

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

MARIA APARECIDA GOMES CHAVES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: desafios para uma política
humanizadora**

FRANCA

2019

MARIA APARECIDA GOMES CHAVES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: desafios para uma política
humanizadora**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
para obtenção do título de Mestre em
Planejamento e Análise de Políticas
Públicas. Área de Concentração:
Desenvolvimento Social.**

**Orientador: Prof. Dr. Genaro Alvarenga
Fonseca**

**FRANCA
2019**

C512p Chaves, Maria Aparecida Gomes
POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL:
Desafios para uma política humanizadora / Maria
Aparecida Gomes Chaves. – Franca, 2019
119 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e
Sociais, Franca
Orientador: Genaro Alvarenga Fonseca

1. Políticas Públicas de Saúde Mental. 2. Reforma
Psiquiátrica. 3. Atendimento Humanizado. 4. Hospital
Psiquiátrico. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.
Biblioteca da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados
fornecidos pelo autor (a).

Essa ficha não pode ser modificada.

MARIA APARECIDA GOMES CHAVES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: desafios para uma política
humanizadora**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do
título de Mestre em Planejamento e Análise de Políticas Públicas. Área de
Concentração: Desenvolvimento Social.**

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Prof. Dr. Genaro Alvarenga Fonseca (Unesp/Franca)

1º Examinador: _____
Profa. Dra. Lucimary Bernabé Pedrosa de Andrade (Unesp/Franca)

2º Examinador: _____
Profa. Dra. Ana Claudia da Silva (UnB/Brasília)

1º Suplente: _____
Profa. Dra. Tatiana Noronha de Souza (Unesp/Franca)

2º Suplente: _____
Profa. Dra. Alessandra David (Moura Lacerda/Ribeirão Preto)

Franca, 29 de março de 2019.

Dedico esta pesquisa aos pacientes da Fundação Espírita Allan Kardec. A cada momento compartilhado ao lado deles, aprendi a ver a vida com um olhar mais humano e a valorizar as coisas com simplicidade e generosidade. E dedico também às pessoas que sofrem a dor mental.

AGRADECIMENTOS

Meu sentimento de hoje é puramente de gratidão. Quero agradecer primeiramente a Deus por me conceder sabedoria, discernimento e paciência para enfrentar as dificuldades durante todo o percurso do mestrado. Em nenhum momento posso dizer que foi fácil chegar até aqui, pois vinte dias antes de prestar a primeira prova do mestrado, perdi minha mãe. Minha melhor amiga e companheira havia me deixado. Pensei em desistir e, na última hora, resolvi encarar o desafio e fui com todas as dores emocionais fazer as provas do mestrado. Só Deus sabe as circunstâncias em que me encontrava. Precisei buscar forças onde não tinha e iniciei o mestrado de luto, sem graça e ainda com vontade de largar tudo. Mas, aos poucos fui me fortalecendo e entrando no clima dos estudos.

Por tudo isso, agradeço aos meus pais, Canuto Vicente Gomes e Lídia Cunha Gomes. Embora estejam já vivendo na Eternidade, sempre estão comigo em pensamento e sei que hoje são anjos intercedendo por mim junto a Deus.

Minha mãe sempre me dizia: “Te falta esse título!”. Agora eu respondo: “Pronto mãe, consegui a conquista do título que nós duas almejávamos. É para a senhora!”.

Agradeço a meu esposo Luiz Alberto pela parceria, pois sabendo das minhas determinações compreendeu a minha necessidade e vontade em realizar o mestrado. Colaborou para que meu ambiente de estudos em casa fosse o mais tranquilo possível.

Aos meus filhos, Isabela, Daniel e André, por compreenderem a minha ausência. Somos muito cúmplices e juntos somos mais fortes! Meus filhos são a razão da minha existência. Amo vocês incondicionalmente! Vocês sabem disso!

Aos meus irmãos: Crézio, por me incentivar e apoiar sempre; ao Claudio, por suas preciosas orientações e consolo diante das angústias do mestrado, me disse para ter paciência e fé, pois se até Jesus Cristo sofreu pra obter o título de Mestre, e que para mim, sem sofrimento, não conseguiria chegar ao final com o título de mestre. Essas sábias palavras foram os melhores incentivos que recebi!

Agradeço as minhas cunhadas, sobrinhos e sobrinhas que acreditaram em mim e viveram meus dramas com relação ao curso. Juntos a mim, me acompanharam a cada passo e sempre encorajando. Obrigada a todos vocês!

Ao meu tio Vicente, que hoje mora comigo e sempre me via nas madrugadas na pesquisa e dizia: “Vai descansar!”.

Meu querido amigo, meu braço direito, o senhor José Maria de Oliveira, a quem devo muito, pois sempre me incentivou em todos os projetos. E, sei que sempre poderei contar com o senhor. Gratidão por essa dupla!

Às minhas queridas amigas e irmãs de fé, Aparecida Helena e dona Ana Migani, que tão carinhosamente se preocupavam comigo e rezavam por mim.

Agradeço à equipe da Escola Maria Cintra pela compreensão das minhas muitas ausências em virtude dos eventos acadêmicos, nas pessoas de Marli Menezes, Roberta, Rosangela, Rose Tognati, Neusa, Ivalda, Tânia, Dirci, Elisa e à colega professora Silvia Cauchick, com quem tive as primeiras conversas sobre os possíveis temas da pesquisa e todos os demais colegas que participaram de uma forma ou de outra deste processo.

Aos meus alunos que de certa forma me acompanharam neste trajeto.

À equipe da ONG Pedra Bruta Lapidando talentos, na pessoa de Maria Lídia Borges Machado, pela compreensão do afastamento para poder dedicar a pesquisa. O meu muito obrigado pelo apoio e por acreditar em meu trabalho.

Às professoras Paula e Laiza, sempre me auxiliando com a Língua Portuguesa nos artigos e na dissertação. Gratidão sempre!

À Profa^a Dr^a Ivani de Lourdes Marchesi de Oliveira que desde a sua disciplina, eu como aluna especial, não faltou com palavras acolhedoras e de incentivo para que eu pudesse entrar no programa de pós. Foi a primeira pessoa a dizer sim e a permitir que as portas da Unesp se abrissem para mim. Muito obrigada pelo carinho e por confiar em mim!

Ao corpo docente de excelência da Unesp/Franca com quem muito aprendi e passei a ter um novo olhar acadêmico.

Ao Erick Cursino, a quem aprendi a ter uma admiração pelo seu profissionalismo. Sempre paciente conosco, dinâmico e prático.

Ao Prof. Dr. Agnaldo de Sousa Barbosa, coordenador do programa e à vice-coordenadora Prof^a Dr^a Vânia de Fátima Martino pela generosidade para comigo nas dificuldades que me deparei ao longo do curso.

Ao meu orientador Prof. Dr. Genaro Alvarenga Fonseca, sempre tão atencioso, quero dar continuidade nesse legado em que muito aprendi com seus ensinamentos. Parabéns pela sua didática. Gratidão eterna!

De modo muito especial, meus sinceros agradecimentos ao meu ambiente de trabalho, a Fundação Espírita Allan Kardec, aos diretores, o senhor presidente da Fundação Allan Kardec, o senhor Mario Arias Martinez, Fernando Américo Palermo Falleiros, ao Sr Allan Kardec de Moraes e à Gabriela Garcia Lopes. Com toda a energia e entusiasmo, pude aprender muito sobre as novas políticas públicas de saúde mental e contagiar-me pela motivação dos novos empreendimentos. Deixo a minha admiração e gratidão por todos vocês!

À administradora do Hospital, a senhora Lazara Maria Bernardes Batista, que sempre me incentivou a estudar e me apoiou em todos os meus projetos, permitindo realizar a pesquisa no Hospital.

Ao José Luiz Novato Lima, gestor de convênios, que sempre acreditou em minha atuação como profissional.

Também agradeço aos colegas de trabalho, que de uma forma ou de outra contribuíram com a pesquisa. Seja me fornecendo algum documento ou explicando e orientando algo, ou me auxiliando com alguma coisa de modo geral, ou simplesmente me ouvindo: Renata Reis Vieitez, Guilherme Ribeiro, Vanessa Pimenta, Xênia Maria, Alessandra Salatine, Solange, Stênia, Eliete e Nilza.

Aos meus pacientes, que me ajudaram a enxergar o mundo sob um novo prisma e aos pacientes que já se foram deste mundo, pois já sepultei muitos, que sem família, nós da equipe é que éramos a sua “família” e que rezávamos no momento de entregar aquele corpo para Deus. Já sofri muito de tristeza ao perder algum paciente e ainda sofro. É difícil neste momento separar a pessoa da profissional. O vínculo que formamos é algo que transcende qualquer política pública, qualquer governo, qualquer coisa. Se hoje sou o que sou, é graças a vocês que me ajudaram a valorizar as pequenas conquistas da vida, e que para vocês muitas das vezes se torna uma grande conquista. Simplesmente obrigada por tudo!

Difícil poder citar todos os nomes que passaram pela trajetória da pesquisa, por isto, agradeço a todos que direta ou indiretamente participaram de todo meu percurso de pesquisa.

A todos, deixo a minha gratidão!

*“Não se curem além da conta.
Gente curada demais é gente chata.
Todo mundo tem um pouco de loucura.
Vou lhes fazer um pedido:
Vivam a imaginação,
pois ela é a nossa realidade mais profunda.
Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas”.
“É necessário se espantar,
se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade...”*

Nise da Silveira

CHAVES, Maria Aparecida Gomes. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: desafios para uma política humanizadora**. 2019. 119 fls. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2019.

RESUMO

A reforma psiquiátrica é assunto muito discutido ao longo das últimas décadas com grande foco na preservação dos direitos humanos. O tema tem sido retomado com força na mudança do novo governo do Brasil tornando-se um assunto polêmico e inesgotável. A Lei 10.216/01, nomeada de Lei Paulo Delgado, decreta oficialmente a reforma psiquiátrica, cujas primeiras discussões tiveram início nos anos 1970. Com tantos debates e discussões a respeito e após o Manifesto de Bauru, sobre a Luta Antimanicomial no ano de 1987 com o tema "Por uma Sociedade Sem Manicômios" e a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no mesmo ano, estes movimentos se tornaram um marco para o início da reforma psiquiátrica, que busca a humanização nos tratamentos de saúde mental. Do ano desta lei até a atualidade, várias mudanças foram adotadas nas prestações de serviços da saúde mental e muitos municípios brasileiros buscam se adequar à lei e às portarias referentes a este tipo de serviço. Esta investigação partiu de pesquisa bibliográfica e documental que teve como objetivo analisar se esta lei é de fato aplicada no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, no município de Franca, Estado de São Paulo, e se este serviço oferece um tratamento humanizado das pessoas com transtorno psíquico, tendo em vista que no passado, desde as primeiras instituições psiquiátricas até esta reforma, os chamados “alienados”, eram segregados e totalmente excluídos da sociedade. Os resultados da pesquisa demonstram uma instituição preocupada em atender as exigências da lei no que diz respeito à desinstitucionalização e humanização nos atendimentos. Descobriu-se, ainda, que os setores pesquisados buscam atender aos pacientes com o objetivo em comum que é humanizá-los e reinseri-los socialmente, embora a escassez financeira seja muito alta.

Palavras chave: Políticas Públicas de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Atendimento Humanizado. Hospital Psiquiátrico.

CHAVES, Maria Aparecida Gomes. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: desafios para uma política humanizadora**. 2019. 119 fls. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2019.

ABSTRACT

Psychiatric reform has been a subject much discussed over the last decades with a great focus on the preservation of human rights. The theme has been taken up with force in the change of the new government of Brazil becoming a controversial and inexhaustible subject. Law 10.216 / 01, named Paulo Delgado Law, officially decrees psychiatric reform, whose first discussions began in the 1970s. With so many debates and discussions about and after the Manifesto of Bauru, on the Antimanicomial Struggle in 1987 with the theme "For a Society Without Asylums" and the First National Conference on Mental Health held in Brasília in the same year, these movements became a milestone for the beginning of the psychiatric reform, which seeks to humanize the mental health treatments. Law to date, several changes have been adopted in the provision of mental health services and many Brazilian municipalities seek to comply with the Law and the ordinances referring to this type of service. Law is actually applied at the Allan Kardec Psychiatric Hospital, in the municipality of Franca, State of São Paulo, and if this service it offers the humanized service of people with psychic disorder, since in the past, from the earliest psychiatric institutions up to this reform, these-called "alienated" were segregated and totally excluded from society. The research results demonstrate na institution concerned with meeting there quirement sof the Law regarding the deinstitutionalization and humanization of care. It was also found that there searched sectors seek to serve the patients with the common objective of humanizing and reinserting them socially, although the financial scarcity is very high.

Keywords:Public Policies of Mental Health. Psychiatric reform. Humanized Service Psychiatric Hospital.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil de dez/1998 a dez/2014.....	39
Gráfico 2 - Redução de leitos SUS no período de dez de 2001 a dez de 2014	61

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – Fachada da recepção do Hospital/Clínica	51
Figura 2 – Entrada do Centro Espírita José Marques Garcia	52
Figura 3 – Interior do Centro Espírita José Marques Garcia.....	52
Figura 4 – Oficina de Reciclagem de Eletrônicos	82
Figura 5 - Oficina de Reciclagem de Eletrônicos	82
Figura 6 - Oficina de Reciclagem de Eletrônicos.....	83
Figura 7 – Oficina de Costura Manual	84
Figura 8 - Oficina de Costura Manual.....	84
Figura 9 - Oficina de Costura Manual	85
Figura 10 – Quadra de esportes (antes da reforma iniciada em agosto de 2017).....	89
Figura 11 – Quadra de esportes após a reforma e inaugurada em 28/09/2019.....	89
Figura 12 – Campo de Futebol.....	90
Figura 13 - Praça do Coreto.....	90
Figura 14 – Salão de Jogos.....	91
Figura 15 – Campo de Bocha.....	91
Figura 16 – Bosque do Beija Flor (antes da revitalização).....	93
Figura 17 - Bosque do Beija Flor.....	94
Figura 18 - Bosque Beija Flor (revitalizado).....	94
Figura 19 – Bosque Beija Flor.....	95
Figura 20 – Bosque Beija Flor.....	95
Figura 21 – Bosque Beija Flor.....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo da história da FEAk	48
Quadro 2 - Os departamentos a FEAk.....	50
Quadro 3 – O futuro da FEAk	101
Quadro 4 - Projeto “Adote A Fundação Allan Kardec!”	104

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVDs	Atividades de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CAPS	Centros De Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRN	Conselho Regional de Nutrição
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSM	Coordenadoria da Saúde Mental
CVV	Centro de Valorização à Vida
DAE	Departamento de Assistência Espiritual
DRS	Direção Regional de Saúde
ECT	Eletroconvulsoterapia
FEAK	Fundação Espírita Allan Kardec
GM	Gabinete do Ministro
HD	Hospital Dia
HAK	Hospital Psiquiátrico Allan Kardec
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NAPS	Núcleos De Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	<i>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</i>

SciELO	<i>ScientificElectronic Library Online</i>
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINAPSE	Serviço de Atenção Psico Sócio Educacional
SNAS	Secretário Nacional De Assistência à Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O	Terapia Ocupacional
UPA	<i>Unidade de Pronto Atendimento</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	24
1.1 As instituições precursoras	24
1.2 As Primeiras Legislações em Saúde Mental	26
1.3 Saúde Mental no Brasil	29
2FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC	42
2.1 Fundação e Terceiro Setor, Caridade e Filantropia.....	42
2.2 Dados Históricos da Fundação Allan Kardec	45
2.3 Hospital Psiquiátrico Allan Kardec	53
2.3.1 Público alvo, a loucura e o preconceito	53
2.4 Dialogando com as Políticas Públicas	59
3AMBIENTES TERAPÊUTICOS E PROPOSTAS DE ATENDIMENTO	
HUMANIZADO.....	67
3.1 Hospital Psiquiátrico Allan Kardec e seus setores	68
3.1.1 Administração, apoio e voluntariado	68
3.1.2 Equipe técnica.....	70
3.2 atendimentos terapêuticos	71
3.2.1 Terapia Ocupacional	72
3.2.2 Apoio psicológico	76
3.2.3 Desenvolvimento Humano	80
3.2.4 Educação Física	86
3.2.4.1 Bosque do Beija Flor	92
3.3 A Humanização nos Atendimentos.....	97
3.4 Proposta de intervenção.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	110

ANEXOS	117
ANEXO 1 – Ofício de autorização de Pesquisa.....	118
ANEXO 2 – Modelo de sugestão de folder do projeto “Adote a Fundação Allan Kardec.....	119

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde mental estão em constantes mudanças, e desde há muito tempo, se tem a intenção de se reformular o tratamento dado às pessoas com transtorno mental. Nise da Silveira, uma médica à frente de seu tempo, nos anos 1940, indignada com o tratamento oferecido nesta época às pessoas com sofrimentos psíquicos (como eletrochoques, lobotomias¹ e confinamentos) e preocupada em humanizar o tratamento, numa entrevista à revista "Psicologia: Ciência e Profissão" (1992) se expressa que está de pleno acordo de que os velhos manicômios que se parecem prisões sejam implodidos².

A cada tempo, é mostrada uma preocupação de várias maneiras buscando atender as demandas e necessidades da época. E somente no ano de 2001, após muitos debates, conferências e discussões é que foi decretada a Lei 10.216 de Paulo Delgado, que fundamentou de fato a Reforma Psiquiátrica assegurando um tratamento com humanização e respeito e a manutenção dos direitos àqueles com transtornos mentais.

A presente pesquisa foi fundamentada na lei que preconiza os devidos procedimentos quanto ao tratamento humanizado e teve como lócus a Fundação Espírita Allan Kardec, FEAK, com seu departamento hospitalar, o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, situado no município de Franca, interior de São Paulo. Julga-se de grande importância a investigação e a compreensão dos meios e métodos de aplicação das políticas públicas de saúde mental pela instituição referida, uma vez que se verificaram mudanças impactantes ao longo dos anos de existência e funcionamento do hospital, sobretudo no que se refere aos tratamentos prestados aos pacientes com seus diversos diagnósticos, tais como transtornos psicóticos, depressão, dependência química por álcool e drogas, demências e outros.

O paciente psiquiátrico, ao ser internado, encontra-se totalmente em uma vulnerabilidade, não somente mental, mas também fisicamente. Quando bem atendido pelos profissionais técnicos, o paciente responde de uma maneira positiva,

¹ Intervenção cirúrgica no cérebro na qual são seccionadas as vias que ligam as regiões pré-frontais e o tálamo. No passado era indicada para casos graves de esquizofrenia, encontra-se atualmente em desuso.

² Entrevista exclusiva, feita pelo terapeuta ocupacional e professor da Universidade Federal de Pernambuco, Luís Gonzaga Pereira Leal, no dia 28 de julho de 1992,

basta observar um paciente com depressão grave, com risco suicida, que acredita que a vida acabou e não tem forças para realizar pequenas atividades do dia-a-dia. Diante dessa situação, é preciso que haja estímulos e todo um recurso psicoterapêutico para auxiliá-lo a conseguir vencer essa fase depressiva. Já um paciente com transtorno bipolar, na fase maníaca e/ou eufórica, requer intervenção de profissionais com outros objetivos diferentes e específicos. No caso de dependência química, faz-se necessário todo um cuidado nas primeiras horas de internação devido às síndromes de abstinência. E, além da terapia medicamentosa, o paciente, muitas vezes, precisa “se deprimir³” um pouco para obter um efeito positivo no tratamento, ou seja, para que melhore seu senso crítico da doença. Essas são algumas particularidades das patologias.

Com base nas investigações realizadas para o presente estudo, sabe-se que uma das formas de tratamento de distúrbios mentais adotada em outras épocas era o isolamento dos pacientes. Com o propósito de excluir e segregá-los, a cela forte, por exemplo, era um recurso utilizado nos tratamentos antigamente, além de ter sido utilizada, durante tempo considerável, uma alternativa diante da dificuldade em lidar com a loucura e com o surto psicótico. Com a reforma psiquiátrica, foram determinados, portanto, o fechamento do quarto prisional, a extinção do uso de camisas de força, e a proibição do uso indiscriminado de eletroconvulsoterapia – ECT - popularmente conhecido como o “eletrochoque”. É importante esclarecer que, atualmente, se aplica o ECT, mas com a indicação para pacientes com depressão profunda e esquizofrenias, principalmente do tipo catatônicas e aplicadas em centro cirúrgico com médicos psiquiatras e anestesistas e não, exatamente, da forma deturpada com que a mídia divulga.

Philippe Pinel (1745-1826), considerado o fundador da psiquiatria, começou a introduzir tendências humanizadas ao doente mental, propondo o tratamento “moral” que basicamente consistia em tratar bem o outro com amabilidade, mas também com firmeza, oferecendo os cuidados necessários por meio de uma relação humanitária entre o paciente e aqueles responsáveis por seus cuidados. (PICCININI, 2000, s/p).

A partir do interesse de Pinel no processo de humanização da assistência ao doente mental, surgiu o interesse também de analisar essa evolução no campo da

³ Se o paciente está muito eufórico, perde o senso crítico e quando está um pouco deprimido, no sentido de menos eufórico, ele consegue elaborar melhor o raciocínio.

saúde mental. A reforma psiquiátrica é algo que aconteceu fortemente na década de 1990 no Brasil e que contribuiu para extinguir não somente as celas e as camisas de força, mas tudo aquilo que contrariasse aos tratamentos mais humanizados.

Com as portarias e resoluções⁴, ao longo dos anos, muitos hospitais psiquiátricos foram fechados, devido às péssimas condições de tratamento oferecido. Nessa acepção, Arbex (2013, p.254) relata uma inspeção nacional realizada nos hospitais psiquiátricos brasileiros em 2004 em prol de condições dignas de vida aos enfermos, em que foram encontrados ainda tratamentos em condições subumanas com base nas celas fortes, instrumentos de contenção e muitos cadeados, além de registros de mortes por suicídio, afogamento e agressões.

O relato faz referência ainda ao Hospital “Colônia”, de Barbacena, Minas Gerais, como a vergonha da omissão coletiva, que faz mais vítimas no Brasil (2013, p. 255). A autora cita a visita de Franco Basaglia⁵ ao hospital em questão no ano de 1979, o qual ficou escandalizado com o que viu, chamou a imprensa e declarou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta”. (ARBEX, 2013, p.15). Acontecia em Barbacena uma verdadeira violação dos direitos humanos. (2013, p. 255)

O interesse por essa pesquisa surgiu, portanto, a partir da experiência de trabalho na instituição Fundação Espírita Allan Kardec, haja vista que foi testemunhada a transição do sistema antigo e ainda se vivencia o sistema atual, alterado a partir da reforma psiquiátrica e das políticas públicas de saúde mental, no que se refere aos processos de atendimentos para os pacientes desta instituição.

Outrossim, como objeto de estudo, elenca-se a política pública de saúde mental com foco na reforma psiquiátrica baseada na Lei 10.216/01. E diante do exposto, partindo do problema identificado, questiona-se: os atendimentos terapêuticos do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec atendem aos requisitos de humanização que a Lei 10.216/01 preconiza? Buscando responder a tal problema, definiu-se como objetivo geral, analisar a política pública de saúde mental na Fundação Espírita Allan Kardec na cidade de Franca, Estado de São Paulo, dentro de um contexto humanizador de acordo com a Lei 10.216/01.

⁴Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, Resolução nº 408/1994 (esta foi revogada), Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002.

⁵Franco Basaglia era italiano, médico psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

Esta pesquisa define-se como documental e bibliográfica e procederá à análise da política pública de saúde mental, bem como de terapêutica utilizada pelos setores de Terapia Ocupacional, Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação Física através dos documentos estudados e analisados. Ademais foi verificado no presente estudo se tais setores propõem, de fato, a humanização em seus atendimentos em consonância com a Lei Paulo Delgado.

