

## Administração de medicação de uso quando necessário e o cuidado de enfermagem psiquiátrica

*Administration of medication to use when needed and the care of psychiatric nursing*

*La administración de medicamentos de uso cuando sea necesario y el cuidado de enfermería psiquiátrica*

**Kelly da Silva Rocha Estrela<sup>1</sup>, Cristina Maria Douat Loyola<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

**Submissão:** 30-11-2012    **Aprovação:** 06-06-2014

### RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo que objetivou analisar os critérios clínicos utilizados para a administração das medicações prescritas de uso quando necessário (SOS); e discutir a implicação dos achados nesta pesquisa para a clínica da enfermagem psiquiátrica. Foram analisados os prontuários de pacientes do sexo feminino, internadas em uma instituição psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro, no recorte temporal de maio a junho de 2009. Nos 38 prontuários analisados, foram encontradas 16 prescrições de medicações SOS. A idade média das pacientes girou em torno de 45-55 anos, com diagnóstico clínico de Transtorno Bipolar do Humor. A categoria de medicação mais prescrita como SOS foi a dos benzodiazepínicos, seguidos de antipsicóticos. Notou-se uma tendência à não valorização da administração da medicação SOS nas anotações. O estudo aponta a necessidade de que sejam estabelecidos critérios clínicos que indiquem a necessidade, ou não, de administrar medicações prescritas como SOS.

**Descritores:** Enfermagem Psiquiátrica; Psiquiatria; Prescrição de Medicamentos; Enfermagem.

### ABSTRACT

This qualitative study aimed to analyze the clinical criteria used for the administration of prescribed medications for use when needed (SOS); and discuss the implication of the findings in this research to clinical psychiatric nursing. The records of female patients admitted to a psychiatric institution in the city of Rio de Janeiro, in the time frame from May to June 2009, were analyzed. In the 38 patient records, 16 prescriptions for medications SOS were found. The mean age of patients was around 45-55 years with a clinical diagnosis of Bipolar Mood Disorder. The medication category most prescribed as SOS was of benzodiazepines, followed by antipsychotics. It was noticed a tendency to not valuing the administration of medication in SOS notes. The study points out the importance to establish clinical criteria to indicate the need, or not, to administer prescribed SOS medications.

**Key words:** Psychiatric Nursing; Psychiatry; Medical Prescription; Nursing.

### RESUMEN

Este estudio cualitativo tuvo como objetivo analizar los criterios clínicos utilizados para la administración de medicamentos prescritos para su uso cuando sea necesario (SOS); y discutir las implicaciones de los hallazgos en esta investigación a la clínica de enfermería psiquiátrica. Fueron utilizados los registros de pacientes de sexo femenino admitidos en una institución psiquiátrica en la ciudad de Río de Janeiro, en el marco de tiempo de mayo a junio de 2009. En los 38 prontuarios de pacientes analizados, se encontraron 16 recetas para medicamentos SOS. La edad media de los pacientes fue de alrededor de 45 a 55 años con un diagnóstico clínico de trastorno bipolar del estado de ánimo. La categoría de medicamento más prescrito como SOS fue la de benzodiazepinas, seguido de los antipsicóticos. Notó-se una tendencia a no valorar la administración de medicamentos SOS en los registros. El estudio apunta a la importancia de establecimiento de criterios clínicos que indiquen la necesidad o no de administrar los medicamentos prescritos como SOS.

**Palabras clave:** Enfermería Psiquiátrica; Psiquiatria; Medicamentos con Receta; Enfermería.

**AUTOR CORRESPONDENTE**

**Kelly da Silva Rocha Estrela**

E-mail: [kellyrestrela@gmail.com](mailto:kellyrestrela@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O atendimento aos pacientes com transtornos mentais sempre foi marcado pela exclusão e confinamento, de modo que a partir da década de 1970, vários países, inclusive o Brasil, questionavam-se com relação ao caráter iatrogênico do hospital psiquiátrico. As instituições frequentemente submetiam os pacientes a maus tratos, levando-os à perda de identidade e da dignidade humana. Esses problemas suscitaram o início ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo este movimento o passo principal para o processo histórico de reformulação do modelo psiquiátrico e de suas práticas<sup>(1)</sup>.

