

Magda Dimenstein

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

magda@ufrnet.br

La reforma psiquiátrica y el modelo de atención
psicosocial en Brasil: en busca de cuidados
continuados e integrados en salud mental

*Psychiatric Reform and the Psychosocial Care Model in Brazil: In
Search of Continuing Integrated Mental Health Care*

*Reforma Psiquiátrica e modelo de atenção psicossocial no Brasil:
para cuidados continuados integrados em saúde mental*

Artículo de reflexión: recibido 08/05/12 y aprobado 01/03/13

Resumen

Este artículo pretende contribuir al debate sobre los rumbos de la reforma psiquiátrica que actualmente se lleva a cabo en Brasil, presentando un panorama nacional sobre sus avances y desafíos. En este sentido, se pone de manifiesto la coexistencia de dos paradigmas de atención, uno basado en la institución del manicomio y otro enfocado en la atención psicosocial. El paralelismo entre una y otra modalidad genera importantes tensiones en la prestación de los servicios de atención, a la vez que pone en evidencia el carácter vertical del saber psiquiátrico, los atributos hegemónicos de ciertas especialidades y la fragmentación de los procesos de trabajo. Una revisión de tales tensiones y características permitirá identificar qué aspectos en concreto del modelo de reforma brasilero requieren de un fortalecimiento así como de una mayor inversión.

Palabras clave: Psicología y psiquiatría, reforma psiquiátrica en Brasil, atención psicosocial, salud mental

Abstract

This article aims to contribute to the debate on the current direction of the process of psychiatric reform in Brazil, presenting a national panorama of the advances and challenges faced. In so doing, it reveals the coexistence of two paradigms of care, one based on the institution of the mental health facility and the other focused on psychosocial care. The parallels between the two directions create severe tensions in the way the services of care are given, and simultaneously uncover the vertical character of psychiatric knowledge, the hegemonic attributes of certain specialties, and the fragmentation of the process of work. A review of these tensions and characteristics allows for the identification of which specific aspects of the Brazilian model of reform require strengthening as well as increased investment.

Key words: Psychology and psychiatry, Psychiatric reform in Brazil; Psychosocial care; mental health

Resumo

Propomos a nossa contribuição para o debate a respeito do futuro da atual Reforma Psiquiátrica no Brasil, apresentando um quadro nacional que reflexa quanto o seu progresso bem como os desafios estabelecidos. Salienta-se a coexistência de dois paradigmas com referência aos cuidados; um baseado na própria instituição do asilo e a outra focalizada na

atenção psicossocial. Os análogos entre os dois modelos produz conflitos significativos na prestação dos serviços de assistência, nos quais se destacam a natureza vertical do saber psiquiátrico, as características de superioridade de certas especialidades e a fragmentação dos processos de trabalho. A revisão dessas tensões e características dará ocasião para identificar quais os aspectos específicos do modelo da reforma brasileira que exigem ser reforçados e precisam de maior investimento.

Palavras-chave: Psicologia, psiquiatria, reforma psiquiátrica no Brasil, atenção psicossocial, saúde mental

Introducción

Este artículo pretende contribuir al debate actual sobre los rumbos del proceso de reforma psiquiátrica en curso en el Brasil, presentando un panorama nacional sobre los avances y desafíos aun presentes en la consolidación de una Estrategia de Atención Psicosocial-EAPS y una Red de Atención Psicosocial-RAPS, orientadas ambas por una perspectiva de calidad y garantía de los derechos humanos. Respecto al curso seguido por este proceso, las páginas siguientes insisten en la necesidad no solo de avanzar en los logros ya alcanzados –entre ellos la considerable reducción del número de camas psiquiátricas y la reducción de los gastos públicos destinados al pago de internaciones psiquiátricas, entre varios otros–, sino también de enfrentar los obstáculos que se han presentado a lo largo del desarrollo de la reforma y que afectan de distinto modo su sostenibilidad.

Quizá el más problemático de estos obstáculos sea la coexistencia explícita de dos paradigmas de atención, uno centrado en la institución del manicomio y otro de carácter psicosocial. Como resultado de las tensiones y conflictos de allí derivados, se cuenta con una reforma que ha permanecido reducida a los servicios de salud. Fruto de las tensiones y conflictos de allí derivados es una restricción de la reforma a los servicios de salud, limitada a la ampliación de la red de servicios asistenciales, a una concepción limitada de red, y a pocas posibilidades tanto de reinserción como de co-responsabilidad por las diversas políticas públicas. Se tiene, pues, un proceso de desinstitucionalización que no ha logrado superar las fronteras sanitarias.

Tal escenario sugiere que es preciso invertir en la formación de actores para la Estrategia de la Atención Psicosocial (en asuntos como el manejo de nuevas tecnologías psicosociales); estimular el protagonismo y el control social por parte de los usuarios y familiares (a través, por ejemplo, del desarrollo de asociaciones y grupos de soporte mutuo); así como trabajar en la perspectiva de la intersectorialidad y del trabajo en red, lo que implica la adopción de modelos de atención integral de base territorial al lado de una cultura evaluativa del trabajo en salud. Por fuera de estas necesidades, también es menester garantizar el fortalecimiento de las estrategias de atención primaria, por medio la creación y ampliación de unidades de respaldo a las crisis y de atención de emergencias, así como de la inversión en programas de cuidados

continuados, rehabilitación y apoyo comunitario. A todo esto debe agregarse la creación de nuevas formas de gestión del trabajo en salud, pues, como se argumentará, la calidad de la atención está directamente relacionada con el establecimiento de vínculos solidarios, la participación colectiva en el proceso de gestión y la unidad entre atención y gestión.

Las reformas sanitaria y psiquiátrica y la reorientación de la Política Nacional de Salud Mental en Brasil

La retirada del loco de la convivencia social y su consecuente encierro en instituciones especializadas representó, según Foucault (1978), una importante transformación en el modo como la sociedad comenzó a percibir la locura. Si hasta el Renacimiento, como anota el autor, la sensibilidad a la locura estuvo ligada a las trascendencias imaginarias, a partir de la Era Clásica ésta comienza a ser asociada con el desorden y la ociosidad; a convertirse en sinónimo de demencia, insensatez, irresponsabilidad. Desposeídos de la razón en un mundo ahora ordenado por la racionalidad científica, e incapaces de atender a las prerrogativas de las sociedades industriales capitalistas emergentes, los locos deberían ser sistemáticamente investigados para que sus defectos fuesen ajustados y no perturbasen el orden público y el bienestar de las clases dominantes.

En este contexto, el hospital general pasa a ser el *locus* donde los perturbadores del orden, que apenas tenían en común la condición de la pobreza, el desamparo y la ausencia de recursos propios para la subsistencia, son derivados y confinados, cumpliéndose así un importante papel de higiene social. Los locos eran direccionados para esas instituciones, creándose una estrecha relación entre locura y peligrosidad, la cual debería ser solucionada por medio del aislamiento social para su mejor control y vigilancia. Esas grandes estructuras hospitalarias se mantuvieron en actividad hasta fines del siglo XVIII, con la llegada de la psiquiatría y su cuestionamiento a la finalidad terapéutica de las mismas.

