

ROSEMARY GOMES DE OLIVEIRA

DA PRESENÇA ASILAR À VANGUARDA DESINSTINTUCIONALIZANTE: um
panorama da ofertas de leitos psiquiátricos em Minas Gerais.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG

2019

ROSEMARY GOMES DE OLIVEIRA

DA PRESENÇA ASILAR À VANGUARDA DESINSTINTUCIONALIZANTE: um
panorama da ofertas de leitos psiquiátricos em Minas Gerais.

Trabalho de Conclusão de Curso I elaborado pela graduanda
Rosemary Gomes de Oliveira, do curso de Terapia Ocupacional da
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de Minas Gerais

Orientadora: Simone Costa de Almeida

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

**Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Da presença asilar à vanguarda
desinstitucionalizante: um panorama da oferta de leitos psiquiátricos em Minas Gerais",
de autoria da docente Rosemary Gomes de Oliveira**

BANCA EXAMINADORA

Simone Costa de Almeida (Orientadora) ó UFMG/EEFFTO

Kátia Maria Penido Bueno ó UFMG/EEFFTO

Thaís Thaler Souza ó UFMG/EEFFTO

Belo Horizonte, 01 de julho de 2019

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por me honrar com seu cuidado e amparo.

E ao meu filho Arthur Giovany por me inspirar a ser uma pessoa melhor e a buscar sempre novas possibilidades.



AGRADECIMENTOS

Às mãos estendidas pelo caminho, que me auxiliaram e demonstraram por diversas vezes o valor do cuidado com o outro, estão presentes em minhas orações.

À professora Simone Almeida Costa, que com inigualável elegância no trato, fomentou em mim a busca por conhecimento e a orientação da tessitura deste trabalho de conclusão de curso.

À minha mãe Alzira e ao meu pai Jairo (*in memoriam*), de onde vem a base de meus valores que colaboraram para seguir resiliente, enfrentado os percalços do caminho.

A todos aqueles que no decorrer desta caminhada acrescentaram elementos para ampliar e fortalecer meu aporte de conhecimento teórico, prático, emocional e espiritual.

Eu sou lúcida na minha loucura, permanente na minha inconstância, inquieta na minha comodidade. Pinto a realidade com alguns sonhos, e transformo alguns sonhos em cenas reais.

Martha Medeiros

RESUMO

Concomitante ao contexto de mercantilização da loucura no Brasil, emergiu um movimento de denúncias e reivindicações profissionais, usuários e familiares em prol da reestruturação de uma nova rede de assistência, devido a precariedade do atendimento prestados nos hospitais e entidades psiquiátricas. A aprovação da Lei Nº 10.216/2001 institucionalizou a política nacional de saúde mental reorientando o modelo com a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária em contraponto ao asilar. Em consonância com a política nacional, o estado de Minas Gerais desenvolveu uma trajetória de avanços na implementação do modelo asilar bem como um vanguardismo nas experiências desinstitucionalizantes. A partir do cenário de comprometimento de Minas no que se refere a implementar as diretrizes da política antimanicomial, pretendeu-se com o presente estudo, verificar o delineamento do panorama da distribuição de leitos psiquiátricos no estado no período de 2008 a 2017. A análise dos dados verificou que o panorama de distribuição de leitos psiquiátricos no período analisado de 2008 a 2017 configurou-se pela redução do número total desse dispositivo. Houve macrorregiões com ocorrência de aumento de leitos psiquiátricos, no entanto, a despeito do decréscimo, cabe alertar que ainda existe parque asilar advindo da presença de hospitais psiquiátricos.

Palavras-Chave: Leitos Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica Mineira. Regionalização.

ABSTRACT

Concomitante to the commercialization of madness in Brazil, a denunciation movement emerged and closed professionals, users and family members in the process of restructuring a new service network, due to the precariousness of the care provided in hospitals and psychiatric institutions. The approval of Law No. 10,216 / 2001 institutionalized a national policy of mental reorientation with the creation of substitutive services to the psychiatric hospital, favoring treatment in community-based services as opposed to asylum. In line with a national policy, the state of Minas Gerais has drawn a trajectory of advances in the implementation of the model as well as a vanguardism in the deinstitutionalizing experiences. From the Minas commitment scenario, it is not to be established as one of the guidelines of the anti-asylum policy, the one intended with the present study, the verification of the outline of the panorama of the distribution of the psychiatric beds in the last period from 2008 to 2017. found that the distribution of psychiatric beds in the period analyzed from 2008 to 2017 was due to the reduction in the total number of devices. There has been an increase in the number of psychiatric beds, however, despite the decrease, the alertness that still exists for the health of psychiatric patients.

keywords: Psychiatric beds. Psychiatric Mental Reform. Regionalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 ó Distribuição Macrorregional da População, Município e Leitos Psiquiátricos de 2008 a 2019

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Leitos SUS em hospitais psiquiátricos brasileiros por ano (Brasil de 2002 a 2015).

Gráfico 2 - Macrorregiões de Saúde ó Leitos Psiquiátricos 2008 a 2017

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais

Figura 2 - Municípios com maior oferta de Leitos Psiquiátricos 2008-2017

Figura 3 - Panorama da configuração de Leitos Psiquiátricos em Minas Gerais



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CHPB - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

HGV - Hospital Galba Velloso

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IRS - Instituto Raul Soares

MS - Ministério da Saúde

PDR ó Plano Diretor Regional

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares do Ministério da Saúde

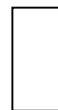
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RP - Reforma Psiquiátrica brasileira

SIELO - Scientific Electronic Library Online

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.2Leitos psiquiátricos no Brasil: reflexos de mudanças sociais e políticas.....	15
1.3Marcos do protagonismo do modelo hospitalocêntrico em minas gerais.....	17
1.4A implementação da Política Antimanicomial em Minas: aspectos vanguardistas do percurso.....	19
2.METODOLOGIA.....	22
3.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A política pública de saúde mental no Brasil ancorada na Reforma Psiquiátrica iniciada em 1970 tem sido constituída pela condução de ações voltadas para a construção de novos *loci* de cuidado, intervenção e produção de saúde, integrados ao território, à comunidade, aos espaços onde a vida cotidiana acontece (ALMEIDA, 2015). A formatação de múltiplos projetos societários, sob aspectos normativos e assistenciais que sustentam a progressa e a atual configuração das instituições que respondem pela atenção em saúde mental pode ser caracterizada ainda em franco processo de transição ou transformação (GOULART, 2015).