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, lançando a campanha "Por uma Sociedade sem Manicômios". Passa-se a privilegiar a discussão e adoção de experiências de desinstitucionalização. Dentro desse contexto, surge o projeto de lei 3657/89, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades assistenciais. Após 12 anos de trâmite no legislativo brasileiro, o Projeto de Lei sofreu várias alterações e por fim foi aprovado em 02 de abril de 2001, com a promulgação da Lei 10.216/2001<sup>(2)</sup>.

A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira vai além da simples substituição das instituições asilares por serviços alternativos, pois no objetivo concreto de desinstitucionalização do paciente, o indivíduo não está apenas livre das grades institucionais, mas livre da "psiquiatria" como saber institucionalizante. A família e os dispositivos comunitários são fatores indispensáveis para a promoção de uma melhor qualidade de vida do sujeito e nos dias de hoje não se pode falar de tratamento da doença mental sem que se inclua a questão da intersectorialidade neste debate.

A reorientação do tratamento dos pacientes tem impacto significativo no papel da equipe de enfermagem. As contenções (químicas ou físicas) devem dar espaço principalmente para a escuta e acolhimento, bem como a um cuidado que dê condições ao sujeito de restaurar a sua autonomia, no melhor nível possível. Ou seja, deve-se auxiliar o paciente para que ele opere o seu melhor arranjo psíquico, interpretando o sintoma como um meio para se alcançar o sujeito, transitório, e que pode ser alterado quanto às restrições que determina, mas que não deve ser, obrigatoriamente, anulado. Dentro deste contexto de reabilitação, tratamos aqui a respeito das medicações de uso quando necessário e seu uso na psiquiatria.

Existem quatro tipos comuns de prescrição médica, que são classificados de acordo com a sua frequência e/ou urgência da administração dos medicamentos. São elas: Prescrições Estáveis, Prescrições Únicas, Prescrições de Urgência e Prescrições SOS<sup>(3)</sup>. As medicações para Uso Quando Necessário (ou SOS) são medicações prescritas que devem ser administradas de acordo com as necessidades do paciente, geralmente para combater sintomas específicos. O enfermeiro tem papel crucial nesta decisão, principalmente quando as prescrições são feitas dentro de uma faixa de dose máxima ao dia<sup>(3)</sup>.

Ainda que não seja responsável pela prescrição, a administração de medicamentos aos pacientes adultos hospitalizados

é atribuição do enfermeiro e da equipe de enfermagem a ele subordinada, sendo uma das maiores responsabilidades do seu exercício profissional<sup>(3)</sup>.

Em nossas vivências nos plantões em enfermarias psiquiátricas, vimos que a medicação SOS calava, muitas vezes, um sintoma que poderia dizer muito sobre a doença do paciente, sintoma este que poderia inclusive auxiliar em seu processo de reabilitação.

De acordo com o previamente exposto sobre o tema, este estudo teve como objeto de estudo as anotações da equipe de enfermagem a respeito da administração de medicação SOS; e como questões norteadoras: Qual profissional de enfermagem decide a necessidade de administração da medicação SOS? Quais os critérios clínicos utilizados para administração das medicações?

Foram objetivos do estudo: analisar os critérios clínicos utilizados para a administração das medicações prescritas sob a forma SOS; e discutir a implicação dos achados nesta pesquisa para a clínica da Enfermagem Psiquiátrica.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A medicação SOS é utilizada em quase todas as clínicas dentro da medicina moderna, sendo muito comum ser encontrada em uma prescrição médica, principalmente em clínicas pós-cirúrgicas no manejo da dor, ou como uma opção para o controle de picos hipertensivos em pacientes hipertensos crônicos, internados por esse motivo, ou não. Seu uso é muitas vezes questionado por produzir flutuação nas concentrações plasmáticas da droga. Na pesquisa feita por Daudt<sup>(4)</sup> que fala sobre o uso de medicação SOS para realização de analgesia em pacientes pós-operatórios, o autor relata que um paciente pode alternar dor intensa e analgesia.