El nacimiento del modelo de asilo al inicio del siglo XIX, con Pinel, se caracteriza por un cambio en la percepción de la locura. La sinrazón, el error y la ilusión son reducidos a la categoría médica de enfermedad mental. A partir de aquí, la psiquiatría se establece mediante un aparato que va desde la construcción de establecimientos como el manicomio, hasta la producción

de agentes técnicos como médicos, psicólogos y enfermeros, operadores de discursos y prácticas en consolidación que, durante los siglos siguientes, subyugarán al loco al poder psiquiátrico. El asilo pasa a ser el elemento central en el proceso de la cura, que ocurriría por medio del aislamiento como principio terapéutico, de la organización del espacio hospitalario con base en las clasificaciones nosográficas, y de la relación terapéutica apoyada en la autoridad médica. El alienista, responsable del tratamiento moral de los locos, tenía como meta traerlos de vuelta a la realidad, devolverles la razón y alejarles las ilusiones. Para esto tendría como apoyo la disciplina, la vigilancia y los castigos. Colocaría a los locos bajo la tutela del Estado y de la medicina. En 1852 fue inaugurado, en Río de Janeiro, el primer hospital psiquiátrico del Brasil (D. Pedro II), con los mismos objetivos y modos de funcionamiento de las grandes instituciones de asilo europeas.

Hasta el final de la segunda guerra mundial, a mediados de la década del 40, los manicomios no eran blanco de críticas y su función de cura era incuestionable. Solo a partir de este período, las instituciones psiquiátricas a nivel mundial comenzaron a considerar algunas iniciativas de cambio. Conocidas como reformas psiquiátricas, y variadas en sus conceptos y propuestas, estas iniciativas tenían en común el rechazo a la violencia, a la privación de la libertad y a la falta de respeto a los derechos humanos. El volumen cada vez mayor de enclaustrados, así como la nula eficacia de los métodos producidos durante décadas, se impusieron como una realidad empírica que no podía ser ignorada. Para entonces se dieron a conocer las experiencias de la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional, en Inglaterra; de la Psiquiatría de Sector, en Francia; de la Psiquiatría Comunitaria/Preventiva, en los Estados Unidos; y de la Psiquiatría Democrática, en Italia (Amarante, 1995). Este último movimiento de crítica al asilo y a la institución psiquiátrica apuntaba hacia la necesidad de transformaciones simultáneas en la asistencia y en el orden social, político y cultural que sustenta el universo del manicomio, en el sentido de su completa substitución.

En el Brasil, hacia 1940, surgieron importantes movimientos en pro de la transformación de la asistencia y de la des-hospitalización psiquiátrica. Muestra de ello fue el encabezado por la reformista Nise da Silveira en el *Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro*, en Rio de Janeiro. No obstante

estos pequeños impulsos, es a partir de la década de 1970 que comienzan a surgir iniciativas más articuladas como el *Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental* (MTSM) y el *Movimento da Luta Antimanicomial* (MLA). Críticos del modelo hegemónico de asistencia psiquiátrica –centralizado en hospitales, excluyente, violento e inhumano–, estos movimientos abrieron camino a las grandes transformaciones que tuvieron lugar a partir de la década siguiente, en un contexto de grave crisis económica y social, atravesado por el proceso de redemocratización del país y por la implantación de la Reforma Sanitaria, que trajo consigo la creación del *Sistema Único de Saúde/SUS*.

La reforma psiquiátrica brasileña nace, entonces, en un marco de fuertes críticas al modelo médico asistencial “privatista-curativista”, orientado en términos de lucros y excluyente de grandes sectores de la población. Para fines de la década del 70, la práctica médica dominante no había sido capaz de alterar los perfiles de morbi-mortalidad y el modelo en cuestión enfrentaba serios problemas. Su expansión era obstaculizada por sus crecientes costos, se carecía de criterios para la compra de servicios a los hospitales privados, y se debía hacer frente a una insatisfacción generalizada por parte de usuarios, trabajadores, profesionales de salud y prestadores de servicios.

En el sector de la salud mental, el modelo “hospitalocéntrico” (basado en asilos, colonias y hospitales de agudos) era para entonces predominante. La asistencia prestada en este ramo –principalmente por parte de hospitales privados que tenían en Estado su gran financiador– se caracterizaba por una situación de “mercantilización de la locura” (Delgado, 1992). Este modelo recibió innumerables críticas, las cuales vinieron acompañadas de propuestas de des-hospitalización de la asistencia médico-psiquiátrica. Unas y otras fueron formuladas como respuesta a los efectos perjudiciales del confinamiento prolongado, así como a los cuestionamientos crecientes a propósito de su eficacia técnica y legitimidad ética (Lougou, 1993). Tras estas críticas se encontraba la intención de desarrollar redes de servicios substitutivos al hospital, que fuesen al mismo tiempo más eficaces y de menor costo social.

El proyecto político y social de la Reforma Sanitaria y Psiquiátrica, ligado a la Política Nacional de Salud Mental-PNSM, nace articulado al SUS, compartiendo con éste sus principios y directrices, así como su base de determinaciones históricas e interferencias recíprocas. Entre estos principios

se destacan la concepción ampliada de salud como derecho del ciudadano y deber del Estado; sus atributos de integralidad, equidad y universalidad; la perspectiva de la actuación territorial, la intersectorialidad de las políticas sociales y el trabajo en red. Se trata de campos que atraviesan transversalmente diversos sectores y que operan en las dimensiones de la intersubjetividad, la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, compartiendo un mismo horizonte ético.

Contexto actual de la reforma psiquiátrica en Brasil

1. La Red de Atención Psicosocial/RAPS

La Política Nacional de Salud Mental–PNSM está amparada en la Ley 10.216/2001, la cual dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales, al tiempo que da una nueva dirección al modelo asistencial en salud mental. Dicha política tiene como objetivos principales reducir progresivamente las camas en los hospitales psiquiátricos, así como evaluarlos continuamente a través del *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares*–PNASH. Adicionalmente, figuran como propósitos el cualificar, expandir y fortalecer la red extra-hospitalaria, junto con los programas orientados hacia el usuario de alcohol y drogas, hacia la reinserción social y hacia las acciones en atención primaria. Otros objetivos incluyen el mantenimiento de un programa permanente de formación de recursos humanos para la reforma psiquiátrica, la promoción de los derechos de usuarios y familiares mediante el incentivo a la participación en el cuidado, y la garantía del tratamiento digno y de calidad al loco infractor (superando el modelo de asistencia centrado en el manicomio judicial).

En este sentido, la PNSM ha hecho posible un gran cambio en la atención pública, garantizando el acceso de la población a los servicios y el respeto a sus derechos y libertades. Para alcanzar este objetivo, está creando y expandiendo dispositivos que apuntan a sustituir los hospitales psiquiátricos y manicomios, así como a deconstruir los saberes y prácticas a ellos asociados. Diametralmente opuesta al encerramiento y apartamiento social, esta política establece su foco en la reinserción social del loco, teniendo como uno de sus principales dispositivos los llamados “servicios substitutivos”.

