

A SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL: UMA REFLEXÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO NESTE CONTEXTO

Ana Carolina Fabris Laber¹

Jonathan da Rosa²

Adriana Rotoli³

RESUMO: O contexto da saúde mental passou por intensas transformações tanto no âmbito ideológico quanto estrutural. Discutir e explicar este dinâmico cenário se torna essencial ao passo que vários aspectos envolvem a assistência, a estruturação e a articulação dos serviços de atenção em saúde mental. Este artigo visa refletir - através do olhar discente - o processo histórico da loucura, o enfoque que a saúde mental recebeu ao longo dos anos e os movimentos de transformação nesta área, revisitando, sobretudo, a implantação dos serviços de saúde mental em hospitais gerais que constituem um grande desafio para as instituições e os profissionais envolvidos. O presente estudo se torna importante de modo que são poucas as publicações enquadradas no olhar daqueles que virão a ser os futuros profissionais, e, portanto, precisam estar inseridos neste contexto, compreendendo as complexas e dinâmicas transformações que ocorrem a partir da Reforma Psiquiátrica até os dias de hoje.

¹ Acadêmica do VI Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI- Campus de Frederico Westphalen/RS. Email: anac.laber@hotmail.com

² Acadêmico do IX Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI- Campus de Frederico Westphalen/RS. Email: Jonadarosa@hotmail.com

³ Enfª Profª Msc. e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões –URI –Campus de Frederico Westphalen/RS.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospital. Discentes. Enfermagem

INTRODUÇÃO

A partir da virada do século, constituiu-se um período em que as mudanças ideológicas e estruturais no contexto da saúde mental iniciadas nas décadas de 70 e 80 se consolidam, demandando importante reflexão dos profissionais envolvidos na assistência a esses indivíduos. Por isso é necessária a compreensão das diferentes e complexas transformações do desenvolvimento humano, sobretudo no que tange as influências culturais, sociais e ideológicas.

Historicamente a atenção à saúde mental é marcada por episódios de exclusão, isolamento e preconceito permeados por experimentos em que as condutas frente ao doente mental eram pouco sistematizadas e deslocadas da realidade. Nesse sentido, tanto o tratamento quanto o cuidado ao indivíduo portador de algum sofrimento psíquico foi voltado à anulação da condição humana nas suas representações mais básicas, como o respeito, a liberdade e o convívio familiar e social.

Nesse processo, o campo da saúde mental é anunciado por vários momentos e expresso nas formas de tratamento oferecidas e nos dispositivos de saúde mental implantados nas comunidades pelas entidades políticas e de saúde. Esse contexto pode ser analisado através de inúmeras referências bibliográficas traduzidas para tentar compreender as razões do distúrbio mental, o tratamento desses distúrbios, as formas de preveni-los e as representações sociais e filosóficas a cerca da saúde mental.

Todo esse contexto mostra um paradigma sob influência da cultura das sociedades sobre as maneiras de sentir, pensar e explicar o sofrimento mental. Para tanto, verificaremos o processo histórico da loucura, o enfoque que a saúde mental recebeu com o passar dos anos e os movimentos pela mudança dessa área, revisitando o papel da enfermagem, sobretudo na estruturação dos serviços de saúde mental em hospitais gerais que configuram, hoje, um grande

desafio às instituições de saúde e aos profissionais envolvidos na assistência.

O presente artigo constitui-se no estudo de publicações científicas existentes sobre a temática saúde mental, visando traduzir as vivências de acadêmicos de enfermagem em uma unidade de saúde mental de um hospital geral. Para a realização do mesmo, foi realizada uma consulta na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e também em uma biblioteca convencional, onde foram selecionados livros texto e periódicos relacionados ao tema. A importância da realização deste artigo se dá ao passo que são poucas as análises publicadas que enquadram o olhar daqueles que são os futuros profissionais de saúde, e que, portanto, precisam compreender as complexas e dinâmicas transformações que vêm ocorrendo historicamente, e se afirmam a cada dia.

De forma geral, conhecer os processos de inovação iniciados nas últimas décadas e que ainda estão em construção, é um princípio e um dever daqueles que passarão a atuar nesse contexto. Assim, o conhecimento claro da estruturação da saúde mental é um dever que ultrapassa o sentido do cuidar na mais simples expressão de seu significado, ou seja, não basta apenas executar as ações do cuidado, é preciso explorar os sentidos do cuidado em todas as suas interfaces e a chegada até aqui de todo esse processo.