Acredita-se ser de extrema relevância o relato, na primeira seção, da trajetória histórica das políticas públicas de saúde mental no Brasil, realçando as instituições psiquiátricas precursoras e fazendo um paralelo com as Santas Casas. Por conseguinte, serão expostas as primeiras legislações de saúde mental e a situação da saúde mental no Brasil e suas legislações atuais.

Na segunda seção, apresenta-se a Fundação Espírita Allan Kardec, definindo o terceiro setor na qual está inserido e explicitando a diferenciação entre caridade e filantropia. Na sequência, conhece-se a história dessa Fundação e de seus vários departamentos por meio de um recorte, em que se estudou o departamento “Hospital Psiquiátrico Allan Kardec”, sendo mostrado seu público alvo e as patologias encontradas. Para finalizar esta seção, cumpre ressaltar o diálogo com as políticas públicas, compreendendo a situação real do Hospital de acordo com o descredenciamento do SUS e da política de desinstitucionalização.

A terceira seção apresenta os ambientes terapêuticos e as propostas de atendimento humanizado. Para tanto, aborda o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec e seus setores, a equipe técnica e, novamente, por meio de recorte, define os atendimentos terapêuticos dos setores de Terapia Ocupacional, Apoio psicológico, do Desenvolvimento Humano e da Educação Física. Ainda na presente seção, discute-se a política de humanização conforme os serviços foram sendo apresentados.

Finalmente, no último subitem da terceira seção, apresenta-se o produto final, tendo como proposta central o auxílio nas questões de humanização nos recursos terapêuticos do Hospital Allan Kardec como, por exemplo, a separação dos pacientes agudos (masculino e feminino) em dois grupos, sendo a ala feminina – que pode ainda sofrer outra separação: as pacientes psicóticas podem ficar separadas das dependentes químicas – e a ala masculina – cuja estruturação pode ser a mesma da ala feminina. Sabendo das dificuldades financeiras para as

adequações das áreas físicas, propõe-se um projeto intitulado “Adote a Fundação Allan Kardec!” em que serão solicitadas doações financeiras às empresas e às pessoas físicas, as quais receberão um selo com o logotipo do projeto.

O tema desta pesquisa tem grande relevância e demonstra a urgente necessidade de se dar dignidade, respeito e humanização às pessoas com sofrimento mental. Desde o início do estudo, ocorreram várias mudanças, não somente de portarias, mas também modificações na Fundação Allan Kardec que, de certa forma, dificultaram certos momentos das investigações. Mediante essas dificuldades, conclui-se que este tema não se esgota, muito pelo contrário, se mantém em constantes mudanças. Prova disso, é a sinalização do novo governo, que já tem realizado algumas mudanças cujos impactos na população podem ser de grande sofrimento, sobretudo para o público que sofre de transtornos mentais.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nesta primeira seção da pesquisa, será realizada a devida apresentação das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, por meio de uma retomada histórica acerca não somente das primeiras legislações, mas também das primeiras instituições psiquiátricas no Brasil. Posteriormente, será descrita e evidenciada a atual situação do setor de saúde mental no Brasil, com apontamentos à lei que efetivamente preconiza a reforma psiquiátrica nos dias atuais.

1.1 As instituições precursoras

Os primeiros hospitais psiquiátricos que se constituíram objetos de investigação da presente pesquisa eram denominados “hospícios” e os doentes mentais eram considerados como “alienados”. De fato, no artigo intitulado “História das primeiras instituições para alienados no Brasil”, ODA e DALGALARRONDO (2005, s/p) relatam a existência do Hospício de Alienados Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, considerado a primeira instituição para pacientes com problemas mentais do país. No dia 14 de maio do mesmo ano, é inaugurado em São Paulo o Hospício Provisório de Alienados, instalado numa casa alugada pela província na Rua São João e que contava, em princípio, com apenas nove internos.

Amarante destaca a Idade Clássica em seu livro “Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil” (1998, p. 24), explicando que os hospícios funcionavam, naquela época, como “hospedaria”, e que os hospitais gerais e as Santas Casas eram locais de recolhimento de pessoas excluídas da sociedade, ou seja, de toda a ordem de marginalidade, como os leprosos, as prostitutas, os ladrões, os loucos, os vagabundos e todos aqueles considerados graves ameaças à lei e à ordem social.

Paralelamente à referência às primeiras instituições indicadas para os alienados, considera-se importante citar as Santas Casas de Misericórdia, uma vez que tinham como objetivo principal cuidar de pessoas com necessidades não somente físicas, mas também mentais. Por outro lado, os hospitais psiquiátricos cuidavam especificamente de doentes mentais. No Rio de Janeiro, por exemplo,

antes dos pacientes irem para o Primeiro Hospício de Alienados, eles eram primeiramente acolhidos e amparados pelas Santas Casas.

Segundo o site da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, CMB (1997/2018), a primeira Santa Casa do mundo foi criada em Lisboa, Portugal, na data de 15 de agosto de 1498. Naquela ocasião, originou-se a “Confraria de Nossa Senhora de Misericórdia”, marcada por um período tanto de guerra e de tragédias, quanto por um envolvimento de fraternidade e solidariedade, atendendo a enfermos e a inválidos, sem que houvesse a necessidade de uma instituição física em princípio. Somente em um segundo momento, é que foram fundadas dez filiais em Portugal, sendo duas delas na Ilha da Madeira. No Brasil, as Santas Casas foram criadas logo após seu descobrimento e por meio da Constituição Imperial de 25 de março de 1824. Assim sendo, na cidade de Santos, Estado de São Paulo, a Santa Casa foi fundada no ano de 1543; em Salvador, Bahia, em 1549; no Rio de Janeiro em 1567; em São Paulo no ano de 1599; em Vitória (Espírito Santo) em 1818; na cidade de João Pessoa (Paraíba) em 1602; na cidade de Belém (Pará) em 1619; em São Luís do Maranhão no ano de 1657; em Campos dos Goytacazes, (Rio de Janeiro) no ano de 1792 e em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 1803, entre outras.

Destas derivaram outras entidades similares, como as Beneficências Portuguesas, Hospitais Filantrópicos das comunidades judaica, japonesa, sírio-Libanesa, ou mesmo ligadas a movimentos da igreja católica, protestante, evangélica, espírita, entre outras, totalizando, até os dias atuais, cerca de 2.100 estabelecimentos de saúde espalhados por todo o território brasileiro (CMB, 1997/2018).

Na cidade de Franca, Estado de São Paulo, a Santa Casa foi fundada em 16 de junho de 1897 e iniciou suas atividades formais em janeiro de 1901, como “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Franca” e depois como Fundação, a partir de 19 de dezembro de 1935. Em seguida, ampliou seus serviços, construindo outros pavilhões e outros prédios em regiões diferentes da cidade, como o Hospital do Coração, o centro de Hemodiálise e o Hospital do Câncer. As Santas Casas, de modo geral, em seu início de atividades tiveram dois momentos de prestação de serviços: primeiramente de natureza caritativa e, em um segundo momento, de natureza filantrópica, cujo maior objetivo era auxiliar as pessoas necessitadas.

1.2 As Primeiras Legislações de Saúde Mental

A demanda do setor de saúde mental no Brasil foi gradativamente tomada pela necessidade não somente de conhecer a evolução das doenças, mas também, e sobretudo, pelo reconhecimento da importância de saber lidar com o paciente psiquiátrico. Dada esta necessidade, foram surgindo legislações e políticas públicas relacionadas com a inevitabilidade de se nortear este seguimento. Para tal discussão, HÖFLING (2001), em seu artigo “ESTADO E POLÍTICAS (PÚBLICAS) SOCIAIS”, explica que:

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado - quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais (HÖFLING, 2001, p. 31).

Ao explicar a visão geral de políticas públicas, Souza (2006, p. 275) ressalta que são necessários bons “planejadores”, com mentes privilegiadas e “visão de futuro” para fazer planos corretos que levem aos resultados calculados:

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (SOUZA, 2006, p.25).

Percebe-se, portanto, que essa visão geral revela a importância de se discutir a política pública não apenas em uma esfera, ou apenas sob uma perspectiva de uma determinada área do conhecimento, mas ressalta-se, sobretudo, a ocorrência de discussões entre várias áreas como fator fundamental, uma vez que causam certo impacto na área de interesse, seja na economia, na sociedade, na saúde ou em qualquer outra área.

Na biblioteca eletrônica SciELO – *Scientific Electronic Library Online*, destaca-se um artigo sob o título “Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil”, de MOREIRA⁶ (1905), um médico do final do século XIX e início do século

⁶ **Juliano Moreira** (1873-1933) graduou-se em medicina em 1891, na Faculdade da Bahia. Entre 1896 e 1903, foi professor substituto da cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas daquela Faculdade. Entre 1903 e 1930, foi diretor do Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, onde empreendeu importante projeto reformador e modernizador. Foi cofundador do primeiro

XX, que descreveu as razões da frequência relativa da alienação mental no Brasil. O especialista revela que em 1891, o Poder Legislativo autorizou o Governo de São Paulo a criar diversas colônias de alienados em diversos pontos da Capital e no interior. E expõe ainda que no período colonial os alienados eram tratados conforme suas posses e que os agitados eram recolhidos em cômodos separados, soltos ou amarrados, ou, ainda, em caso de agitação fora de controle, eram recolhidos às cadeias onde, amarrados e mal alimentados, chegavam até mesmo a falecer.

A terapêutica de então era de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas. Escusado é dizer que os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens mais ou menos desagradáveis com que prometiam sarar os enfermos. (MOREIRA, 1905, p. 2).

Essa terapêutica mostrava o despreparo e o desconhecimento científico para como tratamento dos doentes mentais. No entanto, nessa época já se apontavam a necessidade e o interesse de quem cuidava desses então “alienados” pelo fomento de ações que viessem a defender essa classe de pessoas da sociedade, considerados excluídos e marginalizados, não somente no passado, mas também atualmente, em pleno século XXI.

Em 22 de dezembro de 1903, o Presidente Francisco De Paula Rodrigues Alves, assinou o DECRETO Nº 1.132 que trazia o seguinte texto:

O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte: Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará efetiva em estabelecimento dessa espécie, quer público, quer particular, depois de provada a alienação.

[...]Art. 10. É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos.

[...]Art. 13. Todo hospício, asilo ou casa de saúde, destinado a enfermos de moléstias mentais, deverá preencher as seguintes condições: 1ª ser dirigido por profissional devidamente habilitado e residente no estabelecimento; 2ª instalar-se e funcionar em edifício adequado, situado em lugar saudável, com dependências que permitam aos enfermos exercícios ao ar livre; 3ª possuir compartimentos especiais para evitar promiscuidade dos sexos, bem como para a separação e classificação dos doentes, segundo o número destes e a natureza da moléstia que sofram; 4ª oferecer garantias de idoneidade, no tocante ao pessoal, para os serviços clínicos e

periódico brasileiro de psiquiatria, os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins* (1905); um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal; Presidente de honra da Liga Brasileira de Higiene Mental; Presidente da Academia Brasileira de Ciências; Membro do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e presidente da seção Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Psicanálise, também tendo participado de várias sociedades científicas internacionais. Faleceu aos 60 anos, de complicações da tuberculose. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400012&script=sci_arttext#nota.

administrativos. Art. 14. Quem quer que pretenda fundar ou dirigir uma casa de saúde destinada ao tratamento de alienados deverá requerer ao Ministro do Interior ou aos presidentes ou governadores dos estados a devida autorização.

Naquela época, as pessoas portadoras de transtorno mental eram consideradas como “alienados” e esse decreto já demonstrava o interesse do governo pela criação de lugar especializado sem cuidados essenciais, mesmo que ainda precários. Por conseguinte, esse estabelecimento citado no decreto apresenta uma regulamentação dos hospitais psiquiátricos, caracterizado como local padronizado em que se comprovasse essa alienação dos indivíduos. Já na década de 1930, no dia 3 de julho de 1934, o então Presidente Getúlio Vargas, assinou o Decreto Nº 24.559, que assim dispunha:

Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. O Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o art. 1º do decreto n. 19.398, de 11 de novembro de 1930,

Decreta:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) Concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Dando continuidade ao Decreto nº 24.559, no Art. 2º, ficou instituído um Conselho de Proteção aos Psicopatas que iria estudar os problemas sociais relacionados aos psicopatas e aconselhar o Governo sobre as medidas que este deveria tomar em seu benefício. O Art. 3º expressa- no que se refere aos estabelecimentos psiquiátricos, sejam eles públicos ou particulares - que os psicopatas devem ser mantidos nesses estabelecimentos ou ainda em seus próprios domicílios, não sendo permitido serem mantidos em hospitais de clínica geral. Ainda no Art. 3º o seguinte destaque:

§ 4º Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio [...].

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4º São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem a hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

[...] Art. 8º Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hetero-familiar⁷.

O fragmento acima sinaliza os critérios de internação para os psicóticos e para os dependentes químicos, que na época eram tratados como toxicômanos. E no Art. 8º se recomenda um serviço de assistência para auxiliar o paciente com aquilo que se denomina atualmente como ressocialização, ou seja, uma equipe ajudará o paciente a melhorar seu convívio familiar e social.

As primeiras legislações demonstram, então, a preocupação que os governos já expressavam por meio do estabelecimento de formas de cuidados às pessoas com transtornos mentais, buscando elaborar conjuntos de leis por meio das quais o doente mental tivesse um amparo na lei, mesmo que ainda precária. Ainda que os governos buscassem meios de estudar e aprimorar os conhecimentos para que se pudesse oferecer certa dignidade para o “alienado”, para o “psicopata”, e hoje, para a pessoa portadora de algum transtorno mental, o que se verificava eram tratamentos à base de exclusão da pessoa da sociedade. As legislações eram voltadas somente para os “hospícios”, para os “manicômios” e depois para os hospitais psiquiátricos.

1.3 Saúde Mental no Brasil

Ao contrário do que as primeiras legislações ofereciam como tratamento- como a segregação da pessoa com transtorno mental -, atualmente, as legislações oferecem algo díspar do que era preconizado no passado. Muitas são as legislações que regem a saúde mental e, no entanto, as mudanças e as evoluções da saúde mental possibilitaram que atualmente o formato das leis buscasse integrar o doente mental a um contexto em que ele pudesse ser reintegrado à sociedade, saindo das internações fechadas, das clausuras, levando-o, portanto, a uma ressocialização.

No final da década de 1970, iniciou-se o Movimento da Reforma Psiquiátrica e, na década de 1980, entre os dias 25 e 28 de junho de 1987, aconteceu em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1988). Em dezembro do mesmo ano, aconteceu na cidade de Bauru, Estado de São Paulo, o II Congresso

⁷ Esta citação está escrita na língua portuguesa formal da época.

Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental com o tema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” que resultou no MANIFESTO DE BAURU, também conhecida com a Carta de Bauru. O lema do movimento foi “Por uma sociedade sem manicômios” e a “Carta de Bauru” apresentou os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. (CREFITO 3, 2017).

Neste documento, com o objetivo de extinguir os Hospitais Psiquiátricos e reestruturar a atenção em Saúde Mental e oferecer a humanização nos atendimentos, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional se manifestam através deste documento a luta contra a exclusão e a discriminação.

[...] Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios! (1987).

Os dois eventos supracitados, o de Bauru e o de Brasília, representaram um marco na história da saúde mental do país, tendo em vista que as inquietudes acerca deste tema reforçaram a necessidade de debates e discussões.

Sabe-se que o tratamento oferecido nos hospitais psiquiátricos não apresentava resultados satisfatórios e foi alvo de diversas denúncias de maus-tratos. Em 1989 foi fechado o primeiro hospital psiquiátrico – a Casa Anchieta em Santos/SP. (CREFITO 3, 2017)

No ano seguinte, foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial em 18 de maio. Essa data foi escolhida porque seria o tempo necessário para que os

movimentos envolvidos pudessem divulgá-la para organizar as ações comemorativas ainda no ano seguinte ao Congresso em Bauru. (CREFITO 3, 2017) e essa data também foi inspirada na data da aprovação da lei italiana nº 180 no dia 13 de maio de 1978, também conhecida como Lei Basaglia,

em referência a um dos mais importantes personagens desta história, Franco Basaglia. A partir deste momento, a loucura passa a ser tratada de outra forma. O cuidado, a escuta, a participação, a solidariedade passaram a compor o campo das ações nas políticas públicas de saúde mental, e representava o reconhecimento da luta pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, através de um movimento que marcou a contemporaneidade com uma nova forma de lidar com a loucura. (ABRASME, 2019).

No ano de 1990, no dia 14 de novembro, aconteceu em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Dessa conferência, surgiu um documento, a Declaração de Caracas, que marca as reformas de Saúde Mental nas Américas.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (OPAS, 1990).

A partir do importante documento mencionado acima, os países se organizaram em busca de estruturação, buscando respeitar os direitos humanos declarados em tal conferência. No Brasil, este foi mais um evento que reforçou a

necessidade de se revisar e ampliar as legislações dos modelos assistenciais na área da saúde mental. Portanto, a Declaração de Caracas aconteceu em um momento fundamental em que incomodados com as prestações de serviços aos doentes mentais tomaram importantes decisões para consolidar e fundamentar a Reforma psiquiátrica.

Com essa proposta de mudanças e melhorias nas legislações, no ano de 1992, foi decretada a Portaria/SNAS N.º 224 - de 29 de janeiro de 1992, que organiza os recursos humanos dos atendimentos e a rede de saúde mental, definindo as diretrizes para o atendimento ambulatorial - sistema de informações ambulatoriais do SUS (Unidade básica, centro de saúde e ambulatório e Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e as normas para o atendimento hospitalar - sistema de informações hospitalares do SUS (Hospital-dia, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral e Hospital especializado em psiquiatria).

Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio. Ela estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais [...] (BRASIL, 2004, p.252).

Com a reforma psiquiátrica, os hospitais do Estado de São Paulo sofreram várias intervenções. Uma delas, e muito impactante, ocorreu nos anos de 1997 e 1998, quando um Grupo Técnico da Saúde Mental do Estado aplicou as normas da reforma psiquiátrica para diminuir o número de leitos. Dessa forma, foram transferidos vários pacientes para suas regiões de origem, ou seja, dos hospitais que estavam internados para suas cidades e/ou região. Ao longo dos anos, por conseguinte, foram necessárias várias intervenções, tais como a reavaliação, rediscussão e revisão dos serviços prestados, a criação de diversas portarias por meio de decretos, a adequação daqueles serviços conforme a legislação e suas modificações. Todas essas mudanças tinham o principal objetivo de buscar atendimentos mais humanizados e que, por consequência, respeitassem os direitos humanos.

Mas o que realmente impactou o Brasil, de acordo com os tratamentos às pessoas com transtornos psíquicos, foi o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que

resultou no marco legal para a saúde mental, a aprovação da Lei 10.216/2001, nomeada “Lei Paulo Delgado”.

Ela estabelece a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil, através do fechamento de hospitais psiquiátricos, abertura de novos serviços comunitários e participação social no acompanhamento de sua implementação (BRASIL, MS, 2018a).

Para Amarante (2007, p.836), este modelo intensificou ainda mais os debates sobre a questão antimanicomial, provocando polêmicas entre diversos setores e grupos sociais. No entanto, de 2001 até a atualidade, os serviços de saúde mental dos municípios brasileiros se adaptaram e continuam se adaptando a essa nova modalidade de prestação de serviços ao portador de algum transtorno mental, seja ele qual for (psicoses, álcool e /ou drogas). O governo, então, acredita que abrir mais Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fechar os hospitais é uma política que assiste melhor os pacientes psiquiátricos. Quando se trata do Movimento da Luta Antimanicomial, logo se pensa em fechar todos os hospitais, contudo esse movimento se iniciou com o pensamento de humanizar os próprios atendimentos. Mas ao mesmo tempo em que se refere ao fechamento dos hospitais, abre outra discussão, porque nos próprios hospitais psiquiátricos encontram-se casos graves de pacientes com problemas não somente da doença propriamente dita, mas de pacientes com internações de ordem judicial⁸ e que podem trazer riscos para si e para a sociedade. A lei é contra a cronificação dos pacientes, contra o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, ela age em defesa dos Direitos Humanos.

A Lei de Paulo Delgado dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Esse texto, aprovado em última instância no plenário da Câmara Federal, reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil. Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária (BRASIL, 2004, p.20).

⁸Internação determinada pela Justiça.

São consideradas, em consonância com esta lei, as internações voluntárias (realizadas com o consentimento do usuário), as internações involuntárias (realizadas sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) – e, finalmente, as internações compulsórias (determinadas pela Justiça).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegura os direitos e a proteção das pessoas com transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação; reconhece a responsabilidade do Estado para com a assistência aos portadores de transtornos mentais e define os princípios e as diretrizes fundamentais para a implementação da política pública de saúde mental. A aprovação dessa Lei é o resultado de uma construção árdua de inúmeros profissionais da área da saúde e da sociedade civil organizada, em particular do movimento de luta antimanicomial.

A autora Arbex (2013, p. 229), em seu livro *Holocausto Brasileiro*, citou algumas colocações do criador da lei, o qual, em razão de muitas críticas, se posicionou dizendo que “A lei não desconhece a doença mental. Ela regula a forma de tratá-la. [...] A reforma psiquiátrica é, de certa forma, a abolição da escravidão do doente mental”. Para haver realmente essa abolição, os serviços de saúde mental devem funcionar de uma forma extremamente organizada para que os tratamentos tenham o êxito esperado.

Nesse caso, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2018c)⁹ compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental.

Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. Esta Política busca promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental. Os pacientes que apresentam transtornos mentais, no âmbito do SUS, recebem atendimento na Rede de Atenção Psicossocial -RAPS (BRASIL, 2018c).

Para o Ministério da Saúde, a reabilitação psicossocial é constituída de ações de emancipação junto aos usuários e familiares de forma a garantir seus direitos e

⁹Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e outras drogas). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>.

promover contratualidade no território (BRASIL, 2016, p.5). Com efeito, essas ações permitem a garantia dos direitos humanos, oferecendo certa dignidade ao usuário e familiares.

A RAPS foi instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que é destinada 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 (SUS) (BRASIL, 2011). Contudo, para a RAPS funcionar, o município deve se estruturar de forma que se consiga alcançar toda a população, trabalhando todas as esferas articuladas entre si, buscando a reforma psiquiátrica e oferecendo um tratamento congruente às pessoas portadoras de transtornos mentais.

É interessante salientar que de acordo com a portaria nº 3088/11, no Art. 2º, constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações Inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Estas diretrizes definem os diversos atendimentos oferecidos às pessoas com transtornos mentais e direciona toda a atenção, o que demonstra certa preocupação em promover situações que favoreçam a saúde como um todo. E no Art. 4º os objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial são:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - 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;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011).

Ademais e para se compreender quais são os componentes dessa Rede, a mesma portaria, em seu Art. 5º defende:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Estes são os pontos de atenção preconizados pela Portaria nº 3088/11 em conformidade com a Lei nº 10.216/01, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e chegando a um ponto de minimizar os hospitais psiquiátricos.

Percebendo a necessidade de retornar os hospitais psiquiátricos especializados para a rede, o governo federal redireciona os serviços prestados para a Rede de Atenção Psicossocial. E Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2017), a RAPS passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços):

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- **Hospital Psiquiátrico**
- **Hospital-Dia**
- Atenção Básica
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2018b), a RAPS está sendo expandida e fortalecida, e mantém as ações de desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência, mas também entende a necessidade de os Hospitais Psiquiátricos manterem seu funcionamento, por meio de internações de qualidade somente para pacientes na fase aguda da doença e com internações breves, humanizadas e com retorno para a rede de serviços com vistas à continuidade no tratamento.

