

REFORMA PSIQUIÁTRICA Y POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN BRASIL*

Pedro Gabriel Delgado**

I. La Reforma Psiquiátrica en Brasil: política de salud mental del Sistema Único de Salud.

El proceso de Reforma Psiquiátrica

El inicio del proceso de reforma psiquiátrica en Brasil coincidió con el “movimiento sanitario” de la década de 1970, que proponía un cambio en los modelos de atención y gestión de la salud, dirigido a la defensa de la salud colectiva, la equidad en la oferta de servicios, el protagonismo de trabajadores y usuarios y la producción de nuevas tecnologías asistenciales. A pesar de la coincidencia en el tiempo con otros procesos, el movimiento de reforma tiene su historia propia, inscrita en una tendencia internacional que propendía al cambio del modelo asilar de la atención psiquiátrica.

La Reforma Psiquiátrica es un proceso político y social complejo en el que interviene una diversidad de actores, instituciones y fuerzas de diferente origen que abarca los ámbitos federal, estatal y municipal, las universidades, los servicios de salud, los gremios profesionales y las asociaciones de usuarios y familiares. La reforma engloba un conjunto de transformaciones de prácticas, conocimientos y valores culturales y sociales, presentes en la vida cotidiana de instituciones y servicios y en las relaciones interpersonales, caracterizada por los frecuentes puntos muertos, tensiones, conflictos y desafíos.

Historia de la Reforma: crítica del modelo centrado en el hospital psiquiátrico (1978-1991)

Se acostumbra identificar el año 1978 como el punto de partida del movimiento social en pro de los derechos de los pacientes psiquiátricos en nuestro país. En este año surgió el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), que agrupaba trabajadores de la salud, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembros de asociaciones profesionales y pacientes con larga historia de hospitalizaciones psiquiátricas. En este periodo el MTSM llegó a liderar la denuncia de la violencia en los manicomios, la mercantilización de la locura, y la hegemonía de la red privada de hospitales psiquiátricos. Se convirtió en el portavoz de una crítica al llamado “*saber psiquiátrico*” y al modelo de asistencia centrado en los hospitales mentales. El Segundo Congreso Nacional del MTSM, celebrado en Bauru, estado de San Paulo, en 1987, adoptó

*Resumen de la presentación hecha en la Conferencia Regional de los Servicios de Salud Mental, Brasilia, noviembre de 2005 por el Dr. Pedro Gabriel Delgado en representación del Ministerio de Salud de Brasil

** Coordinador de Salud Mental, Ministerio de Salud, Brasil

el lema “Por una sociedad sin manicomios” e inició el movimiento nacional de lucha antimanicomial. En este mismo año se celebró en Río de Janeiro la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental.

De capital interés es el establecimiento en 1987 del primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en San Paulo y la iniciación en 1989 en la ciudad de Santos de un proceso de intervención del hospital psiquiátrico (Casa de Salud Anchieta) por la Secretaría Municipal. La intervención tuvo repercusión nacional y demostró de forma inequívoca la posibilidad de establecer, a raíz de ella, una red de atención que efectivamente pudiera substituir al hospital psiquiátrico. En efecto, en este periodo se establecieron en el municipio de Santos varios Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), abiertos al público las 24 horas del día; también se fundaron cooperativas, residencias para los pacientes egresados del hospital y asociaciones de usuarios y familiares. La experiencia de Santos constituyó la primera demostración de que la Reforma Psiquiátrica no era simplemente un ejercicio de retórica sino una realidad tangible.

Otro acontecimiento relevante en 1989 fue la introducción en el Congreso Nacional por el diputado Paulo Delgado de un proyecto de ley en el que se proponía la reglamentación de los derechos de las personas con trastornos mentales y el cierre progresivo de los manicomios del país, hecho que caracterizó la lucha del movimiento de reforma en los campos legislativo y normativo.

La Constitución de 1988 había facilitado la creación del Sistema Único de Salud (SUS), formado por la articulación de las gestiones federal, estatal y municipal, bajo el control de los Consejos Comunitarios de Salud.

Historia de la Reforma: el inicio de la instalación de la red comunitaria (1992-2000)

A partir de 1992, los movimientos sociales, inspirados por el proyecto de ley Paulo Delgado, impulsaron en varios estados de la nación la promulgación de las primeras leyes que prescribían la substitución progresiva de las camas psiquiátricas por una red integrada de atención en salud mental. Es a partir de esta época cuando el Ministerio de Salud elaboró un conjunto de directrices dirigidas a la promoción de la Reforma Psiquiátrica. En la década de los 90 se formalizó el compromiso de la reforma con la firma de la Declaración de Caracas y la celebración de la segunda conferencia nacional de salud mental. Desde entonces empezaron a entrar en vigor las primeras normas federales que reglamentaban el establecimiento de servicios de atención diurna, fundamentados en la experiencia de los primeros CAPS, NAPS y hospitales de día. También se dictaron las primeras normas de clasificación y fiscalización de los hospitales psiquiátricos.