No entanto, é necessário antes, como primeiro desafio, delimitar claramente os acontecimentos ocorridos nessa área e assim compreendê-los nas diversas esferas. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo explicitar a visão de discentes de enfermagem sobre a área da saúde mental, sua historicidade, seus processos sociais e de desenvolvimento. Isso se torna importante, pois é uma condição essencial àqueles que participarão da consolidação desses ideais e que a partir das suas reflexões protagonizarão novas revoluções e transformações do meio em que atuam.

Da segregação dos manicômios à Reforma Psiquiátrica Brasileira e a inclusão de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais: Dimensão histórico-social dessa realidade

A loucura, ao longo dos anos, possuiu uma trajetória marcada pelo preconceito e a violação dos direitos humanos nas suas necessidades mais básicas, como ir e vir e possuir o direito a conviver em família e em sociedade. A própria concepção de saúde mental, e por consequência o significado da loucura, vem ao longo do tempo sofrendo diversas alterações, ora devido a influências de ordem mais religiosa e mitológica, ora, caracterizada por determinantes científicos.

Isso se dá devido às diversas acepções que a dicotomia saúde mental/loucura vem ganhando através do tempo, bem como, devido à amplitude e à complexidade das práticas e teorias que tentam explicar as suas definições. A própria associação de termos como alienado, desajustado, irracional, maníaco e outras tantas denominações que os doentes mentais, por vezes, ainda são rotulados nas nossas comunidades, demonstra o poder que variáveis de ordem ideológica, política, social e cultural ainda exercem sobre as pessoas.

Ao analisar esse aspecto Lancetti e Amarante (2006) colaboram dizendo que isso ocorre porque, em cada sociedade, época ou cultura, podemos identificar tipos sociais mais ou menos ideais, mais o menos sadios, mais ou menos normais de acordo com os padrões. Evidencia-se, desse modo, o terreno simbólico em que a saúde mental está estruturada e a repercussão deste simbolismo para o pensamento científico, para as bases terapêuticas, para as condutas e representações sociais da doença mental.

Na antiguidade, a loucura detinha cunho mitológico, presente nos desígnios dos Deuses. Aos “loucos” era atrelado o aspecto da loucura dos homens que estava *a priori* submetido aos recursos divinos. Nesse aspecto Françaia (2005) destaca que o comportamento louco possuía etiologia mitológica, influenciada por entidades divinas, ou outras entidades a serviço dos Deuses,

na causa dos eventos que levava ao delírio, suicídio, homicídio, transgressão das normas sociais entre outros comportamentos desajustados.

Segundo este entendimento, as pessoas que sofriam de problemas que não podiam ser explicados segundo a ordem física, estariam assim repercutindo a vontade dos Deuses, e por isso, o seu tratamento ou o controle dos seus excessos estava, sobretudo, entregue aos magos e sacerdotes que exerciam diversos papéis nas sociedades primitivas e por isso detinham grande sabedoria e dominação sobre as pessoas, tratando as pessoas com práticas mágicas e religiosas. Assim, a perturbação da mente humana transcendia o individuo e era incontrolável, cabendo ao mago-sacerdote a melhor abordagem ao doente mental. Essas ideias perpetuaram-se por muito tempo, até que filósofos e médicos da Grécia antiga passaram a estudar e a contestar algumas explicações para as alterações físicas e mentais que o ser humano apresentava.

Nesse contexto, e, opondo-se a essas visões, Hipócrates aborda uma nova concepção à perturbação da mente humana rompendo com as explicações de cunho mitológico e irracional. Desse modo, Françaia evidencia que:

[...] foi só com Hipócrates (460-377 a.C) que houve uma exclusão total da explicação mitológica da loucura e o homem louco passou a ser compreendido como um portador de um desarranjo da sua natureza orgânica e em consequência do desequilíbrio das forças das condições ambientais. (FRANÇOIA, 2005, p. 47).

Hipócrates contextualiza o problema mental sobre uma ótica mais orgânica e inaugura novas bases para o entendimento da loucura. São estabelecidas novas maneiras para o tratamento e as condutas com o doente mental, especialmente pelos seguidores dos ensinamentos médico- filosóficos gregos.