Quanto aos CAPS, segundo o Ministério da Saúde (2018b), são constituídos por equipe multiprofissional e, pela lei, os municípios atualmente devem se organizar e implantar esse tipo de serviço, de acordo com a demanda local, e caso o município não possua o Caps, o paciente deve ser atendido pela Atenção Básica, através dos Postos de Saúde ou nas Unidades Básicas de Saúde. De acordo com a Portaria nº 3088/11, os Centros de Atenção Psicossocial se dispõem de diferentes modalidades, as quais se seguem:

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

- I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

Cada modalidade de CAPS atende a uma determinada população e depende da quantidade de habitantes nos municípios. Este tipo de serviço, nos tempos atuais, é o que se apresenta, conforme a lei, como um serviço moderno. Além disso, é importante ressaltar que os Caps III ainda oferecem acolhimento noturno para aqueles casos mais graves de surtos e que somente são encaminhados para a internação integral em hospital psiquiátrico especializado. Casos esses que realmente requer em uma assistência maior.

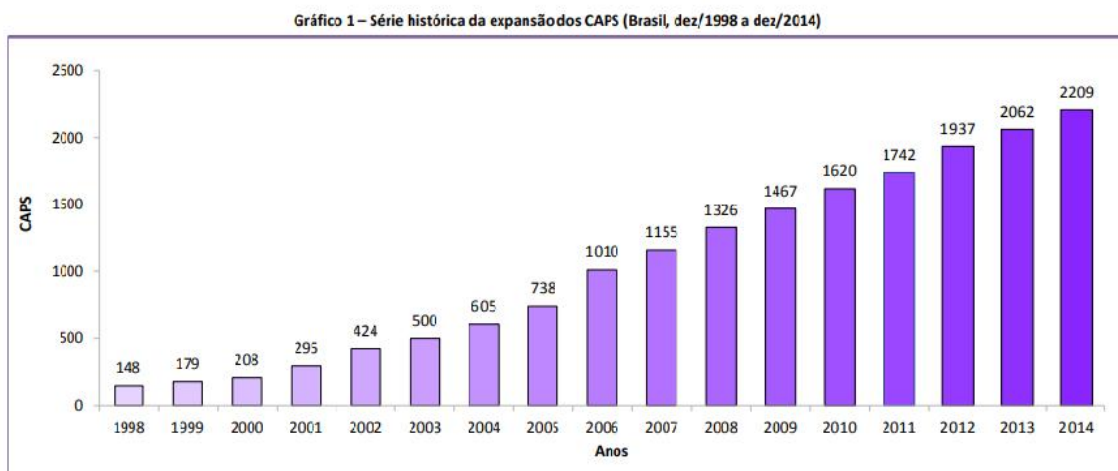
Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, a estimular sua integração social e familiar, a apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, ao oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p.9).

No Brasil, os CAPS estão se expandindo a cada ano. Do ano de 1998 a 2014, ampliaram de 148 para 2.209 CAPS no Brasil, como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil de dez/1998 a dez/2014

Atenção Psicossocial Estratégica

CAPS por Ano



Fonte:Ministério da Saúde. Disponível em:

http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf.

Segundo a análise do próprio governo quanto à expansão dos CAPS:

Houve um constante crescimento de serviços desde a criação dos primeiros CAPS, mantendo uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o que aponta para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para a ampliação de ofertas de cuidado de base territorial e comunitária (BRASIL, 2015, p.9).

Quanto ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT),

São moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua (BRASIL, 2018c).

Essas residências proporcionam uma reinserção mais próxima da sociedade, para os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e que perderem de certa forma a autonomia, a independência e a liberdade.

Quanto à Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil),

Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem

acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses (BRASIL, 2018c).

Quanto às Enfermarias Especializadas em Hospital Geral,

São serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia. Apresentam indicação para tratamento nesses Serviços pacientes com as seguintes características: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; risco de autoagressão ou de heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública. Assim, as internações hospitalares devem ocorrer em casos de pacientes com quadros clínicos agudos, em internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base aberta (BRASIL, 2018c).

Quanto ao Hospital Psiquiátrico, este funciona 24hs/dia, sendo necessária uma equipe multiprofissional para atuar conforme as legislações vigentes. E, quanto ao Hospital-Dia, este tipo de serviço é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (BRASIL, 2018c).

Dos serviços: a Urgência e emergência: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24h e pronto socorro,

São serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte (BRASIL, 2018c).

Quanto às Comunidades Terapêuticas, são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017). Já o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental também é um serviço composto por equipe multiprofissional e deve prestar atendimento integrado por meio de consultas.

Eles podem funcionar em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e/ou em ambulatórios de hospitais, ampliando o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2018c).

A reforma psiquiátrica vem passando por diversas fases de mudanças, cujos resultados podem ser considerados de grande importância, já que no início do século XX, as condições de tratamentos ainda eram rudimentares, baseadas no isolamento social. Ainda no início dos anos de 1990, usavam-se camisas de força e, em alguns hospitais, utilizava-se o eletrochoque sem nenhum cuidado e de forma despreparada. Esse Movimento, portanto, da Reforma Psiquiátrica suscitou inúmeras discussões, as quais contribuíram para que os tratamentos em saúde mental fossem proporcionados dentro de um contexto humanizado, e para que se oferecesse aos pacientes a possibilidade de reintegração ao convívio social, dando-lhes a dignidade do tratamento e o direito de poder exercer a cidadania.

Como referido anteriormente, no ano de 2017, surgiu a portaria Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, como o retorno da Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico Especializado e o Hospital dia. E cria o CAPS AD IV para atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mas apenas para municípios com mais de 500 mil habitantes, ou seja, apenas para as capitais brasileiras. (BRASIL, 2017).

E outro serviço de saúde mental foi implantado e, para isso, decretou-se a Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018, que se refere ao CAPS IV. Esta portaria define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências:

Entende-se por CAPS AD IV como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas que têm como atividade principal a Atenção Psicossocial e atendem pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dependência de substâncias psicoativas) (BRASIL, 2018b).

Essa modalidade de Caps oferece serviço de acolhimento a todos os tipos de dependência química, visando a uma atuação de cuidado intenso ao usuário de crack, álcool e outras drogas. Infelizmente, a sociedade tem se mostrado adoecida de tal forma, que o governo está retornando o que antes ele mesmo acreditava ser dispensável. Esse é o panorama da saúde mental.

2. FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC

Nesta seção apresenta-se a Fundação Espírita Allan Kardec, FEAK, do município de Franca, estado de São Paulo, com vistas à elucidação do surgimento do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, HAK, um dos departamentos da Fundação. Esta parte refere-se, ainda, aos objetivos de seu fundador, bem como à sua preocupação social enquanto prestador de serviços na área de saúde mental. Esclarecem-se, ademais, as formas pelas quais ocorre esse tipo de prestação de serviços além do tipo de serviço que oferece.

Além dos objetivos propostos no parágrafo acima, explicar-se-á o terceiro setor buscando compreender as razões pelas quais a Fundação está inserida nesse tipo de organização. Além disso, apresentar-se-ão os departamentos da FEAK, bem como sua estrutura, seus atendimentos, mencionando, também, o descredenciamento do Hospital Allan Kardec com o SUS.

2.1 Fundação e Terceiro Setor, Caridade e Filantropia

O substantivo "fundação" se origina do latim *fundatio*, cujo significado se refere ao ato de fundar, criar. No ramo da arquitetura, o termo está relacionado a levantar, construir. Já na área jurídica, denominam-se "fundações" aquelas empresas sem fins lucrativos, sustentadas por seus próprios fundadores e/ou parceiros.

Pode-se dizer que fundações são entidades que se enquadram na denominação do Terceiro Setor, utilizada para identificar as atividades da sociedade civil que não se enquadram na categoria das atividades estatais (Primeiro Setor, representado por entes da Administração Pública), ou das atividades de mercado (Segundo Setor, representado pelas empresas com finalidade lucrativa). Em linhas gerais, o Terceiro Setor é o espaço ocupado especialmente pelo conjunto de entidades privadas sem fins lucrativos que realizam atividades complementares às públicas, visando contribuir com a solução de problemas sociais em prol do bem comum (SÃO PAULO, OAB, 2011).

A Cartilha do Terceiro Setor da OAB de São Paulo (2011) define fundação como:

[...] uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos ou lucrativos, que se forma a partir da existência de um patrimônio destacado pelo seu instituidor, através de escritura pública ou testamento, para servir a um objetivo específico, voltado a causas de interesse público.

A cartilha ainda elucida algumas características importantes acerca da Fundação, assim dispondo:

[...] Ser Constituída por patrimônio; ser aprovada previamente pelo Ministério Público; O patrimônio é condição para sua criação; A finalidade deve ser religiosa, moral, cultural ou de assistência, definida pelo instituidor; A finalidade é perene; as regras para deliberações são definidas pelo instituidor e fiscalizadas pelo Ministério Público; criada por intermédio de escritura pública ou testamento. Todos os atos de criação, inclusive o estatuto, ficam condicionados à prévia aprovação do Ministério Público (SÃO PAULO, OAB, 2011).

Sampaio (2010, p.29) complementa o assunto dizendo que o Terceiro Setor é o termo que identifica organizações da sociedade civil, que se distinguem das organizações do Mercado e do Estado. Szazi (2000 apud SAMPAIO, 2010, p.31) desenvolveu um trabalho que mostra dois tipos de pessoas jurídicas: as associações e as fundações. E explica que no que se referem às associações, estas possuem patrimônio, mas não dividem o resultado entre os sócios. Elas podem perceber contribuições para fins “culturais, educacionais, esportivos, religiosos, recreativos e morais” (SZAZI, 2000, p. 27 apud SAMPAIO, 2010 p. 31). Quanto às fundações, elas podem ser de direito público ou de direito privado e são caracterizadas pela destinação de bens à consecução de fins sociais, determinados pelo fundador (SAMPALIO, 2010, p. 32).

Os obstáculos vividos pelo setor público fazem com que se busquem novas saídas e dentre elas as organizações do terceiro setor constituem uma das alternativas privilegiadas para fazer frente aos problemas sociais que afetam o conjunto da população (JUNQUEIRA, 2004, P.26). Dada essa justificativa, o fundador da FEAK buscou superar as dificuldades sociais de sua época, criando para elas resoluções e buscando, em um primeiro momento, alternativas referentes ao aspecto caritativo para, depois, estabelecer juridicamente o tipo de administração de que essa instituição realmente fazia parte, justificando, como tal, sua isenção do pagamento de impostos.

Após a compreensão e a descrição da dinâmica de funcionamento da instituição Allan Kardec, que abarcam seu surgimento, patrimônio e as várias

denominações, pode-se afirmar sua definição enquanto fundação de fato, ou seja, instituição de terceiro setor e fundação com objetivos filantrópicos.

A historiadora Luz (2006, p. 97) a propósito, ao pesquisar sobre as instituições espíritas no Brasil, apresenta uma tabela, com alguns Hospitais Psiquiátricos Espíritas (um total de setenta e dois hospitais) fundados ou inaugurados entre as décadas de 1920 e 1960 do século XXe chama a atenção para o fato de que a primeira instituição verificada em sua pesquisa é a antiga Casa de Saúde Allan Kardec, atualmente, o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec (HAK).

O HAK despertou interesse social desde o início, atraindo para si objetivos de natureza assistencial e finalidades filantrópicas com colaboradores que tinham por meta a continuidade dos trabalhos daquele que o iniciou no sentido de promover saúde e de levar assistência humanitária aos pacientes. Verifica-se, ao levar em consideração o hospital enquanto fundação e sua relação com o terceiro setor, que sempre persistiu o aspecto caritativo até o momento do ajuste da instituição às legislações e do seu estabelecimento jurídico, para que, posteriormente, viesse a se tornar uma instituição filantrópica.

Para o pleno conhecimento de uma instituição filantrópica, torna-se necessário explicar a diferença entre a caridade e a filantropia que é elucidado no site das confederações das Santas Casas¹⁰, mas Sanglard (2003, p.1095), diz que tanto a caridade quanto a filantropia destinam suas obras aos necessitados. A diferença entre ambos não está na ação da realização propriamente dita, mas na forma de realizá-la, pois na caridade, o autor é sustentado pelo anonimato, enquanto que a filantropia está ligada à visibilidade de sua ação, o que provoca, de certa forma, a rivalidade entre os benfeitores. A filantropia se preocupa em não somente dar bens às pessoas, mas também dar conselhos e mudar a natureza dessa ajuda, propiciando o restabelecimento da família, preocupando-se com o destino das pessoas assistidas e fazendo com que se tornem úteis para a sociedade. Desta forma, a caridade concede lugar à filantropia.

O paciente e a doutrina espírita foram as principais razões que motivaram o fundador do HAK - com o aspecto caritativo - a criar o propósito de cuidar desses indivíduos- validados atualmente e desde sempre pela FEAK -, mantendo a mesma

¹⁰Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>.

missão e os mesmos valores que dizem respeito ao cuidado de pessoas com sofrimentos mentais e, de modo geral, que vivem à margem da sociedade.

2.2 Dados Históricos da Fundação Allan Kardec

A FEAK foi fundada por José Marques Garcia, um cidadão comum do município de Franca, estado de São Paulo. Segundo Pogetti (2008, p. 18), José Marques Garcia, foi filho de Antônio Marques Pereira e Iria Garcia do Prado, e nasceu em Santana dos Olhos D'Água, hoje chamada Ipuã, município de Barretos. Nasceu em 12 de maio de 1862 e faleceu em 21 de junho de 1942.

José Marques Garcia não podia se conformar à situação dolorosa em que viviam os doentes mentais da cidade. Eles não tinham onde ficar e eram maltratados pelo povo – principalmente por crianças inconscientes do respeito que se deve a qualquer doente. Depois de serem perseguidos, acudados e apedrejados eram recolhidos pela polícia e ficavam nas celas da cadeia local. Um dia, ao passar pela travessa que liga a rua Major Claudiano à rua Monsenhor Rosa, José Marques Garcia teve que proteger um desses doentes contra as pedradas que lhe atiravam. Levou-o para sua casa e decidiu-se de uma vez: teria que arranjar um lugar para recolhê-los e tratar-lhes. Ele não sabia como, nem onde dar início à realização do seu propósito. À noite teve uma visão: os Espíritos vieram em seu socorro. Viu um foco luminoso que se encaminhava na direção norte da cidade até chegar ao fim da rua Irmãos Antunes – na chácara do Sr. José Claro. E o “Varão de Branco” lhe diz: “Aquela bola de luz representa a caridade”. Os donos do terreno também na mesma época tiveram um sonho no qual um ancião lhes pedia a doação daquele terreno para construir um asilo. Esta é a parte mística da vida do senhor José Marques Garcia – à qual ele se referia com firmeza e segurança. Iniciou então um grupo de casinhas de taipa, nas quais foram abrigados os primeiros enfermos (POGETTI, 2008, p. 28).

Foi a partir de toda essa mística que se iniciou a trajetória não somente desse homem, mas também de toda história da saúde mental do município de Franca. No ano de 1901, José Marques já iniciava as atividades de assistência às pessoas pobres e marginalizadas.

Ele foi um dos pioneiros do Espiritismo francano, cujas atividades integraram-se em 1901. Apiedado da indigência e marginalização dos enfermos mentais em Franca, a partir de 1902 começou a levar um e outro à sua própria residência, prestando-lhes o auxílio e o tratamento possíveis, desperto pelo sentido de caridade da doutrina que acabava de assumir e pelos próprios recursos de saneamento nela entreabertos. Mais à frente, sentindo a necessidade e a inspiração de aumentar e melhorar a assistência que vinha promovendo aos enfermos em sua residência, José Marques Garcia foi edificando algumas pequenas casas para abrigá-los (FEAK, 2017a).

José Marques Garcia teve em sua vida o espiritismo como doutrina, cujo cerne e filosofia vêm na caridade a manifestação do verdadeiro e divino Amor. O fundamento maior da Fundação Espírita Allan Kardec está na filantropia e seu fundador, tinha como missão e valores, cuidar das pessoas com sofrimentos mentais e marginalizados pela sociedade, o que ia de encontro com a doutrina espírita.

O fundador do Espiritismo¹¹ explica no livro “O que é o Espiritismo” (2009, p. 23), que esta doutrina toca os ramos da Filosofia, da Metafísica, da Psicologia e da Moral. E no preâmbulo abarca o seguinte:

O Espiritismo é ao mesmo tempo uma ciência de observação e uma doutrina filosófica. Como ciência prática, ele consiste das relações que se podem estabelecer com os Espíritos; como filosofia, ele compreende todas as conseqüências morais que decorrem dessas relações. (KARDEC, 2009, p. 10).

Desde a sua divulgação, como fazia Kardec, o espiritismo foi ganhando adeptos no mundo inteiro e em Franca não foi diferente. O interesse por esta doutrina foi crescendo cada vez mais, e José Marques Garcia passou a ser um divulgador do espiritismo.

No ano de 1922, em 19 de novembro, fundou-se oficialmente o antigo “Asilo Allan Kardec”, que atualmente corresponde ao “Hospital Psiquiátrico Allan Kardec”, localizado na antiga Rua Irmãos Antunes, que no momento presente recebe o nome de Rua José Marques Garcia.

Com o propósito de divulgar a doutrina espírita, como mencionado acima, não somente em Franca, mas em todo o Brasil, José Marques Garcia criou o jornal “A Nova Era” de circulação nacional desde 15 de novembro de 1927.¹² Além disso, há o Departamento de Assistência Espiritual – DAE – que funciona com o apoio dos voluntários espíritas que prestam auxílio espiritual aos pacientes, com momentos diários de orações e pequenas palestras. O departamento espiritual e hospitalar funciona de modo independente, sem interferências nos respectivos trabalhos, de forma que cada um tem o seu modo de avaliação, além de possuir prontuários próprios e independentes.

¹¹ O fundador do espiritismo foi Hippolyte-Léon-Denizard Rivail, depois chamado de Allan Kardec (1804-1869).

¹² Atualmente uma historiadora da Universidade Estadual Paulista, Unesp, Campus de Franca, está realizando um trabalho de recuperação dos primeiros Jornais “A Nova Era” para que, no futuro, todos tenham acesso digital às publicações, desde 1927.

Foi no ano de 1933, em 03 de outubro, que a instituição recebeu a denominação de “Casa de Saúde Allan Kardec”.

Em 31 de março de 1966 a entidade adquiriu personalidade jurídica, adequando-se melhor às exigências dos setores de saúde e administração pública, inaugurando novos pavilhões para acolhimento de um número crescente de pacientes. Somente em 1970, a partir de 20 de julho que se firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde - Coordenadoria da Saúde Mental, para atendimento a 100 (cem) leitos, sendo 50 masculinos e 50 femininos. Com a expansão e a diversificação das atividades, bem como para a obtenção de substanciais vantagens na isenção de tributos, a entidade passou a denominar-se, a partir de 08 de dezembro de 1972, Fundação Espírita Allan Kardec, com as decorrentes implicações. Desde a sua fundação até o ano de 1969, o trabalho desenvolvido no acolhimento dos portadores de doenças mentais era mantido por donativos filantrópicos da comunidade (FEAK, 2017a).

A partir de 1988 foi firmado convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS- MPAS e Coordenadoria da Saúde Mental – CSM, e a instituição passou a receber subvenções do Estado. E em 27 de dezembro de 1989, a Fundação foi credenciada com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo – SUDS /SP, sendo já nos anos 1990 chamado de Sistema Único de Saúde – SUS, cujo credenciamento foi encerrado em 10 de agosto de 2015.¹³

Em 1999, a Fundação criou o departamento particular e de convênios, a clínica Allan Kardec que atende pacientes adultos masculino, feminino e geriátrico. Os atendimentos nos setores masculinos e femininos são voltados para pacientes psicóticos e/ou dependentes químicos de álcool e drogas, ou ainda, com comorbidades.¹⁴ Já na geriatria, os pacientes são aqueles acometidos por doenças senis e/ou quase sempre por comorbidades. A clínica oferece um total de 70 leitos.

No ano de 2000, foi implantado numa área externa à do Hospital, com entrada própria o NAPS/CAPS, NÚCLEOS / CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (BRASIL, 1992), recebendo o nome de SINAPSE (Serviço de Atenção Psico Sócio Educacional). Esse serviço funcionava somente no período da manhã, atendendo a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (BRASIL, 1992). Este serviço

¹³ A FEAK não renovou o convênio com o SUS, porque este pagava um valor irrisório por cada paciente (diária de 42 reais/paciente), que não era suficiente para pagar as despesas, entre elas, a folha de pagamento. Até hoje, a FEAK presta serviço pelo SUS, porque desde 2015, este serviço funciona via judicial. O pagamento foi dividido pelas três esferas, ou seja, União, Estado e Prefeitura.

¹⁴ Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa.

funcionou até 2006, quando em 01 de novembro deste mesmo ano, implantou-se o serviço de Hospital Dia – HD (BRASIL, 1992), que é atualmente um serviço prestado à comunidade. O HD funciona somente durante o dia, ou seja, os pacientes chegam às 8hs, realizam diversas atividades, participam de oficinas e atendimentos terapêuticos, tomam as principais refeições do dia (café da manhã, almoço e café da tarde), e às 16hs retornam para suas casas.

Mais recentemente, em 03 de dezembro de 2018, foi inaugurado o CAPS III FLORESCER, sendo mais um departamento da FEAK, composto de uma equipe própria. Este serviço adveio de parceria com a prefeitura municipal de Franca e é oferecido apenas para a população local não para a região, pois os municípios da região, segundo a legislação vigente, devem criar seus Caps de acordo com a população e suas necessidades.

Para elucidar o processo histórico da FEAK, foi elaborado um resumo demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Resumo da história da FEAK

1901	José Marques Garcia iniciava os trabalhos de caridade aos marginalizados
1902	José Marques Garcia começou a levar as pessoas marginalizadas para sua própria residência, prestando-lhes o auxílio e tratamento possíveis
19 novembro de 1922	Fundou o Asilo Allan Kardec
15 de novembro de 1927	Fundou o Jornal A Nova Era
03 de outubro 1933	O Asilo passou a ser Casa de Saúde Allan Kardec
31 de março de 1966	A entidade adquiriu personalidade jurídica
Desde a sua fundação até o ano de 1969	A entidade era mantida por donativos doados pela comunidade local.
08 de dezembro de 1972	Passou a ser Fundação Espírita Allan Kardec.
A partir de 1988	Firmou convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS- MPAS e Coordenadoria da Saúde Mental – CSM, passando a receber subvenções do Estado

27 de dezembro de 1989	Credenciada com convênio com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo – SUDS /SP.
Anos 1990	O SUDS passou a ser Sistema Único de Saúde – SUS
1997 e 1998	Aconteceu uma desospitalização de alguns pacientes sendo transferidos do HAK para outros hospitais do Estado de São Paulo
No ano de 2000	Criação do Naps - Núcleo de Atenção Psico Social, sob a denominação de SINAPSE.
01 de novembro de 2006	Encerra o SINAPSE e passa a funcionar o Hospital Dia
10 de agosto de 2015	Descredenciamento do SUS e continua seu funcionamento judicializado até a atualidade
2017	Início de uma reformulação do Hospital pela diretoria vigente.
2018	Início dos projetos da atual diretoria buscando uma independência financeira e atender às leis da reforma psiquiátrica: - Criação de Oficinas Terapêuticas nomeadas “Inspiração”; - Criação do Caps III nomeado “Florescer” (em parceria com a prefeitura); - Início das discussões das Residências Terapêuticas ¹⁵

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados estudados.