Encontrando-se circunscrita num processo político-social complexo e inacabado, a Reforma Psiquiátrica brasileira segue na busca de sustentar o delineamento de um outro lugar social para a loucura que, historicamente, foi pautada no modelo asilo-manicomial. Os mitos de periculosidade e invalidação social relacionados ao ólucô, sustentaram uma cultura de enclausuramento, relegando ao indivíduo asilado os espaços claustrofóbicos dos hospitais psiquiátricos (GOULART, 2015). A palavra exclusão para Resende (2000), é o vocábulo que melhor define a política de assistência asilar-manicomial oferecida as pessoas com sofrimento mental no país. O modelo assistencial precário praticado de acordo com Goulart (2015) se apoiou no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais, sem projeto clínico ou terapêutico real, resultando em superlotação dos hospitais, iatrogenia, altos índices de mortalidade e segregação.

O contexto da supressão à cidadania impelido a esses indivíduos impulsionou profissionais, usuários, familiares e segmentos diversos simpatizantes a uma busca pela superação do modelo manicomial, protagonizando um processo político e social no âmbito nacional que culminou com a aprovação da Lei Nº10.216/2001, denominada Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com Almeida (2015) embora sob a jurisdição federal, o processo de adesão à política antimanicomial adotada no país configurou-se multifacetado, apresentando variações em seu escopo e na intensidade da implementação pelos entes federados. A implementação de serviços de assistência ao indivíduo em sofrimento mental no Brasil desencadeou uma trajetória marcada por avanços, retrocessos, contradições, rupturas e desafios. Inserido nesse contexto, o estado de Minas Gerais protagonizou movimentos políticos sociais que emergiram em consonância com os eventos que aconteciam no país no final da década de 1970, contribuindo para fomentar mudanças teóricas e políticas no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no país.

Ainda que detentor de um legado hospitalocêntrico, o estado de Minas se caracterizou como exemplo vanguardista no campo da saúde mental no país (ALMEIDA, 2015). Em Minas Gerais, o movimento antimanicomial também surgiu de um processo de reivindicações de familiares, profissionais e usuários em prol da reestruturação de uma nova rede de assistência que para além de preconizar serviços substitutivos em detrimento aos leitos psiquiátricos, buscou ampliar espaços territoriais, sociais e culturais para prática da política de saúde mental.

Este trabalho de conclusão de curso é resultado da participação no projeto de iniciação científica desenvolvido a partir da tese de doutorado de Almeida (2015). O então projeto proporcionou verificar o alcance da implementação da política de saúde mental no estado de Minas Gerais por meio da elaboração de um banco de dados constituído por informações quantitativas dos municípios e mapeamento cartográfico dos equipamentos elegidos na investigação ó Leitos Psiquiátricos(LP), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). A extração dos dados para realização da pesquisa se deu por meio do acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES ó Ministério da Saúde (MS) e da Secretária Estadual de Saúde de MG no período de 2008 a 2017. O período foi escolhido de modo a alcançar os três últimos mandatos exercidos por gestores dos municípios.

A partir de tal delineamento foi definido o recorte leitos psiquiátricos SUS e Não SUS para ser alvo do trabalho de conclusão de curso. Devido ao histórico de fomento de leitos psiquiátricos e do posicionamento de luta aguerrida em prol da desospitalização, formulou-se a hipótese de que o alcance territorial da extinção do dispositivo leito psiquiátrico estaria restrito a alguns municípios sem alcançar a totalidade.

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso foi verificar o panorama da distribuição de leitos psiquiátricos identificados no estado de Minas Gerais no período de 2008 a 2017. Ao mapear a oferta de leitos psiquiátricos nos municípios mineiros que historicamente apresentam casos de destaque no que tange a valores quantitativos desse tipo dispositivo no país, pretendeu-se averiguar como a diretriz preconizada pela política antimanicomial de desativar o dispositivo foi configurada do estado. Esse trabalho justifica-se pela importância de estudar a redução ou não da oferta de leito psiquiátrico, dado o histórico anterior e a proposta de reforma psiquiátrica.

1.2 Leitos psiquiátricos no Brasil: reflexos de mudanças sociais e políticas

No Brasil, a assistência à pessoa com sofrimento mental iniciou-se em meados do século XIX, alguns anos após a chegada da família real no país. O marco inaugural da assistência a loucura no país ocorreu em 1852, com a fundação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, conhecido popularmente como o Palácio dos Loucos (ARY, 2009). Esse evento proporcionou ao Brasil se tornar o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio. Com base no alienismo francês esse hospital bem como outras instituições criadas durante os anos vindouros, mantiveram à tradição asilar por meio de leitos de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades como explicita Guimarães *et al.* (2013).

A população de internados cresceu de forma ascendente no Brasil, durante as primeiras décadas do século XX, sendo as décadas de 1940 e 1950 marcadas pela expansão dos hospitais públicos relegados a superlotação e abandono. O aumento expressivo da população de pessoas em sofrimento mental impulsionou grande demanda por assistência, o que contribuiu para surgir a partir de 1950 um novo e atrativo negócio abalizado pelo então modelo médico-previdenciário implantado no país, o hospital psiquiátrico privado, instituição que ganhou robustez e se multiplicou no decorrer dos anos (AMANCIO, 2017).

Em vários estados do Brasil nas décadas de 1960 e 1970, conforme menciona Pitta (2011), sucederam a expansão de internações psiquiátricas a grupos cada vez maiores da população após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Cabe aqui, um breve recorte histórico para situar o evento ora citado. Seguindo um delineamento cronológico, Borges e Batista (2008) relatam que em 1974 houve o desmembramento do INPS, sendo criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Constituído como autarquia filiada ao então Ministério da Previdência e Assistência Social, o INAMPS tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. No INAMPS a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada por meio de convênios que estabeleciam a remuneração por procedimento.