Cabe notar que la expansión de CAPS y NAPS no fue un proceso continuo; las normas anteriores del Ministerio de Salud aún estaban vigentes y no establecían provisiones para el financiamiento de nuevos CAPS y NAPS ni preveían mecanismos

sistemáticos para la reducción de camas. Al final de este periodo el país disponía de 208 CAPS, pero aun así, más del 93% de los recursos ministeriales para salud mental seguían siendo destinados a los hospitales psiquiátricos.

La Reforma Psiquiátrica después de la ley nacional (2001-2005)

Finalmente en el año 2001, después de 12 años de debates en el Congreso Nacional, fue sancionada la Ley Paulo Delgado. Este nuevo instrumento, la Ley Federal 10216, redirecciona la asistencia en salud mental y privilegia los servicios de base comunitaria, al tiempo que salvaguarda los derechos de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, la ley no instituyó mecanismos claros para la extinción progresiva de los manicomios. Fue en el contexto de esa ley que se convocó la Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental que le dio una mayor sustentación y presencia a la Reforma Psiquiátrica.

El Ministerio de Salud creó nuevas líneas específicas de financiamiento para los servicios abiertos, substitutivos del hospital psiquiátrico y estableció nuevos mecanismos para la fiscalización, gestión y reducción programada de los hospitales psiquiátricos. Desde este momento la red de atención en salud mental ha experimentado una importante expansión, llegando hasta regiones donde la tradición hospitalaria prevalecía y la asistencia comunitaria era prácticamente inexistente. El proceso de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados por largo tiempo fue reforzado con un programa denominado “Vuelta a casa”. Asimismo se instauró una política de fomento de los recursos humanos, se formuló una política específica para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y se adoptó una estrategia de reducción de los daños. En el año 2004 se realizó en San Paulo el Primer Congreso Brasileño de Centros de Atención Psicosocial al que asistieron más de 2.000 trabajadores y usuarios de los CAPS.

El periodo actual se caracteriza por dos movimientos simultáneos: la instalación de una red de servicios en substitución del modelo hospitalario y la fiscalización y reducción progresiva de las camas de hospital psiquiátrico existentes. Este es un periodo en que la Reforma Psiquiátrica se está consolidando como política oficial del gobierno federal. Para finales del 2004 los hospitales psiquiátricos consumían el 64% del total de los recursos de salud mental del ministerio y el número de CAPS había ascendido a 689¹ Véase el cuadro 1.

¹ Los datos al final del año 2000 señalan, por primera vez, la efectiva reorientación del financiamiento en salud mental en Brasil. En el 2006, el gasto extra-hospitalario (51,33%) sobrepasó al hospitalario (48,67%). Al final de este año había 1.101 CAPS en funcionamiento en todos los estados del país.

Cuadro N°1. Proporción de recursos del SUS destinados a los hospitales psiquiátricos y a los servicios extrahospitalarios en los años 1997, 2001 y 2004

Composición del gasto	1997	2001	2004
% de gastos hospitalarios en salud mental	93,14	79,54	63,84
% de gastos extrahospitalarios en salud mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio de Salud

La Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental y la participación de usuarios y familiares

La Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental se realizó en Brasilia en diciembre del 2001. La conferencia fue convocada poco después de promulgarse la Ley 10.216. En las etapas estatales y municipales que la precedieron, se reunieron cerca de 23.000 personas, entre las cuales habían usuarios y familiares que participaron activamente. La conferencia nacional reunió a 1.480 delegados, entre usuarios y familiares, representantes de movimientos sociales y profesionales de la salud.