Desde a época de José Marques Garcia, de 1922 até a atualidade, os presidentes da Fundação foram os seguintes:

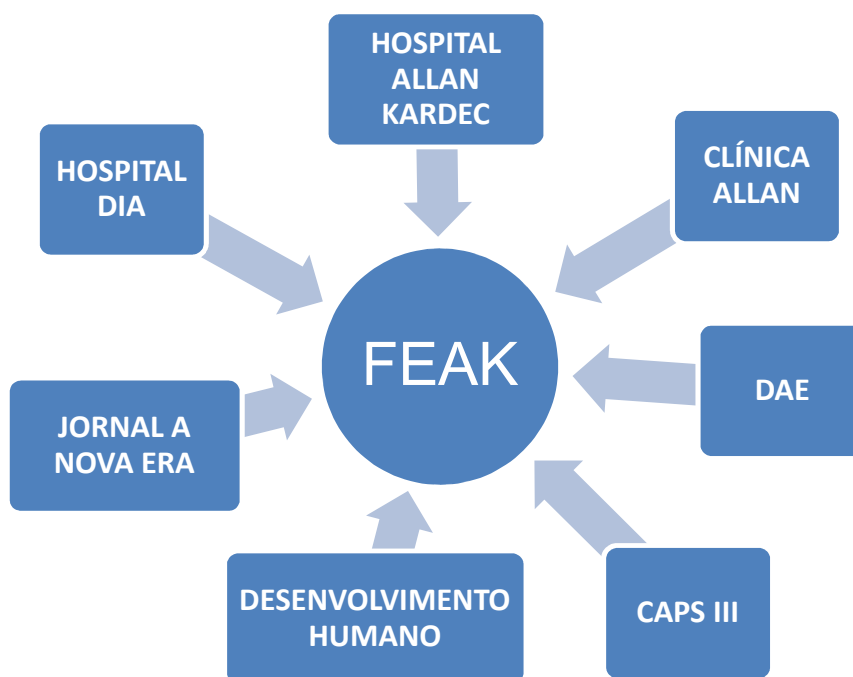
- ✓ José Marques Garcia (1922 - 1942);
- ✓ José Russo (1942 a junho de 1977);
- ✓ Djalvo Braga (de junho de 1977, mas eleito em janeiro de 1978 até janeiro de 1995);
- ✓ Antônio Alberto de Almeida (fevereiro de 1995 a janeiro de 1996);
- ✓ Eurípedes Marini (janeiro de 1996 a 1998);
- ✓ Eliseu Florentino da Mota Junior (janeiro de 1999 a 2003);
- ✓ Cleomar Borges de Oliveira (fevereiro de 2003 a 2007);
- ✓ Wanderley Cintra Ferreira (de 2007 a 2017);
- ✓ Mario Arias Martinez. (de 2017 a 2019).

¹⁵ Iniciaram as discussões sobre as Residências Terapêuticas que ainda está por ser definida quem será o gestor das residências, a FEAK ou outro gestor do município de Franca. A FEAK já está com a RT – Residência Transitória pronta e preparada para que os pacientes que forem desospitalizados passem pela adaptação da RT, para posteriormente e definitivamente irem para as Residências Terapêuticas propriamente ditas.

A cada dois anos, é realizada nova eleição para nomear o presidente da FEAk. Os candidatos montam sua chapa e toda a diretoria efetiva participa das eleições. Quando eleitos, juntamente com a equipe, trabalham em prol da instituição, buscando recursos financeiros para manter sua missão e vocação.

A FEAk, portanto, possui os seguintes departamentos:

Quadro 2 - Os departamentos da FEAk



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados estudados

É interessante salientar, como fato curioso, que alguns dos pavilhões da Fundação receberam os nomes das pessoas ligadas a ela e ao espiritismo, desde sua fundação até a atualidade. São eles: Pavilhão 01/José Marques Garcia¹⁶, Pavilhão 02/Ofélia Russo¹⁷, Pavilhão 03/Antônio Naves¹⁸, Pavilhão 04/José

¹⁶ É o prédio que dá acesso à rua José Marques Garcia, envolvendo todo o setor administrativo, a recepção do Hospital e o Centro Espírita.

¹⁷ Envolve a ala masculina da Clínica Nova Era, quarto do médico plantonista e farmácia.

¹⁸ Envolve alguns quartos da Clínica Feminina e acesso à geriatria.

Matias¹⁹, Pavilhão 05/José Russo²⁰, Pavilhão06/José Ribeiro Conrado²¹, Pavilhão 07/Francisco Cintra²², Pavilhão 08/Djalvo Braga²³, Pavilhão 09/Tomas Novelino²⁴, Pavilhão 10/Arnulfo Lima²⁵, Pavilhão 11/Morada das Flores²⁶, Pavilhão 12/Dalila Pereira Santos²⁷, Pavilhão 13/Vicente Richinho²⁸, Pavilhão 14/Miguel Sábio de Melo²⁹, Pavilhão 15/Manutenção/Almoxarifado, Pavilhão 16/Galpão Bocha, Pavilhão 17/Horta, Pavilhão 18/Pátio dos Moradores, Pavilhão 19/Serviço Nutrição Dietética, Pavilhão 20/Lavanderia/Rouparia, Pavilhão 21/Bazar³⁰, Pavilhão 22/Sala de Reuniões, Pavilhão 23/Lar abrigado³¹, 24/Maria Ferrante.³²

Figura 1- Fachada da recepção do Hospital/Clínica



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

¹⁹ Envolve todo o setor das pacientes crônicas (moradoras).

²⁰ Envolve todo o setor de Intercorrências.

²¹ Envolve o solário da enfermaria masculina e os quartos.

²² Envolve o pátio masculino dos agudos, a barbearia e o posto de enfermagem.

²³ Envolve a enfermaria masculina dos pacientes moradores.

²⁴ Envolve todo o prédio do Hospital Dia;

²⁵ Envolve o piso superior, com quartos para os pacientes moradores e o setor das agudas no térreo.

²⁶ Envolve o setor de fisioterapia e de limpeza.

²⁷ Envolve o setor geriátrico da Clínica Nova Era.

²⁸ Envolve a ala feminina da Clínica Nova Era.

²⁹ Envolve o setor da Terapia Ocupacional e oficina de marcenaria.

³⁰ Hoje funciona uma cantina que foi terceirizada.

³¹ Não funciona mais como Lar Abrigado. Esta casa está sendo preparada para ser uma Residência de Transição.

³² Envolve os setores de Educação Física, Oficina de artesanato e Segurança do Trabalho.

Figura 2 – Entrada do Centro Espírita José Marques Garcia



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

Figura 3 – Interior do Centro Espírita José Marques Garcia



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

2.3 Hospital Psiquiátrico Allan Kardec

No âmbito hospitalar, a FEAK, que oferecia três tipos de serviços distintos para a comunidade de Franca e região, concentrados no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, no Hospital Dia, e na Clínica Allan Kardec, recentemente passou a dispor de mais dois tipos de serviços de saúde mental, sendo neste caso, o Desenvolvimento Humano e o CAPS III, nomeado Florescer. Para tanto, nesta pesquisa, será feito um recorte para analisar a adequação do Hospital Psiquiátrico ao aspecto humanizado dos atendimentos, conforme a atual legislação de saúde mental.

O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec pertence à Direção Regional de Saúde VIII - DRS VIII – que abrange 22 municípios, como: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jariquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim Da Barra e São José Da Bela Vista³³.

Enquanto órgão prestador de serviços vem preencher uma lacuna do Estado, haja vista a necessidade de um serviço especializado para o atendimento às pessoas com transtornos mentais. Salienta-se o fato de que este hospital não é do Estado, e sim, criado com objetivos filantrópicos e sua missão é em cuidar do paciente na fase aguda da doença.

2.3.1. Público alvo, a loucura e o preconceito

Entender a história das instituições de saúde mental é de extremo valor para compreender um pouco da intolerância social acerca dos pacientes psiquiátricos não somente de outras épocas, mas também os da atualidade. No passado, as pessoas com transtorno mental eram consideradas como “alienados”, como “psicopatas”, como “doentes mentais” e até hoje como “loucos”. Da mesma forma com que esses seres humanos são chamados de “loucos”, a sociedade insiste em se referir aos hospitais psiquiátricos como “manicômios” ou “sanatórios”.

³³ Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-viii-franca>. Acesso em: 8 abr. 2018.

Embora seja difícil, uma das principais preocupações do Hospital Psiquiátrico Allan Kardec sempre foi o combate a preconceitos perpetuados pela sociedade, sobretudo, por meio de suas atividades externas. Tendo em vista que um dos objetivos do trabalho multiprofissional do HAK é promover a reinserção social do paciente, o hospital busca promover interação entre usuário e sociedade de forma a contribuir para que ele possa ser reintegrado ao convívio social, cuja perda é provocada pela doença mental. É mister lembrar que a missão do hospital psiquiátrico é contribuir para que o usuário saia da fase aguda da doença e tão logo apresente melhoras, possa retornar para os atendimentos da Raps.

Uma das maiores inquietações do fundador do antigo “Asilo Allan Kardec” era cuidar da figura mais frágil da sociedade, que era o pobre, e se não bastasse ser pobre, mas também louco. E o louco não é manifesto em seu ser: mas se ele é indubitável, é porque é outro (FOUCAULT, 1972, p. 183).

A loucura tem uma dupla maneira de postar-se diante da razão: ela está ao mesmo tempo *do outro lado e sob seu olhar*. Do outro lado: a loucura é diferença imediata, negatividade pura, aquilo que se denuncia como não-ser, numa evidência irrecusável; é uma ausência total de razão, que logo se percebe como tal, sobre o fundo das *estruturas do razoável*. Sob o olhar da razão: a loucura é individualidade singular cujas características próprias, a conduta, a linguagem, os gestos, distinguem-se uma a uma daquilo que se pode encontrar no não-louco; em sua particularidade ela se desdobra para uma razão que não é termo de referência, mas princípio de julgamento; a loucura é então considerada em suas *estruturas do racional* (FOUCAULT, 1972, p. 184).

Essa ausência da razão, por certo, leva o paciente a um descrédito perante a sociedade, pois esta não aceita aquilo que desrespeita os padrões considerados “normais”. Além disso, a figura do louco está ligada à segregação, à discriminação e à marginalização.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), entre os transtornos mentais encontrados em hospitais psiquiátricos, destacam-se:

A depressão³⁴: Os casos de depressão encontrados no HAK são acompanhados normalmente por comorbidades e associados a sintomas psicóticos

³⁴ A depressão é um transtorno mental comum e uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Globalmente, estima-se que 300 milhões de pessoas são afetadas por essa condição. Mais mulheres sofrem de depressão que homens. Ela é caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração. Quem sofre com essa condição pode também ter múltiplas queixas físicas sem nenhuma causa aparente. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou na escola, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar

ou não. Os casos com risco suicida requerem um acompanhamento mais atento da equipe multiprofissional.

O transtorno afetivo bipolar³⁵: salvas as particularidades de cada paciente com transtorno bipolar, eles, geralmente, chegam para internar, ora na fase maníaca, ora na fase depressiva da doença. Nesses casos, o tratamento medicamentoso e a intervenção da equipe multiprofissional colaboram para ajustar esses dois pólos distintos da doença, resultando em uma transição da fase maníaca para a fase normal e também da fase depressiva para a fase normal. Para conseguir esse ajuste, é necessário um acompanhamento mais atencioso.

A esquizofrenia e outras psicoses³⁶: quanto ao transtorno da esquizofrenia, pode-se dizer que é o clássico da loucura, em que o paciente mantém vários tipos de delírios, como aqueles persecutórios, místicos, de grandeza, de auto referência e outros. O paciente mantém também as alucinações visuais, auditivas e outras.

As demências³⁷: Normalmente, as demências acometem os pacientes idosos, podendo ser chamadas de demências senis que são provocadas pela atrofia

ao suicídio. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 09 dez. 2018.

³⁵ Esse transtorno afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo. Consiste tipicamente em episódios de mania e depressão, separados por períodos de humor normal. Os episódios de mania envolvem humor elevado ou irritado, excesso de atividade, pressão de fala, autoestima inflada e uma menor necessidade de sono. As pessoas que têm episódios de mania, mas não experimentam episódios depressivos, também são classificadas como tendo transtorno bipolar. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 09 dez. 2018.

³⁶ A esquizofrenia é um transtorno mental grave que afeta cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. Psicoses, incluindo a esquizofrenia, são caracterizadas por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento. As experiências psicóticas comuns incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário). O transtorno pode tornar difícil para as pessoas afetadas trabalhar ou estudar normalmente. O estigma e a discriminação podem diminuir o acesso à saúde e aos serviços sociais. Além disso, as pessoas com psicose correm alto risco de exposição a violações de direitos humanos, como o confinamento de longo prazo em instituições. A esquizofrenia geralmente tem início ao fim da adolescência ou no começo da vida adulta. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 09 dez. 2018.

³⁷ Em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas têm demência. A condição é geralmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há deterioração da função cognitiva (isto é, a capacidade de processar o pensamento) para além do que se poderia esperar no envelhecimento normal. Ela afeta memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. O comprometimento da função cognitiva é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência é causada por uma variedade de doenças e lesões que afetam o cérebro, como o Alzheimer ou acidente vascular cerebral. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 09 dez. 2018.

cerebral e causa prejuízos cognitivos e motores próprios da idade, como exemplo: Doença de Alzheimer e outras.

A deficiência intelectual e os transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo.

O termo transtorno de desenvolvimento abrange deficiência intelectual e transtornos invasivos de desenvolvimento, incluindo o autismo. Os distúrbios de desenvolvimento geralmente têm início na infância, mas tendem a persistir na idade adulta, causando comprometimento ou atraso nas funções relacionadas à maturação do sistema nervoso central. Eles geralmente seguem um curso constante, em vez de os períodos de alternância entre estabilizações e crises que caracterizam muitos outros transtornos mentais. A deficiência intelectual é caracterizada pela diminuição de habilidades em várias áreas de desenvolvimento, como o funcionamento cognitivo e o comportamento adaptativo. Essa condição diminui a capacidade de adaptação às exigências diárias da vida (OPAS, 2018).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2018), a carga dos transtornos mentais continua crescendo com impactos significativos sobre a saúde e as principais consequências sociais são relacionadas aos direitos humanos e econômicos em todos os países do mundo.

Para a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, conhecido como o CID-10, as patologias ligadas aos transtornos mentais tratadas no HAK são aquelas classificadas pela letra F, ou seja, do F00 ao F99 encontrados no volume V. De acordo com Foucault (1972, p.52), foi concedido à loucura um *status* de doença mental, e ainda conforme este autor,

A atividade classificadora chocou-se contra uma resistência profunda, como se o projeto de dividir as formas da loucura conforme seus signos e suas manifestações comportasse em si mesmo uma espécie de contradição àquilo que ela pode mostrar de si mesma não fosse nem uma relação essencial, nem uma relação de verdade. Basta seguir o próprio fio dessas classificações a partir de sua ordem geral e até os detalhes das doenças classificadas: há sempre um momento em que o grande tema positivista — classificar a partir dos signos visíveis — se vê desviado ou contornado; subrepticamente intervém um princípio que altera o sentido da organização e que coloca, entre a loucura e suas figuras perceptíveis, quer um conjunto de denúncias morais, quer um sistema causal. A loucura não pode, por si só, responder a suas manifestações; constitui um espaço vazio onde tudo é possível, salvo a ordem lógica dessa possibilidade (FOUCAULT 1972, p. 196 e 197).

Surge, então, uma necessidade de se criar uma tipologia para aquela pessoa marginalizada e louca. Logo abaixo, serão especificadas apenas as mais comuns

encontradas, embora muitos diagnósticos sejam complexos, envolvendo mais de um ou dois tipos. Para alguns casos, com apenas uma internação, o médico não consegue diagnosticar, sendo necessários vários atendimentos e/ou internações para se chegar ao diagnóstico final e ao tratamento medicamentoso apropriado. Das patologias mais comuns encontradas no HAK são:

- F00. 0 - Demência na doença de Alzheimer.
- F10. 0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F14. 0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;
- F19. 0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas;
- F20 - Esquizofrenia;
- F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F31. 0 - Transtorno afetivo bipolar;
- F32. 0 - Episódio depressivo;
- F33. 0 - Transtorno depressivo recorrente;
- F40 - Transtornos fóbico-ansiosos;
- F41 – Outros Transtornos ansiosos;
- F42. 9 - Transtorno obsessivo compulsivo;
- F60 – Transtornos específicos da personalidade;
- F60. 3 - Transtorno de personalidade com instabilidade emocional;
- F60. 4 - Personalidade histriônica;
- F70. 0 - Retardo mental leve.

As anomalias são classificadas segundo sua complexidade e gravidade crescentes (CANGUILHEM, 2009, p. 51). Os diagnósticos, muitas vezes, são associados a outras morbidades, gerando um diagnóstico por comorbidade, ou seja, um diagnóstico justificando o outro. Por exemplo, é possível internar um paciente com algum transtorno de personalidade, mas também associado à outra patologia seja esquizofrenia ou depressão. Ou, ainda, algum transtorno associado ao uso de drogas. Dá-se, então, a configuração específica do mundo patológico.

Sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das essências. Assim concebido, o hospital permite “classificar de tal maneira os doentes que cada um encontra o que convém a seu estado, sem agravar, por sua vizinhança, o mal de outro, sem difundir o contágio no hospital ou fora dele”. A doença aí encontra seu elevado lugar (FOUCAULT, 1977, p.46).

De acordo com Foucault, enquanto a clínica vai surgindo e tomando forma, os hospitais são separados por patologias³⁸. Sendo assim, o hospital psiquiátrico compreende todos esses diagnósticos, seja transtorno mental ou dependência química. A doença mental não encontra seu lugar na sociedade moderna, e acaba sendo alvo de preconceitos e discriminações de toda ordem.

Quanto à prestação de serviço público, o HAK possui internação integral em que os pacientes permanecem internados 24hs/dia e são divididos entre dois grupos de pacientes, sendo os “moradores” e os “agudos”, somando um total de 200 leitos. O setor dos pacientes moradores é dividido entre masculino e feminino, que recebe pacientes de longa permanência, que residirão no hospital por muitos anos³⁹. A maioria desses pacientes não tem mais família, ou, se tem família, esta não apresenta mais condições de cuidar de seu ente. Antes das políticas públicas, entenda-se, antes da reforma psiquiátrica, qualquer cidadão marginalizado era simplesmente internado no hospital. Atualmente, a nova legislação de saúde mental não permite que haja pacientes desse tipo, ou seja, à margem da sociedade, morando nos hospitais psiquiátricos. Para tal mudança, estão acontecendo discussões no próprio Hospital para “desospitalizar” esses pacientes, ou seja, serão criadas residências terapêuticas para que estes sejam inseridos nestas residências.

Por outro lado, os pacientes agudos são internados apenas no período de surto psicótico e logo que o quadro de saúde mental e física é estabilizado, eles retornam para suas casas, dando sequência ao tratamento. O setor dos agudos também é dividido entre a ala masculina e feminina. Neste último grupo, há também pacientes de longa permanência, sejam eles pacientes com internação judicial⁴⁰ ou

³⁸ Na época de Foucault era muito usado o termo “loucura” e atualmente usam-se os termos transtornos psíquicos ou sofrimentos mentais.

³⁹ Segundo o censo do Hospital Allan Kardec, o paciente mais velho morador (que ainda é vivo) nasceu em 1941 e foi internado em 1963.

⁴⁰ Por motivos diversos, os pacientes têm a internação compulsória, ou seja, ela é “judicializada”, seja porque cometeram algum crime e o juiz determina que o paciente deva permanecer no HAK, seja porque a família reivindicou ao juiz a internação judicial, ou ainda porque há aqueles que oferecem algum risco à sociedade.

pacientes que não têm suporte familiar e social para serem reintegrados à sociedade.

No setor dos pacientes agudos são encontradas todas as patologias no mesmo local, ou seja, dependência química com psicóticos. Este quadro evidencia grande dificuldade no que se refere à convivência dos pacientes, quando não estão em algum atendimento, já que cada um se encontra em um momento diferente da doença. Além do clima tenso ali instaurado, o atendimento a esse grupo heterogêneo e os desafios na realização de certas atividades coletivas dificulta a interação dos pacientes entre si. As diferentes abordagens são necessárias, inclusive, para a equipe da enfermagem que permanece com este grupo 24hs/dia. Ademais, para uma instituição filantrópica, torna-se inviável separar este setor pelos tipos de diagnósticos, sendo dependência química de um lado e psicóticos de outro.

2.4. Dialogando com as Políticas Públicas

O Hospital Allan Kardec, desde a implantação do SUS, passou a depender de seus recursos financeiros, realizando as devidas adequações e atendendo às legislações. Portanto, a saúde mental do município de Franca funciona como “Gestão Plena”, modelo preconizado pelo SUS, desde sua criação, como forma de descentralização da regulação, do controle, da fiscalização e da implantação das políticas públicas de saúde. Na prática, o governo federal encaminha a verba para o município, para depois chegar à conta da FEAQ.

Antes da lei da reforma psiquiátrica (10.216/01), o funcionamento dos hospitais psiquiátricos se baseava na Portaria nº 224, que definia algumas diretrizes e normativas para o controle e avaliação dos serviços prestados. Esta portaria já se preocupava com a necessidade de humanização da assistência, bem como com a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados. Define ainda que,

[...] os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- Está proibida a existência de espaços restritivos, celas fortes;
- Deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- Deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; (BRASIL, 1992).

Neste período da Portaria, ou seja, de 1992 até a implantação da lei 10.216 em 2001, a FEAK passou por várias etapas, sendo uma das mais pertinentes às instituições filantrópicas a busca constante por recursos financeiros para manter seu pleno funcionamento e conseguir realizar os proventos aos funcionários e fornecedores. Os repasses aos hospitais psiquiátricos começaram a ser feitos por procedimento, da mesma forma que um hospital geral.

Entretanto, se no hospital geral, os procedimentos vão desde a internação até uma simples sutura e curativos, por outro lado, o procedimento em hospital psiquiátrico se caracteriza apenas pela internação. E para que a internação seja efetivada, torna-se necessário o documento que a comprove, a AIH - Autorização de Internação Hospitalar, que identifica o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar. É através da AIH que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS.

Ressalta-se, ainda, que o valor da diária de um paciente do SUS passou a ser quarenta e dois reais/paciente (\$42,00/paciente) e a renovação desse convênio acontecia anualmente no dia 10 de agosto. Todavia, a cada ano, tornava-se mais difícil e inviável o pagamento dos funcionários e fornecedores, já que o repasse financeiro permaneceu fixo por muitos anos, sem nenhum reajuste. Paralelo a esse “congelamento” de valores, os dissídios coletivos recebiam aumento, os fornecedores aumentavam seus valores e tudo o mais continuava sendo reajustado. Diante dessa realidade, a FEAK, mesmo com toda a estrutura de prestação de serviços e com todo o aparato de atendimentos de equipe multiprofissional, recebia uma diária de apenas 42 reais/paciente.

Por conseguinte, no ano de 2015, o hospital se recusou a renovar o convênio com o SUS, pois segundo o presidente da época, caso houvesse a renovação do convênio, de fato, o hospital fecharia as portas. Contudo, e analisando esse suposto fechamento, faz-se importante remeter ao raciocínio da Lei 10.216/01, cuja ideia central era justamente fechar os hospitais psiquiátricos, porque se acreditava que a humanização seria basicamente fechar os hospitais e dar alta para os pacientes e/ou encaminhá-los para outro tipo de organização ou instituição.