Resende (2000) aponta que entre 1965 e 1970 a clientela psiquiátrica das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de quatorze mil, em 1965, para trinta mil, em 1970 no país. Em 1982, segundo Mari e Thornicroft (2010), foram registrados cerca de noventa e oito mil leitos psiquiátricos, concentrados em sua maioria na região sudeste.

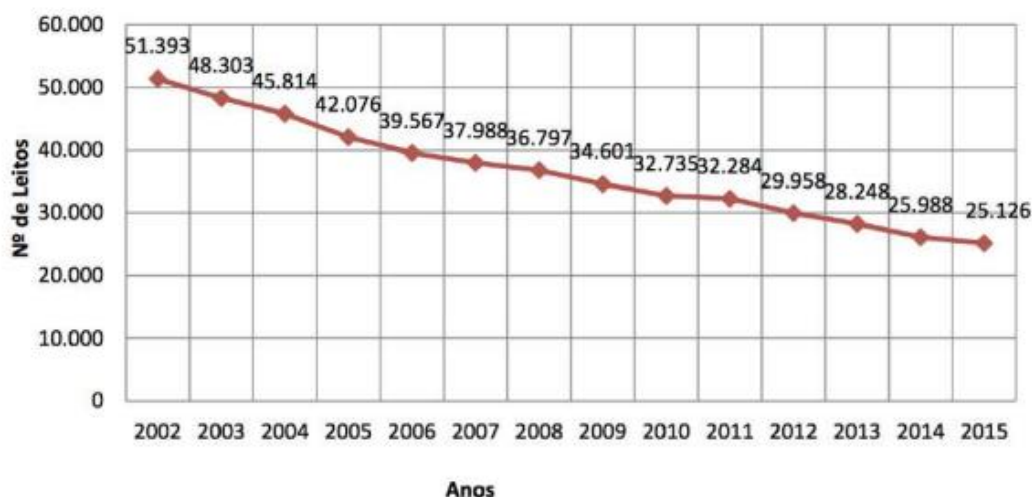
A rede assistencial ofertada a pessoa com sofrimento mental no Brasil, como corrobora Goulart(2015) se expandiu de forma massiva, nos anos de 1970 e meados de 1980, sustentada por recursos da Previdência Social.No período descrito houve forte articulação entre internação asilar e a privatização da assistência, por meio de crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados como também expõe Tenório (2002). Tal procedimento demarcou o direcionamento do financiamento público para a esfera privada das instituições de modo a fomentar a criação de um potente mercado denominado de indústria da loucura.

A discussão sobre as mudanças na atenção à saúde mental eclodiram no país no final da década de 1970, alinhadas a uma reorientação geral da lógica da saúde. A mobilização político-social culminou no reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado com a instituição do SUS, pela Constituição de 1988 (AMANCIO; ELIA, 2017). Neste contexto, sob a percepção da situação de desassistência e exclusão social de pessoas com sofrimento mental, teve início a luta antimanicomial, que ancorada na Reforma Psiquiátrica se configurou como um conjunto de iniciativas de cunho político, social, legislativo e cultural que visavam modificar a situação vigente e tecer alternativas (GOULART; DURÃES, 2010).

A aprovação da Lei Nº10.216/2001 institucionalizou a política nacional de saúde mental, reorientando o modelo com a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária em contraponto ao asilar. Considerando o processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), foi conferido aos estados e principalmente aos municípios a abertura de tais serviços substitutivos no território (ALMEIDA, 2015). Para tanto, a União instituiu instrumentos de indução de políticas públicas e redistribuição dos recursos fiscais. Campos (2007), acrescenta o incentivo e financiamento aos serviços substitutivos possibilitou um processo de reversão do investimento no campo da saúde que até então era exclusivamente para os leitos hospitalares. O Ministério da Saúde iniciou um plano de reorientação da assistência hospitalar, a partir do ano 2000. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares do Ministério da Saúde (PNASH) ó Versão Psiquiatria (PT GM/MS n. 251/2002) objetivou melhorar a qualidade de assistência dos serviços hospitalares prestados aos usuários SUS e indicar os principais problemas na qualidade da assistência. Em 2004, foi regulamentado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) que estabeleceu um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo

financeiro para a redução. O PNASH/Psiquiatria e o PRH se constituíram como principais mecanismos de avaliação e redução de leitos (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Gráfico 1 - Leitos SUS em hospitais psiquiátricos brasileiros por ano (2002 a 2015).



Fonte: Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde, 2016.

Em linhas gerais, sob uma ótica retrospectiva que se estende dos anos de 1960 à atualidade, constata-se que o dispositivo leito psiquiátrico ó destaque da lógica do cuidado manicomial ó teve seu apogeu abalado pelas reivindicações que clamavam por um novo modelo de assistência que somado as regulamentações de ordem legal, evidenciaram uma inversão de destinação de recursos, a despeito das disputas de interesses sempre presentes nesse campo.

1.3. Marcos do protagonismo do modelo hospitalocêntrico em minas gerais

A atenção aos alienados no estado de Minas Gerais, durante o séc. XIX e início de XX, era realizada nos pavilhões de observação das Santas Casas de São João Del Rei e Diamantina, de acordo com Santos (1995). A partir da crescente demanda por internações no estado foi criada a Assistência aos Alienados de Minas Gerais em 1900, que preconizou a construção do Hospital Colônia de Barbacena, inaugurado em 1903, já com problemas de lotação (GOULART, 2010). Em 1930, o hospital estava superlotado e em 1960 existiam 5 mil pacientes (PERON, 2013).