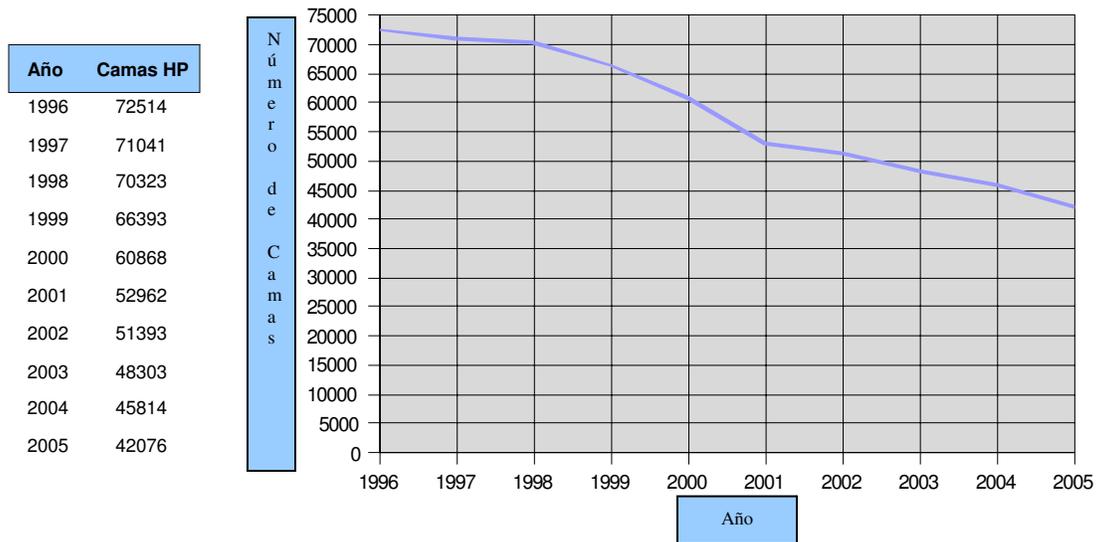
En el encuentro citado se puso de manifiesto en las deliberaciones el consenso inequívoco en torno a las propuestas de la Reforma Psiquiátrica cual aparece, en forma abreviada, en el informe final. En las deliberaciones de la conferencia se llegó a consolidar los postulados de la Reforma como política de gobierno y se reconoció el valor estratégico de los CAPS para el cambio del modelo de asistencia. También se le dio respaldo a la adopción de una política específica para la atención de consumidores de alcohol y drogas y al control social como una garantía del progreso de la reforma en el país.

II. El proceso de desinstitucionalización

Reducción de camas

El proceso de reducción de camas en los hospitales psiquiátricos y la desinstitucionalización de personas con una larga historia de hospitalización se tornó en una decisión política en Brasil a partir de los años 90. El proceso cobró mayor impulso en el 2002 gracias a una serie de normas emitidas por el Ministerio de Salud que instituyeron mecanismos claros, eficaces y seguros para reducir el número de camas en los grandes hospitales psiquiátricos. La figura 1 ilustra el proceso de reducción de camas desde la segunda mitad de la década del 90 hasta la fecha.

Figura N° 1. Camas psiquiátricas del SUS, por año (1996-2005)



Fuente : Hasta el año 2000, SIH/SUS. En 2001, SIH/SUS (corregido). En 2002-2003, SIH/SUS, Coordinadoría General de Salud Mental y Coordinadorías estatales. En 2004-2005, PRH/CNES.²

Nótese que la distribución actual de las 42.076 camas psiquiátricas con que cuenta el país todavía expresa un predominio del modelo asistencial centrado en el hospital psiquiátrico. Tal oferta hospitalaria, representada en camas, en su mayoría de carácter privado (58%), ha estado concentrada históricamente en los centros de mayor desarrollo económico del país, quedando varias regiones desprovistas de cualquier clase de asistencia en salud mental. La región sureste del país, gran centro del desarrollo de Brasil, es la sede de cerca de 60% de las camas psiquiátricas del país. Véase el cuadro 2.

En los tres últimos años avanzó significativamente el proceso de desinstitucionalización de pacientes de larga estancia, debido principalmente a la puesta en práctica por el Ministerio de Salud de mecanismos confiables dirigidos a la reducción de camas y a la expansión de servicios substitutivos del hospital psiquiátrico. El Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario/Psiquiatría (PNASH/Psiquiatría) así como el programa “Vuelta a Casa” y la expansión de los CAPS y de las residencias terapéuticas, están permitiendo la reducción de millares de camas psiquiátricas en el país y el cierre de varios hospitales psiquiátricos. Aun con ritmos diferentes, la reducción de camas psiquiátricas se viene efectuando en todos los estados del Brasil. De 2003 a 2005 se observó una disminución de 6227 camas.

² Al final del 2006, Brasil dispone de 39.567 camas psiquiátricas

La evaluación anual de los hospitales y su impacto en la reforma

Entre los instrumentos de gestión que permiten hacer reducciones en el número de camas y cierre de hospitales en forma gradual y planificada está el Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario/Psiquiatría (PNASH/Psiquiatría), instituido en el 2002 por el Ministerio de Salud. El PNASH/Psiquiatría es esencialmente un instrumento de evaluación que permite hacer un diagnóstico de la calidad de la asistencia provista por los hospitales tanto públicos como privados, siguiéndose las normas del SUS. Es el primer proceso evaluativo sistemático de hospitales psiquiátricos aplicado en Brasil, que provee a los prestadores de servicios, criterios para ofrecer una asistencia psiquiátrica compatible con las normas del SUS. Por otra parte, sirven de base para el mantenimiento o suspensión de la acreditación de las respectivas instituciones.

