há vários anos e tem como um dos seus pilares principais a desinstitucionalização. Considera-se aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana.<sup>1</sup>

Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos.<sup>2</sup>

A saúde passa, assim, a ser entendida não mais a partir de parâmetros de bem-estar definidos por princípios biomédicos, mas como produção da vida possível e com sentido para os sujeitos em suas singularidades nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam. E isto não deve ser como um fim em si mesmo, mas como um meio para viver a vida.<sup>3</sup>

Tangente a isto, há a necessidade de tornar verdade para os profissionais da enfermagem este conhecimento da reforma psiquiátrica e as inovações práticas que ela sugere. A enfermagem científica ainda é ancorada no paradigma positivo causa-efeito que busca a homogeneização (a “receita de bolo”) da ação e da concepção do modo de adoecer e de cuidar.

### Catarata adquirida

A Catarata adquirida é o borramento ou perda visual lentamente progressiva, normalmente durante meses a anos, acometendo um ou ambos os olhos. O principal sinal detectado durante o exame físico é a opacificação do cristalino (estrutura ocular que normalmente é transparente). Os sintomas específicos são baseados na localização e densidade de opacificação do cristalino. A etiologia mais comum está relacionada à idade.<sup>4</sup>

Em alguns casos, está indicado o tratamento cirúrgico para melhorar a função visual em pacientes com incapacidade visual sintomática e para terapia cirúrgica em doença ocular - por exemplo, no glaucoma ou uveíte. Para o acompanhamento, a menos que exista uma complicação secundária além da catarata - por exemplo, glaucoma, bastante raro - uma catarata isolada não requer intervenção urgente.<sup>4</sup>

### **Glaucoma**

O Glaucoma é um dano estrutural intraocular resultante da pressão intraocular elevada. É causado pela obstrução do fluxo externo do humor aquoso. Sem tratamento, o distúrbio pode causar cegueira.<sup>5</sup>

O distúrbio é inicialmente livre de sintomas. A mudança da visão periférica é o primeiro sinal. Este progride e pode causar perda da visão central. A dor acontece posteriormente.<sup>5</sup>

O Glaucoma por partículas cristalinas é causado por um material cristalino, liberado por trauma ou cirurgia, que obstrui os canais de drenagem do fluxo aquoso. Os principais sintomas são dor, visão turva, olho vermelho, lacrimejamento e fotofobia. Para o tratamento, de acordo com a literatura, está indicado o uso de beta-bloqueador tópico, corticóides tópicos e ciclopégico tópico.<sup>5</sup>

### **Esquizofrenia**

A esquizofrenia (F20) é atualmente um dos principais problemas de saúde pública, exigindo grandes investimentos do sistema de saúde e causando sofrimento para o doente e sua família. Apesar da baixa incidência, por ser uma doença de longa duração, acumula-se, ao longo dos anos, um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades.<sup>6</sup>

Caracterizada geralmente por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. A consciência clara e a capacidade intelectual estão visualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir no curso do tempo. Envolve, assim, as funções mais básicas que dão à pessoa um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesma.<sup>7</sup>

Os pensamentos, sentimentos e atos mais íntimos são sentidos como se conhecidos ou compartilhados por outros. Forças naturais ou sobrenaturais influenciariam os pensamentos e as ações do indivíduo. O paciente pode ver a si próprio como pivô de tudo que acontece. As alucinações, especialmente auditivas, são comuns e podem comentar sobre o comportamento e os pensamentos do paciente.<sup>8</sup>

A percepção é frequentemente perturbada. Na perturbação característica do pensamento esquizofrênico, aspectos periféricos e irrelevantes do cotidiano, que estão inibidos na atitude normal, são trazidos para primeiro plano. São assíduas as interrupções e interpolarizações no curso do pensamento. Além disso, a ambivalência e a perturbação da volição podem aparecer como inércia, negativismo ou estupor.<sup>7</sup>

Especificamente na Esquizofrenia Residual (F20.5), ocorre um estágio crônico no desenvolvimento de um transtorno esquizofrênico, no qual há uma progressão clara de um estágio inicial para um estágio mais tardio caracterizado por sintomas “negativos” de longa duração, embora não necessariamente irreversíveis.