Em 1922, foi inaugurado o Instituto de Neuropsiquiatria com respaldo regulamentar que propunha novidades terapêuticas no campo da assistência psiquiátrica, como restrições dos

meios coercivos de tratamento, sendo designado como hospital central e instituição de ensino e pesquisa em Neurologia e Psiquiatria. O instituto foi fechado por dois anos após morte de seu diretor e reinaugurado em 1924 com o nome de Instituto Raul Soares (IRS), passando por direções que marcaram sua história, ora como depósito de órfãos enjaulados, ora com iniciativas reformistas sintonizadas com o higienismo e psicanálise, para onde eram encaminhados pacientes agudos chamados de indigentes devido ao fato de não possuírem vínculo previdenciário (GOULART, 2010; LOBOSQUE, 1987). O ensino e pesquisa de Neuropsiquiatria se deslocou posteriormente para o Instituto Raul Soares, com um papel decisivo da Residência de Psiquiatria na articulação com outros setores da saúde mental. No IRS houve a sustentação política dos projetos de humanização, reintegração dos usuários, aprimoramento das estratégias de tratamento clínico, porém tais processos foram marcados pela descontinuidade, retrocessos e contradições conforme relatado por Goulart e Durães (2010).

Desse modo, no tocante à rede pública, os hospitais psiquiátricos que realizavam assistência compreendiam: o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena(CHPB) que abrigava grande número de pacientes crônicos; o Hospital Galba Velloso(HGV) que foi inaugurado em 1964 e funcionava basicamente como local de triagem e distribuição de pacientes para rede particular conveniada, nos anos de 1970 (LOBOSQUE, 1997) e o Instituto Raul Soares. De acordo com Goulart (2010) os hospitais psiquiátricos públicos atentavam-se as perspectivas inovadoras que se apresentavam no mundo e no país e o Instituto Raul Soares (IRS) teve algumas iniciativas reformistas. Contudo mesmo com registros de movimentos em prol de ações inovadoras, no final dos anos de 1970 o IRS se notabilizaria como exemplo de degradação na assistência as pessoas com sofrimento mental.

Seguindo o esboço da política de saúde mental adotada pela federação, o Estado de Minas Gerais repetiu, sobretudo a partir da década de 1960, a tendência a uma progressiva privatização da assistência psiquiátrica, materializada pela inauguração crescente de hospitais psiquiátricos particulares. Esse contexto permitiu que se reproduzisse, também no território mineiro, a combinação da exploração comercial da loucura, com a coisificação do louco, em nome do lucro, tal qual verificado em outras partes do país (DUARTE, 2016). Os estabelecimentos privados, conforme evidencia Goulart (2015), administravam os recursos advindos da Previdência Social e operavam com a perspectiva de geração de lucro, o que acabava se traduzindo em péssimas condições de hotelaria e desassistência decorrente de ausência de pessoal e de serviços especializados adequados. O evento de abertura substancial

de clínicas psiquiátricas privadas no estado de Minas, se localizou basicamente nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora (LOBOSQUE, 1997). As instituições psiquiátricas mineiras, especialmente nos anos de 1970 e 1980, conforme definiu Moreira (1983) eram verdadeiras máquinas de ganhar dinheiro. A precariedade da assistência psiquiátrica hospitalar veio a público, e se converteu em crônica de horrores pelas condições indignas que ofertava aos seus usuários. Esses fatores combinados à exploração comercial da loucura, com a coisificação do louco, em nome do lucro, se tornou, a partir da década de 1970, objeto de questionamentos e críticas severas feitas por parte da opinião pública. Nesse momento Minas Gerais teve papel impulsionador da Reforma Psiquiátrica brasileira (RP), dado o fato de serem expostas à sociedade as péssimas condições de atendimento oferecidas, à época, à pessoa com transtorno mental no estado. O ano de 1979 levou Minas a visibilidade nacional, após o III Congresso Mineiro de Psiquiatria e apresentação de produções cinematográficas que chocaram a opinião pública ao retratarem as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos do estado de Minas Gerais. A repercussão desses eventos contribuiu para o fortalecimento do movimento antimanicomial mineiro (DUARTE, 2016).

1.4 A implementação da política antimanicomial em Minas: aspectos vanguardistas do percurso

...é por esta razão que se torna original perguntar o que o uso da história tem a contribuir ou por que a história poderia ser aprendida. Se nosso conhecimento do mundo presente não é nunca um "conhecimento instantâneo...

Autor desconhecido

Tomar conhecimento da história torna possível traçar contemporaneamente o processo de busca e afirmação dos direitos da pessoa com sofrimento mental. A construção de um modelo assistencial adequado envolve um resgate crítico e comprometido com a pesquisa em história social e das instituições.

A literatura descreve os antecedentes da Reforma Psiquiátrica em Minas principiando em 1979 quando foi realizado na capital mineira o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em conjunto com trabalhadores de vários estados do país, contando com a presença de nomes como Franco Basaglia e Robert Castel. Contudo, desde 1973 alguns psiquiatras insatisfeitos com a inscrição social de suas práticas buscaram contatos com experiências interestaduais e

internacionais visando uma discussão em torno da cidadania possível para a loucura, inclusive com a tentativa de articular a vinda de Foucault a Belo Horizonte e posteriormente o movimento de preceptores da Residência do Instituto Raul Soares articulou-se a importantes lideranças do movimento antimanicomial nascente (LOBOSQUE, 1997). Sobre a articulação que ocorrera na época Goulart (2015) acresce que o III Congresso Mineiro de Psiquiatria vocalizou uma mobilização iniciada no final dos anos 60 pelos psiquiatras do hospital Galba Velloso.

No início de 1980, a reformulação do modelo de assistência hospitalar pautado em outras concepções e horizontes, foi o objeto em questão que predominava em torno da Reforma que de acordo com Goulart e Durães (2010) trazia destaque ao modelo de Comunidades Terapêuticas, e ao direcionamento para mobilização de esforços para a consolidação de modelos ambulatoriais de assistência em saúde mental. Nesse período foi promovida a locação de equipes de saúde mental nos centros de saúde, por meio da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006). A implantação de um modelo de saúde mental, confrontando os hospitais psiquiátricos, começou a ser implementada em vários municípios que implantaram de forma gradativa serviços e ações substitutivas aos hospitais.