Cuadro N° 2. Distribución de las camas psiquiátricas del SUS por unidades federales y hospitales psiquiátricos

Unidades federales (estados)	Camas psiquiátricas	Hospitales psiquiátricos	% del total de camas psiq. del SUS
Región norte			
Amazonas	126	1	0,3
Acre	53	1	0,13
Amapá	0	0	0
Pará	56	1	0,13
Tocantins	160	1	0,38
Roraima	0	0	0
Rondonia	0	0	0
Subtotal Reg. norte	395	4	0,64
Región noroeste			
Alagoas	880	5	2,09
Bahía	1.633	9	3,88
Ceará	1.120	8	2,66
Maranhao	822	4	1,96
Paraíba	801	6	1,91
Pernambuco	3.293	16	7,83
Piauí	400	2	0,95
Rio Grande do Norte	819	5	1,95
Sergipe	380	3	0,90
Subtotal Reg. noroeste	10.148	58	24,13

Región centro-occidental			
Distrito Federal	74	1	0,18
Goiás	1.303	11	3,10
Mato Grosso	117	2	0,28
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48
Subtotal Reg. centro-occidental	1.694	16	4,04
Región sureste			
Espírito Santo	620	3	1,47
Minas Gerais	3.052	21	7,26
Rio de Janeiro	8.134	41	19,35
Sao Paulo	13.634	58	32,34
Subtotal Reg. sureste	25.440	123	60,42
Región sur			
Paraná	2.688	17	6,39
Rio Grande do Sul	911	6	2,17
Santa Catarina	800	4	1,90
Subtotal Reg. sur	4.399	27	10,46
Brasil	42.076	228	100

Fuente: Ministerio de Salud

Es importante señalar que el control y evaluación vigente antes del PNASH/Psiquiatría reposaba en las supervisiones realizadas por los funcionarios del SUS y en las fiscalizaciones o auditorías hechas en respuesta a denuncias sobre mal funcionamiento de las unidades hospitalarias. A partir de la institución del PNASH/Psiquiatría el proceso de evaluación adquiere carácter sistemático y las evaluaciones son realizadas anualmente por técnicos de los campos técnico-clínico, de vigilancia sanitaria y de control normativo.

En cada hospital psiquiátrico de la red un instrumento de colección de datos cualitativos, aplicado por el PNASH/Psiquiatría evalúa anualmente las estructuras físicas, la dinámica del comportamiento de los flujos hospitalarios y los procesos y recursos terapéuticos de cada institución, como asimismo la calidad de su inserción en la red de atención y su adecuación a las normas técnicas del SUS. Otra parte importante del proceso es la realización de “entrevistas de satisfacción” con pacientes de larga estancia y con pacientes a punto de recibir el alta. Este instrumento genera una puntuación que, combinada con el número de camas del hospital permite su clasificación dentro de cuatro grupos diferenciados: los de *buena calidad*, los de *calidad suficiente*, los que *precisan adecuaciones* y deben sufrir revisiones y los de *baja calidad*, calificación esta última que acarrea la pérdida de la acreditación con el Ministerio de Salud.

La política de desinstitucionalización recibió un fuerte impulso con el establecimiento del programa PNASH/Psiquiatría. Este programa ha logrado, en los

últimos tres años, visitar a la totalidad de los hospitales psiquiátricos del país y unidades de internamiento en hospitales generales; lo anterior ha permitido que un gran número de camas de servicios que no cumplen con las exigencias mínimas de calidad asistencial y/o respeto a los derechos humanos de los pacientes, sean retiradas del sistema sin que ello signifique que la población quede menos asistida.

En muchos estados y municipios el PNASH/Psiquiatría ha servido de agente desencadenador de la reorganización de la red de salud mental por obra del cierre de camas psiquiátricas y la consiguiente expansión de la red de salud mental. Su perfeccionamiento permanente facilita el avance de la Reforma Psiquiátrica en municipios y estados con una arraigada tradición manicomial.

Las residencias terapéuticas

La desinstitucionalización significa una efectiva reintegración de los pacientes a sus comunidades de origen. El SUS ha venido poniendo un especial empeño en la ejecución de esas tareas en los últimos años. Los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), habilitados y/o financiados por el Ministerio de Salud son componentes salientes de la política del ministerio dirigida a la superación del modelo de atención psiquiátrica hospitalaria. Las residencias terapéuticas son viviendas situadas en el medio urbano, establecidas para responder a las necesidades de habitación de personas con padecimientos mentales graves, hayan sido dadas de alta o no de hospitales psiquiátricos.