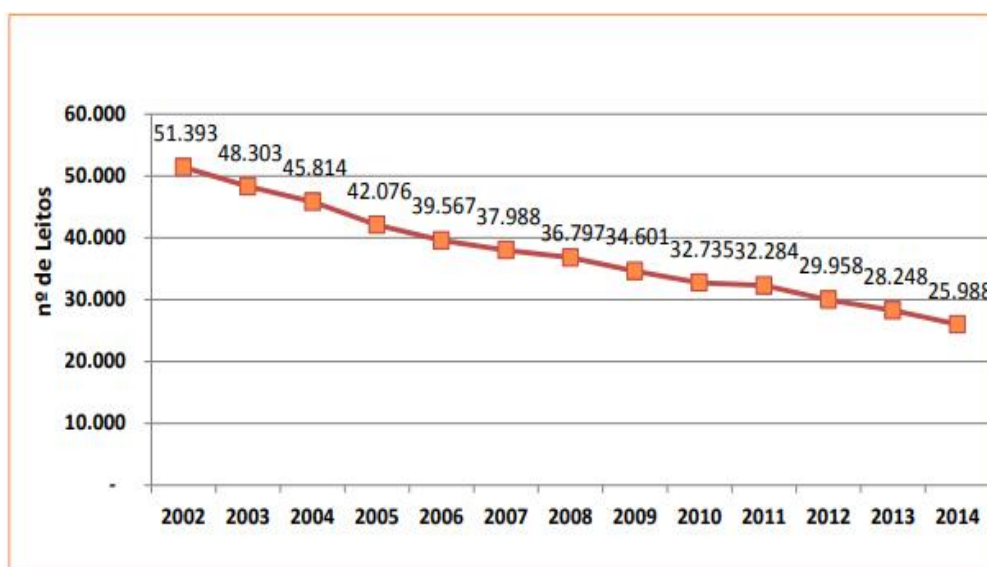
O Ministério da Saúde realmente preferia que o Hospital Allan Kardec fechasse suas portas, porque, segundo a lei, é desumano confinar as pessoas em hospitais psiquiátricos. A FEAK, por sua vez, na ânsia de honrar seus compromissos

financeiros, entrou com processo judicial e em 24h, uma juíza federal sentenciou a seu favor, determinando que os valores das diárias fossem reajustados e atualizados, de 42 reais para 102 reais e sessenta centavos. E determinou ainda que esse valor fosse dividido entre as três esferas: federal, estadual e municipal. Caso a determinação judicial não fosse cumprida, os órgãos responsáveis pelo repasse e pelo reajuste teriam que arcar com multas diárias. Até a atualidade, o hospital recebe esse valor, reajustado em 2015, mas que, infelizmente, ainda se encontra obsoleto e funciona via judicial.

O governo federal criou estratégias e políticas de “desinstitucionalização”, realizando fiscalizações nos hospitais psiquiátricos do Brasil através do indicador PNASH e, com isso, reduziu gradativamente os leitos em hospitais psiquiátricos para atender à lei de Paulo Delgado. Mas, conforme mencionado anteriormente, “desinstitucionalizar” os usuários, sem um suporte externo ao espaço de um hospital, colabora para surtos psicóticos, os quais apresentariam a necessidade de nova internação.

O gráfico abaixo mostra a realidade dos hospitais psiquiátricos no Brasil no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2014, com a redução gradual de leitos SUS.

Gráfico 2 - Redução de leitos SUS no período de dez de 2001 a dez de 2014



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

No âmbito Inter federativo da gestão do SUS, e para o avanço progressivo do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde incentiva a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2015, p.28).

Mesmo com a lei da reforma psiquiátrica, que vem sendo ajustada e adequada conforme as necessidades pode-se dizer que uma nova política de saúde mental está acontecendo no Brasil. Esta é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. (BRASIL, 2018b).

Muita coisa modificou para a FEAK, desde o seu descredenciamento com o SUS, até a sua (re)inserção na política de saúde mental. Além disso, novas portarias estão sendo criadas⁴¹ com o objetivo de melhorar os atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico. E essas mudanças, de certa forma, estão sendo favoráveis para a FEAK, dado que a Raps (Rede de Atenção Psicossocial) foi ampliada, e os hospitais psiquiátricos especializados voltaram para a rede.

Várias são as preocupações com relação à saúde mental da população, mas um dos pontos preocupantes é a questão do uso do crack e do aumento do suicídio. Segundo o atual coordenador geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, o Brasil é signatário do Plano de Ação Saúde Mental feito em 2013 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que se busca a redução da taxa de suicídio em 10% até 2020. Segundo as pesquisas do governo, nos últimos dez anos, o número de suicídios no país tem aumentado o que tem preocupado o governo.

Segundo a psiquiatra Maria Dilma Alves Teodoro, presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília (APBr), o Brasil é o oitavo país no mundo em número de suicídios. Entre 2000 e 2012 houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo mais de 30% em jovens. E estima-se que, até 2020, haverá um incremento de até 50% no número anual de mortes por suicídios.

— Isso tudo equivale a aproximadamente 32 casos por dia, 1 a cada 45 minutos, levando em consideração que ainda temos a subnotificação e essa subnotificação está muito vinculada ao preconceito com relação ao portador de algum transtorno mental — afirmou (SENADO NOTÍCIAS, 2017).

Segundo Quirino, o governo estabeleceu três ações para tentar conter esse avanço. São elas:

⁴¹ Portaria nº 3588 de 2017 e Portaria nº 544 de 2018.

- Ampliação e estruturação da Rede de Assistência Psicossocial;
- Acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização à Vida (CVV)⁴²;
- Organização do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio.

Percebendo esse crescimento no que se refere ao suicídio e ao aumento do uso do crack, o governo reavaliou a necessidade dos hospitais psiquiátricos voltarem para a Raps, para os atendimentos mais graves. Em um caso de tentativa de suicídio, por exemplo, a pessoa passa pelo hospital geral para os primeiros cuidados após a tentativa de suicídio. Depois desta fase do tratamento, é relevante que o recurso terapêutico seja continuado em serviço especializado em psiquiatria, seja ele, no hospital ou em clínicas.

Pensando nas questões de suicídio foi criada uma rede de prevenção fortalecida e para isso foi sancionada a Lei que cria a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a Lei nº 13.819/2019. Segundo o site do CVV, este explica que:

Uma outra ação prevista é que as unidades de saúde passam a ser obrigadas a reportar todos os casos de automutilação, tentativas de suicídio e suicídio às autoridades sanitárias. Anteriormente, a Portaria 1271/2014 já previa a informação também sobre as tentativas, mas não incluía casos de automutilação. Com a força da lei, a expectativa é por estatísticas mais confiáveis que possam garantir segurança na formulação de políticas públicas. A legislação visa fortalecer a rede de prevenção. Ao mesmo tempo em que destaca que União, estados e municípios devem implementar as normas, ressalta a necessidade de promoção da saúde mental, da oferta de atenção psicossocial às pessoas que passam por sofrimento e da necessidade de trabalho intersetorial, envolvendo entidades de saúde, de educação, de comunicação, imprensa, segurança pública, entre outras. É neste trabalho em rede que o CVV atua. Há 57 anos, oferece apoio emocional e contribui para a prevenção do suicídio. Ouvir com empatia e sem julgamentos, de forma totalmente gratuita e sigilosa, é a rotina dos cerca de 3 mil voluntários. (2019).

⁴² O CVV — Centro de Valorização da Vida, fundado em São Paulo, em 1962, é uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973. Presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. A instituição é associada ao Befrienders Worldwide, que congrega entidades congêneres de todo o mundo, e participou da força tarefa que elaborou a Política Nacional de Prevenção do Suicídio, do Ministério da Saúde, com quem mantém, desde 2015, um termo de cooperação para a implantação de uma linha gratuita nacional de prevenção do suicídio. A linha 188 começou a funcionar no Rio Grande do Sul e, em setembro de 2017, iniciou sua expansão para todo o Brasil, que será concluída em 30/06/2018, com a integração de todos os estados. Os contatos com o CVV são feitos pelos telefones 188 (24 horas e sem custo de ligação), pessoalmente (nos 93 postos de atendimento) ou pelo site www.cvv.org.br, por chat e e-mail. Nestes canais, são realizados mais de 2 milhões de atendimentos anuais, por aproximadamente 2.400 voluntários, localizados em 19 estados mais o Distrito Federal.

Portanto, entre a lei Paulo Delgado de 2001 e a portaria nº 3.588 de 2017, a discussão era o fechamento dos hospitais psiquiátricos especializados. Àquela época, constavam somente as Unidades de Atendimento, os Hospitais Gerais, os Caps e as Residências Terapêuticas. Entretanto, com a portaria 3.588/17, além desses serviços que já existiam, a Raps foi ampliada, retornando todos os demais serviços, como Hospital Psiquiátrico especializado, o Hospital Dia e novamente os ambulatorios de saúde mental.

Torna-se considerável salientar que houve uma queda no período de 2001 a 2017, da tão chamada reforma psiquiátrica, embora fosse importante buscar não somente a humanização dos atendimentos, mas também o auxílio no processo de reintegração do usuário no convívio social. Porém, na interpretação da lei, discursava-se acerca da “desospitalização” e, no município de Franca, sem outros amparos de serviços para os pacientes, gerou-se desconforto e insegurança não somente para o HAK e seus gestores e funcionários, mas também para as famílias destes usuários, que são as pessoas mais diretamente ligadas ao paciente e que sofrem junto de seus familiares doentes todas as situações com relação aos surtos psicóticos.

Quanto ao Hospital Allan Kardec, todas as vagas e leitos foram preenchidos e, mesmo durante o período da Reforma Psiquiátrica, não foi diferente. É evidente que, após a Lei 10.216/01, a instituição esteve em algum período com menos pacientes, porque o governo tentou fechar o hospital e reduziu os encaminhamentos. Ainda assim, o próprio governo reconheceu que sem a estrutura de uma rede que funcionasse no município e na região, além da necessidade de internação no hospital psiquiátrico especializado, não havia outro serviço de saúde mental adequado para o paciente e para a continuidade de seu tratamento.

O Programa de Desinstitucionalização, criado pela Portaria nº 2.840/2014, é uma estratégia que visa intensificar os processos de desinstitucionalização dos usuários em situação de internação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais focadas exclusivamente nestes processos nos territórios. Entre as ações sob responsabilidade da Equipe de Desinstitucionalização está o apoio à equipes dos hospitais psiquiátricos, a fim de construir conjuntamente, a partir de vínculos estabelecidos dentro das instituições, o processo de desinstitucionalização dos moradores. Neste sentido, também elaborando novos processos de trabalho territoriais, interseccionais e regionalizados, articulando diferentes dispositivos. (BRASIL, 2016, p.67)

Ressalta-se o fato de que para que o processo de “desinternação” hospitalar, baseado na lei da reforma psiquiátrica, aconteça efetivamente, é necessária estrutura adequada de acolhimento aos pacientes. A alta psiquiátrica não é tão simples, pois o usuário no momento da alta deve sair com algum encaminhamento em mãos para dar sequência ao seu tratamento, haja vista que a doença mental não tem cura e os governos precisam oferecer suporte para este tipo de paciente que tem certo descrédito perante a sociedade.

Deliberar políticas públicas de desospitalização importaria estudos minuciosos envolvendo não somente os governos, mas também os profissionais que atuam de forma direta na vida desses pacientes e até mesmo na de seus familiares e os próprios pacientes com transtornos psíquicos. Na saúde mental, uma gestão do tipo top-down, ou seja, aquela que é dada uma ordem do governo, “de cima para baixo” sem nenhum tipo de consulta e discussão, não traz resultados positivos. Lidar com a realidade do paciente psiquiátrico envolve aspectos das relações humanas, pois os pacientes têm características diferentes das demais áreas da medicina e essas características peculiares exigem um olhar humanizado e cuidadoso, pois até mesmo a família, muitas vezes, encontra-se tão adoecida quanto o paciente.

Portanto, essa desospitalização ou desinstitucionalização deve ser vista com cuidado pelo governo, caso contrário, irá apenas transferir os problemas de lugar, podendo resultar em um retrocesso na chamada reforma psiquiátrica, pois o processo de organização dessa estrutura de tratamentos da saúde mental é muito complexo.

No que diz respeito à peculiaridade dos pacientes psiquiátricos, vale lembrar que fechar os hospitais psiquiátricos especializados torna-se procedimento tão complicado, que pode causar outros tipos de problemas, já que lidar com o surto psicótico na prática mostra a fragilidade dos serviços de saúde mental. E, dependendo do surto psicótico, o doente passa a ser de alta periculosidade trazendo riscos não somente para si, mas também para os próximos e para a sociedade.

Salienta-se a diferença entre doença mental e doenças clínicas, em que o paciente, após uma internação e ao restabelecer sua saúde física, recebe alta e retorna pra sua casa e sua vida normal. Por sua vez, em casos de alta de pacientes com doença mental, deve-se levar em consideração o alto grau de complexidade e

uma infinidade de serviços que possibilitem o retorno desse paciente ao convívio social.

Ao se falar em saúde mental, procura-se pensar na busca pelo equilíbrio emocional e pela autonomia de forma que o paciente consiga manter sua vida familiar, laboral e social pelo menos em seu limite basal de forma mais natural possível. No caso das doenças mentais, as perdas são muitas vezes irreparáveis, como por exemplo, a vida familiar, o emprego, até mesmo a própria vida.

Finalmente, todo esse aparato de cuidados à pessoa com sofrimento psíquico remete à história de acolhimento de José Marques Garcia que, no passado quando pensou na Fundação, já acolhia e cuidava dessas pessoas. E com a mesma missão, o HAK, mantém essa vocação da FEAK em cuidar do outro, pois além dos serviços prestados à comunidade, para os quais a instituição recebe, a instituição se dispõe a prestar um serviço altamente filantrópico, por meio de consultas sem fins lucrativos, chegando a atender mais de cem pessoas/mês. Conforme a proposta de José Marques Garcia e as intenções da FEAK pode-se dizer que este serviço é a filantropia da filantropia e que a Fundação não recebe nada em troca com estas consultas. No que tange à filantropia, urge pensar na humanização de todo esse processo da evolução da reforma psiquiátrica nos atendimentos às pessoas com sofrimentos psíquicos.

3. AMBIENTES TERAPÊUTICOS E PROPOSTAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

Nesta seção pretende-se demonstrar as atuais intervenções das práticas de atendimentos desenvolvidos no Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, a partir da observação dos procedimentos aplicados através dos documentos analisados, tendo em vista, sobretudo, adequação à Lei nº 10.216/01 e a humanização dos tratamentos.

O termo “humanização” segundo o dicionário Aurélio (2019)⁴³ significa humanar; inspirar humanidade a. Adoçar; suavizar; civilizar. Tornar-se humano; compadecer-se. Desumanizar.

A preocupação, no entanto, com a humanização no tratamento de pacientes com sofrimento psíquico se justifica pelo fato de que no passado os tratamentos eram completamente diferentes daquilo que é proposto hoje. Ao contrário, pacientes eram tratados de forma desumana, sem dignidade e respeito, chegando a serem banidos e excluídos da sociedade. Se no passado já houvesse essa humanização nos tratamentos de saúde mental, seria desnecessário falar em humanização atualmente e desnecessário ainda a preocupação do governo em criar políticas que dispõem de assegurar os direitos dos cidadãos para que se tenham dignidade nos tratamentos.

Para tanto, o governo lançou em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) para todos os setores de saúde, o HumanizaSUS, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.(BRASIL, 2013). Para o governo, a PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Para o Ministério da Saúde, a Humanização deve ser vista como

uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. (BRASIL, 2004, p.6).

A Portaria nº 1.820 (BRASIL, 2009), dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, preconizando a humanização nos diversos seguimentos de atenção à saúde da população. Para a saúde mental, foi imprescindível que

⁴³ Disponível no site: <https://dicionariodoaurelio.com/humanizacao>. Acesso em: 05 maio 2019.

houvesse políticas públicas voltadas para esse aspecto de humanização, haja vista que os atendimentos eram o contrário da humanização.

3.1 Hospital Psiquiátrico Allan Kardec e seus setores

Analisando os documentos da FEAK, como os protocolos de atendimento e os Procedimentos Operacionais Padrão – POP, os setores que se dispõem no referido hospital possuem equipes que, nesta pesquisa, foram classificadas da seguinte maneira:

- Administração, constituída pela presidência e demais diretores da FEAK, como administração, departamento de pessoal, contabilidade e tecnologia da informação, técnico de segurança do trabalho e médico do trabalho;
- Apoio, constituída pelos serviços de cozinha, limpeza, manutenção e rouparia;
- Equipe técnica, constituída por Médicos (psiquiatras e clínico geral), Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmácia, Nutricionista e Educação Física;
- Voluntários, pessoas ligadas à doutrina espírita.

Embora a composição das equipes que atuam no hospital constitua setores diferentes e desempenhe funções distintas, a estrutura funciona de maneira interligada e cada setor dispõe de seus próprios Protocolos de Serviços.

3.1.1. Administração, apoio e voluntariado

O serviço do setor administrativo ocupa-se da parte que envolve a prestação de serviços, a admissão e demissão de funcionários e toda a vida profissional dos funcionários. Os serviços de apoio são realizados atendendo às necessidades conforme as demandas vão surgindo.

Outro trabalho distinto, além do trabalho formal, é o trabalho dos voluntários, que anteriormente não era regulamentado e não apresentava critérios para definir

exatamente o tipo de serviço prestado. Atualmente, este setor está embasado na lei que define o trabalho dos voluntários.

Foi publicada no Diário Oficial da União, em 1998, a regulamentação do trabalho voluntário no Brasil, com a Lei Nº 9.608/98. Xavier (2002), em seu artigo “A regulamentação do trabalho voluntário no Brasil - breve análise da Lei N.º 9.608/98, faz uma reflexão sobre o dispositivo legal que dispõe sobre as condições de exercício do trabalho voluntário. Outrossim, explica que faltava um respaldo jurídico a fim de legalizar esse tipo de trabalho que evitasse a reclamação de direitos trabalhistas.

O Art. 1.º, da Lei Nº 9.608/98 diz:

Considera-se serviço voluntário, para os fins desta Lei, a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Mas, a redação da Lei Nº 13.297, de 2016, substituiu a última terminologia de “assistência social, inclusive mutualidade” para “assistência à pessoa”.

Para ser enquadrado no conceito da lei do voluntariado, o trabalho deve ter as seguintes características:

1. ser voluntário, ou seja, não pode ser imposto ou exigido como contrapartida de algum benefício concedido pela entidade ao indivíduo ou à sua família;
2. ser gratuito;
3. ser prestado pelo indivíduo, isoladamente, e não como “subcontratado” de uma organização da qual o indivíduo faça parte e, portanto, seja pela mesma compelido a prestá-lo; e
4. ser prestado para entidade governamental ou privada, sendo que estas devem ter fim não lucrativo e voltado para objetivos públicos.

No entanto, esse acréscimo no Art. 1.º permite uma abrangência maior do voluntariado que pode prestar seu serviço de maneira a contribuir com a instituição sem desejar nada em troca. Ferreira, Proença e Proença (2008, p. 44) citam Shin e Kleiner (2003) que definem claramente o voluntário, classificando-o como um indivíduo que oferece o seu serviço a uma determinada organização, sem esperar uma compensação monetária, fundamentando o princípio de todo o processo da construção da estrutura hospitalar que José Marques Garcia criou.

Ao verificar essas características e o funcionamento do trabalho voluntário na FEAK, percebe-se que dada à missão e aos valores da Fundação, o trabalho

voluntário anterior à publicação da Lei funcionava desde as primeiras construções dos pavilhões da FEAK, passando pelos cuidados dos internos e oferecendo assistência espiritual aos seus pacientes de uma forma ainda incipiente e sem estruturação.

Mas no momento atual, o trabalho dos voluntários está ligado apenas com as questões do espiritismo, que são as preces e orações realizadas para os pacientes internados no Hospital Allan Kardec e que acontecem todos os dias de domingo a domingo com o trabalho de uma ampla equipe de voluntários e mostram uma resposta concreta no que diz respeito aos primeiros princípios que nortearam a trajetória da FEAK. Não se trata, portanto, de apenas uma responsabilidade social, mas uma motivação ligada ao compromisso com as convicções da Fundação.

3.1.2. *Equipe técnica*

Diferentemente das equipes citadas anteriormente, cabe à equipe técnica realizar os atendimentos psicoterapêuticos aos usuários e pacientes deste departamento da Fundação Espírita Allan Kardec. O que está referido na lei acerca dos atendimentos dependerá do bom funcionamento desta equipe no desempenho de suas funções específicas ao oferecer a assistência devida e adequada ao paciente.

A equipe técnica é formada por profissionais considerados liberais⁴⁴ e dentro das exigências das portarias e leis, para o funcionamento de um hospital psiquiátrico, é fundamental atender às exigências mínimas dos recursos humanos.

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes/dia, deve ser composta por: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos: profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades. (BRASIL, 1992).

Cada profissional é registrado em seu próprio conselho regional, como: COREN - Conselho Regional de Enfermagem; CREF - Conselho Regional de Educação Física; CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia

⁴⁴Profissional liberal é, obrigatoriamente, aquele que passou por nível universitário ou técnico, registrado em uma ordem ou conselho, que paga contribuição anual, para poder exercer sua atividade profissional e se filiando a um sindicato da categoria (2007).

Ocupacional; CRESS – Conselho Regional de Serviço Social; CRF – Conselho Regional de Farmácia; CRM – Conselho Regional de Medicina; CRN – Conselho Regional de Nutrição; CRP – Conselho Regional de Psicologia. A enfermagem é a maior equipe da FEAK, sendo a categoria preponderante e cada setor deste hospital elaborou seu projeto terapêutico de atendimentos que conduz os atendimentos.

De acordo com o projeto terapêutico, cada profissional tem a sua forma particular de exercer as intervenções necessárias ao paciente, respeitando o sigilo profissional e ético. Por outro lado, um dos objetivos em comum de toda equipe é promover a reinserção social do paciente, de forma a contribuir para sua participação novamente na sociedade, pois a doença mental “provoca” essa perda quanto à vida social.

3.2 Atendimentos terapêuticos

Conforme mencionado anteriormente, no HAK, acontecem os atendimentos terapêuticos ao paciente interno em setores que atendem diretamente o paciente com atividades distintas, e por esta razão, se fez necessário um recorte da equipe técnica e para tanto, na presente pesquisa analisou-se os setores de Terapia Ocupacional, de Psicologia, de Educação Física e do Desenvolvimento Humano. Este último é um setor novo, criado no ano de 2018. Foi possível observar na presente pesquisa que o paciente é avaliado individualmente e em grupo.

O prontuário do paciente - conhecido como Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP - é elaborado eletronicamente pelo Tasy Philips, um software desenvolvido para a gestão em saúde. A equipe técnica relata todas as evoluções dos pacientes pelo Tasy que, entre outras funções, registra as informações alimentadas durante os atendimentos, as quais podem ser compartilhadas por todos os membros da equipe.

Um documento relevante estudado e fornecido pela FEAK é o Procedimento Operacional Padrão - POP. Neste documento consta a elaboração de Manuais, Procedimentos Operacionais Padronizados e protocolos de trabalho de cada setor da Fundação.

3.2.1 Terapia Ocupacional

Dentre as várias áreas de trabalho, a Terapia Ocupacional – T.O. – é enquadrada nos recursos humanos dentro das portarias referentes às normas para o atendimento hospitalar com atendimento obrigatório nos hospitais psiquiátricos. O CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a define como:

(...) campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas à problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade da inserção e participação na vida social (CREFITO, 2018).

No entanto, a T.O dispõe de alguns atendimentos diferenciados diante de toda equipe técnica, pois além dos pacientes serem atendidos pelas Terapeutas Ocupacionais (T.O), eles também participam das Oficinas Terapêuticas.