A utilização desse tipo de medicação é comum quando não se estima uma dose exata para solucionar determinada sintomatologia, como uma dor pós-operatória, quando fica prescrito, por exemplo, Dipirona em caso de dor, até o limite de 4 em 4 horas (quando o limite é prescrito juntamente com a medicação, o que algumas vezes não é uma rotina). Se o paciente não sentir dor, a medicação não é administrada; em caso contrário, a administração é feita até um limite pré-estabelecido na própria prescrição.

Dentro da psiquiatria, o que chama atenção para as prescrições é a característica da droga utilizada como SOS. Quando se fala de SOS na psiquiatria, não estamos falando de gotas de Dipirona por via oral, para atenuar uma dor pós-cirúrgica já esperada. A prescrição de SOS na psiquiatria é de medicamentos controlados, podendo ser utilizados também em vias parenterais, que suprimem sintomas cujos significados são importantes para o tratamento e reabilitação do sujeito do qual se está cuidando.

Dada a complexidade e potência das medicações utilizadas como SOS, é interessante saber como a equipe de enfermagem executa a administração dessas medicações, ou seja, quando a enfermeira decide que aquele é o melhor momento para uma paciente receber uma medicação. Citamos aqui a decisão de administrar a medicação partindo do enfermeiro,

visto que este é o profissional responsável pela equipe de técnicos e auxiliares que compõem a equipe de enfermagem. No entanto, vemos que em algumas situações, o enfermeiro sequer tem ciência de que esta administração foi feita, sendo este processo decisório partindo diretamente de técnicos e auxiliares de enfermagem. Podemos questionar também a respeito dos critérios clínicos que são empregados pela equipe de enfermagem para utilizar a medicação como primeira intervenção, ao invés de, por exemplo, fazer uso de uma intervenção não farmacológica, como uma oficina terapêutica, ou mesmo o ato da escuta. É necessário ressaltar aqui que não se trata de uma avaliação ingênua sobre a complexidade que é a intervenção na crise, como a de uma agitação psicomotora, que exige que o profissional intervencionista tenha, acima de tudo, preparo técnico para vivenciar o momento, destreza em saber processar o que ouve, para então, direcionar as questões.

Não há na literatura uma recomendação de como deva ser uma prescrição SOS, quais os tipos de drogas permitidos ou efeitos esperados.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e documental, com utilização de dados de prontuários dos pacientes. O cenário de estudo foi um hospital especializado em psiquiatria, com leitos de internação feminina e masculino, situado na cidade do Rio de Janeiro.

O estudo buscou a análise de prontuários de pacientes do sexo feminino internados em uma instituição psiquiátrica. O corte temporal utilizado foi de um mês, do dia 20 de maio ao dia 20 de junho do ano de 2009.

O hospital psiquiátrico foi escolhido porque nele, a equipe de enfermagem é inteiramente responsável pela administração das medicações prescritas, o que não acontece, por exemplo, na rede ambulatorial, onde o paciente, já clinicamente mais estável, leva a medicação a ser utilizada durante o mês para sua residência, fazendo a sua própria administração dessas medicações sendo ela de uso contínuo, ou uso quando necessário.

A metodologia qualitativa foi adotada para a análise dos dados encontrados nos prontuários das pacientes, já que este método permite uma captura de informações de maneira mais flexível e desestruturada<sup>(5)</sup>, além de estudar um determinado fenômeno que não pode ser mensurado<sup>(6)</sup>. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo<sup>(7)</sup>.

O presente estudo foi aprovado no comitê de ética do IPUB/UFRJ (Parecer nº 68 Liv2-09A). Todos os aspectos ético-legais da resolução 196/96, que dispõe sobre as pesquisas realizadas com seres humanos, foram respeitados durante todo o período de duração do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O perfil da clientela

Foram encontrados 16 pacientes com prescrição SOS, de um total de 38 pacientes internadas na enfermaria.