A história da loucura passa, mas tarde, a ser marcada pela influência do cristianismo. Com um referencial demoníaco as pessoas que apresentavam comportamentos anormais eram consideradas possuídas pelo demônio. Dessa forma, a prática do

exorcismo passa a ser usada como meio de tratamento e influência o contexto social e cultural acerca da loucura.

Assim, na Idade Média ou Idade das Trevas, muitos dos doentes mentais quando considerados possuídos pelos espíritos maus, eram queimados nas fogueiras e/ou sofriam as penas impostas pelos tribunais da Inquisição. Essas ações eram lideradas por sacerdotes da Igreja Católica, que detinham na época, muito poder ideológico e cultural sobre a sociedade.

É nesse aspecto que a figura do leproso passa a inspirar práticas de segregação e exclusão que logo após seria estendido também à figura do doente mental, pois até então este era discriminado, mas não sofria com as práticas severas de marginalização e exclusão social. Silveira e Braga relatam que:

Encarnando o mal e representando o castigo divino, a lepra se espalha rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Entretanto, com o fim das Cruzadas e a ruptura com os focos orientais de infecção, a lepra retirase, deixando aberto um espaço que vai reivindicar um novo representante. Alguns séculos depois, essas estruturas de exclusão social passam a ser ocupadas pela figura do louco. (SILVEIRA, BRAGA, 2005, p. 593).

Na Idade Moderna com o advento do iluminismo e a crença de que a razão seria o principal atributo do indivíduo, foram criados asilos com o intuito de “depositar” todos aqueles considerados irracionais (LANCETTI, AMARANTE, 2006). Essas instituições asilares na verdade serviam como formas “politicamente corretas” de disciplinar e de cuidar das pessoas. Na realidade, estes espaços serviam como meios de resguardar o resto da população do convívio insano/inapropriado e do mal que essas figuras representavam.

No início da Idade Contemporânea, com o modelo manicomial consolidado e servidores mal preparados e mal remunerados, “o eletrochoque, coma hipoglicêmico induzido por doses de insulina, lobotomia, banho de imersão a trinta e sete graus Celsius e óleo canforado para manter o indivíduo em hipertermia” demonstram uma pequena fração daquilo a que os pacientes psiquiátricos eram

submetidos (BOTTI, 2007).

O Brasil da década de sessenta e setenta foi campo de revolta e insatisfação devido à ditadura e a falta de liberdade da população; neste contexto foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME) que fortaleceram o setor saúde e passaram a lutar por melhores condições de trabalho e para os seus pacientes. Contemporâneo a isso, Paulo Amarante, José Carlos de Souza e Lima e Leon Schor, então médicos bolsistas de um hospital psiquiátrico da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) registraram no livro de ocorrências do hospital de emergência psiquiátrica em que trabalhavam os maus tratos a que os pacientes eram submetidos e a má condição geral do local, o que resultou no afastamento dos três (AMARANTE, OLIVEIRA, 2004).

Devido a este fato, cerca de trinta profissionais de saúde mental da DINSAM organizaram o que foi considerada a primeira greve do setor público do país. Somado a isso, o advento da Reforma Sanitária dá margem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que passa a denunciar os abusos ocorridos dentro do regime manicomial – mercantilização, violência, maus tratos, etc. Em 1980 são dados os primeiros passos para a reorganização da assistência e em 1987 o II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental adota o tema: “Por uma sociedade sem manicômios” (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 propôs a saúde como “[...] direito de todos e dever do estado [...]” (BRASIL, 2010). Com isto houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a garantir à população acesso universal à saúde; baseado nisso a partir de 1989 houve, no Congresso, o reconhecimento da importância de estender o acesso à saúde àqueles que sofrem de transtornos psíquicos/ mentais sendo sancionada – em 2001 - a Lei Federal 10.216 (Lei Paulo Delgado) que respalda a nova Política de Saúde Mental do país e prevê, dentre outras coisas, a gradativa substituição dos manicômios por Unidades Psiquiátricas e a formulação dos CAPS - Centro de Atenção Psico Social (BRASIL, 2005).