La Red de Atención Psicosocial-RAPS¹ está actualmente constituida por Centros de Atención Psicosocial - CAPS (I, II, III, Ad, D)^{2,3}, Servicios Residenciales Terapéuticos⁴, Centros de Convivencia y Cultura, Casas de Hospedaje Transitorio⁵, y Camas de Atención Integral en Hospitales Generales y de Emergencia⁶. Esta red desarrolla acciones en atención primaria a través de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia-NASF, así como mediante programas como el “*De Volta para Casa*”⁷ y “*Consultório de Rua*”⁸. Como parte de la PNSM, la Red en cuestión

¹ Todos los datos que se presentan a continuación fueron obtenidos del *Ministerio da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Mental de Brasil*: <http://www.saude.gov.br/saudemental>

² Los CAPS son servicios de salud municipal, de carácter abierto y comunitario, que ofrecen atención diaria. Son sus funciones:

- Prestar atención clínica en régimen de atención diaria, evitando la internación en hospitales psiquiátricos;
- Recibir y atender a las personas con trastornos mentales graves y persistentes, procurando preservar y fortalecer los lazos sociales del usuario en su territorio;
- Promover la inserción social de las personas con trastornos mentales, a través de acciones intersectoriales;
- Regular la inserción de los usuarios en la red de asistencia en salud mental en su área de actuación;
- Dar soporte a la atención de la salud mental en la red básica;
- Organizar la red de atención a la personas con trastornos mentales en los municipios;
- Articular estratégicamente la red y la política de salud mental en un territorio determinado;
- Promover la reinserción social del individuo a través del acceso al trabajo, el esparcimiento, el ejercicio de los derechos civiles y el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

³ Las tipologías de CAPS existentes son las siguientes:

- CAPS I: son servicios para ciudades pequeñas. Funcionan durante el día, y deben cubrir toda la población con trastornos mentales severos (incluye: adultos, niños y adolescentes y personas con problemas de abuso de alcohol u otras drogas).
- CAPS II: son servicios para ciudades medianas. Funcionan durante el día y están dirigidos a población adulta.
- CAPS III: generalmente disponibles en grandes ciudades, son servicios que funcionan las 24 horas y atienden a población adulta.
- CAPSi: disponibles en ciudades medianas, prestan servicio durante el día a niños y adolescentes.
- CAPS ad: generalmente disponibles en ciudades medianas, ofrecen durante el día servicios a personas con problemas de abuso de alcohol u otras drogas.

Todas las categorías de CAPS están compuestas por equipos multi-profesionales. Obligatoriamente, deben reunir un psiquiatra, un enfermero, un psicólogo y un asistente social, a quienes se suman otros profesionales del campo de la salud. La estructura física de los CAPS debe ser compatible con los propósitos de acogimiento, desarrollo de actividades colectivas e individuales, realización de talleres de rehabilitación, y puesta en marcha otras actividades necesarias para cada caso en particular.

⁴ Las residencias terapéuticas son espacios construidos preferencialmente en la comunidad, destinados a cuidar de personas con algún tipo de trastorno mental que hayan estado internadas por largos períodos en hospitales psiquiátricos.

⁵ Dirigidos a usuarios en situación de riesgo por consumo de crack y otras drogas, son recursos intermedios situados entre las unidades o camas de desintoxicación hospitalaria y los servicios de medio abierto ofrecidos por los CAPS AD.

⁶ Esta categoría agrupa todos los recursos de hospitales y de acogimiento nocturno, articulados a la red de atención a la salud mental.

⁷ Su propósito es ofrecer ayuda y rehabilitación a personas que han salido de largas internaciones psiquiátricas.

⁸ Los “*Consultórios de Rua*” constituyen una modalidad de acción dirigida a los usuarios de drogas que

recoge las características de una política pública de base comunitaria y territorial, similar a las puestas en marcha en países como España, Portugal e Italia. A partir de un principio de coordinación, colaboración y complementariedad entre los dispositivos y recursos sanitarios y sociales, esta política tiene como propósito el desarrollo de servicios que atiendan a las amplias necesidades y problemáticas sociales de la población portadora de trastornos mentales, especialmente lo que respecta a la rehabilitación psicosocial, al apoyo a la integración laboral, a la atención residencial y al soporte a las familias. Con ello se busca evitar procesos de deterioro de las capacidades y del funcionamiento social de las personas con trastornos mentales, provocados por las situaciones de abandono y exclusión, así como fomentar posibilidades de autonomía y participación en la vida comunitaria.

Según la OMS (2002: XXIII), las características de la prestación de cuidados en el ámbito comunitario son las siguientes:

1. Servicios situados cerca del domicilio, inclusive los cuidados proporcionados por hospitales generales en la admisión de casos agudos, e instalaciones residenciales de largo plazo en la comunidad;
2. Intervenciones relacionadas tanto con las deficiencias como con los síntomas;
3. Tratamiento y otros cuidados específicos para el diagnóstico y respuesta a las necesidades de cada individuo;
4. Una amplia gama de servicios que tienen en cuenta las necesidades de las personas con perturbaciones mentales y de comportamiento;
5. Servicios que son combinados y coordinados entre profesionales de salud mental y organismos de la comunidad;
6. Servicios ambulatorios y no estáticos, inclusive aquellos que pueden ofrecer tratamiento en el domicilio;
7. Trabajo en conjunto con los prestadores de cuidados y atención de su necesidades;
8. Legislación de soporte a todos estos aspectos.

viven en condiciones de mayor vulnerabilidad social, y que se hallan distanciados de la red de servicios de salud intersectorial. Estos dispositivos clínico-comunitarios ofrecen cuidados en salud a los usuarios en sus propios entornos, y están adaptados a las especificidades de una población compleja. Los *Consultórios* promueven el acceso a los servicios de la red institucionalizada y a la asistencia integral, así como la creación de lazos sociales para usuarios en situación de exclusión social, haciendo posible un espacio concreto para el ejercicio de los derechos y la ciudadanía. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_rua17_1_11.pdf.

La directriz político-asistencial de base comunitaria es apoyada por la perspectiva de la Estrategia de la Atención Psicosocial-EAPS. Tal perspectiva supone la implementación de una nueva lógica de cuidado a los portadores de trastornos mentales, de la mano con la superación del modo de asilo fuertemente enraizado en nuestra sociedad —que encuentra en el hospital psiquiátrico la principal referencia de la atención en salud mental—. En este sentido, observamos en el país un esfuerzo por diversificar y ampliar la red de servicios extra-hospitalarios en las últimas décadas, y especialmente una tentativa de producir cuidados en el territorio del usuario, próximos a su domicilio, tratando de garantizar la continuidad de la asistencia. Son ejemplos de estos propósitos la inversión en acciones en la atención primaria, la Estrategia de Salud de la Familia-ESF, el Programa de Agentes Comunitarios en Salud-PACS, las acciones de “matriciamiento” y atención domiciliaria, y el soporte a los equipos de la ESF por vía del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia/NASF.

Este modelo paradigmático pone en evidencia que, más allá de los cambios referidos al aparato asistencial, es preciso avanzar en la construcción de una diversidad de dispositivos de atención psicosocial. En este sentido, el trabajo articulado a los Centros de Referencia de la Asistencia Social-CRAS, a los Centros de Referencia Especializados de la Asistencia Social-CREAS, a los recursos comunitarios y asociativos, a la red de educación, y a los dispositivos de esparcimiento y cultura, indica una apuesta en los procesos de reinserción y en la lucha contra la estigmatización del portador de trastornos mentales. De esta forma, las EAPs constituyen una lógica basada en la “integralidad de las problemáticas de salud y en la acción territorializada sobre ellas” (Yasui e Costa, 2008: 36).