No início dos anos 1990, havia cerca de 8.000 leitos psiquiátricos em Minas gerais, distribuídos em 36 hospitais dos quais a grande maioria era de instituições privadas conveniadas ao SUS com investimento ínfimo em serviços ambulatoriais (MINAS GERAIS, 2006). Nesta década foi iniciada pela Coordenação Estadual de Saúde Mental a condução de auditorias técnicas nos hospitais mineiros que revelou a precariedade em relação à assistência prestada e às condições de funcionamento e estruturas físicas (MINAS GERAIS, 2006). De acordo com Moreira (2013) a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados, foi um incremento importante no nível das políticas assistenciais que significou constatar condições indignas de tratamento ou mesmo de hospedagem e promover o fechamento de muitos estabelecimentos e conseqüentemente leitos para internação.

Na esfera legislativa, Minas assumiu uma atitude vanguardista ao aprovar leis estaduais que preconizaram a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. A Lei Nº 11.802, de 1995 ficou conhecida como a lei mineira de Reforma Psiquiátrica. Essa lei passou por alterações e se reformulou na Lei Nº 12.684, de

1997, que acrescentou a proibição de instalação e a ampliação de unidade de tratamento psiquiátrico, pública e privada, que não se enquadrasse na tipificação de serviços substitutivos, além de vedar novas contratações pelo setor público de leitos psiquiátricos em unidades não enquadradas nas então propostas de tratamento. A aprovação da Lei Nº 10.216, de âmbito nacional em 2001, veio fortalecer e referendar a legislação estadual mineira (MINAS GERAIS, 2006). As diretrizes legais institucionalizadas, fomentaram a adoção de novas abordagens no território mineiro, com diversas iniciativas e experiências nos campos da assistência, do direito e da cultura. Tais experiências vieram demonstrar a grave nocividade executada nos hospitais psiquiátricos, bem como a viabilidade concreta de um modelo substitutivo, com vários tipos de serviços, abertos e articulados em rede, que foi amplamente apreciado pelos usuários, pelas famílias e pelas comunidades (MINAS GERAIS, 2006).

A materialidade e os principais resultados obtidos no processo tomaram a forma da construção de uma rede de atenção psicossocial que buscou sustentar, consideradas as limitações impostas pelo paradigma asilar ainda remanescente, uma proposta de tratamento em liberdade. No cenário do estado, evidencia-se a articulação ativista do Fórum Mineiro de Saúde Mental (conjunto de associações civis ativistas na luta antimanicomial), que em parceria com a coordenação municipal de saúde mental sustenta, desde 1994, um complexo processo participativo de construção política e cultural a favor da Reforma Psiquiátrica brasileira (GOULART, 2015).

A rede territorial mineira e brasileira, não superou ainda os hospitais psiquiátricos, mas sua estrutura ganhou extensão e complexidade consideráveis. No que se refere especificamente ao campo da assistência, a Reforma Psiquiátrica caracterizou-se pela desativação de grande parte dos leitos nos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de substituí-los por redes de atendimento em saúde mental instaladas no território.

O recorte da pesquisa eleito, o leito psiquiátrico, no que tange a efetivação de qualquer movimento seja de aumento ou redução em sua escala quantitativa remete a uma busca por entender o território no qual esse dispositivo encontra-se inserido.

2 METODOLOGIA

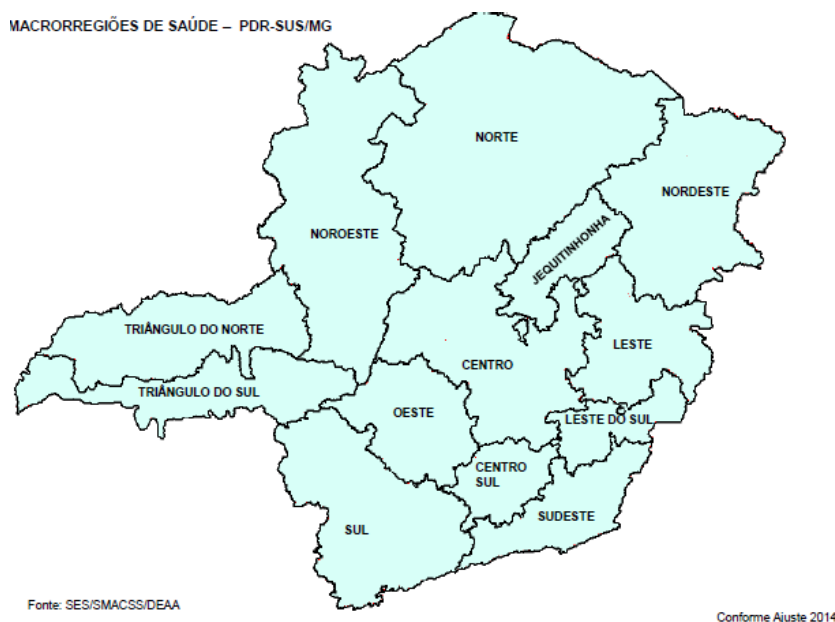
A metodologia adotada neste trabalho de conclusão de curso abrangeu a realização de pesquisa bibliográfica documental, apreciação de material cartográfico de domínio público e análise do banco de dados elaborado a partir da pesquisa de iniciação científica.

O tratamento dos dados se deu através da análise estatística descritiva seguida da elaboração de tabelas no Excel e análise de mapas de regionalização. Para coleta de dados foi realizada busca na base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se os descritores: leitos psiquiátricos, reforma psiquiátrica mineira, hospitais psiquiátricos., desinstitucionalização, regionalização.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O espaço territorial mineiro é composto por 853 municípios, divididos administrativamente em 28 Gerências Regionais de Saúde e geograficamente em 13 macrorregiões sanitárias e 76 microrregiões sanitárias. Minas Gerais apresenta características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. A delimitação das microrregiões e macrorregiões de saúde seguem critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas, atual e potencial, critérios esses a ser relacionados por nível de densidade tecnológica (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