Ainda neste contexto, no final do ano de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. O evento contou com a presença de profissionais de saúde, movimentos sociais, usuários do serviço de saúde e seus familiares, o que garantiu visibilidade nacional à causa. Considerado o evento consolidador da Reforma Psiquiátrica no Brasil, garantiu o substrato político e ideológico que embasou este movimento, sendo decididas as diretrizes que seriam seguidas, tais como a desinstitucionalização e substituição gradual dos manicômios por leitos psiquiátricos em hospitais gerais, criação de uma política voltada aos usuários de drogas e álcool, conferindo ao CAPS valor estratégico de mudança da assistência e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2002).

A introdução de unidades psiquiátricas em hospitais gerais constituiu hoje, segundo vários autores, uma das melhores alternativas terapêuticas ao tradicional hospital psiquiátrico, também chamado “manicômio”. No entanto, a estruturação desses serviços de psiquiatria não se dá de forma fácil e natural, e vem demandando um intenso debate nas esferas ideológicas, sociais e científicas que merecem uma abordagem consciente e realista das suas concepções, já que envolvem diversos aspectos econômicos e culturais.

No Brasil, as primeiras enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais surgiram ainda na década de 1950. Ainda de forma bastante tímida, na mesma década surgiram outros serviços semelhantes a este. A pesar de suas estruturas serem ainda modestas – a conjuntura política dos serviços de saúde estava voltada à atenção de outras áreas da saúde pública, como o controle das doenças infectocontagiosas e carências alimentares – estas experiências foram importantes para que nas décadas seguintes esses serviços fossem explorados e implantados por todo o país.

O papel da enfermagem frente ao novo paradigma da Saúde Mental

Jean-Baptiste Pussin, considerado inspirador de Philippe Pinel na cientificação da doença mental e primeiro cuidador que demonstrou interesse pelo bem estar dos pacientes psiquiátricos (ROCHA, 2005) pode ser considerado o primeiro enfermeiro psiquiátrico da história. No entanto, os cuidados exercidos pela enfermagem dentro das unidades psiquiátricas ficavam restritos a seguir as orientações prescritas pelo médico psiquiatra.

A Reforma Psiquiátrica e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental fizeram com que um novo movimento ocorresse; os profissionais enfermeiros que trabalhavam nos manicômios perceberam a necessidade do embasamento teórico-científico de suas práticas e criaram, deveras, a Enfermagem Psiquiátrica como ciência. A partir disso, o Enfermeiro Psiquiátrico adquiriu funções específicas e independentes, de importância fundamental na interdisciplinaridade do cuidado ao paciente psiquiátrico (HANUS, 2003).

Apesar de o modelo assistencial e disciplinador ainda ser vigente na Enfermagem Psiquiátrica atual, busca-se hoje garantir voz ao sujeito - paciente psiquiátrico. Assim, a transição na maneira de trabalhar a Psiquiatria desliga-se do interesse único no comportamento do paciente e passa a atendê-lo como sujeito inserido em um contexto social e dotado de valores sócio-culturais (OLIVEIRA, 2010).

Essa nova organização do “saber em enfermagem” vem seguida pelo envolvimento nas lutas contra o modelo manicomial presentes no cenário de saúde e que se dão, em parte, pelo papel transversal que o enfermeiro possui na equipe de saúde já que é o profissional responsável pelo cuidar e possui vínculo quotidianamente junto ao paciente.

Souza (2010) evidencia que as ações da enfermagem dentro das unidades psiquiátricas centram-se no cuidado ao paciente, abrangendo também orientações à equipe de enfermagem, ações educativas em saúde e ainda ações administrativas e burocráticas

que compreendem gestão, coordenação e planejamento. Mas é preciso ir mais além e construir uma reflexão crítica e dinâmica sobre o fazer e o planejar o fazer em Saúde Mental.

Nesse sentido Macena e Capocci apontam que:

Os enfermeiros de UPHG têm que assistir o paciente como um todo e individualmente, todas as necessidades básicas do paciente são importantes. É primordial que o enfermeiro saiba sobre as medicações e seus efeitos colaterais, mas tão importante quanto é assistir o paciente psicologicamente, muitas vezes não realizado por achar que é um trabalho de competência do psicólogo, sendo essa também uma necessidade básica do ser humano. (MACENA, CAPOCCI 2004, p. 31).