Sua intervenção compreende avaliar o cliente, buscando identificar alterações nas suas funções práticas, considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento, sua formação pessoal, familiar e social. A base de suas ações compreende abordagens e/ou condutas fundamentadas em critérios avaliativos com eixo referencial pessoal, familiar, coletivo e social, coordenadas de acordo com o processo terapêutico implementado. O Terapeuta Ocupacional compreende a Atividade Humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção e o Homem, como um ser prático interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida (COFFITO, 2018).

Verificando o POP deste setor, observa-se que os objetivos pretendidos são inúmeros e variados, embora um deles seja comum com outras áreas que é a reinserção social dos pacientes. As atividades deste setor são práticas e percebe-se a busca de uma valorização do processo criativo, evidenciando o aspecto individual através das atividades em grupo.

De acordo com o POP⁴⁵, a T.O tem como missão, visão e valores:

Missão: Prestar atendimento terapêutico ocupacional em saúde mental com excelência. Visão: Ampliar os recursos humanos (equipe) para oferecer maior qualidade e quantidade de atendimento, como também a criação de novas oficinas no setor, ampliando as técnicas oferecidas. Valores: Prestar atendimento de qualidade, proporcionando aos nossos clientes um

⁴⁵ O POP é um documento interno da FEAK. Todos os setores realizaram este documento de forma padronizada.

tratamento humanizado e adequado às suas necessidades (FEAK, 2017c, p. 4).

Além dos aspectos mencionados, os pacientes são avaliados pela terapeuta ocupacional responsável e inseridos no projeto terapêutico individual e em grupo, cujas atividades e rotinas do setor são:

- Atendimento em grupo de terapia ocupacional:

São desenvolvidas atividades expressivas, artesanais, cognitivas, recreativas, pedagógicas e grupos operativos. Buscando a promoção de saúde mental e manutenção da interação social através do fazer. O grupo de atividades para o paciente psicótico e dependente químico ocasionará a oportunidade de vivenciarem o estar e fazer parte de um grupo proporcionando experiências de pertencimento, de continência e experimentações, obtendo um processo terapêutico importante. (FEAK, 2017c, p. 5).

- Salão de beleza:

São realizadas orientações e ações quanto aos cuidados pessoais tais como: limpeza de pele, unha e cabelo, noções de maquiagem e uso adequado dos materiais, abordando aspectos relacionados ao autocuidado e à autoestima (FEAK, 2017c, p. 5).

- Oficina agrícola e jardinagem: é realizado o desenvolvimento de técnicas de preparação da terra, plantio, rega, poda, colheita, capinação, limpeza e cuidados especiais das plantas (FEAK, 2017c, p. 5).

- Oficina de artesanato:

São realizadas atividades diárias em horários diferentes para todos os setores do Hospital, com o ensino de técnicas de artesanato envolvendo bordados, pinturas e outras atividades artesanais (FEAK, 2017c, p. 5).

- Oficina de marcenaria:

São realizadas atividades diárias em horários diferentes para todos os setores do Hospital, onde acontece a preparação de madeira, montagem e pintura de brinquedos, caixas de madeira, peças decorativas e pequenos móveis. Objetivando o trabalho em grupo, colaboração, cooperação, socialização, conhecimento de técnicas e uso adequado dos materiais (FEAK, 2017c, p. 6).

- Passeios terapêuticos:

Os pacientes de longa permanência hospitalar que trabalham nas oficinas são levados uma vez por mês a algum centro comercial para lanche e fazer compras, utilizando a remuneração do trabalho nas oficinas (FEAK, 2017c, p. 6).

- Festas comemorativas (aniversariantes do mês, carnaval, junina e natal):

São realizadas mensalmente, pela comissão de festa, composta por funcionários de diferentes setores e eventualmente com a participação de músicos voluntários. O setor de Terapia Ocupacional é responsável pela preparação, elaboração do cronograma, decoração da festa e envolvimento dos pacientes (FEAK, 2017c, p. 6).

- Confraternização entre as oficinas:

É realizada uma vez por semana, em que os pacientes de longa permanência hospitalar da oficina agrícola e marcenaria se reúnem para um lanche diferenciado (pamonha, água de coco, esfirra, entre outros). Com objetivo de promover a integração e socialização entre os grupos e novas vivências (FEAK, 2017c, p. 6).

- Bazar: são realizadas a exposição e a venda de verduras e plantas da Oficina Agrícola e dos produtos das Oficinas de Artesanato e Marcenaria em datas previamente estabelecidas (FEAK, 2017c, p. 6).

- Sessão de cinema:

Realizada uma vez por semana para paciente em fase aguda da doença mental e/ou em abstinência assistida do setor masculino. Assim, os pacientes elegem um filme ou lhes é oferecido um filme pertinente ao tratamento (FEAK, 2017c, p. 7).

O documento denominado POP mostra, portanto, uma descrição detalhada e completa das atividades realizadas pelo setor de terapia Ocupacional no HAK. Além dessas atividades, os profissionais registram as evoluções nos prontuários dos pacientes e participam das reuniões clínicas com a equipe técnica em que são discutidos os casos de cada paciente para juntos conhecê-los melhor e definir o recurso terapêutico adequado a cada um.

A partir de observação minuciosa do POP, pôde-se perceber grande preocupação em acolher o paciente para promover sua interação social. Conforme determinação da lei da Reforma Psiquiátrica, constante do § 1º do Art. 4º, em caso de paciente internado em sistema hospitalar, o tratamento tem como finalidade permanente a reinserção social desse paciente em seu meio (BRASIL, 2001). Nota-se a presença dessa mesma finalidade legal nos atendimentos da Terapia Ocupacional, cuja preocupação é reinserir o paciente no convívio social, complementando a reflexão acerca do processo humanizador discutido nesta dissertação.

As atividades da terapia ocupacional permitem ao paciente despertar seu lado criativo e interagir com os outros, beneficiando seu aspecto mental por meio da realização de atividades diversificadas. Trata-se de uma forma de contribuir para a adequação do processo de humanização à reforma psiquiátrica por meio dos atendimentos propostos no HAK. Cada atividade mostra uma característica diferente, como por exemplo, nos atendimentos propriamente ditos da terapia ocupacional, os pacientes realizam as atividades propostas de forma que a terapeuta possa identificar os recursos internos desses pacientes, analisando-os terapeuticamente. Seja por meio da participação das atividades do salão de beleza, em que se trabalham a autoestima e o autocuidado, ou na oficina agrícola em que o paciente entra em contato direto com plantas e jardinagens, as diversas atividades oferecidas pela Terapia Ocupacional permitem que o paciente se expresse e se conheça de modo a compreender, com uma perspectiva crítica, sua doença, desenvolvendo a autonomia, mesmo que necessite de apoio da terapeuta.

Uma característica própria da Terapia Ocupacional é o desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (AVDs) do paciente e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Todo esse conjunto de tarefas oferecidas pelo setor de terapia ocupacional propicia o restabelecimento da saúde não somente mental, mas também de vários outros aspectos motores, sensoriais, entre outros.

A RESOLUÇÃO Nº. 316/2006 dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Conforme consta em seu Art. 1º:

Artigo 1º – É de exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, no âmbito de sua atuação, avaliar as habilidades funcionais do indivíduo, elaborar a programação terapêutico-ocupacional e executar o treinamento das funções para o desenvolvimento das capacidades de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) para as áreas comprometidas no desempenho ocupacional, motor, sensorial, percepto-cognitivo, mental, emocional, comportamental, funcional, cultural, social e econômico de pacientes (COFFITO, 2006).

Essas particularidades da terapia ocupacional em conformidade com o aspecto humanizado da reforma psiquiátrica comprovam o interesse em proporcionar a humanização nos atendimentos por meio dos atendimentos apropriados para os pacientes conforme a condição de cada um.

3.2.2 Apoio psicológico

Além da Terapia Ocupacional, o apoio psicológico também é oferecido ao paciente através da área da psicologia e define-se com uma das obrigаторiedades dos recursos humanos das legislações para atendimentos hospitalares de saúde mental.

Ao pesquisar o Código de Ética dos psicólogos, foram encontrados sete Princípios Fundamentais que contribuem para o fortalecimento da profissão, são eles:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural. IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática. V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão. VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada. VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código. (CFP, 2005)⁴⁶.

Mas o primeiro chamou atenção pelo fato de ir ao encontro com o que se busca neste trabalho, ou seja, o estudo do aspecto humanizado dos atendimentos oferecidos pelo HAK. Este primeiro princípio fundamental descreve os deveres do trabalho do psicólogo com base no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (CFP, 2005, p. 7)⁴⁷.

⁴⁶ Resolução N° 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2019.

⁴⁷ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

O Conselho Federal de Psicologia explica que este atua: na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas (CFP, 1992).

Já o documento interno Procedimento Operacional Padrão (POP) do setor de Psicologia da FEAK explica que

O setor de psicologia trabalha visando ao favorecimento total da mente humana quanto à qualidade de vida psíquica e social, por ser uma ciência que estuda a mente e o comportamento humanos e auxilia na promoção do bem-estar físico e psicossocial do indivíduo. Estando inserida em uma instituição psiquiátrica, tem como objetivo oferecer um tratamento que estimule a elaboração dos conflitos internos e externos do paciente acometido por um transtorno mental. (FEAK, 2016, p.2).

Portanto, a psicologia auxilia nos aspectos mentais propiciando oportunidades para que o paciente tenha esse recurso terapêutico e possa, dependendo de cada caso, aprender a lidar com a doença. Conforme o POP, o trabalho consiste:

Na integração total do pensamento e do comportamento do paciente em situação de desequilíbrio mental, oferecendo espaço acolhedor e técnico para que entre em contato com seus prejuízos emocionais e sociais de forma segura e adequada, contando com os preceitos éticos que norteiam a categoria de psicologia. O setor acredita na reinserção social e profissional do paciente após a alta, bem como no favorecimento dos vínculos familiares e na total adequação e fortalecimento de seus sentimentos quanto à compreensão dos sintomas psiquiátricos, para melhor articular e elaborar seus conflitos, de forma saudável e produtiva para sanar suas limitações, empoderando o paciente quanto às suas capacidades e potencialidades, visando à compreensão para o cuidado assertivo na administração das terapias propostas, a fim de possibilitar o controle psíquico e equilíbrio de suas emoções. Tendo ainda como objetivo oferecer um espaço de escuta sobre o pensamento fragmentado e dissociado da realidade, na busca da causa do sintoma, para melhor compreensão interna do paciente sobre si mesmo, decifrando o inconsciente, possibilitando o insight (FEAK, 2016, p.3).

Conforme este mesmo procedimento operacional padrão, os atendimentos de psicologia no HAK consistem basicamente em:

- Entrevista inicial;
- Psicoterapia de Apoio:

O atendimento de apoio consiste em dar suporte para o paciente, individualmente, trabalhar as queixas, os conflitos emocionais e familiares e a adaptação às suas necessidades a partir da internação, ou seja, fortalecer seu ego para lidar com seus conflitos e ter condições de trazer à tona seus potenciais, buscando trabalhar inibições e sintomas incômodos da doença e manejar seu equilíbrio psíquico (FEAK, 2016, p. 5).

- Atendimento de Emergência Psicológica: é um atendimento de apoio realizado individualmente com caráter de acolhimento emergencial frente às necessidades emocionais do paciente.
- Atendimento psicológico individual de desligamento: este atendimento acontece no momento da alta hospitalar, em que são trabalhados os benefícios do tratamento, os planos pós alta, a importância de continuar o tratamento medicamentoso, ambulatorial e estimular a busca de sua reinserção social (POP, 2016, p. 5).
- Grupo psicoterapêutico: tem como propostas avaliar o paciente no contexto coletivo, orientar quanto ao tratamento e medicação, estimular e organizar a conversação, lidar e perceber os sintomas da doença (FEAK, 2016, p.5).
- Atendimento Familiar:

O atendimento familiar visa dar um apoio emocional e psicológico aos familiares, frente às angústias decorrentes da internação, e orientá-los em relação aos cuidados necessários para o tratamento psiquiátrico do paciente. Tem ainda o objetivo de colher dados e informações relevantes da história do mesmo (FEAK, 2016, p.6).

- Passeios Terapêuticos: são realizados em conjunto com outros profissionais da equipe técnica com o intuito de oferecer momentos de entretenimento e integração social assim como trabalhar a autoestima e autonomia dos pacientes (FEAK, 2016, p.6).

O objetivo da descrição do setor de psicologia consiste em compreender a dinâmica desse setor e os atendimentos oferecidos. Assim como o setor de Terapia Ocupacional, após os atendimentos, são registradas as evoluções dos pacientes no Prontuário Eletrônico do Paciente. Este setor também participa das reuniões clínicas das equipes para definirem o tratamento adequado a cada paciente.

Todo esse aparato de cuidados do setor de psicologia propicia ao paciente um apoio no que diz respeito ao seu aspecto mental e emocional, concedendo-lhe um suporte desde sua chegada ao hospital até o momento da alta. Ao internar, o paciente chega totalmente em surto psicótico, ou seja, desorganizado, desagregado, desconexo, confuso e muitos chegam completamente fora da realidade e sem crítica. De fato, o comportamento daqueles que serão internados varia de acordo com o diagnóstico e com o momento em que se encontra a doença: se é psicótico,

chega delirante, com alucinações, desorganizado, confuso, sem crítica da doença. Se for dependente químico, pode chegar com abstinência, também desorganizado e também em surto psicótico, se for por comorbidades. Se for depressivo, pode chegar não somente fragilizado, mentalmente, mas também fisicamente, principalmente se for após tentativa de suicídio. Finalmente, cada doença apresenta sua peculiaridade e cada paciente se apresenta de um modo perante os sinais e sintomas das doenças.

Como respaldo, os pacientes têm suporte psicológico com intervenções, as quais colaboram efetivamente para o sucesso do tratamento, fazendo com que se compreendam e se conheçam melhor, seja em um atendimento individual, seja em grupo. Observa-se que esse apoio psicológico corrobora com o processo de humanização do tratamento e dos atendimentos propriamente ditos. Enquanto a lei da reforma psiquiátrica discutia o fechamento de hospitais, no HAK, via-se uma equipe buscando alternativas para não fechar a instituição e, concomitantemente, continuavam seus atendimentos de forma que contribuíssem com a dignidade do tratamento, embora o HAK ainda tivesse muitos pacientes de longa permanência necessitando resolver a questão da “desinternação”. Ressalta-se a importância do apoio psicológico, inclusive neste momento, já que surge a necessidade de auxílio e apoio no preparo desses pacientes para a alta.

A alta dos pacientes de longa permanência é diferenciada com relação às altas dadas no dia-a-dia dos tratamentos, já que aqueles pacientes estão de certa forma enclausurados. Nesse contexto, o HAK permanece em situação inerte, já que se trata, na maioria dos casos, de abandono familiar, pois não é aconselhável dar uma alta desacompanhada e, ademais, sem o apoio familiar, pois o paciente pode permanecer em situação de rua. Diante desse tipo de problema, é necessário outro tipo de serviço para oferecer e resolver a vida desses internos que vivem entre os muros do hospital.

Por outro lado, é de suma importância que os pacientes adquiram aprendizado sobre a vida fora das paredes do hospital, sendo necessário, portanto, o apoio da equipe multiprofissional para “ensinar-lhes” a viver com autonomia de forma a lidar com o preconceito social.

3.2.3 *Desenvolvimento Humano*

Este setor foi criado recentemente e inaugurado no dia 18 de junho de 2018. Segundo o site da FEAK, ele agrega à sua estrutura em 2018 o Desenvolvimento Humano nomeado "Inspiração", dividido em seis degraus:

- Degrau 1:** Oficinas Expressivas: Nível terapêutico, Hospital DIA e CAPS III;
- Degrau 2:** Concentra-se em oficinas de profissionalização com o objetivo de inclusão social e geração de renda, garantindo aos seus "oficineiros" dignidade e qualidade de vida. Além das oficinas, é composto também pelas atividades de Educação ambiental;
- Degrau 3:** No degrau 3 são realizadas oficinas de Terceirização Solidária, nas quais empresas do setor privado geram trabalho para os "oficineiros";
- Degrau 4:** No quarto degrau ocorre a formalização da mão de obra em CLT dando autonomia, trabalho e renda para o profissional até então "oficineiro";
- Degrau 5:** Este degrau trata da capacitação técnica junto às instituições de ensino como SESI/SENAI a favor do desenvolvimento intelectual dos "oficineiros";
- Degrau 6:** No degrau 6 o objetivo é formalizar toda mão de obra e garantir a autonomia e integração social do profissional (FEAK, 2018).

A atual diretoria, por meio de seus estudos e projetos sobre a FEAK, pretende ampliar seus serviços objetivando a criação de um complexo que, no futuro, oferecerá várias possibilidades à pessoa com transtorno mental. Nessa direção, o Desenvolvimento Humano já iniciou suas atividades, pois o degrau 1, conforme definido pela direção, já acontece há muito tempo, com exceção do Caps que iniciou seus serviços recentemente em dezembro de 2018.

O Degrau 2 teve início em junho de 2018 e os demais degraus acontecerão conforme o degrau estiver funcionando, pois até o momento desta pesquisa, apenas duas oficinas estão funcionando e outras já estão no projeto para iniciarem. Segundo postagem na rede social da Fundação, na Página do Facebook, a FEAK fez a seguinte divulgação:

É com muita felicidade que a Fundação Espírita Allan Kardec anuncia seu novo setor: o Desenvolvimento Humano. Seguindo a premissa quase centenária de altruísmo e auxílio, a Fundação iniciou em junho seu novo projeto, cujo propósito é tratar do acolhimento e da humanização dos indivíduos com transtornos mentais e cuja matriz está fundamentada na inclusão social e na dignidade deste indivíduo através da capacitação e geração de trabalho e renda. O projeto prevê ainda atividades culturais, esportivas e terapias integrativas que colocarão os usuários do serviço em contato direto com a comunidade, promovendo a integração e eliminando preconceitos (FEAK, 2018).

O Projeto do Desenvolvimento Humano é composto por trabalho protegido, por meio da realização de oficinas que visam à geração de trabalho e renda com atividades resultantes em produtos e serviço, cujo objetivo é incluir os pacientes socialmente através do trabalho, promovendo, dessa forma, a cidadania e a reabilitação psicossocial. O público alvo deste projeto são pessoas não somente portadoras de sofrimento/transtorno mental, mas também pessoas com dependência química (por álcool e drogas) (VIEITEZ, 2018, p. 3)⁴⁸.

A inauguração do Desenvolvimento Humano foi marcada pelo início do Curso de Costura Manual de Calçados para pacientes de longa permanência internados no HAK, no Hospital Dia e de ex-pacientes que foram convidados para fazerem parte deste curso, realizado no período de quatro meses, três vezes por semana. O curso foi oferecido pelo SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e após o período do curso, iniciou-se a Oficina de Costura Manual propriamente dita.

No dia cinco de setembro, através de uma eleição virtual, as oficinas do Desenvolvimento Humano foram nomeadas como “Inspiração” e, em princípio, foram formadas pelas Oficinas de Reciclagem de Lixo Eletrônico e Costura Manual. Pretende-se, posteriormente, abrir oficinas de produção de calçados, marcenaria e horticultura cujas mercadorias, em um futuro próximo, poderão ser disponibilizadas para venda para a comunidade com renda revertida aos “oficineiros”⁴⁹.

A primeira oficina foi, então, inaugurada no dia dezoito de setembro de dois mil e dezoito, sendo chamada de Oficina de Reciclagem de Eletrônicos em que os equipamentos doados são desmontados pelos “oficineiros” para, em seguida, terem seus componentes e peças revendidos para empresas especializadas. A renda gerada com o comércio dos equipamentos é revertida para os “oficineiros” do Projeto (FEAK, 2018).

⁴⁸ O projeto Oficinas Inspiração é um documento interno da FEAK, escrito pela supervisora do projeto, Renata Reis Vieitez (Terapeuta Ocupacional).

⁴⁹ Oficineiros são as pessoas com sofrimento psíquico que trabalham nas oficinas terapêuticas.

Figura 4- Oficina de Reciclagem de Eletrônicos



Fonte: Fundação Allan Kardec. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.1871568599558959/1871569049558914/?type=3&theater>.

Figura 5- Oficina de Reciclagem de Eletrônicos



Fonte: Fundação Allan Kardec. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.1871568599558959/1871569149558904/?type=3&theater>.

Figura 6- Oficina de Reciclagem de Eletrônicos



Fonte: Fundação Allan Kardec. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.1871568599558959/1871568902892262/?type=3&theater>.

A segunda oficina teve início assim que os pacientes concluíram o curso de costura manual oferecido pela escola SENAI. Esta oficina, segundo o projeto das oficinas Inspiração (VIEITEZ, 2018, p. 3), tem como objetivo aumentar habilidades, favorecer a autonomia, valorizar a singularidade e o desenvolvimento do potencial criativo. Tem um caráter profissionalizante e colabora legitimamente para a inserção social, já que exige certo grau de criatividade permitindo que o “oficineiro” coloque em prática seu processo criador e inovador nas costuras manuais.

Figura 7- Oficina de Costura Manual



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Desenvolvimento Humano

Figura 8- Oficina de Costura Manual



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Desenvolvimento Humano

Figura 9 - Oficina de Costura Manual



Fonte: Foto fornecida por Mario Arias Martinez, presidente da FEAK.

Vale ratificar a importância da valorização dos aspectos criativos desenvolvidos nas oficinas, uma vez que favorecem e se adequam ao processo humanizador do projeto do Desenvolvimento Humano, permitindo que o paciente possa demonstrar seu potencial.

O trabalho de geração de renda está preconizado na Portaria nº 3.088/11 e destaca que se devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território, de forma a garantir a melhoria das condições concretas de vida, a ampliação da autonomia, a contratualidade e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011).

Em vista da descrição das atividades desenvolvidas, os critérios do projeto do desenvolvimento Humano e os da portaria reforçam a preocupação frente à inclusão social, revelando o aspecto humanizado dos atendimentos e a busca pela manutenção dos direitos humanos preservados. Ao realizar este tipo de atividade, o paciente se vê nesse processo criativo que permite a sua valorização, sobretudo, ao ver seus produtos serem comercializados.

A interação com a realidade fora das paredes da instituição contribui para que o paciente se sinta realmente importante e útil em meio àquelas atividades, podendo

receber seu salário e usá-lo como bem quiser, seja comprando alimentos, roupas ou qualquer outro produto. Desta maneira, o projeto propicia autonomia e corrobora com o desenvolvimento humano.

3.2.4 Educação Física

O setor de Educação Física do HAK, diferentemente da Terapia Ocupacional e da Psicologia, não está declaradamente preconizado nos recursos humanos das legislações referentes às normas para o atendimento hospitalar de saúde mental. É curioso salientar que a Educação Física foi citada somente na portaria 224, referente aos atendimentos nos leitos ou unidade psiquiátrica em hospital geral, no item 3.2, que diz: [...] os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas. Mas nos recursos humanos dos atendimentos no hospital geral, a Educação não está incluída:

3.4. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por: – 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo; – 1 enfermeiro; – 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional); – profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2002, p. 61).

Trata-se de fato interessante a Educação Física estar na Portaria somente no Hospital Geral e não no Hospital Especializado, sendo que este último dispõe de maior espaço, quando no Hospital Geral, dificilmente áreas apropriadas e adequadas para a prática de exercícios físicos, oferecendo apenas o quarto de dormir e os leitos, ficando as atividades de Educação Física limitadas em termos de espaço.

O educador físico passou a compor uma equipe da saúde mental na portaria 3.588/2017, e na Nota Técnica nº 11 de 2019, em que o assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, e ao se referir sobre a Composição da equipe mínima, esta nota acrescenta o educador físico como membro da equipe.(BRASIL, 2019).