1 ó Divisão das Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais



A análise geral dos municípios, demonstra que no ano de 2008, 35 municípios mineiros (4%) registraram o total de 3.431 leitos psiquiátricos sendo que 23,3% eram SUS e 76,65% Não SUS. No primeiro semestre de 2017, período final analisado na pesquisa, verificou-se que houve aumento na quantidade de municípios ofertando leitos psiquiátricos no estado, passando para 44 municípios (5%). Porém, houve registro de redução de 18,42% no número total leitos que passou para 2.799 leitos psiquiátricos, decompostos em 39,69% SUS e 60,31% Não SUS. A redução de leitos psiquiátricos no estado leva a constatar um movimento de

redução de gastos no sistema hospitalocêntrico, o que corrobora para uma possível reversão de investimentos, direcionando a política de financiamento para outros serviços de assistência

Macrorregião	População (Ibge/Tcu 2016)	Total de Municípios	Leitos 2008	Leitos 2017
Centro	6574968	103	858	724
Centro Sul	788353	51	708	681
Jequitinhonha	298645	23	2	0
Leste	1536591	86	7	19
Leste do Sul	699751	53	3	5
Nordeste	935587	63	0	0
Noroeste	699974	33	0	0
Norte	1678958	85	124	126
Oeste	1276557	55	91	158
Sudeste	1669802	94	783	329
Triângulo do Norte	1281989	27	131	87
Triângulo do Sul	768771	27	125	144
Sul	2787614	153	599	518
		853	3431	2791

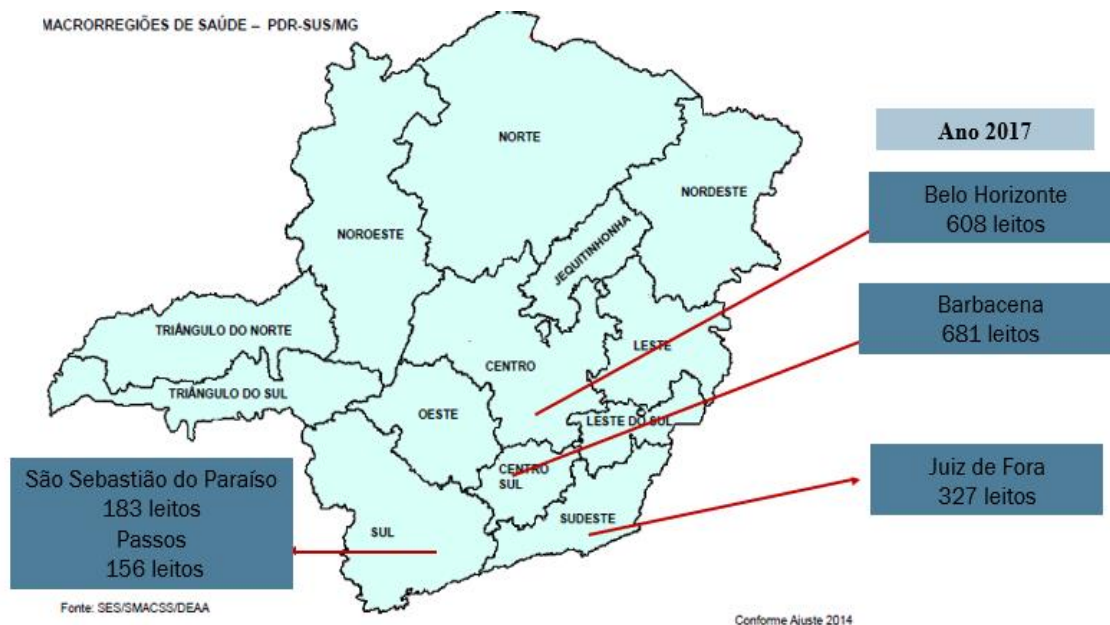
Tabela 1 ó Distribuição Macrorregional da População, Município e Leitos Psiquiátricos de 2008 a 2019

não asilar, o que vai de encontro ao preconizado na Lei Nº 10.216/2001. Apesar da redução ter ocorrido no cômputo total de leitos, houve no entanto, aumento na quantidade de municípios ofertando o dispositivo no estado, passando de 35 para 44 municípios (5%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise dos dados demonstra que a maior ofertade leitos psiquiátricos no estadodurante o período de 2008 a 2017 permaneceuagrupadaem quatro macrorregiões: Centro, Centro Sul, Sul e Sudeste. Os municípios que permaneceram ao fim do período analisado (2017) com maior concentração de leitos psiquiátricos no estado foram: Belo Horizonte com 608 leitos(Macro Centro); Barbacena com 681 leitos (Macro Centro Sul); Juiz de Fora com 327 leitos (Macro Sudeste);São Sebastião do Paraísocom 183 leitos e Passos com 156 leitos (Macro Sul). Observa-se que em virtude da existência de hospitais psiquiátricos nos municípios citados, a ocorrência do quantitativo de leito demonstrou um valor significativo, embora tenham apresentado reduções expressivas nos números de leitos.

