

Perspectivas para la política de salud mental en Brasil

*Maria Tavares Cavalcanti*¹

doi: 10.1590/0102-311X00184619

El fascículo de noviembre de CSP reúne tres artículos en la sección Espacio Temático^{1,2,3} sobre los avances y retrocesos de la política de salud mental en Brasil. La lectura de los tres trabajos que componen esta sección expone una evidencia cabal: Brasil tuvo éxito en construir una amplia red de servicios de atención psicosocial, repartidos por todo el territorio nacional, denominados Centros de Atención Psicosocial (CAPS) con sus diversos tipos y modalidades. En 1998 eran 148, en 2014 pasaron a 2.209. Esta red debería ser motivo de orgullo para cualquier ciudadano brasileño ante la diversidad y dimensión continental de Brasil. A pesar de ello, es necesario cuestionarse si la creación de esta red y la prestación de estos servicios han garantizado una mejor asistencia a la salud mental en el país. ¿Nuestros pacientes viven mejor hoy? Aparte de la creación de los servicios, ¿conseguimos transformar la visión de la sociedad respecto a los enfermos mentales, garantizándoles una mejor aceptación e inserción social en la vida cotidiana de nuestras ciudades? En otras palabras, ¿la reforma psiquiátrica logró también reducir el estigma respecto a los usuarios de los servicios de salud mental?

A juzgar por los innumerables relatos que escuchamos y recogimos fuera del país^{4,5,6,7}, sí, sin sombra de dudas, nuestros enfermos mentales viven mejor hoy en día. Sin embargo, ¿será que contamos con información adecuada respecto a aquellos que no tienen acceso a estos servicios?

Otro elemento muy importante que exponen los tres trabajos, y que está relacionado con la pregunta de arriba, es que a pesar del éxito de la tarea estamos en medio de un proceso interrumpido. Interrumpido antes de que fuera lo suficientemente fuerte para no correr riesgos de alteraciones serias.

Por ello, es tan oportuno y necesario un Espacio Temático sobre la política de salud mental brasileña en este momento de nuestra historia. Podríamos sistematizar esta sección, a través de los tres trabajos que la componen, en tres momentos – “lo que fue alcanzado”; “lo que falta por alcanzar y por dónde deberíamos avanzar para alcanzar lo que falta”; además de “los riesgos que corremos”; destacando, en esta última fase, por qué es tan peligroso y desalentador el retroceso que se anuncia, disfrazado de “reorientación”, “corrección de rumbos”, “evidencias científicas” etc.

¹ Instituto de Psiquiatria,
Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Rio de Janeiro,
Brasil.



Lo que fue alcanzado

En lo que se refiere a la creación de la red de servicios de salud mental comunitarios, el mayor éxito se produjo en relación con la implantación de los CAPS, que efectivamente se esparcieron por todo el país (2.462 en 2017), aunque todavía esta expansión está muy lejos de las necesidades reales, principalmente en lo que se refiere a la implantación de CAPS III (100 CAPS III y 106 CAPSad III), que es la modalidad que cuenta con camas y que permite, por tanto, la sustitución más efectiva de los servicios de internamiento psiquiátrico; se implantaron también en un número significativo los Servicios Residenciales Terapéuticos (489), pero la expansión de estos servicios fue incluso todavía más limitada respecto a las necesidades. Los demás dispositivos previstos en la red, algunos creados más recientemente para formar la red de atención a los pacientes con trastornos derivados del uso del alcohol y otras drogas como: las Unidades de Acogida (35) y los Servicios de Atención en Régimen Residencial (22), o incluso otros más antiguos, como las camas psiquiátricas en hospitales generales, fueron implantados de forma todavía mucho más tímida (263 hospitales generales con 1.163 camas) ⁸.

Para que esto tuviera lugar fue fundamental la inversión efectiva del gasto en salud mental, con servicios comunitarios recibiendo más recursos que los hospitales psiquiátricos desde 2006, como apuntan Onocko-Campos ¹ y Caldas de Almeida ², y la disminución también muy significativa de las camas en hospitales psiquiátricos monovalentes, con el cierre de muchos hospitales psiquiátricos cuya calidad en la atención era como mínimo cuestionable.

Asimismo, además de la creación de servicios comunitarios, hubo también una progresiva concienciación de la sociedad y de los propios usuarios de los servicios de salud mental, así como de sus familiares para que se percibiera el tratamiento en la comunidad como el más indicado y más eficaz, pese a que este proceso también necesite continuidad y una ampliación, puesto que, como resalta Onocko-Campos ¹ (p. 1) en su trabajo, “*a pesar de que la nouvelle familiar de la Reforma destaque los movimientos de usuarios y trabajadores como fundamentales e importantes, estos movimientos no consiguieron extenderse por todo Brasil y la Reforma se impulsó como una política pública de salud y no como una reivindicación de la sociedad civil*”.