O ir mais além significa, portanto, maior envolvimento do profissional enfermeiro nas ações terapêuticas do paciente através da relação com as suas subjetividades, e o planejamento do cuidado domiciliar do mesmo junto à equipe e os familiares, encaminhando-o à unidade de saúde mental comunitária mais próxima de sua residência. É preciso que o enfermeiro compreenda o seu papel social e gerencial, estabelecendo a articulação entre as modalidades de atenção em saúde mental existentes nos territórios, o que pouco ocorre na prática.

Na prática, o que se vê é a descontinuidade da atenção em saúde mental, com ações desarticuladas e poucas pragmáticas. Há um sistema de referência, mas a contrarreferência em que pese o fluxo das informações não ocorre, o que dificulta de forma já comprovada à assistência continua dos pacientes.

Outro ponto evidenciado é a inadequada infraestrutura de grande parte das instituições hospitalares que oferecem esse serviço. Geralmente, a instituição disponibiliza a unidade psiquiátrica após a construção de seu espaço físico, que embora tenha recebido as adequações mínimas exigidas pelos órgãos regulatórios, não comporta de forma adequada as necessidades dos pacientes e da equipe, que precisa adequar suas práticas conforme a realidade.

Isso fica exposto quando Macena e Botega apontam que:

[...] as unidades psiquiátricas em hospitais gerais apresentam como graves desvantagens suas arquiteturas e limitação de espaços físicos existentes, pois o paciente psiquiátrico em sua grande maioria não fica acamado, sendo necessário um espaço para circulação e atividades sócio-terapêuticas. (MACENA, 2004, p. 30; BOTEGA, 2006, p. 22).

De forma semelhante, observa-se nos cotidianos dessas unidades a presença ainda persistente da “porta de ferro”, que separa os pacientes portadores de doença mental dos ditos “sem problemas mentais”. Essas estruturas divisórias permanecem, geralmente, com o intuito único de preservar a segurança dos outros pacientes dos “desequilibrados”, o que na realidade constitui uma forma moderna da segregação imperialista da era dos manicômios.

Segundo o estudo feito por Boselli em 1992, e trazido pelo artigo de Machado e Colvero (2003), “a construção dessas portas se dá por um misto de questões de segurança, controle e preconceitos”. Isso demonstra o quanto ainda será preciso caminhar para que sejam quebradas questões culturais de nível pejorativo presentes em nosso meio.

Acrescenta-se a isso o despreparo de muitos profissionais enfermeiros, que em uma realidade repleta de desafios, percebem a necessidade de assumir funções recebidas, muitas vezes, com pouca formação teórica, e, ainda menos prática, o que constitui uma grande dificuldade. Ademais, por vezes são encontradas situações técnico-estruturais instituídas ao longo dos anos, e que desencorajam ações de maior envolvimento e empenho.

Nessa perspectiva, Macena e Capocci (2004) apontam que se o enfermeiro não sabe o que fazer, ele não sabe o que a equipe tem de fazer e, dessa forma, a qualidade do atendimento prestado é inferior. Isso reflete na definição do papel da enfermagem frente às situações do cotidiano, especialmente o enfermeiro, que é responsável pelo funcionamento da unidade e coordenação da equipe de enfermagem como um todo.

Corroborando com essa premissa Machado e Colvero salientam a partir de alguns trabalhos lidos sobre o papel da enfermagem e a equipe que esta compõe:

[...] a assistência de enfermagem ainda prioriza problemas físicos e clínicos dos pacientes, observação e manutenção do ambiente terapêutico da enfermaria [...] em suma os enfermeiros fazem um serviço pouco articulado com os médicos e, mesmo se ressentindo disso, não optam por rever essas relações [...] muitos são transferidos da clínica médica não tendo capacitação em saúde mental [...] (MACHADO e COLVERO, 2003, p.676).

Neste contexto, destaca-se como modo de superar essas realidades a criação de vínculo entre o paciente e o profissional enfermeiro através de instrumentos como o Processo de Enfermagem, onde é possível estabelecer a confiança entre ambos, e a troca de dados que irá possibilitar o estabelecimento de um plano de cuidados específico para este paciente (MacKINNON, BUCLEY, MICHELS, 2008).