**Tabela 1** – Idade das mulheres com prescrição de medicação SOS

Faixa etária	f	%
20 – 25 anos	1	6,25
26 – 30 anos	0	0,00
31 – 35 anos	3	18,75
36 – 40 anos	0	0,00
41 – 45 anos	0	0,00
46 – 50 anos	5	31,25
51 – 55 anos	5	31,25
56 – 60 anos	1	6,25
Mais de 61 anos	1	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

A Tabela 1 mostra que a idade média das pacientes girou em torno de 50-55 anos, com diagnóstico clínico de Transtorno Bipolar do Humor (10 pacientes das 16), Esquizofrenia Paranóide (2 pacientes) e Psicose não orgânica não especificada (2 pacientes). O diagnóstico de outras duas pacientes não foi identificado. Pelo menos metade dessas pacientes já havia sido internada previamente. Dados referentes a internação prévia não foram encontrados em 5 prontuários. Não foram identificadas pacientes em idades entre 26 e 30 anos, e entre 36 e 45 anos.

Os dados mostram que a prevalência de administração de medicações SOS incidu em mulheres de 45 a 55 anos, com diagnóstico médico de Transtorno Bipolar do Humor. Esse transtorno é descrito pela Classificação Internacional de Doenças<sup>(8)</sup> como sendo caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o comportamento de um indivíduo estão alterados, tanto para mais (episódios de mania ou hipomania) quanto para menos (episódios de depressão). O Transtorno Bipolar do Humor acomete os indivíduos no início de suas vidas profissionais: a idade média de início dos primeiros sintomas de TAB é aos 20 anos de idade. Apesar disso, cerca de 69% dos pacientes não são diagnosticados corretamente, sendo a depressão unipolar o erro diagnóstico mais frequente. Um paciente pode esperar até 10 anos para que o diagnóstico correto seja feito<sup>(8)</sup>.

Os episódios de mania são caracterizados por humor eufórico e/ou irritável, aumento de energia e aceleração psicomotora, aceleração de pensamento e ideias de grandeza, que podem ser delirantes, além de um aumento da impulsividade. A labilidade de humor é comum, sendo definida por instabilidade afetiva com brusca inflexão para a tristeza, e retorno rápido ao humor expansível. Um indivíduo pode apresentar hipomania e não mania, que se diferenciam pela intensidade das manifestações, e pelo período de duração dos sintomas. No período depressivo, os indivíduos tendem a apresentar retardo psicomotor, sintomas atípicos como anergia, hipersonia e hiperfagia, além de sintomas psicóticos. Esses pacientes têm maior probabilidade de apresentar riscos para suicídio, sobretudo na fase de transição entre a depressão e a mania<sup>(9)</sup>.

Essas afirmações nos remetem à importância da Enfermagem durante todo o processo de tratamento, tanto nos períodos

de manifestação aguda dos sintomas, quanto em períodos de maior estabilidade emocional.

O sofrimento é mais do que uma ameaça à integridade biológica, mas também à sua integridade como homem, como sujeito de ação, de reação e que possui necessidades próprias, específicas, que precisa de atenção e cuidado. Por esse motivo, a enfermeira psiquiatra deve, além de garantir a alimentação, higiene, sono e lazer dos pacientes estabelecer um relacionamento terapêutico, que é definido como:

uma tecnologia de cuidado que possui um rol de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade, de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades. Permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento e da reintegração social<sup>(10)</sup>.

A escuta qualificada é um importante constitutivo na clínica da Enfermagem Psiquiátrica<sup>(11)</sup>. A enfermeira deve ter um encantamento pela narrativa do paciente, que nada tem a ver com nexos, verdades ou mentiras. A escuta deve sair do lugar de suspeita da fala e ir para o lugar de testemunha. Antes de pensar em qualquer tipo de cuidado ou intervenção, o enfermeiro deve ouvir e compartilhar com o sujeito em sofrimento.