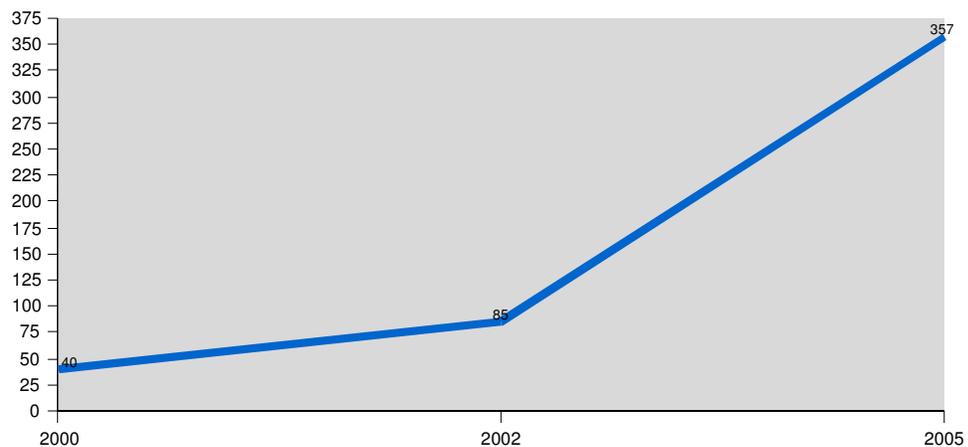
Independientemente de si las residencias terapéuticas creadas en las ciudades disponen o no de equipos de salud mental, deben, en primer lugar, garantizar el derecho a la vivienda de las personas egresadas de los hospitales psiquiátricos y auxiliarlos en la tarea, a veces difícil, de reincorporarse a la comunidad. El derecho a residir en la ciudad y circular en sus espacios es uno de los fueros más fundamentales que se rescatan con la instauración en los municipios de los servicios residenciales terapéuticos. Cada casa que alberga pacientes, en cuanto es una residencia, debe ser considerada como única y merecedora al respeto de las necesidades, gustos, hábitos y dinámica de sus moradores.

Una residencia terapéutica debe albergar un máximo de ocho moradores. En general, cuenta con un asistente o cuidador designado para apoyar a los usuarios en sus tareas, dilemas o conflictos cotidianos, debiendo compartir con ellos la vivienda y acompañarlos en la ciudad en procura de su autonomía y en el desarrollo de su largo proceso de rehabilitación. Cada residencia debe estar afiliada a un CAPS y formar parte de la red de atención correspondiente a su jurisdicción.

El proceso de establecimiento de estos servicios es reciente en Brasil. No obstante va ganando impulso en los municipios, donde se precisa una estrecha articulación con la comunidad, favorecida por la vecindad de otros escenarios y el contacto con sus actores.

La red de residencias terapéuticas que contaba en el año 2002 con 85 hogares en todo el país dispone hoy de 357 unidades³ que albergan 2850 moradores. Las estimaciones del Ministerio de Salud indican que el número de beneficiarios de estos servicios podrá llegar a 12.000. Véase la figura 2.

Figura N° 2. Expansión de las residencias terapéuticas entre los años 2000 y 2005



Fuente: Ministerio de Salud. Datos recabados hasta octubre del 2005

El programa Vuelta a Casa

El programa Vuelta a Casa es uno de los instrumentos más efectivos para la reintegración social de las personas con una larga historia de hospitalización. Fue creado por la ley federal 10.708, presentada al congreso por el presidente Lula de Silva y promulgada en el 2003. El programa constituye una realidad histórica de la reforma brasileña y su objetivo es contribuir efectivamente al proceso mediante el pago a sus beneficiarios de una ayuda mensual de 240 reales (aproximadamente 110 dólares al cambio actual). Para recibir esa subvención la persona debe haber sido egresada de un hospital psiquiátrico o de un hospital de custodia y tratamiento psiquiátrico y haber sido incluida en un programa municipal de rehabilitación social.

Cada beneficiario pasa a disponer de una cuenta bancaria y recibe una tarjeta magnética con la cual puede retirar o transferir mensualmente este recurso. Para incorporarse al programa, el municipio donde reside el beneficiario debe haber implementado una estrategia de seguimiento de los beneficiarios y haber establecido una red funcional de atención en salud mental. El beneficio puede ser renovado anualmente,

³ En el 2006, la red de atención en salud mental dispone de 475 residencias terapéuticas en todo el país.

siempre que el usuario o el equipo que le da seguimiento estime que la estrategia sigue siendo necesaria para la rehabilitación del favorecido.

Vuelta a Casa es uno de los principales instrumentos de rehabilitación, el segundo que aparece en las publicaciones mundiales que hacen mención a la Reforma Psiquiátrica. Sus efectos en la vida cotidiana de los egresados son inmediatos toda vez que incrementa significativamente su capacidad de realizar transacciones económicas, lo que potencia su emancipación y autonomía.