Neste caso, os sintomas esquizofrênicos “negativos” são proeminentes, isto é, retardo psicomotor, hipoatividade, afeto embotado, passividade e falta de iniciativa, pobreza da qualidade ou no conteúdo do discurso, comunicação não verbal pobre através de expressão facial, autocuidado e desempenho social pobres.<sup>7</sup>

Um dos critérios diagnósticos é também a ocorrência de um período de pelo menos 1 ano durante o qual a intensidade e a frequência dos sintomas floridos, tais como delírios e

alucinações, foram mínimos ou substancialmente reduzidos e a síndrome esquizofrênica “negativa” esteve presente.<sup>4</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Identificação do paciente

Paciente ARS. No momento, tem 68 anos de idade. É do sexo masculino. Foi admitido em um hospital psiquiátrico no município de Niterói-RJ.

### Súmula

Paciente lúcido, orientado. Pensamento com forma preservada, bem como o curso, com delírios persecutórios (diz que as pessoas querem prejudicá-lo em diversas ocasiões) e de grandeza (diz ser aposentado como investigador do FBI), ideação suicida e alucinação auditiva e pseudoalucinações visuais. Tem como comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), catarata e glaucoma.

### Histórico do paciente

Mora só em Niterói, em um quarto alugado, onde só há um colchão, sem móveis. Sem suporte familiar. Conta que tem 03 filhos, mas que não tem contato com eles há muitos anos. Diz não ter interesse em reatar o contato com os filhos “porque eles não se importam” (SIC). Diz ter sido casado com a mãe de seus filhos por 40 anos e que se separaram porque brigavam muito e queriam coisas diferentes (SIC).

Paciente com história psiquiátrica de longa data. Passou por diversas internações psiquiátricas e por sessões de eletroconvulsoterapia. Faz tratamento irregular em ambulatório de saúde mental. Vem trazido após jogar-se na frente de um carro em tentativa de autoextermínio. Trajando vestes próprias, em regular estado de higiene, sem escoriações ou fraturas. Usa uma bengala para auxiliar na locomoção e óculos escuros. Demonstra dificuldade para andar, devido à grande diminuição da acuidade visual (déficit visual bilateral). Responde prontamente às perguntas, de modo coerente. Porém, modula bastante o tom da voz. Queixa-se de medo e diz ter “vontade de morrer”.

Sente-se perseguido, ameaçado por pessoas que não nos diz quem são. Conta “se aproveitam de mim porque não enxergo... entram na minha casa dizendo que irão me ajudar, mas se aproveitam de que eu não enxergo e pegam meu dinheiro”. Relata que, em determinada ocasião, um homem o colocou em um carro para lhe “fazer mal” (SIC), mas não explica com maiores detalhes. Fala da dificuldade que tem quando tenta comprar algo “as pessoas me dão o troco errando, faltando dinheiro e eu nem percebo se alguém por perto não me alertar”. Refere ideação suicida “não quero mais viver... sou um inútil... cego desse jeito, não posso fazer nada sozinho”. Diz que, para ele, “a vida não tem sentido”. Além disso, refere escuta alucinatória de vozes imperativas que o xingam, o diminuem e mandam-no se matar. Queixa-se: “tenho medo das vozes e medo que algo ruim me aconteça por eu não conseguir enxergar...sou muito limitado, minha filha”.

Fala de sua dificuldade em sair de casa. Diz que tal dificuldade o leva a passar os dias e as noites sem nenhuma ocupação “trancado em casa, sozinho, sem nada para me ocupar, sem ninguém para me ajudar”. Queixa-se de que não vai às consultas com o psiquiatra por temer ser atropelado ou se perder. Relata que não faz uso correto das medicações psiquiátricas e hipotensores devido à dificuldade em saber se está tomando o remédio (por não enxergar os nomes dos remédios). O paciente nem sequer consegue se alimentar adequadamente, pois, segundo ele, não consegue ter acesso a alimentos e nem ao preparo de algum tipo de comida, devido à acuidade visual prejudicada. Apresenta-se entristecido, com o humor deprimido.