Intensamente discutidos en el Brasil a lo largo de su recorrido de 30 años, el movimiento de la Reforma Psiquiátrica y la PNSM han representado un importante elemento problematizador, no sólo de los modelos asistenciales tradicionales de la psiquiatría, sino también de las formas hegemónicas de sociabilidad y convivencia con la diferencia en la contemporaneidad. En el escenario brasileño actual, cuando se conmemoran 10 años de aprobación de la Ley 10.216/01 y se aprecian los innegables avances en la consolidación de una red substitutiva no basada en los principios del hospital y el manicomio, debe hacerse frente al desafío de hacer ajustes y mejorar aquello que se ha venido conquistando

en estos 30 años de lucha, de modo que pueda garantizarse la sostenibilidad de un proceso que trata de alcanzar, sobre todo, la desconstrucción definitiva de las estructuras segregativas y de asilo, la garantía de acceso a una red integral de salud, y la participación activa de todos los actores en la formulación e implantación de la política de salud mental en el país.

Los últimos años en Brasil han sido testigos del cierre de 15 hospitales psiquiátricos, así como de una reducción significativa del número de camas y de la inversión de los gastos públicos destinados al pago de internaciones psiquiátricas (actualmente 67,71% extra-hospitalarias y 32,19% hospitalarias). En este mismo sentido, se evidencian importantes avances en la red de servicios sustitutivos: para fines de 2011 funcionaban en el país 1.739 CAPS y 570 Residencias Terapéuticas, muestras de un importante aumento de la cobertura en el país (Brasil, Ministerio de Salud, 2011).

2. Desafíos para el proceso de reforma psiquiátrica: expansión con calidad y garantía de los derechos humanos

El redimensionamiento y la sostenibilidad del financiamiento de las acciones en salud mental, pueden comprenderse como futuras inversiones, dado que el modelo actualmente en vigor trae consigo serias distorsiones. En este sentido, es preciso tomar en cuenta “el triple ámbito de la productividad, de la cualidad de la atención e intervención en el territorio y de la realización de acciones intersectoriales” (Brasil, Ministerio de Salud, 2011: 23), con el fin de garantizar un nuevo modo de funcionamiento de los servicios. Así mismo, se hace necesario avanzar en la reducción de las camas psiquiátricas y en el control de aquellas en funcionamiento. Actualmente existen más de 32 mil camas psiquiátricas en el país, muchas de las cuales permanecen a causa de faltas en la internación domiciliaria, de la lentitud en la apertura de servicios de tipo CAPS III⁹, y de los innumerables obstáculos que se han presentado a la implantación de camas de atención integral en los hospitales generales¹⁰. Las dificultades para cerrar hospitales psiquiátricos en el país se han debido, en gran parte, a la falta de servicios que den soporte a la crisis. En este

⁹ En el país funcionan 55 de estos CAPS

¹⁰ Existen 3.371 camas de psiquiatría en hospitales generales.

contexto, los manicomios continúan ocupando un lugar central, respaldado y justificado por la inexistencia de estos otros dispositivos.

Ahora bien, no es posible olvidar, en el marco de estas circunstancias, el problema de los pacientes crónicos internados y de los altos índices de re-internación, aspectos complejos que marcan desafíos al proceso de reforma en curso. Se conoce que entre un 25% y 30% de los usuarios del sistema son crónicos. Dicha población representa un contingente enorme de personas que podría beneficiarse de la estrategia del “*Programa de Volta para Casa*”-PVC¹¹, así como de las residencias terapéuticas, las cuales precisan ser expandidas. Sin embargo, y a pesar de encontrarse en expansión, el PVC contempla todavía un número restringido de usuarios a causa de distintos problemas jurídicos, hecho que termina intensificando el problema de la sobrecarga familiar junto a los portadores de trastornos mentales, específicamente en los aspectos financiero, social y afectivo.

Esa situación es agravada por la falta de programas y equipamientos de soporte social. Hasta ahora solo existen en el país 51 Centros de Convivencia y Cultura. Las Casas de Acogimiento Transitorio apenas se han implantado de manera reciente. Igualmente, el trabajo con políticas intersectoriales (morada, transporte, educación, asistencia social, esparcimiento, etc.) es frágil o prácticamente inexistente, lo cual complica la puesta en marcha del proceso de desinstitucionalización. Por razones como estas, muchos usuarios prefieren permanecer hospitalizados y bajo la tutela del Estado. Para ellos, el hospital representa seguridad frente a los peligros de la ciudad –considerada como lugar hostil a la locura–, y garantiza condiciones básicas de supervivencia (refugio, alimentación, ropa limpia, etc.) y de tratamiento de salud (medicación y asistencia).

Es posible señalar que la mayoría de personas que han vivido muchos años confinadas en hospitales psiquiátricos, asumen compromisos importantes en términos de sus habilidades y de su tránsito fuera del ambiente hospitalario. Ellas precisan enfrentar la absoluta falta de una red de equipamientos sociales –estatales, comunitarios y familiares– que sirva de base de apoyo y local de acogimiento, diversión y encuentro, para no quedarse encerradas dentro de instituciones o dentro de la familia. Esto explica que hoy sea común el

¹¹ El número actual de beneficiarios es de 3.635.

fenómeno de la trans-institucionalización, entendida como el traslado de la clientela psiquiátrica hacia instituciones similares a los hospitales, tales como asilos, casas de reposo, albergues filantrópicos, etc.

Existe, además, una articulación precaria entre los CAPS y la red de atención primaria, incluyendo ESF y NASF, indicada por varias investigaciones en el país. Esta es una situación preocupante por el hecho de tratarse del principal regulador de la red de salud mental en una política que se proclama territorial y comunitaria. Igualmente preocupantes resultan la fragmentación de la red substitutiva como un todo, y los problemas en cuanto al modo de funcionamiento de los servicios y las nuevas órdenes de cronicidades que están siendo producidas microscópicamente. Es el caso del modelo ambulatorio vigente, las largas filas de espera, la dependencia de los usuarios al servicio, la falta de diversificación de los dispositivos de cuidado, la centralización del CAPS, la ritualización de las prácticas, el enfriamiento y la rigidez de los vínculos y la manutención del estigma social, entre otros aspectos.

Problemas como estos son esgrimidos por los movimientos anti-reforma para cuestionar la eficacia de la atención a la salud mental extra-hospitalaria. Las dificultades de los servicios sustitutivos a la hora de atender la demanda creciente, dar respuestas a las crisis y ofrecer soporte a las familias–problemáticas ilusoriamente resueltas en el modelo del manicomio–, han sido causa de inseguridad y descrédito en lo que respecta al movimiento de la reforma psiquiátrica. Estos impases colaboran con la persistencia de discursos y prácticas según los cuales la desinstitucionalización es sinónimo de falta de asistencia, debilitando así sus avances y justificando la manutención de la estructura psiquiátrica tradicional.

