

La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas

Manoel Tosta Berlinck¹

Editorial

La Reforma Psiquiátrica Brasileña es un movimiento sociopolítico que surge en el ámbito de la salud pública y que, desde el punto de vista de la gestión de políticas públicas, se une estrechamente a una legislación en salud mental iniciada en el año de 1990, con la Declaración de Caracas, aprobada por aclamación en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

El Brasil es país firmante de esa declaración y se adhiere a ella tras un largo movimiento de trabajadores en salud mental, que resultó en la ley n° 9.867, del 10 de noviembre de 1999.

Esa ley permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los servicios comunitarios. Es un valioso instrumento para viabilizar los programas de trabajo asistido e incluirlos en la dinámica de la vida diaria, en sus aspectos económicos y sociales. Hay una evidente analogía con las llamadas «empresas sociales» de la experiencia de la Reforma Psiquiátrica Italiana.

El 6 de abril de 2001, el Gobierno Federal promulga la ley n° 10.216 que dispone la protección y protege los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo asistencial en salud mental. Ese texto refleja el consenso posible sobre una ley nacional para la reforma psiquiátrica en Brasil.

Esta ley se basa en el proyecto original del diputado Paulo Delgado e incluye proposiciones contenidas en sustitutos anteriores favorables al proyecto original.

La ley reorienta el modelo de la asistencia psiquiátrica, reglamenta el cuidado especial de los pacientes internos por largos años y prevé la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria arbitraria o innecesaria.

El 28 de mayo de 2003, el Presidente de la República firma el decreto que instituye el Grupo de Trabajo interministerial para evaluar y presentar propuestas para revisar, proponer y discutir la política del gobierno federal para la atención a usuarios de alcohol, así como para ar-

monizar y perfeccionar la legislación relativa al consumo y publicidad de bebidas alcohólicas en territorio nacional.

El 31 de julio de 2003, el Presidente de la República firma la ley n° 10.708 que instituye el auxilio-rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales dados de alta de su internamiento. Esa ley, conocida como «Ley del Programa de Vuelta al Hogar», establece un nuevo nivel en la historia del proceso de reforma psiquiátrica brasileña e impulsa la desinstitutionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico, con la concesión de auxilio y rehabilitación psicosocial e inclusión en programas extrahospitalarios de atención en salud mental.

Desde 1992 existen ocho leyes estatales vigentes, inspiradas todas en el Proyecto de Ley Federal del Diputado Paulo Delgado. Son las de Ceará, del Distrito Federal, del Espíritu Santo, de Minas Gerais, de Paraná, de Pernambuco, del Río Grande do Norte y del Río Grande do Sul. En todas está prevista la sustitución progresiva de la atención en hospital psiquiátrico por otros dispositivos o servicios. Hay incentivos para los centros de atención diaria (Centros de Atención Psicosocial, CAPS), la utilización de camas en hospitales generales, la notificación de internamiento involuntario y la definición de los derechos de las personas con trastornos mentales.

En Brasil hay hoy más de mil CAPS regulados por la Disposición del Ministerio de la Salud n° 336, de 19 de febrero de 2002.

Además, hay una serie de Disposiciones del Ministerio de la Salud. La principal, sin duda, es la Disposición Interministerial n° 628, del 2 de abril de 2002, que establece el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario. Define mecanismos de extensión de la atención en salud del Sistema Único de Salud (SUS) a los detenidos del sistema penitenciario, incluida la salud mental. Esa iniciativa inédita permite extender la mirada y el cuidado en salud mental a las prisiones, así como pensar en un nuevo modo de manejar la cuestión de los manicomios judiciales.

¹ Profesor titular jubilado de la Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas, Brasil. Profesor del Programa de Posgrado en Psicología Clínica de la Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Brasil, donde dirige el Laboratorio de Psicopatología Fundamental. Presidente de la Asociación Universitaria de Investigación en Psicopatología Fundamental (2002-2010). Editor de la *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* y de *Pulsional Revista de Psicanálise*. E-mail: mtberlin@uol.com.br

Es importante destacar también la Disposición n° 1.077, del 24 de agosto de 1999, que dispone la asistencia farmacéutica en la atención psiquiátrica y asegura medicamentos básicos de salud mental para usuarios de servicios públicos ambulatorios de salud que dispongan de atención a la salud mental. Representa un aporte efectivo y regula los recursos financieros para que los estados y municipios mantengan un programa de farmacia básica en salud mental.

Las demás disposiciones buscan perfeccionar la Reforma Psiquiátrica Brasileña al crear y reglamentar la financiación de los Servicios Residenciales Terapéuticos, determinar la evaluación de la atención en salud mental prestada por el SUS, establecer mecanismos de supervisión continua de los servicios en hospitales y ambulatorios, y proponer normas técnicas y alternativas que refuercen la continuidad de los procesos de reversión del modelo de atención en salud mental vigente en el país. Otras disposiciones son definir el equipo mínimo para los dispensarios especializados en salud mental que deben actuar en la asistencia y supervisión de las actividades de los Servicios Residenciales Terapéuticos, instituir el proceso sistemático y anual de evaluación y supervisión de la red de hospitales especializados en psiquiatría, así como en hospitales generales con enfermerías o camas psiquiátricas y establecer criterios de clasificación de acuerdo con el tamaño del establecimiento y el cumplimiento de los requisitos cualitativos de evaluación fijados por el área técnica de Salud Mental del Ministerio de la Salud, en cuanto al proceso terapéutico.