O estabelecimento de um relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente, permite uma assistência de enfermagem pautada no sujeito, trabalhando sua subjetividade de maneira empática, em períodos crônicos ou agudos. Sendo assim, sintomas como agitação, insônia, irritabilidade podem ser mais bem compreendidos e utilizados como guia para o cuidado de enfermagem. É importante destacar que:

Cuidar de uma pessoa com doença mental é uma difícil tarefa de implicar-se, exige pensarmos a pessoa com vontades próprias, com possibilidades de dizer sim, de dizer não e dizer nada para a nossa intervenção/cuidado. É preciso que a pessoa, objeto do nosso cuidado, queira ser cuidada por nós, nos aceite e diga sim ao nosso cuidado<sup>(12)</sup>.

### Medicações prescritas para uso SOS

A categoria de medicação mais prescrita como SOS foi a dos benzodiazepínicos (presente nas prescrições de 6 pacientes), seguidos de antipsicóticos (presente na prescrição de 4 das pacientes). Essas medicações foram prescritas pela via oral, com a indicação de administração em caso de insônia.

**Tabela 2** - Medicações prescritas como SOS

Medicação/esquema de medicação	f
Clonazepam	6
Clorpromazina	4
Diazepam	3
Neuleptil	3
Haloperidol + Prometazina	2

Outras medicações também foram prescritas, tais como duas ampolas de Haloperidol acrescidas de uma ampola de Prometazina, via intramuscular, com indicação de administração em caso de agitação psicomotora.

O grande número de efeitos colaterais e reações adversas dessas medicações, tanto aquelas administradas via oral, quanto intramuscular, destacam que o enfermeiro possui um importante papel na decisão de administração da medicação SOS, o que nem sempre é feito por este profissional, que por vezes delega essa decisão à equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem. Por conta desses efeitos/reações, ao optar por essa conduta, a equipe de enfermagem deve estar atenta aos sinais e sintomas que os pacientes apresentam após a mesma, implicando tanto na constante avaliação de sinais vitais, independente de diagnóstico prévio de alguma comorbidade, quanto na observação do comportamento que o paciente virá a manifestar.

### Registro em prontuário

Observou-se nos prontuários que o enfermeiro faz anotações sobre a administração de SOS nos casos de agitação psicomotora, apenas quando a medicação de emergência utilizada é por via intramuscular, inclusive solicitando visita do plantão médico para acompanhamento. A mesma conduta não foi percebida nas anotações referentes a medicações orais, indicadas para casos de insônia, que estavam apenas checadas sem qualquer tipo de anotação que justificasse sua administração.

Notou-se uma tendência à não valorização da administração da medicação SOS nas anotações, sendo algumas vezes suprimida dos relatos diários da equipe, ainda que acontecendo em mais de um paciente em um mesmo dia.

Os registros são entendidos como elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins<sup>(13)</sup>. Sendo assim, a anotação das administrações medicamentosas, bem como de todas as atividades executadas pela equipe de enfermagem é de extrema valia para a continuidade do cuidado no meio hospitalar.

Durante a análise dos prontuários, buscou-se anotações de enfermagem que justificassem a administração das medicações, tais como sinais clínicos que apontassem à necessidade de medicação em detrimento de outras medidas terapêuticas que poderiam ser exploradas por técnicos e enfermeiros.

Foram encontrados poucos registros que justificassem a administração das medicações, tais como "paciente apresentou insônia, feito SOS". Alguns deles nada diziam sobre a medicação SOS, dizendo apenas que o paciente havia "colaborado com os plantonistas, aceitado tomar as medicações conforme prescrição médica, se alimentado e conciliado o sono" (apesar da prescrição SOS para insônia estar checada como feita). Essa última anotação nos deixa com algumas inquietações a respeito das condutas adotadas. Seria essa anotação, um padrão, tanto para aqueles que tomaram a medicação SOS e conseguiram dormir, quanto para aqueles que não tomaram e também conseguiram repousar? Ou estaria a administração da medicação de emergência tão incorporada na rotina, que



sua administração nos casos de insônia já não é merecedora de destaque nas intercorrências do plantão?