En otras palabras, a pesar de los diversos avances sucedidos en los últimos años, son muchos los problemas existentes en cuanto al alcance, accesibilidad, diversificación de las acciones, cualificación del cuidado y sustentabilidad de las iniciativas en los planos jurídicos y financieros. Tales desafíos se amplían cuando se piensa en realidades diversas como las de los grandes centros urbanos, los pequeños municipios y los contextos rurales. Al respecto, es posible considerar que las amenazas al proceso de reforma en cuestión están asociadas a la gestión y al financiamiento de la política, a la falta de articulación de los recursos substitutivos entre sí y con la red SUS, al

déficit de la formación de los recursos humanos, a la escasez de alternativas residenciales y de trabajo, así como a la poca articulación con otros sectores, lo que lleva a plantear que la reforma ha quedado supeditada a los servicios de salud. Esto demuestra una focalización sobre la ampliación de los servicios asistenciales, orientada al parecer por una concepción limitada de red, lo cual genera pocas posibilidades de reinserción social y de co-responsabilización por las diversas políticas públicas.

Sin embargo, no puede pasarse por alto que la crisis de los sistemas públicos de salud y de las políticas de salud mental de base comunitaria se encuentra asociada a múltiples factores. Están, por ejemplo, la crisis de las políticas de bienestar social; el avance de la lógica privatista en el plano municipal; las dificultades estructurales de financiamiento a la salud pública; diversos problemas históricos de orden económico-político-gerenciales; la creciente desmovilización –despolitización– de los movimientos sociales; la precarización de los vínculos de trabajo tanto en el sector público como en el privado; la complejidad de los problemas vividos en las grandes metrópolis, de la que derivan diferencias en los modelos de atención y organización de la red de cuidados; el corporativismo médico y el avance tecnológico de la psiquiatría biomédica. Circunstancias como estas suponen fuertes obstáculos al desarrollo de un sistema intersectorial e integrado, capaz de ofrecer cuidado social personalizado y salvaguardar los derechos de la comunidad.

Santos-Filho y Barros (2007) agregan que la superación de la lógica tradicional que orienta los procesos de trabajo en el ámbito de la salud, trae consigo la necesidad de discutir la planificación, la organización de los servicios y las formas de gestión. Este es, seguramente, uno de los puntos más problemáticos que observamos en el campo. Si tomamos en cuenta la realidad del municipio de Natal, en referencia a lo apuntado en la literatura nacional, se observa que los dispositivos de salud mental carecen de organización en los aspectos más básicos. No hay delimitación de objetivos y metas longitudinales y transversales, no hay planes definidos ni estrategias de actuación de los equipos acordes a las necesidades concretas del territorio; tampoco existen directrices para el fomento de la articulación de las redes asistenciales. Adicionalmente, es posible apreciar que la supervisión clínico-institucional ha producido pocos efectos en materia de reorganización de los

servicios y consolidación de buenas prácticas, y no hay evaluación del trabajo que pueda garantizar el ajuste de los objetivos y las estrategias de cuidado. En consecuencia, no hay un control de las expectativas y grado de satisfacción de los usuarios y familiares en relación al servicio.

A esta situación se suma el hecho de que los Proyectos Terapéuticos Singulares-PTS no están sometidos a una evaluación consistente respecto de las necesidades de los usuarios, ya sea en los aspectos psiquiátricos y psicológicos (habilidades sociales y conversacionales, nivel de compromiso de las capacidades cognitivas y de la autonomía en términos de auto-cuidado, traslado, manejo del dinero, de la medicación, etc.), o en los aspectos familiares (dinámica de las relaciones) y sociales (situación económica, condiciones de vida, perspectivas de trabajo, vida comunitaria y de esparcimiento). Esto hace difícil la orientación de un plano de acogimiento y continuidad de cuidados; la definición de actividades de rehabilitación conjuntas entre el usuario, la familia, el equipo de salud y la comunidad; el acompañamiento al tratamiento clínico y la intervención en caso de crisis. Tal situación parece aún más grave si se tiene en cuenta que los usuarios no participan de esta formulación, lo que mantiene intocable el lugar del especialista y preserva la dimensión de tutela.

Todo lo anterior permite señalar que resulta impostergable encarar la discusión sobre los rumbos de la Política Nacional de Salud Mental. Esta discusión debe extenderse a la dirección de la lucha contra el régimen del manicomio, al apoyo público-privado que se ha organizado en el país, al modelo de red de cuidados actualmente en funcionamiento, y debe recalcar las necesidades de formular nuevos diseños con recursos y tecnologías variadas, así como de establecer mecanismos de regulación de los servicios y las propuestas terapéuticas (es el caso, por ejemplo, de la Reducción de Daños y de las Comunidades Terapéuticas, asunto absolutamente polémico en la actualidad) acordes a las directrices del SUS y basados en una perspectiva clínica que sea singular, contextualizada, cotidiana y potente en su capacidad de producir efectos desinstitucionalizantes.

Estas dificultades se deben a mucho más que a simples inconvenientes burocráticos. En efecto, muchos de los problemas hasta ahora interpretados en términos del funcionamiento de los servicios substitutivos y de las prácticas profesionales, pueden ser en realidad efectos de un modelo asistencial que no

tiene en la atención primaria su puerta de entrada y reguladora del sistema, no asegura una amplia creación de unidades de retaguardia a la crisis y a las emergencias, y no trae consigo inversiones en programas de rehabilitación y apoyo comunitario –contemplando, por ejemplo, cuestiones como la vivienda y el trabajo, como ha ocurrido en España (Desviat, 2007)–.

En este sentido, son varios los aspectos del proceso de reforma psiquiátrica que requieren ser encarados de aquí en adelante. Se trata de puntos en los que aún se necesita encontrar salidas, formular propuestas, reevaluar modelos en curso. Al respecto, se precisa invertir en la formación de actores para la Estrategia de Atención Psicosocial (manejo de nuevas tecnologías psicosociales y equivalencia de responsabilidades) en la siguiente dirección:

1. Diagnóstico temprano y tratamiento de trastornos mentales en la atención primaria.
2. Estrategias de intervención a la crisis desde la reducción de daños, servicios de urgencia y hospitalización breve.
3. Modelos diversificados de dispositivos residenciales y atención domiciliar.
4. Soporte a las familias y auto-gestión de los cuidados por los usuarios.
5. Acciones intersectoriales de rehabilitación psicosocial e inclusión social (generación de renta y garantía de derechos, desarrollo de asociaciones, grupos de soporte mutuo).
6. Continuidad de cuidados y estrategias multimodales (buenas prácticas), integrando diferentes dispositivos de cuidado.
7. Formación de líderes en el campo, presencia en los medios y fuerte movilización política, con el objetivo de construir y sustentar una agenda que supere el régimen del manicomio¹², en tiempos de una psiquiatrización generalizada de la vida¹³ y de la hegemonía de las ideologías científicas.

¹² Este término fue acuñado por Pedro Gabriel Delgado, ex-Coordinador Nacional de Salud Mental, para referirse a la superación del manicomio como modelo organizador del cuidado en salud mental, no para indicar el fin de la lógica del manicomio como institución.