Conviene señalar que la implementación del programa no se da sin dificultades, entre las cuales sobresalen las derivadas de la situación de exclusión social de los pacientes. La gran mayoría de los pacientes de larga estancia no poseen la documentación personal mínima necesaria para las gestiones y muchos no poseen partida de nacimiento o cédula de identidad. El largo proceso de exclusión social y aislamiento de estas personas y el funcionamiento de las instituciones totales que los albergan, significan muchas veces la ausencia de los instrumentos mínimos para ejercer sus derechos de ciudadanía. El Ministerio de Salud, la Procuraduría General de los Derechos del Ciudadano del Ministerio Público Federal y la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República han aunado esfuerzos para restituir a las personas con trastornos mentales su derecho a la identificación, a recibir auxilio y a ser rehabilitadas. Actualmente el número de personas beneficiarias de este programa de ayuda-rehabilitación es 1.747. Se estimó que para finales del año 2006 su número llegaría a 3.000 usuarios⁴

Estrategia para la reducción progresiva del número de camas psiquiátricas a partir de los grandes hospitales

Como una expansión de las estrategias dirigidas a la reducción de camas en hospitales psiquiátricos y al incremento de los servicios extrahospitalarios, el Ministerio de Salud aprobó en el 2004 el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Hospitalaria, bajo la jurisdicción del SUS. La principal estrategia es la promoción de la reducción progresiva y pautada de camas comenzando con los hospitales gigantes (mayores de 600 camas) y hospitales grandes (240 a 600 camas). De esta manera se asegura la reducción progresiva y al mismo tiempo se evita la falta brusca de asistencia, garantizando una transición segura en la que la reducción planificada de camas psiquiátricas se acompaña de la habilitación concomitante de alternativas de atención de corte comunitario.

El programa define los límites mínimo y máximo de reducción anual para cada clase de hospital (definida por el número de camas contratadas por el SUS). De este modo los hospitales con más de 200 camas deben reducir un mínimo anual de 40 camas; los

⁴ A finales del 2006, un total de 2.519 personas estaban incluidas en el Programa Vuelta a Casa.

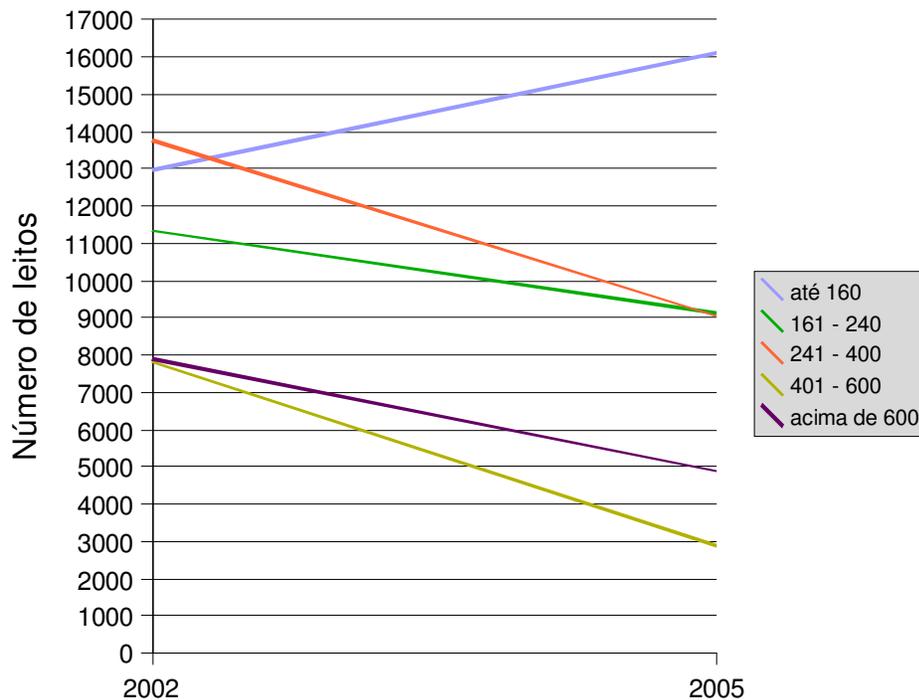
hospitales con 320 a 440 camas deben reducir un mínimo de 40, pudiendo llegar hasta 80 camas y los que tienen más de 440 plazas pueden disminuir su número hasta un máximo de 120 camas anuales. Con esta forma progresiva de reducción de la capacidad hospitalaria se espera que al correr del tiempo todos los hospitales puedan ser clasificados en el tipo de menor capacidad (idealmente con 160 camas). Este proceso, con ritmo pautado con los gestores del municipio y del estado debe coincidir con el equipamiento progresivo y la ejecución de acciones dirigidas a la desinstitucionalización, particularmente con la habilitación de CAPS, residencias terapéuticas, centros de convivencia y puesta en marcha del programa Vuelta a Casa.