Otro elemento muy importante fue el enorme contingente de trabajadores de salud mental, que se incorporaron a la asistencia dentro del nuevo modelo, donde, a pesar de ello, la formación en los grados dentro de este área de la salud es todavía muy incipiente, en lo que se refiere a las discusiones sobre la reforma psiquiátrica y la asistencia a la salud mental. Este fue un caso donde el cambio en la práctica indujo a los órganos formadores a modificar también sus contenidos de enseñanza.

Con la entrada en escena de la atención básica de forma más consistente en Brasil, como puerta de entrada del Sistema Único de Salud, con la Estrategia Salud de la Familia (ESF) extendiéndose por el país, a través de los equipos de salud de la familia en las Unidades Básicas de Salud, la integración de la red de asistencia para la salud mental con los equipos de salud de la familia también pasó a ser prioritaria, y parte de la política pública de salud. Esto se hizo a través de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y la estrategia de consulta conjunta con los equipos de ESF, la denominada organización en matriz. A pesar de que la cobertura de NASF, en relación con los equipos de ESF, también sea deficitaria respecto a las necesidades, este fue un avance estratégico muy importante en lo relacionado a la ampliación del acceso de los pacientes a los cuidados en salud mental.

Hubo además muchos otros avances, como el Programa de vuelta a casa, los Consultorios de calle, citados en los trabajos que componen esta sección.

Sin embargo, entre todos estos avances, uno de ellos no puede ser olvidado, y es el que de cierta forma todavía nos garantiza una continuidad posible en el proceso de la reforma psiquiátrica brasileña –la promulgación de la *Ley n. 10.216* del 6 de abril de 2001, la denominada Ley de la Reforma Psiquiátrica que “*dispone sobre la protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redefine el modelo asistencial en salud mental*”⁹. ¿Qué es lo que tiene tan importante esta ley? La redefinición de la asistencia hacia el cuidado territorial y la regulación de los internamientos psiquiátricos voluntarios e involuntarios, permitidos sólo cuando el cuidado territorial hubiera agotado todas sus posibilidades. Con esta ley vigente, contamos por lo menos con una dirección de la reforma basada legalmente.

¿Qué falta por alcanzar y por dónde deberíamos avanzar para alcanzar lo que falta?

El proceso de la Reforma Psiquiátrica, como todo y cualquier otro proceso, es dinámico y continuo. Podemos demarcar un momento inicial, impulsor e indicador de una dirección, pero no vislumbramos un fin que se divise y pueda ser alcanzado. Lo que existen son marcos y principios que nos orientan en el camino y nos señalan el rumbo.

Tal vez, si pudiésemos resumir en dos frases en qué consiste la Reforma Psiquiátrica Brasileña, diríamos: – “lugar para el cuidado de personas con trastornos mentales, estén más o menos ‘enfermas’ y donde ellas se sientan bien”, y “además de la forma de cuidar de esas personas que es relacionándose con ellas”. Todo lo demás podría caber en estas dos frases. El indicador sería: ¿este proceso, esta orientación, este dispositivo nos pone más en contacto con estas personas? Entonces el camino es este. ¿Nos aparta de ellas? Seguro que escogimos el camino equivocado.

Los riesgos que corremos

El campo de la psiquiatría es un campo de disputas muy intensas y evidentes. “*Tocar el cerebro, transformar la mente. Por ello, se trata de un proyecto moderno enraizado en nuestra historia y con promesas de un bello futuro. Desde siempre el hombre sueña transformar al hombre interviniendo en su cerebro. El siglo XX dotó de nuevas tecnologías, acompañadas de conceptos científicos propios, todo lo que se refiere a las relaciones entre cerebro y mente. En Occidente, este proyecto se difunde y se convierte en una práctica social que sobrepasa la simple medicina mental. Tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos, electrochoques, energéticos, vitaminas, alcoholes, cocaína, heroína, cannabis, café, infusiones y tabaco, dietas específicas e incluso ayunos son muchas las fórmulas puestas a disposición de la transformación física del sujeto contemporáneo*”¹⁰ (p. 1). Por otro lado, el campo de la psiquiatría, es un campo que se sumerge en cuestiones más amplias que afectan a los seres humanos – “*un cuadro psiquiátrico no se resume en alteraciones de receptores, canales de calcio y neurotransmisores. Los cuadros psiquiátricos tienen múltiples determinantes y cuando los resumimos en síntomas contribuimos a la alienación de los individuos respecto a sus cuerpos, a sus mentes y a sus vidas, haciéndoles más vulnerables para las sociedades de mercado, ante el autoritarismo y el sufrimiento psíquico*” (Janete Cohen, 2019, comunicación personal). Esta promesa – “*Tocar el cerebro, transformar la mente*”, perseguida desde siempre por la

humanidad, y hace más de dos siglos por la psiquiatría, está lejos de ser alcanzada. Todavía más cuando los problemas que afectan a la población que atendemos, y que contribuyen a muchos de los cuadros que tratamos, sobrepasan con mucho la cuestión del individuo, en lo que se refiere a la materialidad del cuerpo. Cuestiones de miseria social, violencia, vulnerabilidades de cualquier orden. Una política pública debería, por tanto, estar dirigida hacia aquello que afecta a la mayoría de la población y lo que realmente importa en términos de salud pública.