¹³ En la contemporaneidad, este poder, denominado de biopolítica, participa activamente en la producción de modos de subjetivación y en la elaboración de la cotidianidad de las personas, sujetándolas a verdades normativas que prefijan su vida y sus relaciones. Se trata de un juego donde diversas estrategias son puestas al servicio de la construcción de procesos como la serialización, la homogenización, la dominación, los microfascismos y otros mecanismos de poder cada vez más sutiles que controlan las existencias.

En un contexto de control a cielo abierto, fluido y extensivo a todo cuerpo social, la Política Nacional de Salud Mental aparece entonces como una institución que precisa ser problematizada y puesta en análisis cotidianamente. Esto es aún más necesario si se tiene en cuenta que se trata de una política en la que puede operar fácilmente la lógica de control y vigilancia de los individuos, que establece esquemas de comportamiento y modos específicos de existencia, y que apenas ha logrado producir una descentralización acompañada de modalidades variadas de confinamiento, aún en sintonía con aspectos vitales del paradigma psiquiátrico y del manicomio (Vasconcelos e Mendonça-Filho, 2009). Esto lleva a Vasconcelos (2010)¹⁴ a considerar que

En coyunturas difíciles como ésta, es preciso reconocer un primer aspecto importante: las conquistas hechas en el proceso de consolidación de las políticas sociales universales en general en nuestro país, y en particular en el SUS y en el proceso de reforma psiquiátrica, dependen fundamentalmente de la presencia y de la acción política de movimientos, actores y fuerzas sociales comprometidos con los intereses popular-democráticos, que presionan desde afuera y ocupan los espacios posibles de lucha y gestión dentro del aparato de Estado, para garantizar el financiamiento y la implementación de las nuevas políticas y programas (s/p).

Más allá de insistir en la necesidad de alianzas políticas, lo anterior indica la urgencia inexorable de una articulación intersectorial de políticas y programas como estrategia de enfrentamiento a esta realidad, lo cual exige contemplar un abanico de problemas macro y micro-políticos. A este respecto, señala Teixeira (2009: 785),

Cualquiera que sean las transformaciones que se hagan necesarias en determinadas “prácticas”, ellas siempre implican, necesariamente, transformaciones correlativas en los modos como los “problemas” son reconocidos y configurados por ese “campo de prácticas”. Mi postulado de base, además, es este: no hay transformación en el “campo de las prácticas” que no sea, indisolublemente, transformación en el “campo problemático”.

¹⁴ Texto disponible vía internet: “Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional” (10/03/2010). http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1

En esta dirección, se ha buscado proponer nuevas cuestiones que confronten las formulaciones ya establecidas y las tendencias alineadas al ideario neoliberal, revitalizando la dimensión reflexiva, crítica y propositiva del proyecto político y social de la Reforma Sanitaria y Psiquiátrica. Preocupada con el debilitamiento de esta dimensión en los últimos años, Conh (2009) alerta sobre el hecho de que estamos siendo aplacados por la dimensión eminentemente técnica de gerencia de los servicios, dejando de lado la dimensión política, social y civil de la conquista de la democracia, que no solo habla de un fortalecimiento colectivo sino también de una concepción de la salud como cuestión social.

Cuidados continuados e integrados en salud mental: articulación entre las políticas públicas de atención primaria y rehabilitación psicosocial

En 2012, la Organización Mundial de Salud – OMS estableció como plataforma de discusión la necesidad de definir estrategias de cuidados continuados e integrados en la salud mental, tal como se opera en los casos de enfermedades físicas crónicas como diabetes, hipertensión o cáncer, en consideración al significativo impacto que poseen.

Los Programas de Continuidad de Cuidados buscan, de una forma general, asegurar una atención integral a la persona que sufre una enfermedad psíquica, a partir de la organización y coordinación de los diferentes recursos sanitarios y sociales disponibles en un determinado territorio, garantizando así la integración de los servicios de tratamiento, rehabilitación y soporte social. Con esto se busca evitar la fragmentación entre los diferentes servicios y la dispersión del usuario en la red, en los espacios comunitarios y junto a los dispositivos de apoyo social (alojamientos, comedores, oportunidades de trabajo, etc.). Además, se aspira a garantizar el sostenimiento de los cuidados tanto longitudinalmente (a lo largo de la vida de un usuario) como transversalmente (entre los servicios de una red); favorecer la adhesión al tratamiento; promover alternativas de atención a la crisis, reduciendo la necesidad de hospitalización, y mejorar el funcionamiento social de los pacientes y sus familias. Para esto se requiere de flexibilidad en la oferta de cuidados, sin exigencias de adaptación a patrones fijos; de planes elaborados y ejecutados en equipo, de una apuesta por la participación activa del usuario

en la construcción de su plan individual de cuidados, así como de un apoyo a la integración social focalizada en la rehabilitación psicosocial.

Si se entiende la Reforma Psiquiátrica como un proceso social complejo y multidimensional, es posible señalar que la producción de cuidados continuados e integrados en salud mental requiere, necesariamente, la superación de una serie de obstáculos de orden macro y micro-político. Para ello se precisa el cumplimiento de metas como las siguientes:

1. Enfrentar la falta de intersectorialidad de las políticas sociales públicas (salud, sociales, cultura y esparcimiento, trabajo, morada);
2. Trabajar en la perspectiva de la construcción de redes de cuidado amplias y diversificadas, facilitando la complementariedad entre la red básica y el sistema de referencia;
3. Invertir en la cualificación permanente de los trabajadores, especialmente en lo referido a la gestión participativa y al trabajo en equipo;
4. Garantizar a los usuarios el acceso a los medicamentos;
5. Subvertir la lógica de sub-financiamiento crónico de la salud mental;
6. Desarrollar programas de rehabilitación psicosocial que puedan promover la libre circulación de las personas con trastornos mentales por los servicios, la comunidad y la ciudad.

Las interminables filas de espera, así como la larga permanencia de usuarios en hospitales, CAPS II y ambulatorios que se ve hoy en día, son consecuencia de la falta de una red de soporte social. De aquí derivan demandas que no son previstas para tales servicios. Tales circunstancias acaban asignando a la red de atención en salud mental cuestiones correspondientes a otro orden, que no tienen que ser “resueltas” por sus equipamientos sino por aquellas instancias públicas responsables de garantizar vivienda, trabajo y generación de renta. Al no ser dados de alta, los usuarios generan dependencia frente al servicio, incapaces de encontrar mejores alternativas de apoyo por fuera de la red sanitaria.

Lo que se tiene, entonces, es una situación de desinstitucionalización que no supera las fronteras sanitarias y mantiene viva las dicotomías salud-salud mental, y salud-condiciones de vida. Al priorizar la inversión en la ampliación

de la red de servicios asistenciales, se deja ver una concepción muy limitada de red, al tiempo que se estrecha el circuito por donde la locura puede transitar, asumiéndola como objeto específico de la salud. Esta visión no da mayor cabida a iniciativas de reinserción social y de co-responsabilización por las diversas políticas públicas. A este respecto, la experiencia española resulta particularmente ejemplar, pues como lo señala Desviat (2007: 126),

Sea cual fueren las administraciones comprometidas y el tipo de dependencias, si queremos una actuación eficaz y sostenida en el tiempo que llegue a mantener al paciente en la comunidad, hay que construir una red donde la rehabilitación y el soporte social sean de los programas pero que puedan también atravesar todos los dispositivos y servicios.