En resumen, lo que se observa es que el periodo de 1990 a 2003 concentra la máxima intensidad política y normativa de lo que se denomina la Reforma Psiquiátrica Brasileña. Un año antes, en 1989, se había iniciado la experiencia decisiva en Santos, bajo el liderazgo de David Capistrano Filho. A fines de ese mismo año también se entregó al Congreso Nacional el proyecto de ley que resultó, 12 años después, en la ley brasileña de reforma psiquiátrica.

La Reforma Psiquiátrica Brasileña realiza entonces —por medio de una política pública compleja, sistemática y fundamentada en leyes y disposiciones ministeriales, leyes estatales y municipales— una amplia modificación en la atención al usuario: cambia de dirección el modelo de asistencia psiquiátrica; reglamenta el cuidado especial para con los pacientes internados durante largos años y prevé la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria o innecesaria; impulsa la desinstitutionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico por la concesión de auxilio-rehabilitación psico-social e inclusión en programas de atención extrahospitalaria; incluye asistencia de salud mental para detenidos del sistema penitenciario, lo que permite pensar en un nuevo modo de tratar la cuestión de los manicomios judiciales; dispone la asistencia farmacéutica en la atención psiquiátrica, asegura medicamentos básicos de salud mental para usuarios de servicios de

ambulatorios públicos de salud que dispongan de atención en salud mental, etc.

En otras palabras, la Reforma formula, crea condiciones e instituye nuevas prácticas terapéuticas con miras a la inclusión del usuario en salud mental en la sociedad y la cultura.

El éxito de la reforma depende, por lo tanto, de nuevas formas de ejercicio de la actividad clínica y práctica del tratamiento, y supone que el trabajador en salud mental esté preparado para realizar esas actividades. Sin embargo, se sabe que entre la teoría y la práctica hay una distancia que no siempre se revela en los informes oficiales encaminados periódica y sistemáticamente al Ministerio de la Salud.

Además, se sabe que la enseñanza universitaria brasileña todavía no se ha adaptado a esa política pública, por lo que existe un desfase entre la formación universitaria y los requisitos que vienen de la práctica.

Finalmente, el sistema universitario tiende a ofrecer una enseñanza general y abstracta que, si bien es rica en contenido, ignora, en gran medida, las especificidades de la Reforma Psiquiátrica y el trabajo que se realiza en ese ámbito.

Tras generar nuevos dispositivos y nuevas prácticas clínicas, la Reforma Psiquiátrica creó vivencias —actividades eminentemente prácticas— antes desconocidas para la salud mental. En tanto, esas vivencias corren el grave riesgo de circunscribirse al ámbito específico de su práctica, lo que crearía una subcultura en la sociedad brasileña. Así, ocurriría un fracaso de la misma Reforma, cuyo principal objetivo es la integración de ese sistema —y no solamente de los usuarios— en la sociedad democrática y ciudadana que se caracteriza por el libre intercambio biológico, psíquico y social.

Así, la Reforma Psiquiátrica Brasileña precisa también crear un dispositivo para que tales vivencias se transformen en experiencias, es decir, en saberes socialmente compartidos, que desarrollen capacidades de investigación en salud mental.

Para que eso ocurra, es necesario que las vivencias eminentemente prácticas de los trabajadores en salud mental se narren y registren para constituir un archivo, parte fundamental de la memoria de las prácticas promovidas por la Reforma. En otras palabras, es necesario realizar un trabajo de autoría junto a los trabajadores en salud mental que implique un proceso de transformación de las vivencias en experiencias.

Tal actividad requiere un dispositivo apropiado y complejo. Así como han sido necesarios nuevos dispositivos clínicos, se necesita ahora crear otro dispositivo que genere la narrativa escrita de vivencias clínicas, la elaboración de un archivo y la divulgación de esas mismas narrativas, para que los trabajadores se vuelvan autores de la propia Reforma y la sociedad se entere de lo que ocurre en el ámbito de la misma.

Ese dispositivo está siendo creado e implantado por la *Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental* (AUPPF), sociedad científica sin fines de lucro que

reúne, actualmente, a 50 profesores doctores de 23 universidades brasileñas y de universidades de Argentina, Colombia, México y Francia.

La AUPPF creó recientemente (2007) un Laboratorio de Salud Mental destinado a estimular la escritura de narrativas por trabajadores de salud mental, junto con una reflexión sobre esas narrativas que se archivan y publican en el portal de la Asociación: <http://www.fundamentalpsychopathology.org>

Coordinadas con esas actividades, la *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* publica una sección destacada sobre «Salud Mental» desde marzo de 2004. El *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line* también publica artículos de universitarios y trabajadores en salud mental sobre esas vivencias clínicas que han surgido gracias a la Reforma Psiquiátrica Brasileña.

Se construye así un dispositivo de autoría, archivo y divulgación de narrativas y de reflexiones sobre las prácticas acontecidas en el ámbito de la Reforma Psiquiátrica Brasileña que servirán de retroalimentación para el Ministerio de la Salud, para las Secretarías Estatales de Salud y para las Secretarías Municipales de Salud de Brasil, todas las cuales podrán beneficiarse con miras al perfeccionamiento de la política pública en salud mental.

Con ese trabajo, la *Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatología Fundamental* pretende brindar también un espacio para el archivo y la publicación de narrativas clínicas practicadas en otros países. De esa forma se busca el mejoramiento de las prácticas clínicas mediante la construcción de una experiencia compartida internacionalmente.