Y, ¿por qué el “riesgo que corremos” tiene relación con estas cuestiones que implican disputas en el campo de la psiquiatría y de la salud mental?, ¿por qué la coordinación de salud mental del Ministerio de Salud ha dicho y redicho que “*los enfoques y conductas [en nuestro campo] deben estar basados en evidencias científicas, actualizadas constantemente*”¹¹, dejando implícito que el proceso de la reforma no tendría que basarse en evidencias científicas del campo de la psiquiatría y de la salud mental. ¿Cuáles serían entonces las evidencias científicas más constantes dentro de este campo?

En un artículo publicado en 2004, Thornicroft & Tansella¹² apuntan algunas evidencias de lo que sería un servicio de salud mental moderno. Para países con recursos bajos y medios, las evidencias sugieren que, para los primeros, lo fundamental es mejorar los cuidados en la atención primaria con la retaguardia del especialista (el modelo brasileño de organización en matriz con los Núcleos de de Apoyo a la Salud de la Familia – NASF) y para los segundos, además del refuerzo en la atención primaria con retaguardia del especialista, incluir unidades ambulatorias, equipos de salud mental comunitarios, servicios residenciales terapéuticos y formas de ocupación y empleo.

Por tanto, teniendo en cuenta que los recursos son finitos, ¿en qué debería invertir una política pública de salud mental?

En otro artículo, este de 2010, Thornicroft et al.¹³ listan algunas recomendaciones para la implementación de un cuidado para la salud mental comunitario. Ellos dividen estas recomendaciones entre obstáculos y desafíos, lecciones aprendidas y soluciones para cinco categorías - sociedad, gobierno, organización del sistema de salud mental local, profesionales y técnicos, usuarios, familiares y activistas. Respecto a la sociedad, los principales obstáculos están relacionados con la violación de los derechos humanos, con el estigma y la aceptación de comportamientos diferentes y considerados “anormales”. En lo referente a los gobiernos, aparecen políticas inadecuadas, falta de estructura y de financiación, así como las dificultades con la formación y la retención de profesionales. En cuanto a la organización de los sistemas de salud mental locales, el centro de interés está en el diseño, la implantación y la supervisión del sistema, la no implantación de los programas, que a veces son poco factibles, la necesidad de inclusión de servicios no médicos, la colaboración en red y la falta de medicamentos psicotrópicos. En lo que respecta a los profesionales aparece la cuestión de la formación, del síndrome del quemado, de la falta de investigaciones que evalúen e informen sobre el trabajo realizado. En cuanto a los usuarios, la importancia y necesidad de la advocacy, de grupos de autoayuda y de apoyo inter pares, así como compartir decisiones.

Brasil tiene una de las políticas de salud mental más citadas y aplaudidas en el mundo. La implantación de una verdadera red de servicios comunitarios de salud mental en un país continental como el nuestro debería ser, como apuntamos al inicio de este editorial, uno de nuestros mayores orgullos.

La salud mental es una cuestión de derechos humanos y un elemento fundamental dentro de las sociedades civilizadas. Como así nos lo demuestran los tres trabajos que componen esta sección, cuando la democracia está en juego, no es solamente la reforma psiquiátrica lo que está en riesgo, es la propia sociedad la que parece amenazada.

Información adicional

ORCID: Maria Tavares Cavalcanti (0000-0003-1872-4210).

1. Onocko-Cmapos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00156119.
2. Caldas de Almeida JM. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00129519.
3. Bastos FI. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00125519.
4. Surjus LTLS, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas – SP. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2011; 14:122-33.
5. Gonçalves LLM, Onocko Campos R. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00166216.
6. Ricci LC. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* 2017; 9:212-28.
7. Serpa Junior O, Campos RO, Malajovich N, Pitta AM, Diaz AG, Dahl C, et al. Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis (Rio J.)* 2014; 24:1053-77.
8. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf> (accedido el 22/Sep/2019).
9. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
10. Parada C. *Toucher le cerveau, changer l'esprit*. Paris: Presses Universitaires de France ; 2016.
11. Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Nota Técnica nº 11/2019. <http://mds.gov.br/obid/nova-politica-nacional-de-saude-mental/nota-tecnica-no-11-2019-cgmad-da-pes-sas-ms> (accedido el 22/Sep/2019).
12. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185:283-90.
13. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R, Barley E, Drake RE, Gregorio G, et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9:67-77.