Informa-se ainda que o HAK dispõe de profissional de Educação Física bem antes da Portaria 224/92 estabelecer este profissional nos Hospitais Gerais. Os

atendimentos oferecidos pelo setor de Educação Física deste hospital são realizados em grupo e contam com o apoio e a presença do setor de enfermagem. Segundo o documento interno do Procedimento Operacional Padrão (POP) de Educação Física, este setor tem como objetivo:

[...] estabelecer diretrizes a serem seguidas pelos profissionais na execução do processo. A individualidade de cada paciente deve ser respeitada sempre antes de se iniciar um programa de atividades, pois cada paciente chega à internação com uma determinada condição física e psíquica. Um dos objetivos é desenvolver as qualidades físicas através de diversas atividades, porém não deixando de desenvolver além dos aspectos motores, também os aspectos afetivos, sociais e cognitivos. E um dos objetivos mais relevantes é possibilitar uma melhor interação em grupo e consequentemente a ressocialização do paciente (FEAK, 2017b, p. 3).

As atividades ministradas aos pacientes são desenvolvidas a partir das condições compatíveis com as habilidades motoras e psíquicas de cada um deles. Embora a atividade seja de natureza física, os valores morais, éticos, afetivos e sociais são aplicados com grande ênfase e, ainda que determinada atividade seja em grupo, o paciente é sempre avaliado individualmente de acordo com o Projeto Terapêutico Individual e seguindo os protocolos de atendimento do setor de Educação Física (CHAVES, 2018, p. 3). E finalmente, após o atendimento é relatada a observação do profissional, sendo feito o registro no PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente⁵⁰.

A Educação Física tem algumas particularidades, tais como os exercícios de relaxamento e alongamento diários que contribuem principalmente em casos de impregnação devido ao uso dos medicamentos psicotrópicos. As atividades através dos esportes auxiliam no trabalho para melhorar a baixa tolerância à frustração, principalmente nos casos de dependência química e de transtornos de personalidade, colaborando, ainda, no tratamento para a depressão, possibilitando uma melhor interação em grupo, além da ressocialização e do convívio social. Contribui, portanto, para a melhora de autoestima, atenção, concentração, imaginação, raciocínio, criatividade, respeito a si e ao próximo, melhora da deambulação⁵¹, coordenação motora, expressão corporal e psicomotricidade. Além desses benefícios, promove o desenvolvimento das capacidades físicas, sendo elas: resistência, força, velocidade, agilidade, flexibilidade, coordenação motora, equilíbrio

⁵⁰ É o prontuário no qual toda a equipe faz seus registros, tornando-se uma espécie de dossiê do paciente que permite verificar a evolução de seu quadro.

⁵¹ Ação ou efeito de andar ou caminhar.

e destreza. E para desenvolver esses aspectos motores, cognitivos e afetivos sociais, as atividades vão desde uma simples caminhada até atividades mais complexas e um exemplo de atividade é o teatro⁵², em que algumas peças teatrais foram elaboradas e desenvolvidas, para posteriormente, apresentadas em vários lugares, como no Teatro Municipal, em algumas universidades de Franca e região, em asilos, instituições e escolas.

A Educação Física se preocupa, ainda, com o relacionamento entre o movimento humano e outras áreas da educação, isto é, o relacionamento do desenvolvimento físico com o mental, social e o emocional, na medida em que eles vão sendo desenvolvidos (BARBANTI, 2005-2015, p. 1).

A prática regular de atividade física resulta em inúmeras adaptações orgânicas que, em conjunto com o aumento do metabolismo, melhora a saúde física e mental do paciente e também a das pessoas ligadas diretamente a ele:

O exercício físico influencia o homem em diversos aspectos, sejam eles fisiológicos (relacionados à capacidade física), psicológicos (relacionados aos aspectos psicobiológicos), sociais (relacionamentos sociais, profissionais, familiares, entre outros), e/ou econômicos (status, negócios, entre outros), ou ainda outros aspectos. Porém, o esclarecimento de como o exercício atua nesses aspectos, principalmente naqueles relacionados à psicobiologia, tem despertado grande interesse nos últimos anos, pois reconhece-se que sua prática regular proporciona uma série de benefícios funcionais. (FERREIRA; TUFIK; MELLO, 2001, p. 36).

A prática de exercício físico desencadeia várias adaptações metabólicas e endócrinas, oferecendo ao paciente uma influência no campo biopsicossocial, na busca de alternativas para superar as recaídas, as crises de abstinência, os surtos psicóticos e a baixa capacidade física.

O HAK valoriza os espaços para os atendimentos e, para desenvolver as atividades de Educação Física, conta com: quadra de esportes, praça do coreto, salão de jogos, campo de Bocha, campo de futebol, e também há um espaço diferenciado que é o Bosque do Beija Flor.

⁵² A atividade de teatro foi iniciada pelo setor de Educação Física em 1998 e a seguir, passou a ser realizado em parceria com o setor de Terapia Ocupacional.

Figura 10 - Quadra de esportes antes da reforma iniciada em agosto de 2017



Fonte: Fundação Allan Kardec.Setor de Educação Física

Figura 11 - Quadra de esportes após a reforma e inaugurada em 28/09/2018



Fonte: Fundação Allan Kardec.Setor de Educação Física

Figura 12- Campo de futebol



Fonte: Fundação Allan Kardec.Setor de Educação Física

Figura 13- Praça do Coreto



Fonte: Fundação Allan Kardec.Setor de Educação Física

Figura 14- Salão de Jogos



Fonte: Fundação Allan Kardec. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.429376117111555/1087215197994307/?type=3&theater>.

Figura 15- Campo de Bocha



Fonte: Fundação Allan Kardec. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.429376117111555/1087215197994307/?type=3&theater>.

3.2.4.1 Bosque do Beija Flor

Como uma alternativa para os atendimentos aos pacientes, é importante destacar o fator ambiental direcionado ao tratamento, tendo em vista que a Educação Física é desenvolvida em vários locais da Fundação. Sendo assim, a Educação Ambiental é considerada uma forte alternativa de tratamento atrelada à Educação Física.

O artigo intitulado “Psicologia Ambiental: objeto, ‘realidades sócio físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento” ressalta a importância da Psicologia Ambiental e explica que os aspectos sociais:

[...] e físicos do ambiente influenciam o comportamento das pessoas e como as ações das pessoas, por sua vez, afetam os seus entornos. Neste envolvimento torna-se necessária a promoção de esforços interdisciplinares a fim de abranger uma variedade diversa de dimensões (social, material) influenciadas por ou afetando o comportamento (CORRAL e VERDUGO 2005, p.72).

Essa afirmação constata que os pacientes ou as pacientes retornam motivados das atividades realizadas pelos atendimentos de Educação Física, quando desenvolvidos nos ambientes diversos pela Fundação, principalmente quando em contato com a natureza. Tais resultados podem ser verificados nos relatos registrados nos prontuários do setor de Educação Física e nas atas das reuniões clínicas.

O Bosque do Beija Flor foi um projeto idealizado em 2001 pela autora desta pesquisa e profissional do setor de Educação Física da FEAK e planejado em união com um Engenheiro Agrônomo que se voluntariou na tentativa de restituir uma pista de caminhada localizada, antes, em torno de eucaliptos que foram derrubados - quase totalmente - no ano de 1995. A diretoria da FEAK, na ocasião, aprovou o projeto o qual, em princípio, contou com o nome provisório “Alameda da Paz”. O nome Bosque do Beija Flor foi criado pela idealizadora do projeto e somente oficializado ao final de todo o processo de revitalização do local e de restituição da antiga pista. Outro ponto importante a se destacar no projeto em questão é que este gerou uma vaga de emprego criada no ano de 2002, cujo funcionário permanece até o tempo atual, ficando responsável de cuidar do espaço, de preparar a terra e as covas para o plantio das árvores, bem como de cuidar da manutenção de todo este espaço. Em vários momentos terapêuticos, alguns pacientes e a equipe técnica

participaram do plantio dessas árvores que são catalogadas em torno de quarenta e quatro espécies distintas, desde árvores nativas até árvores exóticas.

No dia 28 de março de 2003, aconteceu a inauguração desse espaço, sendo considerado um local de atividades não somente para o setor de Educação Física, mas também para toda a equipe que atende os pacientes. Atualmente, o bosque está passando por um processo de revitalização desde 2018 com reinauguração prevista para junho de 2019: os bancos foram trocados, um quiosque foi construído na área central, além de um espaço adequado para a realização de eventos, pois no mesmo possui um espaço gourmet com fogões, churrasqueira, geladeiras e mesas para acomodar várias pessoas e também com banheiros masculino, feminino e para cadeirantes. Além deste espaço, foram construídos banheiros em outra área próxima ao campo de futebol para atender os pacientes que estiverem em atividades.

Figura 16- Bosque do Beija Flor (antes da revitalização)



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

Figura 17- Bosque do Beija Flor



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

Figura 18 – Bosque Beija Flor⁵³ (revitalizado)



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

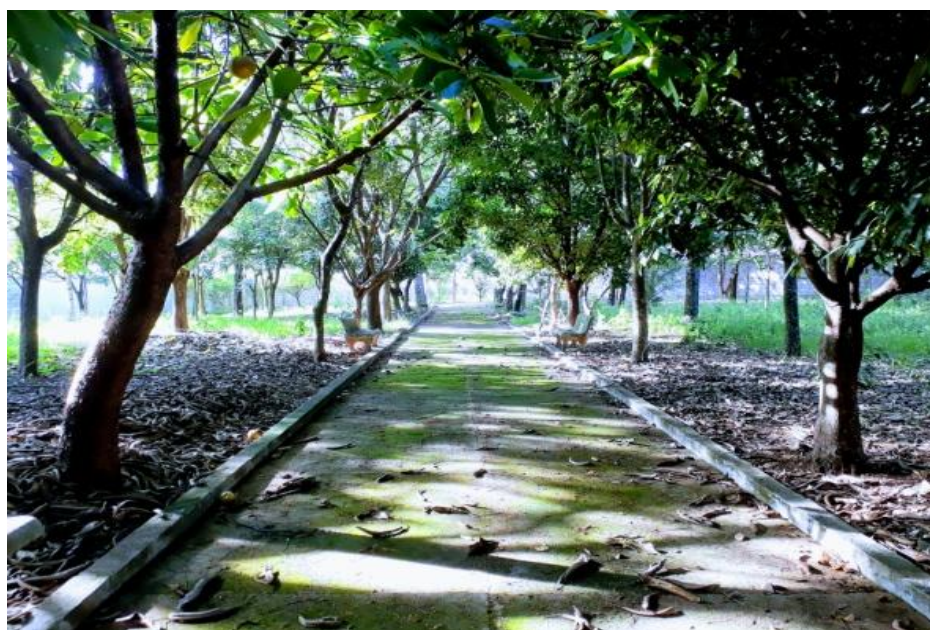
⁵³ Nota-se que o nome foi alterado, de Bosque do Beija Flor para Bosque Beija Flor.

Figura 19 - Bosque Beija flor



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

Figura 20 - Bosque Beija Flor



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

Figura 21- Bosque Beija Flor



Fonte: Fundação Allan Kardec. Setor de Educação Física

De acordo com o projeto do Bosque (FEAK, 2002), as espécies de árvores catalogadas são as seguintes: Aldrigo, Algodoeiro, Angico, Angico branco, Aroeira preta, Canafístula, Cássia Fedegosa, Cássia Grandis, Cássia Leptofila, Dilênia Índica, Gerivá, Graviola, Guarita, Ipê Amrelo, Ipê Branco, Ipê Jardim, Ipê Rosa Exótico, Jacarandá, Jacarandá, Jectiba, Magnólia, Maniero, Mogno, Monguba, Oiti, Palmito, Pau Ferro, Pau Marfim, Quaresmeira, Resedá Gigante, Saboneteira, Seafortia, Tinguí Preto, Tipuana e Triplaris. Para a inauguração, foram plantadas exatamente duzentas e sessenta e três árvores. Após a inauguração, e no decorrer do tempo, foram plantadas outras espécies.

Realizar atividades em um espaço rico em área verde contribui para a questão humanizada nos atendimentos, pois há relatos de pacientes que dizem retornarem se sentindo melhor para os setores após as atividades no bosque, já que o encontro com a natureza permite a interação consigo mesmo e com o outro, equilibrando mente e corpo em uma única sintonia.

Observando essas reformas na FEAK e comparando a instituição filantrópica com instituições do governo, percebe-se que na filantrópica é permitido que a iniciativa privada auxilie com doação em dinheiro. Em uma instituição governamental, certamente haveria inúmeros tramites legais de licitação e,

possivelmente, a conclusão das reformas demoraria anos. Ao contrário, a FEAK, conseguiu mobilizar empresários locais que apresentaram interesse em oferecer apoio e doar verbas destinadas para a reforma e cobertura da quadra de esportes, bem como para a revitalização o bosque. Essas obras foram concluídas em um período inferior a doze meses.

3.3 A Humanização nos atendimentos

Sabe-se que as doenças mentais exigem um tratamento prolongado, exatamente pelo formato de tratamento ligado a uma cultura institucional. O tratamento ocorre em um aprendizado das pessoas com sofrimento mentais a conseguir lidar com a doença para que o tratamento tenha êxito, através de uma interação dos pacientes com a família, amigos, trabalho e com a sociedade. Caso houvesse a cura, esses pacientes nunca mais internariam e muito pelo contrário, em algum momento, este retorna para a internação integral quando em surto psicótico.

A psicopatologia remete a essa cultura institucional, em que ao cuidar da pessoa com transtorno mental exige que o tratamento seja oferecido por uma equipe multiprofissional, já que cada área atenderá os pacientes com suas terapêuticas, abordagem, parecer e visão específicas. No tratamento psiquiátrico, a responsabilidade da alta do paciente é da equipe e não apenas do médico, como nas internações por motivos clínicos. Essa cultura institucional difere-se dos hospitais clínicos, se, por exemplo, algum paciente chega para tratar de um braço fraturado. Ao receber os devidos cuidados, logo recebe alta, o que não acontece na saúde mental, em que o tratamento é de alta complexidade, exigindo todo um aparato não somente com terapias medicamentosas, mas também com psicoterapias e com equipe multiprofissional.

Com base no que as legislações preconizam, observa-se uma preocupação do governo em propiciar à pessoa com transtorno mental a garantia dos direitos humanos em todos os sentidos, não somente mental, bem como em todos os níveis de saúde. No entanto, acabou ocorrendo uma má interpretação da Lei 10.216, já que imediatamente surgiu a determinação para o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec do município de Franca não foi fechado com a aplicação da lei, entrando em briga judicial e, surpreendentemente, ampliando os seus serviços com a preocupação em manter sua subsistência. Importa ressaltar que, no decorrer do fechamento de outros hospitais no período de 2001 até o tempo atual, a instituição acabou recebendo pacientes moradores e que continuaram sendo pacientes moradores do HAK.

Percebe-se que nos atendimentos investigados, os objetivos em comum - da terapia ocupacional, da psicologia, do desenvolvimento humano e da educação física - são a reinserção social e o tratamento humanizado. Constatou-se que estas são as maiores preocupações desses setores em consonância com as legislações, buscando a valorização dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais para que sejam tratadas com humanidade e respeito.

A preocupação com o possível fechamento dos hospitais deixou de ser uma realidade, uma vez que os serviços prestados por instituições como o HAK oferecem a rede atenção psicossocial e promovem mais uma possibilidade de tratamento para o paciente. Vale lembrar que a participação do hospital psiquiátrico especializado na Raps deve ser o último lugar para se tratar, pois o paciente deve passar por toda a rede até se esgotarem todas as possibilidades de tratamento. Na cidade de Franca, interior do estado de São Paulo, a Rede não funcionava como um mecanismo, o que, de certa forma, sobrecarregava o HAK. Foi somente a partir de dezembro de 2018 que o Caps III foi inaugurado, mas, ainda assim, a própria Raps ainda está se ajustando.

No ano do descredenciamento do HAK com o SUS, em 2015, o ambulatório de saúde mental ficou sem médicos psiquiatras, pois todos naquele ano pediram demissão e o serviço de saúde mental da cidade se transformou em um caos. Muitos pacientes do ambulatório ficaram sem receita, sem tratamento e, conseqüentemente, entraram em surto psicótico precisando da internação integral. Lamenta-se profundamente este fato, afinal, a lei e sua teoria acerca dos objetivos dos tratamentos são expressivas e, portanto, os municípios devem ter um olhar voltado para essa parte da população, dando-lhe voz para essa figura frágil e excluída da sociedade.

O paciente psiquiátrico é classificado, em uma escala social, como uma das figuras mais frágeis da sociedade, encontrando-se no patamar mais baixo entre

todos os tipos. Na grande maioria das vezes, ela não tem voz ativa, ou seja, não consegue falar por si mesma, reclamar ou até mesmo se expressar, tampouco ter seus direitos adquiridos.

O descrédito social e o preconceito são desmedidos e, para a sociedade, é cômodo que esses seres humanos permaneçam dentro dos muros de um hospital psiquiátrico para não incomodar a tranquilidade da população. A voz desses pacientes praticamente é a do outro, pois ele próprio não se representa. Quem fala por ele é sua família que, em muitos casos, não é presente e em outros, não existe. Restam apenas curadores ou profissionais da área a saúde para defendê-los.

Manter o cuidado à pessoa com transtorno mental é, portanto, complexo e exige um olhar diferenciado a esses pacientes. É preciso que o governo continue aplicando as leis para esse cidadão marginalizado com incentivos às instituições e às equipes que atuam trabalhando e desenvolvendo todos os cuidados necessários.

Quanto ao HAK, as equipes têm buscado contribuir para que a pessoa com transtorno mental tenha uma ressignificação em sua vida procurando ter a sua própria voz e conseguir a autonomia. É fato que no HAK encontram-se pacientes nos mais diversos estágios da doença mental e alguns estão muito comprometidos mental e fisicamente. Sem contar aqueles de longa permanência que estão bem envelhecidos.

O HAK se preocupa em “desospitalizar” os pacientes de longa permanência, não somente para atender às leis, mas também porque acredita que o paciente tem condições de viver em meio à sociedade, mas com um suporte multiprofissional.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e são impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos (CCMS, 2018).

Tendo em vista o texto acima, já se iniciaram as discussões com municípios vizinhos para transferir os pacientes pouco a pouco para as “Residências Terapêuticas. Pensando no cuidado para não impactar bruscamente a vida desses pacientes, o HAK reformou uma casa da própria Fundação para ser uma Residência

Transitória⁵⁴ na intenção de “treinar” esses pacientes, ou seja, ensinar esses pacientes a viver em uma casa comum antes de irem oficialmente para a Residência Terapêutica. A Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 esclarece em seu Art. 1º, Parágrafo Único, que,

[...] os Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, são destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

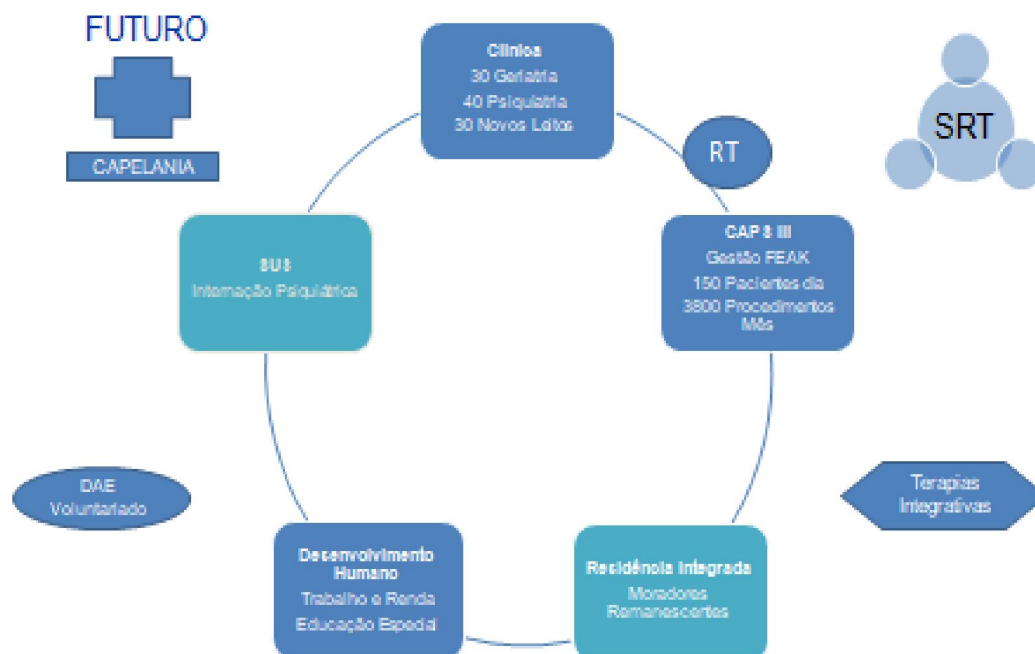
Esse programa do SRT é voltado justamente para o paciente excluído o qual, sem família, poderá iniciar um novo caminho para sua vida. É evidente que o SRT terá uma equipe para auxiliar os pacientes a iniciarem uma nova trajetória de tratamento e de autonomia. O Art. 5º da Lei nº 10216 trata a questão dos pacientes de longa permanência e explica que,

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Para que o programa SRT seja bem-sucedido, é preciso que a Raps funcione adequadamente, pois se houver alguma recaída ou surto psicótico de algum paciente que esteja nas residências terapêuticas, ele terá onde recorrer. A lei não permite mais que pacientes permaneçam em regime asilar nos hospitais psiquiátricos e é notado que a nova direção da FEAK quer ajustar o HAK em conformidade com a lei, propiciando aos pacientes a possibilidade de um novo sentido em suas vidas, seja por meio do projeto do Desenvolvimento Humano, independente do degrau – como, casos de pacientes na fase aguda ou de pacientes de longa permanência – seja pela desinstitucionalização dos pacientes de longa permanência para as residências terapêuticas.

Foi elaborado pela direção atual no fim de 2017 um planejamento estratégico mostrando uma visão de futuro, conforme o quadro abaixo, para elucidar o que se pretende para o futuro da FEAK.

⁵⁴ Esta Residência Transitória é uma iniciativa própria da FEAK, pois não está preconizada na lei.

Quadro 3 – O futuro da FEAk

Fonte: Quadro fornecido por Mario Arias Martinez, atual presidente da FEAk.

Alguns dos projetos dessa visão de futuro já estão em pleno funcionamento, como o Desenvolvimento Humano e o Caps. E outros que já existiam, como a internação psiquiátrica do SUS, a clínica particular e convênios e o serviço voluntário do DAE. A Residência Transitória já está totalmente pronta quando os municípios iniciarem as suas residências terapêuticas

E um ponto interessante a ressaltar, é a criação da Capelania, em que será dada a oportunidade dos pacientes receberem atendimentos de religiosos, de qualquer religião, caso este ou sua família manifestem o interesse. As terapias integrativas pretendem-se criar atividades holísticas e alternativas para melhor interação não somente dos pacientes, mas também dos funcionários, oferecendo a estes a oportunidade de fazer parte desse processo buscando o bem estar físico/mental. A residência integrada será destinada para os pacientes de longa permanência que não apresentam condições físicas para a desintitucionalização, ou seja, os acamados, que usam fraldas e sondas. Como visão de futuro pretende-se manter o acolhimento desse grupo de pacientes dando-lhes dignidade e humanização no tratamento, não somente para estes, mas para todos os pacientes.

3.4 Proposta de intervenção

Tendo em vista as discussões realizadas e os apontamentos feitos no decorrer da pesquisa, apresenta-se, nesta seção final, como proposta de intervenção exigida pelo mestrado profissional, uma proposição à instituição citada, com o objetivo de somar e contribuir para com o aspecto humanizado dos recursos terapêuticos para os pacientes.