Figura 2 ó Municípios com maior oferta de Leitos Psiquiátricos 2008-2017



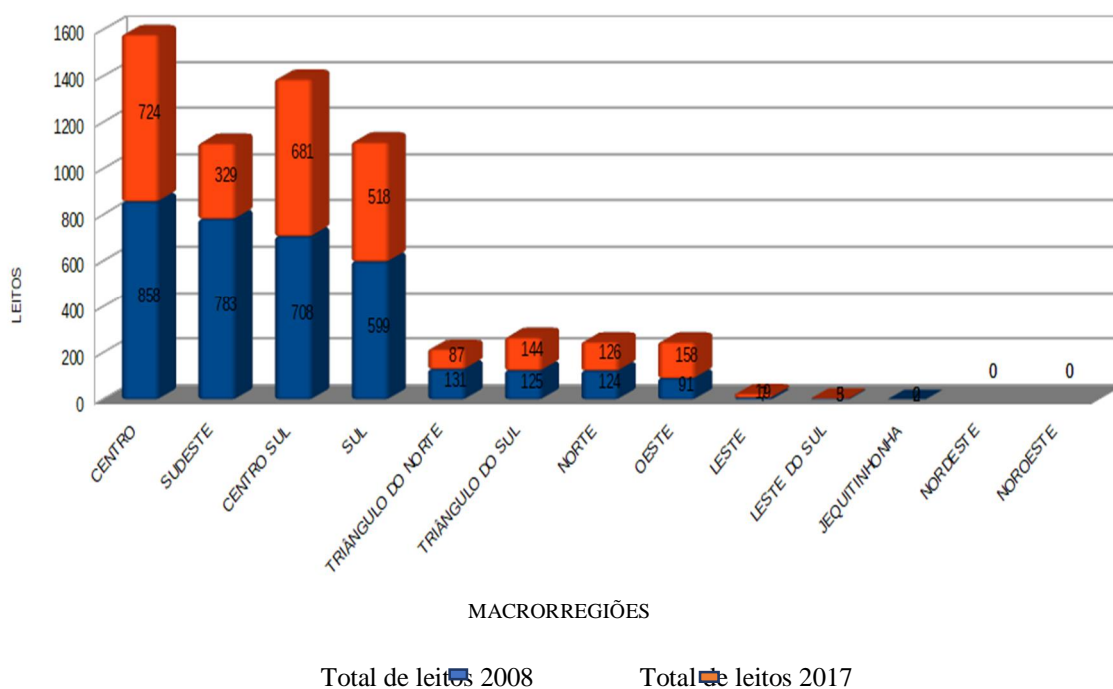
Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao decréscimo de leitos, houve ocorrência de casos de redução maciça do dispositivo, o município de Lavras (Macro Sul) e o de Leopoldina (Macro Sudeste). No entanto, verificou-se também que alguns municípios que já apresentavam números expressivos de leitos, aumentaram ainda mais a sua oferta, como no caso de Divinópolis que passou de 96 leitos em 2008 para 156 em 2017 (Macro Oeste). Identificou-se ainda o registro desse dispositivo de assistência em municípios mineiros que antes não o possuíam, e que caracteristicamente apresentaram uma média de 1 a 2 leitos psiquiátricos novos ofertados. Essa adição de leitos psiquiátricos foi localizada quando se evidenciou que, mesmo com a redução do total de leitos, o quantitativo relacionado ao SUS obteve aumento de 23,3% para 39,69%. Tal achado permite inferir que a abertura do dispositivo no estado foi possivelmente realizada em hospital geral, dada a natureza do aumento (SUS) e por se tratar de um dígito baixo com representação pulverizada pelo estado. O investimento em leito em hospital geral está previsto nas diretrizes da política de saúde mental, sendo assim não desqualificador do resultado satisfatório desempenhado em Minas Gerais, apesar de representar aumento.

A análise do panorama de distribuição dos leitos psiquiátricos, aponta ainda para a ocorrência de possíveis vazios assistenciais, visto que sob o ponto de recorte aqui em foco, se localizou nas regiões Nordeste e Noroeste a inexistência deste dispositivo no período de 2008 a 2017. No que tange a modalidade SUS, o leito psiquiátrico é preconizado como dispositivo de assistência no campo da saúde mental. Esse fator gera ambiguidade, pois, quando não há

oferta do leito em hospital geral e quando não se demonstra a presença de demais serviços substitutivos, torna-se uma incógnita saber como a assistência a pessoa com sofrimento mental tem sido realizada em tais regiões. Hipóteses, podem ser levantadas, tais como a migração de tais usuários para as regiões onde prepondera ainda um parque asilar com grande número de vagas em hospitais psiquiátricos