En otras palabras, el desmonte del manicomio como organización y, principalmente, como institución, no se hace efectivo sino a través de una lucha política, teórica y práctica que tenga como objetivo articular una red comunitaria de cuidados, englobando diferentes servicios sustitutivos al manicomio, conectados con otros espacios de la ciudad. Una red de esta naturaleza abre camino no sólo a una modificación en las formas de cuidado y acogimiento del paciente, a partir de cambios administrativos y de la creación de nuevos equipos, sino también —y principalmente— a la invención de nuevas relaciones y sociabilidades dentro de la comunidad y el espacio urbano.

En este sentido, sabemos que la atención primaria ha conformado una coyuntura privilegiada que ha permitido el desarrollo de experiencias transformadoras, así como de nuevas competencias y habilidades psicosociales entre los trabajadores, trayendo innovaciones para la formación y el mejoramiento de los modos de actuación en el sector, e incrementando el protagonismo de los profesionales en el campo de la reforma sanitaria y psiquiátrica. El cuidado en salud mental vinculado a la atención primaria se ha configurado como uno de los aspectos centrales para el cambio de la asistencia psiquiátrica centrada en lo hospitalario. Organizar la atención a la salud mental en red es una prioridad en el sentido de producir un cuidado integral, continuo y de calidad al portador de trastorno mental. A diario, los profesionales de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia-ESF y los agentes comunitarios de salud identifican diversas demandas en salud mental.

Se trata de situaciones que requieren intervenciones inmediatas que eviten el uso innecesario de recursos asistenciales más complejos. Son problemas asociados al uso perjudicial de alcohol y otras drogas, a los egresos de hospitales psiquiátricos, al uso inadecuado de benzodiazepínicos, a trastornos mentales graves y a situaciones derivadas de la violencia y la exclusión social. La identificación y el acompañamiento de tales situaciones, junto con las actividades desarrolladas por los equipos de atención primaria, podrían dar lugar a la puesta en marcha de acciones de intervención temprana, a un uso racional de medicamentos, a una continuidad de los cuidados, a la prevención de admisiones inadecuadas en hospitales psiquiátricos, así como al establecimiento y sostenimiento de sistemas de apoyo comunitario.

Los innumerables problemas actualmente observados en la red de servicios de atención primaria en materia de implantación, capacidad resolutive, política de personal y forma de vinculación de los usuarios, han llevado a Campos y a otros autores (2010) a reconocer que “estamos lejos de disponer de una red de atención básica con amplia cobertura y con eficacia adecuada” (p. 144). Sin embargo, y a pesar de estas dificultades, no hay duda de que los principios y directrices que organizan la atención primaria –por vía de la *Estratégia Saúde da Família*-ESF y del *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* -NASF– y la *Estratégia da Atenção Psicosocial*-EAP, que orienta la *Política Nacional de Saúde Mental*, son capaces de provocar cambios efectivos en el modo de producir acciones en la salud, así como en la manera de hacer gestión y de generar la reflexión y proposición de soluciones creativas para los obstáculos que atraviesan el trabajo cotidiano en estos campos.

Ambas estrategias tienen como base la multiprofesionalidad, así como el trabajo en el territorio y en red, articulado por equipos de referencia responsables de la conducción y acompañamiento de los casos. Dichos equipos trabajan a partir de una perspectiva ampliada de la clínica, no restringida a aspectos biomédicos, y orientada hacia el seguimiento longitudinal con responsabilidad y vínculo. De esta manera, buscan alcanzar otros grados de autonomía en la actividad profesional, bajo una propuesta de gestión compartida y participativa. La apuesta, en este sentido, es por la articulación de diferentes saberes y tecnologías en la construcción de diagnósticos y proyectos terapéuticos singulares, al igual que por una mayor y más amplia

autonomía de los usuarios, alusiva a su capacidad de “comprender y actuar sobre sí mismo y sobre el contexto, lidiando con su red de dependencias” (Figueiredo y Furlan, 2010: 165).

Finalmente, la ESF y la EAP abren una nueva agenda en términos del quehacer en salud, de los modos de trabajar en el SUS, de las competencias requeridas para ello, y del compromiso ético-político con la producción de un sistema de salud universal y resolutivo, asociado a la idea de ciudadanía. Dicha agenda trae consigo exigencias de compromiso, sensibilidad, capacidad de negociación y habilidad para hacer frente a la falta de certezas, a los problemas complejos y al alto nivel de vulnerabilidad social que marca la realidad de gran parte de los usuarios de estos servicios. Esta clase de requisitos representa importantes desafíos para los equipos técnicos, dotados de pocas herramientas críticas, desconocedores de los aspectos organizacionales e institucionales de la salud pública, y capacitados para una práctica muy especializada, consecuencia de una formación que no atiende a las exigencias solicitadas por el SUS. Los profesionales de salud, de forma general, llegan a la red con poca experiencia para enfrentar los enormes retos clínico-institucionales con los que se encontrarán.

En este contexto, si se desea hacer efectiva una atención integral y resolutive, es necesario que se manejen ciertas herramientas y dispositivos que favorezcan nuevos acuerdos de trabajo –en este campo, negociar y hacer pactos resulta imprescindible–, que valoricen el potencial inventivo de los diversos autores y al tiempo propicien el encuentro, los vínculos solidarios y la co-responsabilización con los cambios deseados. Por la importancia y lugar prioritario que estas políticas ocupan en el escenario actual de la salud pública en el Brasil, resulta más que urgente una inversión no sólo en el ámbito de la formación y la capacitación técnico-asistencial, sino también en nuevos acuerdos en cuanto a la gestión y evaluación de los procesos de trabajo. A este respecto, cabe señalar que para una mayor participación en la atención primaria y la salud mental, muchas veces hace falta orientación y direccionalidad en un trabajo que apunte en un sentido diferente a aquel ya conocido y desgastado.

A diferencia del caso brasileiro, en España se ha invertido fuertemente en programas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario, contemplando

cuestiones como la vivienda y el trabajo. Allí, portanto, el cierre de los manicomios y el reordenamiento de la red sanitaria y social estuvieron acompañados de la creación de un amplio abanico de programas interdependientes que tuvieron por objeto, además de garantizar la asistencia y el soporte social, aumentar el grado de autonomía personal, de funcionamiento psicosocial y de integración comunitaria de usuarios, junto con las posibilidades de apoyo a sus familias. Obviamente, se trata de medidas que están amparadas en una perspectiva de rehabilitación que apunta a ampliar tanto las posibilidades de integración social como los sentidos de pertenencia comunitaria, de circulación en la ciudad y de estructuración de la vida cotidiana, evitando así el aislamiento, el abandono, la cronificación y la institucionalización. Esta perspectiva fue presentada por Lussio et al (2006: 450) con base en las proposiciones de Benedetto Saraceno:

El proceso de rehabilitación consiste en la “reconstrucción, un ejercicio pleno de ciudadanía y, también, de plena contractualidad en los tres grandes escenarios: vivienda, red social y trabajo con valor social”. La rehabilitación psicosocial también puede ser considerada como un “proceso por el cual se facilita al individuo con limitaciones, la restauración en el mejor nivel posible de autonomía de sus funciones en la comunidad”. Se puede definir “rehabilitar” como “mejorar las capacidades de las personas con trastornos mentales en lo que se refiere a la vida, aprendizaje, trabajo y socialización en adaptación de forma más normalizada posible.