Foi constatado que o setor dos pacientes agudos são separados apenas por gênero e em cada setor, encontram-se todas as patologias concentradas em um único espaço físico, como exemplo, o setor masculino, encontra-se pacientes com dependência química junto com os psicóticos, e na ala feminina, acontece a mesma situação. É uma das primeiras sugestões de tomada de ação, e que objetiva auxiliar no aspecto humanizado da terapêutica, consiste na distinção dos pacientes por diagnóstico, ou seja, na separação entre os pacientes psicóticos e os dependentes químicos tanto na ala feminina, quanto na ala masculina. Essa ação justifica-se pelos obstáculos encontrados no dia-a-dia da internação, em que esses dois tipos de pacientes enfrentam sérias dificuldades em seu convívio, pois as características de suas doenças são diferentes e se manifestam de várias maneiras.

Outro ponto facilitador dessa separação está na abordagem da equipe ao paciente tendo em vista que, ao homogeneizar os grupos, percebe-se que há um ganho considerável entre seus integrantes, pois o profissional encontra condições de realizar suas intervenções com a linguagem adequada para o determinado tipo de paciente que está atendendo. Já com o grupo heterogêneo, o trabalho se mostra de certa forma, um tanto quanto limitado, pois em determinado atendimento o paciente pode estar mais atuante, no sentido do surto da doença, seja mais exaltado ou mais confuso e agressivo, o que acaba comprometendo o trabalho.

Reconhecem-se as dificuldades no que diz respeito ao aspecto financeiro, porque a separação das alas compreende a divisão não somente dos pacientes conforme seus diagnósticos, mas, considera-se, ainda, a separação entre os pacientes femininos e os masculinos. Dessa forma, as duas alas se transformariam em quatro no total, sendo duas alas femininas - uma para pacientes psicóticas e outra para dependentes químicas - e duas alas masculinas, da mesma forma, uma para psicóticos e outra para dependentes químicos.

Para a concretização desta proposta torna-se necessário, portanto, ampliar o quadro de funcionários da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e da equipe técnica, sendo fundamental a utilização de verba suficiente para essa adequação. É de conhecimento da pesquisadora o grau de dificuldade para efetivar essa ampliação, bem como para construir esse novo espaço, uma vez que os serviços prestados ao HAK são de responsabilidade do governo. Sabe-se que como a Instituição enquadra-se como Fundação e por esta razão não paga tributos, os colaboradores/doadores não podem receber incentivos fiscais por doarem qualquer quantia, ou seja, aqueles que doam algum dinheiro às instituições filantrópicas, de certa forma, estão assumindo um ônus que deveria ser do próprio governo. A FEAK, com toda a sua história e seriedade nesse tipo de prestação de serviços, juntamente com outra característica muito relevante que é o fato de seguir a doutrina espírita, é expressiva não somente em Franca, mas também na região, com um grupo de pessoas que segue a mesma doutrina religiosa e busca, efetivamente, colaborar com a instituição.

A população do município de Franca muito já colaborou e ainda colabora com a FEAK. Além disso, várias empresas já praticaram grandes doações as quais contribuíram, por exemplo, para a reforma da quadra de esportes e a revitalização do Bosque do Beija Flor. Tais reparos foram possíveis graças ao incentivo das empresas da cidade, que doaram grandes importâncias sem receber em troca qualquer tipo de isenção de impostos ou algo do gênero.

Ao entrar no site da FEAK, o usuário de internet se depara com uma caixa que se abre com a seguinte frase, pedindo doações: “SEJA UM CONTRIBUINTE. Ajude o hospital a continuar seu auxílio à sociedade”⁵⁵. Portanto, quem tiver o interesse em doar, ali mesmo no site o usuário encontra a opção dos valores e o tipo de pagamento disponível.

Pensando então, que as empresas e as pessoas físicas fazem doações pelo simples prazer de colaborar e ajudar esta instituição e sabendo que, por ser uma Fundação, as pessoas jurídicas e físicas não podem ter nenhum tipo de benefício e incentivos fiscais, como proposta de intervenção e produto final dessa dissertação de mestrado profissional, pretende-se criar uma espécie de programa com o seguinte slogan, “*Adote a Fundação Allan Kardec!*”, além da criação de um selo com

⁵⁵ Disponível em: <https://www.kardec.org.br/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

esta frase para que cada empresa possa adotá-lo, dando a reconhecer sua colaboração com a FEAK.

De fato, sabe-se que há empresas que fazem doações e não querem ser identificadas, como aconteceu, por exemplo, na reforma da quadra de esportes, em que um grupo de empresários de empresas genuinamente francanas e famosas em todo o território nacional pediram que o empreendimento não fosse divulgado.

A divulgação do programa “Adote a Fundação Allan Kardec!” deve acontecer não somente pelas redes sociais, mas também pessoalmente para explanar os objetivos e projetos de ampliação das áreas dos pacientes agudos e da demanda da quantidade de funcionários necessária para essa ampliação. Após conseguir as doações e realizar as devidas reformas, a FEAK poderá dar um retorno para os que a adotarem, mostrando-lhes o resultado final das reformas, como forma de gratidão, já que os doadores não podem obter nenhum benefício.

Para elucidar com maior clareza, foi elaborada a planilha a seguir com o objetivo de visualizar o entendimento dessa proposta de maneira mais fácil.

Quadro 3 -PROJETO ADOTE A FUNDAÇÃO ALLAN KARDEC!

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KADEC	ÁREA MASCULINA	ÁREA MASCULINA	ÁREA FEMININA	ÁREA FEMININA	
<i>EQUIPE TÉCNICA</i>	<i>ALA PARA TRANSTORNO MENTAL</i>	<i>ALA PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA</i>	<i>ALA PARA TRANSTORNO MENTAL</i>	<i>ALA PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA</i>	<i>EQUIPE TÉCNICA</i>
	40 leitos ⁵⁶	25 leitos	25 leitos	15 leitos	
MÉDICOS					2
ENFERMEIROS (considerando 3 turnos)					9
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (considerando 3 turnos)					56
ASSISTENTE SOCIAL					2
TERAPEUTA OCUPACIONAL					2
EDUCADOR FÍSICO					2

⁵⁶ Estes números se aproximam da realidade existente no Hospital.

FARMACÊUTICA					1
NUTRICIONISTA					1
Total	40	35	25	15	75
					profissionais

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados estudados

Essa planilha e o folder criado como sugestão (em anexo) pode contribuir de forma que as empresas tenham em mãos um material visual e didático que colabore com a compreensão acerca de todas as informações necessárias para o leitor, empresário e até mesmo pessoa física que queira tornar-se um doador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção dessa dissertação foi traçar a evolução da saúde mental em sua história, por meio da descrição do contexto da reforma psiquiátrica partindo do nível nacional até se chegar ao município de Franca e, por conseguinte, à Fundação Espírita Allan Kardec, com o objetivo principal de se verificar a situação das questões da saúde mental de acordo com a lei vigente, contemplando, ainda, o aspecto da humanização dos atendimentos desta instituição.

No decorrer da pesquisa, o aprendizado sobre as políticas públicas de saúde mental muito grande foi, mas, por outro lado, também houve muitas dificuldades relacionadas às mudanças das portarias. Na FEAK, não havia mudanças significativas por muitos anos e, justamente no período da pesquisa, houve e ainda está havendo muitas modificações no perfil dos recursos terapêuticos e até mesmo na estrutura física da instituição. Em decorrência dessas alterações na FEAK e das próprias políticas públicas, muito do que já estava escrito na dissertação precisou ser modificado, além de ter sido necessário o estudo das novas portarias com vistas à correção e atualização da pesquisa.

O aprendizado também foi possível com a nova diretoria da Fundação, cujos integrantes, embora nunca tivessem trabalhado no setor público, analisaram e buscaram aprender como se funciona esse tipo de prestação de serviço, fazendo um planejamento estratégico visando às melhorias em todos os aspectos, não somente físico, mas também humano, objetivando melhorar as condições de vida dos pacientes e manter sustentação financeira da FEAK. É válido lembrar que os projetos podem ter continuidade e há forte pretensão de ampliação dos serviços. E de acordo com este planejamento estratégico, foi possível perceber que ao comparar o que já está em pleno funcionamento na FEAK com o quadro 4 que mostra a visão de futuro, esta aparece quase completa, ou seja, poderia se dizer que o futuro já chegou, pois pouco falta acontecer de acordo com este planejamento.

Atualmente a FEAK tem dificuldades para receber emendas parlamentares porque não está credenciada pelo SUS desde 2015, ou seja, sem o credenciamento com o SUS, não é possível receber essas verbas. Mas embora esteja descredenciada e considerando as dificuldades, o auxílio financeiro foi determinado

judicialmente. Ainda assim, é preciso que haja uma resolução definitiva para que o Hospital Psiquiátrico seja novamente credenciado pelo SUS, tendo em vista que este retornou para a Raps.

Como instituição filantrópica, foi possível verificar que esta cumpre verdadeiramente sua missão e realiza efetivamente a filantropia, pois são agendadas mais de cem consultas totalmente gratuitas realizadas pelos médicos da FEAK para a comunidade local. Além das internações encaminhadas pelos serviços do município, a FEAK busca manter a vocação e a missão de seu fundador, o senhor José Marques Garcia, que no início do século XX, praticava caridade e filantropia para a população mais rejeitada pela sociedade.

De fato, a pesquisa comprovou escassez no quadro de funcionários, cujos setores trabalham com seu quadro mínimo, prejudicando os atendimentos e os demais serviços. Como o quadro de técnicos de enfermagem está em seu limite e este setor acompanha a equipe técnica em seus atendimentos, muitas vezes, alguns atendimentos da equipe técnica não podem acontecer devido à ausência desses profissionais. Outrossim, é preciso que um funcionário saia para realizar um acompanhamento fora do hospital ou se mantenha ocupado com alguma intercorrência, resultando em cancelamentos em algumas atividades devido à falta de membros da equipe técnica. Conclui-se que o número escasso de funcionários no setor em questão seja um reflexo do baixo valor repassado para a Fundação.

Embora a lei e as portarias valorizem os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, essas determinações não garantem a humanização nos atendimentos, pois o resultado esperado depende muito da gestão hospitalar. Para que se obtenham os devidos benefícios, é preciso manter a equipe trabalhando de forma coesa e conexa, buscando os mesmos objetivos referentes ao paciente. Caso a equipe não compartilhe os mesmos objetivos e não trabalhe de forma coerente, os resultados não serão contemplados com êxito e consequentemente não haverá sucesso no tratamento, tampouco humanização. E na FEAK, foi possível verificar a preocupação das equipes em buscar sempre essa coesão necessária ao trabalho em equipe.

Porém, dado o interesse dessa instituição em manter seus atendimentos com qualidade, apesar da falta de funcionários e, a partir da observação dos documentos internos, foi possível concluir que há grande preocupação de toda a comunidade

hospitalar em preservar os direitos humanos dos pacientes na tentativa de dar-lhes os respaldos necessários para que se mantenham no tratamento com dignidade, haja vista que muitos pacientes estão abandonados por suas famílias e alguns deles internados compulsoriamente com alta médica, porém, sem o alvará de soltura do juiz. Não sendo um hospital judicial, esta instituição apresenta dificuldade em lidar com seus pacientes, pois vários são os motivos das internações e, em caso de pacientes homicidas, há certa preocupação no resguardo também dos profissionais. Embora esse tipo de paciente possa ser contido quimicamente pela terapia medicamentosa, ele não deixa de ser uma preocupação constante para a FEAK. Ademais, essas internações acontecem em grande número e resultam na ocupação de vagas de pessoas que também precisam de internação.

Ainda que o tema dessa pesquisa seja muito amplo e aponte para várias vertentes, é de suma importância que esse assunto não se esgote, pois, muitas mudanças estão acontecendo desde a reforma psiquiátrica e nos três últimos anos, as alterações nas portarias oscilaram muito fazendo com que os serviços permanecessem instáveis e com inseguranças e incertezas.

O esforço das políticas públicas de saúde mental nesses últimos anos com a lei 10.216 foi de reduzir os leitos e, atualmente, o que está acontecendo é o contrário, já que existe a necessidade de ampliar os leitos psiquiátricos, requerendo novas mudanças nas políticas, e como exemplo muito recente, a Nota Técnica lançada em fevereiro deste ano para esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Além das modificações já feitas em 2017 e 2018, a Nota acrescenta algumas modificações nas políticas públicas, como a internação de crianças e adolescentes nos serviços da Raps, a abstinência como forma de tratamento para dependentes químicos e a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, ECT, (eletrochoque) para os casos mais graves.

Sempre houve controvérsias no que se refere à utilização do ECT, indicado para depressões graves e esquizofrenias, principalmente as catatônicas, não podendo ser usado como forma de punição. As pessoas não podem ser punidas por terem sofrimentos psíquicos, como foi no passado, reservando-se para si todo o cuidado e preservação de seus direitos de serem tratados com dignidade. O ECT é usado atualmente em centro cirúrgico, com médicos psiquiatras e anestesistas e

todo o cuidado necessário. O próprio HAK já indicou como último recurso para um determinado paciente com esquizofrenia catatônica que já estava em vias de ser alimentado através de sonda, pois o médico já havia ministrado toda terapia medicamentosa possível e sem sucesso, e o ECT, foi que o salvou.

Espera-se que esta pesquisa tenha provocado certa inquietação no leitor para que se conheça a realidade das políticas públicas de saúde mental. Defende-se, ainda, que estudos como este, têm relevante participação no processo de contribuição para o encorajamento na luta por aqueles com sofrimento mental que não têm voz e que não são tratados de forma digna e respeitosa. Sugere-se, finalmente, a reforma dos espaços de atendimento, a ampliação do quadro e funcionários e cada vez mais mudanças nas políticas públicas que possam efetivamente colaborar para um olhar presente e direcionado ao paciente, dando-lhe todo o acolhimento e humanidade em seu tratamento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Scielo. FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=CNkXAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=loucos+pela+vida&ots=q12Re9HCi2&sig=6PeUhNuzSrnq2XXvmvqhmqm0TOF8#v=onepage&q=loucos%20pela%20vida&f=false>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v18n4/v18n4a14.pdf. Acesso em: 01 jun. 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBANTI, Valdir. **O que é Educação Física**. Ribeirão Preto. [entre 2005 e 2015]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4568569/mod_resource/content/1/Texto%202.pdf. Acesso em: 29 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 27 mai. 2018.

_____. **Lei nº 9.608 de 18, de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 fev. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm. Acesso em: 19 jun. 2018.

_____. **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 28 dez. 2017.

_____. **Lei nº 13.297, de 16 de junho de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de junho de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13297.htm. Acesso em: 19 jun. 2018.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 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 (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 30 dez. 2018.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 146, n. 155, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 05 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18/05.** Biblioteca Virtual em Saúde. 2018a. Disponível em: <http://bvs.saude.gov.br/ultimas-noticias/2721-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2>. Acesso em: 19 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Editora MS, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5e_d.pdf. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.** 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>. Acesso em: 21 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 12 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Portaria-ms-224_92.pdf. Acesso em: 28 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Diário Oficial da União**, v. 14, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 544, de 7 de maio de 2018.** Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. 2018b. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/26571478/do1-2018-06-20-portaria-n-544-de-7-de-maio-de-2018-26571452. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental.** 1988. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em: 23 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**. Informativo eletrônico, ano 10, nº 12. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 09 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. 2018c. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 08 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. Ministério da saúde. HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização PNH**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 05 mai. 2019.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dapes. Coordenação Geral De Saúde Mental, Álcool E Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial - Relatório de Gestão 2011-2015**. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>. Acesso em: 21 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019**. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 19 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3ª edição revista e atualizada. Brasília, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2009. (Coleção Campo Teórico).

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - CCMS. **Residências Terapêuticas**. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/VPC/residencias.html>. Acesso em: 31 dez. 2018.

CHAVES, Maria Aparecida Gomes. **Projeto Terapêutico de Educação Física**. Fundação Espírita Allan Kardec. 2018 (documento interno da Instituição).

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSP. E ENTIDADES FILANTRÓPICAS - CMB. **A história de misericórdia das Santas Casas**. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso: 30 mai. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. **Resolução nº 316, de 19 de julho de 2006**. Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 ago. 2006. Seção 1, n. 158, p. 79. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3074>. Acesso em: 17 jan. 2019.

_____. **Terapia Ocupacional**. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382. Acesso em: 23 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA–CFP. **Atribuições profissionais do Psicólogo no Brasil: contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações**. 1992. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf. Acesso em: 16 jan. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA–CFP. **Resolução Nº 010, de 21 de julho de 2005**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília - DF. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO - CREFITO 3. **Terapia Ocupacional**. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/terapiaocup.asp>. Acesso em: 23 dez. 2018.

CORRAL-VERDUGO, Víctor. Psicologia Ambiental: objeto," realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento. **Psicologia Usp**. V. 16, nº 1-2, p. 71-87, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v16n1-2/24645.pdf>. Acesso: 21 mai. 2018.

Crefito 3. 18 de maio. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/noticias.asp?codnot=2617>. Acesso em: 05 mai. 2019.

DICIONÁRIO Aurélio. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>. Acesso em: 05 mai. 2019.

FERREIRA, Marisa; PROENÇA, Teresa; PROENÇA, João F. As motivações no trabalho voluntário. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. V. 7, nº 3, p. 43-

53, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v7n3/v7n3a06.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

FERREIRA, Sionaldo Eduardo, TUFIK, Sérgio, MELLO, Marco Túlio de. **Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividades física para usuários de drogas em recuperação**. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/revista-brasileira-ciencia-movimento-2001-n1-v9>. Acesso em: 24 dez. 2018.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. 11ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FUNDAÇÃO ESPIRITA ALLAN KARDEC - FEAK. **Projeto Bosque Alameda da Paz**. Programa de recomposição de maciço florestal em área particular no meio urbano. Autores: ROBERTO, Welson; GOMES, Maria Aparecida. 2002 (documento interno da Instituição).

_____. Setor Psicologia. **Procedimentos operacionais padrão - psicologia**. V.1. Franca, 2016.

_____. **O Hospital Allan Kardec**. Disponível em: <https://www.kardec.org.br/>. Acesso em: 28 dez. 2017a.

_____. Setor de Educação Física. **Procedimentos operacionais padrão – educação física**. V.1. Franca, 2017b.

_____. Setor de Terapia Ocupacional. **Procedimentos operacionais padrão - terapia ocupacional**. V.1. Franca, 2017c.

_____. **Desenvolvimento Humano**. Postagem do Facebook de 18/06/2018. Disponível em:
<https://www.facebook.com/allankardecf/photos/a.429376117111555/1733589706690183/?type=3&theater>. Acesso em: 24 dez. 2018.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) sociais**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. USP – SP. V. 13, nº 1, p. 25-36, jan./abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

LEAL, Luiz Gonzaga Pereira. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 14, n. 1-3, p. 22-27, 1994.

LUZ, Nadia. **Ruptura na história da psiquiatria no Brasil: espiritismo e saúde mental**. São Paulo: Editora UNIFRAN, 2006.

Manifesto de Bauru. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2019.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. V. 14, nº 4, p. 728 a 768, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142011000400012&script=sci_arttext#nota. Acesso em: 27 mai. 2018.

O CVV. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 12 mai.2019.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. V. 12, nº 3, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3861/386137986015/>. Acesso em: 29 mai. 2018.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL – OAB. São Paulo. **Cartilha das Comissões**. Disponível em: <http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/cartilhas-das-comissoes-oab-sp>. Acesso em: 11 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.

_____. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 09 dez. 2018.

Os 35 anos (e a atualidade) da Lei Basaglia, por ABRASME. Disponível em: <http://saudeecosol.org/2013/05/14/os-35-anos-e-a-atualidade-da-lei-basaglia-por-abrasme/>. Acesso em 19 mai.2019.

PICCININI, Walmor J. Voando sobre a História da Psiquiatria. **Psychiatryonline: Brasil**. V.5, nº 9, 2000. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano00/wal0900.php#1>. Acesso em: 20 mai. 2018.

POGETTI, Carlos Alberto. José Marques Garcia. **Exemplo Vivo do Espiritismo em Franca**. Ensaio Biográfico. 5ª edição. Franca – SP: Sírius Consultoria e Auditoria, 2008.

REDE DE PREVENÇÃO FORTALECIDA. **Sancionada a Lei que cria a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a Lei nº 13.819/2019**. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/blog/rede-de-prevencao-fortalecida/>. Acesso em: 12 mai. 2019.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. **Voluntários: um estudo sobre a motivação de pessoas e a cultura em uma organização do terceiro setor**. Franca - SP: Unifran, 2010.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil Philanthropy and social services in Brazil. **História**. V. 10, nº 3, p. 1095-1098, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/hcsm/v10n3/19316.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018. SÃO PAULO. (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. **DRS III - Franca**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-viii-franca>. Acesso em: 8 abr. 2018.

SENADO NOTÍCIAS. Agência Senado. **A cada 45 minutos, uma pessoa se suicida no Brasil, dizem especialistas na CAS**. Redação de 25/05/2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/05/25/a-cada-45-minutos-uma-pessoa-se-suicida-no-brasil-dizem-especialistas-na-cas>. Acesso em: 08 dez. 2018.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 26 mai. 2018.

VIEITEZ, Renata Reis. **Oficinas inspiração: transformando vidas, gerando renda, cidadania e inclusão social**. Projeto de desenvolvimento humano. Fundação Espírita Allan Kardec. 2018 (documento interno da Instituição).

XAVIER, Bruno de Aquino Parreira. A regulamentação do trabalho voluntário no Brasil. Breve análise da Lei nº 9.608/98. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 1, v. 7. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3530/a-regulamentacao-do-trabalho-voluntario-no-brasil>. Acesso em: 19 jun. 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 – Ofício de autorização de Pesquisa



Hospital Psiquiátrico Allan Kardec

Um Departamento da Fundação Espírita Allan Kardec

Reconhecida de Utilidade Pública Pela Lei Federal, 1386 de 18/12/62

Telefone: (16) 2183-3000 – Caixa Postal 65, Rua José Marques Garcia, 675 – CEP 14401-090 – Franca – São Paulo – Brasil

CNPJ nº 47.967.667/0001-40 www.kardec.org.br hospital@kardec.org.br Inscrição Estadual: Isento

Franca, 21 de janeiro de 2019.

OFÍCIO N.º 006/ 2019-Adm.

Prezado Senhor:

Referência: Pesquisa Curso de Mestrado

Ao mesmo tempo em que temos a elevada honra em cumprimentá-lo, servimo-nos do presente para informar que está autorizada a pesquisa de campo profissional MARIA APARECIDA GOMES CHAVES, aluna da UNESP – Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho.

Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Planejamento de políticas Públicas.

Mestrado Tema: Políticas Públicas de Saúde Mental. Com orientador: Prof. Dr. Genaro Alvarenga Fonseca.

Restrito ao exposto externamos protestos de elevada estima e considerações.



Lázara Maria Bernardes Batista
Administradora Hospitalar
CRESS-20.541



Dr. Carlos Alberto Baptista
Diretor Clínico
CRM – 86.184

A Sua Senhoria, o Senhor
D.D. Prof. Dr. Genaro Alvarenga Fonseca
ORIENTADOR DA MESTRANDA: Maria Aparecida Gomes Chaves
Franca-SP

ANEXO 2 – Modelo de sugestão de folder do projeto “Adote a Fundação Allan Kardec”

ADOTE A FUNDAÇÃO ALLAN KARDEC

- Ampliação dos espaços de convivência
- Separação das alas feminina e masculina por diagnóstico
- Contratação de funcionários

**CONTRIBUE E GANHE UM SELO DE
"AMIGO DA FEAK"**

Para mais informações:



 1621033000

 facebook.com/allankardecf/

SITE www.kardec.org.br/