Dentro de la misma estrategia el programa reajusta las asignaciones por cama/día en los hospitales psiquiátricos, pasando a entrar en vigor una nueva escala de precios en la que las asignaciones toman en cuenta el tipo de hospital, la calidad de la atención, evaluada por el PNASH/Psiquiatría y la reducción de camas realizada. De esta forma aquellos hospitales que reducen su capacidad y la calidad de la atención que prestan obtienen una calificación satisfactoria y reciben los correspondientes incentivos financieros. A partir de la instauración del programa, el reajuste de los precios asignados a la cama-día ha pasado a ser una herramienta de la política de reducción de camas y de mejoramiento de la calidad de la atención.

La conducción de este proceso crucial de consolidación de la Reforma Psiquiátrica exige sucesivas negociaciones y establecimiento de pautas por parte de los gestores (municipales, estatales y federales), los prestadores de servicios y el control social. El escenario principal de este proceso de negociación son las “comisiones de gestores”, de naturaleza bipartita (municipios y estados), tripartitas (Ministerio de Salud, estados y municipios) y los Consejos Comunitarios de Salud.

Corresponde repetir que para cada reducción significativa del tamaño de un hospital debe haber el consiguiente incremento de la red local de atención en salud mental, un programa efectivo de reinserción social de las personas con larga historia de hospitalización y acciones específicas en beneficio de esa clientela. En este contexto, la habilitación de residencias terapéuticas y la adhesión de los municipios al programa Vuelta a Casa, se han revelado como estrategias de muy alto valor. Véase la figura 3.

Figura N° 3. Cambio en el número de camas de hospitales psiquiátricos de mayor capacidad para reducirlos a un tamaño menor, sin creación de nuevos hospitales o habilitación de nuevas camas



Leitos = camas
Até = hasta
Acima de = más de

Fuente: Ministerio de Salud, PRH/Coordinadoría General de Salud Mental

El número de camas desactivadas desde enero de 2004 a mayo de 2005 fue alrededor de 2.000, cifra que se proyectaba que llegaría a 3.000 en el año 2006.

Algunas situaciones ejemplares: Campina Grande

En muchos municipios del país el proceso de desinstitucionalización de personas internadas por muy largo tiempo induce cambios importantes en las redes de salud, especialmente en las de salud mental. El municipio de Campina Grande en el estado de Paraíba es un ejemplo singular. Este municipio, sede de dos hospitales psiquiátricos de tamaño medio, hacía frente a gran parte de la demanda de servicios de salud mental en un estado que cuenta con más de 3 millones de habitantes. Después de repetidas evaluaciones negativas del PNASH/Psiquiatría se inició el proceso de desinstitucionalización de los 176 pacientes albergados en uno de los dos hospitales.

En el 2004, luego de un periodo de negociaciones entre los gestores federal, estatales y municipales comenzó a llevarse a cabo la reorganización de los servicios disponibles, la creación de servicios substitutivos en el municipio y en la región y la salida de los pacientes. Con la llegada de un interventor del hospital se realizaron las evaluaciones de los pacientes y el inicio de planes terapéuticos individuales. Se hizo entonces imprescindible la convocación de un foro de discusión para llegar en forma colectiva a la adopción de soluciones factibles. Así se celebró el Primer Encuentro Regional sobre la Reforma Psiquiátrica, en el que se reunieron participantes de tres estados vecinos (Paraíba, Río Grande del Norte y Pernambuco). En esta ocasión se evaluó el estado de la asistencia en los diferentes municipios y se trazaron planes para la expansión de las redes de servicios extrahospitalarios, quedando establecido en la región el Núcleo de Formación para la Reforma Psiquiátrica. Los municipios aledaños a Campina Grande pasaron a responsabilizarse por sus pacientes graves y a estructurar sus propios servicios. Por su parte, Campina Grande habilitó el programa Vuelta a Casa y empezó a recibir recursos financieros del gobierno federal para la creación de CAPS y residencias terapéuticas. También se emprendió la articulación de salud mental con el Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y se promovió un concurso para la contratación de profesionales para los servicios substitutivos.

Hoy, 38 de los 176 pacientes del hospital se encuentran en una unidad provisional, implementada para sustituir el servicio de pésimas condiciones que ofrecía el hospital. El resto de los pacientes han sido referidos a los nuevos servicios establecidos en lugar del hospital (tres residencias terapéuticas) y en los CAPS correspondientes en los municipios y en la región. En aproximadamente un año Campina Grande cambió radicalmente su sistema de atención en salud mental e invirtió en los nuevos servicios de la región para el beneficio de los pacientes.