Gráfico 2 - Macrorregiões de Saúde ó Leitos Psiquiátricos 2008 a 2017

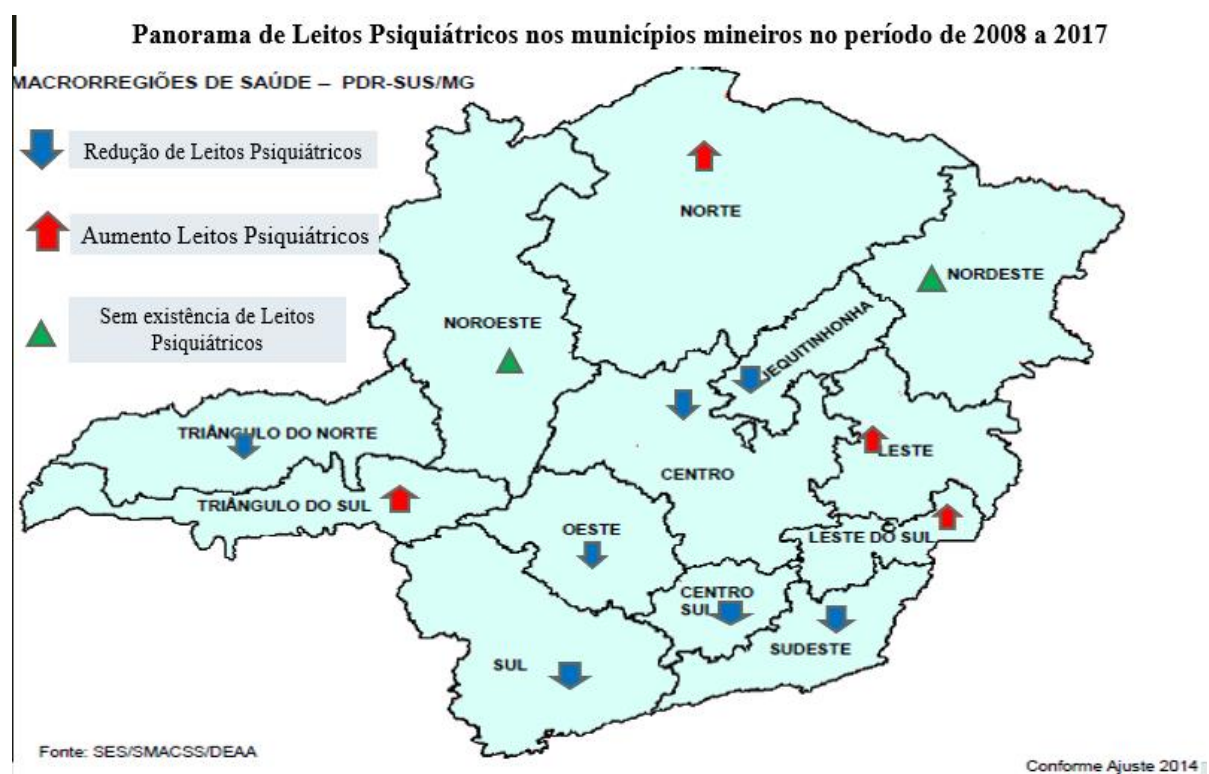


Fonte: Elaborado pelo autor

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG), aponta que as regiões Nordeste e Noroeste, concentram grande número de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas, constituindo-se em regiões de bolsões de vulnerabilidade social, o que incide na questão de assistência à saúde mental, tornando a política na região mais comprometida. As macrorregiões do Jequitinhonha e Norte também fazem parte do bolsão de vulnerabilidade social, e apresentaram movimentos opostos: a macro Norte aumentou o número de leitos psiquiátricos enquanto o Jequitinhonha reduziu. As regiões onde se localizou o aumento do dispositivo foram as macro: Norte, Triângulo do Sul, Leste e Leste do Sul, De um modo geral, pode-se identificar que sete das 13 macrorregiões reduziram os leitos psiquiátricos tornando a configuração de extinção do dispositivo mais

concentrada onde predominou a existência de parque asilares compostos por grandes hospitais psiquiátricos.

Figura 3: Panorama da configuração de Leitos Psiquiátricos em Minas Gerais



Fonte: Elaborado pelo autor

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado de Minas Gerais em seu histórico de assistência à pessoa com sofrimento mental se destaca por pelo menos duas características: a oferta abundante de leitos psiquiátricos e o intenso trabalho para superá-los por meio de seu fechamento e criação de serviços substitutivos.

Em Minas Gerais, a análise em perspectiva local permitiu reconhecer como a distribuição do equipamento leito psiquiátrico SUS e Não SUS ocorreu por meio da regionalização e a operacionalização da política em tela nesses espaços regionais.

A análise dos dados verificou que o panorama de distribuição de leitos psiquiátricos no período analisado de 2008 a 2017 configurou-se pela redução do número total desse dispositivo. Houve macrorregiões com redução de leitos psiquiátricos, no entanto, apesar do decréscimo, cabe alertar que ainda existe parque asilar advindo da presença de hospitais psiquiátricos nas macrorregiões Centro, Centro Sul, Sul e Sudeste. A ampliação da oferta de leitos psiquiátricos ocorreu nas macrorregiões Norte, Triângulo do Sul, Leste e Leste do Sul.

A configuração dos leitos psiquiátricos distribuídos no estado de Minas Gerais, aponta para a ocorrência de possíveis vazios assistenciais, com nenhuma oferta do dispositivo. Tal fato provoca a investigar questões que envolvem a implementação da política, como a criação de serviços de assistência ao indivíduo com sofrimento mental no território, a efetividade do modelo adotado de regionalização responsável pela oferta de serviços de atenção à saúde.

Os resultados desse estudo auxiliaram na compreensão sobre um aspecto de implementação da política de saúde mental no nível municipal, isto é, o leito psiquiátrico. A complexidade dos elementos que compõem esta discussão sua prática corrobora com possíveis investigações a serem desenvolvidas na perspectiva de incrementar o aporte teórico da política de saúde mental implementada no estado.

A redução de leitos psiquiátricos constatada revelou decréscimo nos gastos no sistema hospitalocêntrico. Para além do fator financiamento, o aspecto micro político é suscitado aqui devido à sua relevância frente aos dados de redução do dispositivo, o que demonstra que o

histórico combativo mineiro continua a viabilizar e fortalecer o processo de desinstitucionalização e legitimar a Política Antimanicomial.

Os resultados obtidos suscitam a perspectiva de novos estudos para identificar quais fatores impactaram na promoção do panorama delineado por nuances divergentes na configuração da distribuição de leitos psiquiátricos sob esferas de gestão local.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. C. de. **A política antimanicomial brasileira (2008-2013): repensando a implementação e seus condicionantes a partir do nível local.** 2015. 130 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015
- AMANCIO, V. R.; ELIA, L. Panorama histórico - político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p.22-49, jun. 2017.
- Amarante, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-494, 1995.
- ARY, M. L.M. R. B. **Aos loucos o hospício x extingam os manicômios: o discurso da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Letras, Programa de Pós-graduação em Letras e Linguística., Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2009.
- CAMPOS, F. C. B. No labirinto da reforma psiquiátrica. **Caderno Saúde Mental.** A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais Belo Horizonte, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.456-468, fev.2008.
- DUARTE, R. A.. Origens do fórum mineiro de saúde mental: um estudo sobre as condições de emergência de um movimento social antimanicomial. **Barbarói, Revista do Departamento de Ciências Humanas**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 46, p.188-216, jan/jun 2016.
- GUIMARÃES, Andréa Noeremberg *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 22, p.361-369, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.
- GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.8, n.2, Edição Especial, dezembro, 2015, p.194 ó 213.
- GOULART, M. S. B. & DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p.112-120, 2010.
- LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo. Hucitec, 1997. p. 47-57.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARI, J.; THORNICROFT, G. **A luta antimanicomial e a psiquiatria**. Folha de São Paulo 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Linha Guia. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

MILLANI, H.F. B.; VALENTE, M. L.; L.C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online]. v.4, n.2, 2008. ISSN 1806-6976.

MOREIRA, T. C. F. **Política de saúde mental no município de Belo Horizonte**: o papel das ideias, dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização. Dissertação de Mestrado ó Programa de Pós Graduação em Administração Pública, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte. 2013.

OLIVEIRA, W. F.; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. A. M. **Entendendo a Reforma Psiquiátrica** ó A Construção da Rede de Atenção à Saúde Mental, ABRASME, Florianópolis-SC, 2009.

PERON, Paula Regina. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 22, n.2, p.261-267, 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUDIS, S. A. e COSTA, N. R (Orgs). **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 151-177.

SANTOS, R. J. Instituto Raul Soares: história e memória. **Artigos**, v.1, n.1, p. 9-34, 1995.

TENORIO, F.A. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cient. saúde**, Manguinhos, v,9, n.1, p. 25-29, 2002.