## CONCLUSÃO

O que fala através da insônia, ou da manifestação heteroagressiva de cada paciente? Quando a alternativa farmacológica deve ser utilizada em detrimento de outras intervenções não farmacológicas? A resposta para essas perguntas não se pretende definitiva nem totalizante a partir das análises de prontuários. As anotações de enfermagem sobre os pacientes, que foram encontradas, não eram precisas e raramente haviam sido elaboradas pelo enfermeiro. Esse fato nos leva a pensar que a instância decisória para administrar a medicação SOS não é nem o médico e nem o enfermeiro e nem a avaliação clínica deste último, ao contrário da administração em casos de heteroagressividade, cujo registro encontra-se sempre carimbado pelo profissional enfermeiro.

Os medicamentos são, sem dúvida, um forte aliado no tratamento dos pacientes da clínica psiquiátrica. Contudo, devem servir como mediadores para uma melhor interação entre profissionais e pacientes, facilitando o relacionamento terapêutico e a adoção de cuidados que busquem a reabilitação e a valorização da subjetividade de cada indivíduo hospitalizado, proporcionando uma entrada de cuidado, para a autonomia,

para a melhora. Contudo, se a medicação é utilizada em toda e qualquer situação de crise, num a priori de fazer calar antes de poder falar, não apenas para facilitar as relações, mas para calar sintomas e garantir a disciplina do ambiente, a valorização da subjetividade e da autonomia do sujeito vão se perdendo progressivamente.

O estudo não tem ambições de generalizações por reconhecer o período restrito de coleta de dados empíricos e por abordar apenas uma instituição em específico, mas serve como um alerta, principalmente para a equipe de enfermagem, apontando para a necessidade de uma maior participação da enfermeira psiquiatra nos processos decisórios que envolvem a administração medicamentosa. Não apenas das medicações administradas por via parenteral, visto que os efeitos colaterais e adversos das medicações neurolépticas independem da via de administração. A Enfermagem, com sua característica de plantões baseada na permanência e não na visita, deve preocupar-se com a escuta e a significação das queixas de cada paciente, de modo a proporcionar um cuidado que promova a reabilitação, ou seja, que promova a independência dentro da limitação individual<sup>(14)</sup>. Além disso, torna-se essencial para a prática da Enfermagem Psiquiátrica o estabelecimento de critérios clínicos que indiquem a necessidade ou não de administrar as medicações prescritas como SOS.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha RM. Enfermagem em saúde mental. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Senac Nacional; 2005.
2. Brasil. Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União 09 abr 2001 [acesso em 22 de outubro de 2011]; Seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
3. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier; 2006.
4. Daudt AW, Hadlich E, Facin MA, Aprato RMS, Pereira RP. Opióides no manejo da dor - uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 1998 Jun [Acesso em 22 de outubro de 2011];44(2):106-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000200007&lng=en)
5. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fio-cruz; 2003.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
7. BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre (RS): Ed. Artes Médicas; 2008.
9. Costa Anna Maria Niccolai. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. Rev Psiquiatr Clín. [Internet]. 2008 [Acesso em 13 de novembro de 2013]; 35(3):104-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000300003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000300003&lng=en)
10. Louzã Neto MR, Elkis H. Psiquiatria Básica. Porto Alegre (RS): Editora Artmed; 2007.
11. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(3):317-24.
12. Oliveira RMP. Por uma Clínica Enfermagem Psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
13. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev Eletrônica Enferm. 2006;8(3):415-21.
14. Loyola CMD, Pôrto KF, Rocha KS. Implicações do programa nacional de avaliação do sistema hospitalar psiquiátrico para a enfermagem psiquiátrica. Rev Enferm UERJ. 2009;17(1):9-13.