No entanto a necessidade que impera, é a qualificação dos profissionais de enfermagem e a estruturação de políticas institucionais de apoio a educação permanente desses. Destaca-se a especialização e o preparo destes para o exercício das funções em saúde mental nessas instituições, visto que, na nossa realidade muitos profissionais passam por essas unidades sem no mínimo conhecer seus reais objetivos.

Outro fator importante é a infraestrutura disponível nestas unidades, que precisam ser revistas. É necessário fomentar o desenvolvimento de projetos terapêuticos, propondo alianças, mesmo que a nível local e buscando incentivos financeiros (entre outros) para a melhoria dos ambientes, possibilitando assim, facilitar o tratamento de qualidade aos pacientes e o bom trabalho da equipe.

CONCLUSÃO

Em suma, através desse estudo podemos verificar que ainda existem barreiras ideológicas, culturais e sociais no que tange o trabalho em saúde mental. No entanto, o que se vê são dificuldades estruturais e tecno-científicas, dentro das instituições,

que impedem o desenvolvimento de ações e estratégias efetivas em Saúde Mental. Em parte, isso se dá devido ao despreparo dos profissionais de saúde, que geralmente recebem pouco amparo teórico e prático em sua formação. Isto ocorre principalmente devido ao fato de estas transformações no campo da saúde mental ainda serem recentes.

Contudo, o que se percebe é um aumento potencial das discussões em Saúde Mental por assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, pedagogos, entre outros. Estas discussões, fomentadas pela Reforma Psiquiátrica e essencialmente pelo grande número de leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para este fim ocorrem, no entanto, muito mais no âmbito teórico do que em campo prático, o que caracteriza a dificuldade na implantação de ações pontuais que visem à garantia da efetividade do tratamento.

É preciso que a continuidade da atenção em saúde mental seja melhor articulada/ estruturada. O sistema de referência e contrarreferência ainda é pouco desenvolvido e por isso pouco utilizado no cotidiano das equipes de saúde, o que dificulta de forma já comprovada por vários autores à assistência continuada e integral ao paciente. Portanto, integrar os sistemas de saúde – comunitário e hospitalar – em Saúde Mental se torna imperativo para desenvolver a assistência aos pacientes.

MENTAL HEALTH IN GENERAL HOSPITAL: A REFLECTION OF THE PRACTICAL NURSE IN THIS CONTEXT

ABSTRACT: The mental health context underwent sweeping changes in both the ideological and structural. Discuss and explain this dynamic scenario becomes essential while various aspects involving the care, the structuring and articulation of health care services in mental health. This article aims to reflect – through student eyes – the process of historical madness, a mental health approach that has received over the years and the movement of transformation in

this area, revisiting, especially the implementation of mental health services in general hospitals which constitute a major challenge for institutions and professionals involved. In this context, this study becomes important while few publications are framed in the gaze of those who will become future professionals, and therefore need to be inserted in this context, understanding the complex and dynamic changes that occur from the Reform Psychiatric until the present day.

Keywords: Mental Health. Hospital. Students. Nursing.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; OLIVEIRA, W. F. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Revista Tecno-Científica**, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21, abr./jun. 2004.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica em hospital geral: Interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2006.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 725-9, 2006.

BRASIL. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2011.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. 44. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

FRANÇOIA, C. R. Ensaio sobre a loucura. **Revista Psicologia Argumentativa**, Curitiba, v. 23, n. 43, p. 45-51, out./dez., 2005.

GUIMARÃES, A. N. et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 274-282, abr./jun., 2010.

HANUS, Michel; MARCHAL, Vincent. **Psiquiatria e cuidados de enfermagem**. São Paulo: Ed. Andrei, 2003.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 615-634, 2006.

LUCCHESI, M.; MALIK, A. M. Viabilidade de unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 161-168, fev., 2009.

MACKINNON, R. A.; BUCKLEY, P. J.; MICHELS, R. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 543, 2008.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátricas em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 672-677, set./out., 2003.

MACENA, R. F.; CAPOCCI, P. O. Unidade psiquiátrica em hospitais gerais. **Rev. Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 5, p. 28-32, 2004.

OLIVEIRA, R. M. P. Um espaço para a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 615-7, 2006.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed., Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, p. 192, 2005.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do Conceito de loucura e seus reflexos na Assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago., 2005.

SOUZA, M. C. B. M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 678-84, 2003.