Oferecemos ao paciente a acompanhá-lo até a varanda do SRI. Percebemos que ele teve interesse em ficar na varanda, mas estava inseguro, algo desconfiado de nós. Porém, com maior proximidade e tempo de escuta terapêutica de nossa parte, ele passou então a pedir para ficar conosco na varanda por alguns minutos, demonstrando satisfação em estar ao ar livre, conversando conosco em outro espaço. Dizia “é bom aqui na varanda... estou ouvindo os passarinhos e sentindo um ar fresco” (SIC).

Refere dor nos dedos da mão direita (provocada com a tentativa de se matar se jogando na frente dos carros).

Paciente apresenta alto grau de dependência para execução das atividades de vida diária (AVD) e também para aderir ao tratamento psicoterápico, principalmente devido ao déficit visual.

#### **Projeto terapêutico em enfermagem**

- Realizar a entrevista de Enfermagem para o Exame Ocular;
- Determinar se o paciente tem uma história de doença, trauma ocular, diabetes, hipertensão ou cirurgia oftalmológica;
- Determinar motivos das queixas visuais do paciente;
- Perguntar se sente dor, fotofobia, queimação, prurido;
- Investigar a presença de visão nebulosa, diplopia, lacrimejamento excessivo ou secreção, percepção de um ‘filme’ sobre o campo de visão, moscas volantes, luzes brilhantes (escotomas) ou halos em torno das luzes;
- Determinar se existe história familiar de distúrbios oculares ou doenças;
- Perguntar ao paciente se ele usa óculos ou lentes de contato, e frequência de uso;
- Determinar quando foi a última consulta oftalmológica;
- Encaminhar ao acompanhamento oftalmológico, no caso de ainda não ter sido iniciado;
- Proporcionar alívio da dor mantendo luz ambiente suave, considerando-se que em muitas afecções oculares a luz provoca dor;
- Administrar analgésicos para auxiliar na redução da dor, conforme prescrição médica;
- Realizar alívio do medo e ansiedade, explicando o diagnóstico e o plano de tratamento para o paciente, proporcionando ao mesmo uma sensação de participação;
- Viabilizar diminuição da privação sensorial, reorientando-o periodicamente para a realidade e tranquilizando-o com explicações e informações a respeito do ambiente

que ele não pode enxergar com clareza, prevenindo, assim, distorções da percepção, com comportamento impróprio ou perda do sentido de posição;

- Encorajar os mecanismos de enfrentamento do estresse e a socialização;
- Realizar educação em saúde a respeito das considerações sobre os cuidados domiciliares e sobre adesão adequada ao tratamento oftalmológico, promovendo atividades para o autocuidado;
- Atentar para a aferição da pressão arterial e para sinais e sintomas de pico hipertensivo, como tontura, cefaléia, náusea, dor na nuca, epistaxe e síncope;
- Implementar avaliações biopsicossociais com atenção às características culturais do paciente;
- Orientar o paciente sobre as características das patologias, do tratamento e sobre os recursos disponíveis;
- Promover e manejar, dentro da saúde mental, os efeitos da doença através do ensino, da pesquisa, proporcionando adequado aconselhamento e ao paciente;
- Manejar e coordenar sistemas de cuidados que integrem as necessidades do paciente, promovendo um entendimento e uma melhor aceitação da doença, o que leva à melhor adesão ao tratamento e uma melhor reabilitação social;
- Possibilitar reintegração através de espaços de socialização;
- Potencializar a implicação do paciente em seu autocuidado, no que se refere às medicações, utilizando, por exemplo, recipientes reconhecíveis pelo tato;
- Inserir o paciente em grupos de trocas de experiências para cegos;
- Encorajar o paciente a redescobrir suas potencialidades e atividades que lhe proporcionem bem-estar;
- Inserir o paciente em oficinas terapêuticas de atividades que estejam ao seu alcance e que sejam de seu interesse, proporcionando a exploração dos outros sentidos (principalmente tato e audição);
- Encontrar estratégias que levem o paciente a retomar o interesse pela ingesta alimentar, usando novos lugares para as refeições e buscando formas de permitir que o paciente consiga se alimentar sozinho - proporcionando, assim, o autocuidado;
- Observar e registrar comportamento de desconfiança, isolamento, solilóquios, risos imotivados;
- Atentar para as alterações de humor e estar mais próximo do paciente em momentos de humor triste;
- Proporcionar escuta ativa, como instrumento terapêutico;
- Atentar para a recidiva de ideação suicida e escuta alucinatória imperativa de autoextermínio;
- Oferecer ambiente seguro, adaptando o local devido a seu déficit visual, e mantendo-o longe de objetos cortantes;
- Encorajar a reinserção do paciente no território comunitário, como na vizinhança, igrejas, associação de moradores, praças, transporte público, unidade básica de saúde, mercado, farmácia etc.;
- Estimular a deambulação para facilitar a socialização, bem como para prevenir pneumonia, trombose venosa e prevenir obesidade;