Consideraciones finales

Este trabajo tuvo como objetivo trazar algunas líneas que atraviesan la discusión actual acerca de la salud mental en el Sistema Único de Salud de Brasil, más concretamente sobre la articulación entre las políticas de atención primaria y rehabilitación psicosocial.

La cronificación, provocada por la actualmente escasa articulación de servicios y apoyos sociales, culturales y asistenciales, produce efectos dañinos. Entre ellos se encuentran la sobrecarga de los operadores de salud, la burocratización de las prácticas y la creación de una red que, en lugar de ser descentrada e integrar múltiples conexiones como en un modelo rizomático (Deleuze & Guattari, 1995), se revela con frecuencia como un circuito que se

retroalimenta (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001), causando el estancamiento de los flujos de experimentación y de reproducción de modos de relación hegemónicos. Así, en lugar de los principios de desinstitucionalización del manicomio, terminan afianzándose otras segmentaciones que impiden, o por lo menos dificultan, los encuentros con la diferencia.

De lo anterior se deriva que para hacer efectivo el referido proceso de desinstitucionalización, así como para producir cuidados continuos e integrados en salud mental, se requiere más que un cambio de orden macropolítico y técnico. Se trata de transformaciones fundamentales e imprescindibles, que si no van acompañadas de cambios en otros procesos, pueden terminar limitadas ante la imposibilidad de creación de un “afuera”. Dicho “afuera” alude tanto a una separación con respecto a los servicios, como con una ruptura con la lógica institucional de manicomio (Barros, 2003).

Se percibe, de esta manera, que el problema de la desinstitucionalización no remite a un campo cerrado y estricto que, a partir de una perspectiva de medicalización de la vida, vino a ser denominado como “salud” (Foucault, 2003). Desinstitucionalizar, antes bien, significa superar las fronteras sanitarias. En este sentido, alude a enfrentar los desafíos de la intersectorialidad y del trabajo en red, lo que implica una adopción de modelos de atención integral de base territorial. En el caso brasilero, por ende, se requiere no sólo expandir los servicios sustitutivos tal como hasta ahora se conocen, sino también invertir en una red diversificada de dispositivos que den soporte al usuario y a las familias en el propio territorio, que los ayuden a atravesar sus crisis y les garanticen un seguimiento a sus cuidados. Es necesario fortalecer la atención primaria como la vía de acceso por excelencia. Las experiencias exitosas en el campo de la salud mental tienen en común el hecho de haber direccionado sus esfuerzos hacia mecanismos eficaces de intervención en crisis, así como hacia la creación de una red de recursos con amplio abanico de estrategias interdependientes, no solo sanitaria sino también de soporte social, vivienda, generación de renta, fortalecimiento de las asociaciones y los recursos compartidos, etc.

Igualmente, es necesario proponer experiencias formativas que apunten a preparar estudiantes y profesionales capaces de garantizar el sostenimiento de los cuidados en salud tanto longitudinal como transversalmente (a lo largo de

la vida de un usuario y entre los servicios de una red), favorecer la adhesión al tratamiento, promover alternativas de atención a la crisis, reduciendo la necesidad de hospitalización, y mejorar el funcionamiento social de los pacientes y sus familias. Se trata aquí de propuestas de formación diferenciada que busquen crear una cultura de cuidados continuados y de empoderamiento de usuarios y familiares.

La locura no es sólo una cuestión que atañe al campo de la salud. Como lo señala Basaglia (1979), la locura es también una cuestión de desigualdad, de opresión, de intolerancia, de marginalización, de exclusión, pues todo lo que no es productivo es enfermo. Sin una intervención en estos otros frentes, los viejos manicomios van a continuar llenos y las nuevas estructuras, a pesar de toda buena voluntad y técnica, no podrán incidir en ese modo de funcionar que las hace operadoras de aquello que quieren combatir.

Lo que se tiene delante es, entonces, la necesidad de inventar una actuación transdisciplinaria de toma de poder social, en la que “resistir debe ser algo más que simplemente inviabilizar la existencia de los manicomios” (Alarcon, 2002: 117) poner algo de infame en el aire, invadiendo las narices, algo insoportable en el culto de la tolerancia. Como decía Oliveira (2005: 201), a los insubordinables resta arruinar esta tolerancia, pues “el resto es perfumería”.

Referencias:

- Alarcon, S. (2002). “Nos limites da desmesura: aforismos sobre reforma psiquiátrica movimento antimanicomial no Brasil”, Tesis Maestría en Ciencias, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Amarante, P. (1995). *A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: SDE/ENSP.
- Barros, R. B. de (2003). Reforma Psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. En Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 196-206). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil: Brasil Debates.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2011). *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília, Brasil.
- Campos, G. W. S. et al (2010). Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. En G. W. Campos y A. V. P. Guerrero (Coord.), *Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada* (pp. 132-153) São Paulo, Brasil: Aderaldo e Rothschild.
- Cohn, A. (2009). *Saúde e desenvolvimento social*. Saude soc., (18), suppl. 2, 41-47.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1995). Mil Platôs – *Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol. 1. São Paulo, Brasil: Ed. 34.
- Delgado, P. G. (1992). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil: Te-Corá.
- Desviat, M. (2007). *De loucos a enfermos. De La psiquiatria Del manicômio a La salud mental comunitária*. Ayuntamiento de Leganés.
- Figueiredo, M. D. y Furlan, P. G. (2010). O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. En G. W. S. Campos y A. V. P. Guerrero (Coord.). *Manual de Práticas de Atenção Básica. Saúde ampliada e compartilhada* (pp. 154-178). São Paulo, Brasil: Aderaldo e Rothschild.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Brasil: Edições Graal.

- Lougon, M. (1993). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Rev. Saúde Coletiva*, 3 (2), 137-164.
- Lussio, I. A. O., Pereira, M. A. O. y Pereira Junior A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Latino-am Enfermagem*, 14 (3), 448-56. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>
- Oliveira, S. (2005). Tolerar, julgar, abolir. En E. Passetti y S. Oliveira (Coord.), *A tolerância e o intempestivo* (pp. 191-202) Cotia, Brasil: Ateliê.
- OMS (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório mundial da saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de y Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. En F. Nicácio (Coord.). *Desinstitucionalização* (pp. 89-99). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Santos-Filho, S. B. y Barros, M. E. B. (2007). A base político-metodológica em que se assenta um novo dispositivo de análise e intervenção no trabalho em saúde. En S. B. Santos-Filho y M. E. B. Barros (Coord.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhos na gestão do trabalho em saúde* (pp.123-42) Ijuí, Brasil: Editora Unijuí.
- Teixeira, R. R. (2009). Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 13, 785-789.
- Vasconcelos, M. F. F y Mendonça Filho, M. (2009). Por uma genealogia das políticas de inclusão de saúde mental contemporâneas: da produção de políticas identitárias e de modos variados de confinamento. En M. Mendonça Filho y M. T. Nobre (Coord). *Política e Afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa* (pp. 181-210) Salvador, Brasil: EDUFBA, EDUFS.
- Yasui, S. y Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 27-37.