- Realizar compressas frias nos dedos que estão doloridos, uma vez por dia;
- Auxiliar nas atividades de vida diária (AVD), como vestir-se, alimentar-se, tomar banho, entre outras (porém, encorajar sempre o autocuidado nas AVD que o paciente possa fazer sozinho);
- Orientar o paciente a levantar-se em blocos, devido ao uso de Captopril e Haloperidol, evitando hipotensão ortostática;
- Observar o surgimento de sintomas extrapiramidais devido ao uso de antipsicótico, como acatisia (inquietação psicomotora), distonia (alteração da expressão facial e movimentos anormais do corpo), discinesia tardia (movimento orofaciais involuntários e estereotipados), dislalia (dificuldade em articular as palavras);
- Atentar para outras reações adversas do haloperidol: perda da acomodação visual, boca seca, constipação, dificuldade miccional causada pelo bloqueio dos receptores colinérgicos muscarínicos, hipotensão ortostática, aumento do apetite e obesidade;
- Estar atento para o surgimento de sinais e sintomas de Síndrome Neuroléptica Maligna, como febre inexplicada, taquipnéia, taquicardia, rigidez muscular, alterações da pressão arterial;
- Acompanhar sintomatologia, atentando para o surgimento de reagudização psicótica (com sintomas produtivos ou “negativos”), levando informações para as referências do paciente no tratamento ambulatorial de saúde mental;
- Trabalhar na perspectiva da intersetorialidade, estabelecendo as pactuações necessárias à elaboração e execução do projeto terapêutico do paciente.

## CONCLUSÃO

Faz-se valioso reforçar a importância de parcerias entre rede de saúde mental e universidades, ou entre profissionais de enfermagem em saúde mental, professores universitários e acadêmicos de enfermagem. Trabalhos como este estudo de caso podem surgir deste tipo de parceria, viabilizando, assim, discussões mais problematizadoras nos espaços de cuidado e de trabalho em enfermagem psiquiátrica.

Devem ser usados todos os recursos terapêuticos que estiverem ao alcance para diminuir a dor e o sofrimento daqueles que estão sob nossos cuidados. Porém, qualquer cuidado deve visar não apenas evitar o sofrimento desnecessário, mas também criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que, na vida subjetiva, muitas vezes é da ordem do inevitavelmente doloroso.

E, nesta nuance, é preciso e necessário que os profissionais e acadêmicos de enfermagem aproximem-se do sujeito portador de sofrimento mental e permitam-se, com ele, aprender a cuidar deste de acordo com sua história, com suas dores subjetivas, suas escolhas, suas dificuldades e suas - ainda que tão provisórias e peculiares - conquistas.

## REFERÊNCIAS

1. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [periódico on line] 2008 abr [citado em 03 de jul 2011];18(2): [aprox. 20 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a09.pdf>
2. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.
3. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
4. Kunimoto DI et al. *Manual de Doenças Oculares "Wills eye Hospital": ambulatório e sala de emergência - diagnóstico e tratamento das doenças oculares*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.
5. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
6. Giacon BC, Galera SAF. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [periódico on line] 2006 março [citado em 17 de jul 2011]; 40(2): [aprox. 6 telas]. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/251.pdf>
7. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID10*. Porto Alegre; Ed. Artes Médicas, 1992.

Recebido em: 28/10/2011  
Revisão requerida: 21/03/2013  
Aprovado em: 04/10/2013  
Publicado em: 01/01/2014

Endereço do autor correspondente:  
**Marcela Pimenta Muniz**  
Rua do Bispo, 83, Rio Comprido. Sala das coordenações de curso.  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. [marcelapimentamuniz@gmail.com](mailto:marcelapimentamuniz@gmail.com)