Durante este periodo del proceso, gestores del SUS se movilizaron hacia la región para promover nuevas repuestas a las demandas en salud mental, movilizar a la comunidad local y estimular la Reforma Psiquiátrica. Procesos como éste se están desarrollando en varios municipios del país y están dando lugar a soluciones muchas veces únicas para los problemas locales y regionales de salud mental. Indudablemente, los mecanismos establecidos para la reducción de camas y mejora de la calidad de la asistencia son muchas veces desencadenantes de un proceso complejo de transición al modelo comunitario de servicios de salud mental. Las “ciudades manicomiales” de Barbacena (Minas Gerais); Feira de Santana (Bahía) y Carmo y Paracambi (Río de Janeiro) también han experimentado cambios y se encaminan a instaurar una psiquiatría de territorio mediante redes diversificadas de servicios.

Manicomios judiciares: un desafío para la Reforma

Hace mucho tiempo que en la Reforma Psiquiátrica se discute el mandato judicial de la psiquiatría y su responsabilidad en la práctica asilar. Por otra parte, es relativamente

reciente la discusión del manicomio judicial, donde la frecuencia de la violencia y la exclusión es el doble que fuera de su recinto. Se estima en 4.000 el número de ciudadanos internados por orden judicial en 19 “hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico” o manicomios judiciales que funcionan en el país. Estos hospitales no dependen del Sistema Único de Salud (con excepción de los hospitales de custodia de Río de Janeiro) sino de los organismos de justicia y no están sometidos a las normas generales de funcionamiento del SUS, del PNASH/Psiquiatría ni del Programa Anual de Reestructuración de Asistencia Hospitalaria Psiquiátrica. Las denuncias sobre malos tratos y muertes en estos establecimientos son frecuentes.

En el ordenamiento jurídico brasileño los enfermos mentales que cometen crímenes se consideran inimputables. Estas personas son sometidas a medidas de seguridad, vale decir, a la segregación de la sociedad por largos períodos. La promulgación de la ley 10.216, así como las resoluciones de la Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental han venido fomentando de forma inequívoca, el cambio de estas prácticas de asistencia al enfermo mental infractor.

El Ministerio de Salud ha estado apoyando experiencias interinstitucionales extremadamente exitosas que procuran tratar al enfermo mental infractor fuera de los manicomios judiciales, en la red extrahospitalaria de atención en salud mental, especialmente en los CAPS, residencias terapéuticas, centros de convivencia y otros dispositivos del mismo género. Con estas experiencias se supera el cese de la peligrosidad como criterio para la desinstitucionalización de los pacientes mentales.

Reducción de camas: escenarios posibles en el mediano y largo plazo

Se estimaba que para fines del 2006 el remanente de los seis macro-hospitales del país habría reducido significativamente el número de camas a menos de 600 cada uno. La reducción global estimada es de 2.500 a 3.000 camas por año. A este tenor se puede proyectar un escenario donde habrá dentro de un plazo de cuatro años, un total de menos de 30.000 camas psiquiátricas convencionales en todo el país. Es preciso entretanto ampliar la cifra de camas psiquiátricas en hospitales generales, cuyo número actual sólo llega a 2.100. Tales camas deberán estar en unidades pequeñas, con capacidad no mayor de 15 plazas, destinadas preferentemente a pacientes con trastornos derivados del consumo de alcohol o de otras drogas. Otro problema pendiente por resolver es la lentitud con que se están desarrollando los servicios de los CAPS III, que funcionan 24 horas al día y realizan internaciones de duración extremadamente corta, que todavía no existen en todos los municipios con más de 200.000 habitantes, como era de esperarse.

Con el cambio del modelo asistencial el Ministerio de Salud ha substituido el antiguo indicador “camas psiquiátricas por 1.000 habitantes” por el indicador más sensible y eficaz de “camas de atención integral en salud mental (CAI-SM) por 1.000 habitantes” en los que están incorporadas, además de las camas de hospital psiquiátrico, las que están

situadas en hospitales generales, en unidades de referencia para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y en CAPS III. Algunos municipios de tamaño pequeño y mediano están resolviendo muy satisfactoriamente el problema de la internación en psiquiatría y de la efectividad de las redes extrahospitalarias, mediante servicios que funcionan satisfactoriamente con coberturas de 0,18 a 0,25 camas por 10.000 habitantes. El mayor problema lo presentan los municipios con una población superior a los 500.000 habitantes, donde el papel del sistema de atención de emergencias es esencial.

III. La red de cuidados en la comunidad.

Importancia de los conceptos de red, territorio y autonomía en la construcción de la red asistencial

La red brasileña de atención de la salud mental es parte integrante del Sistema Único de Salud, SUS, instituida en Brasil por ley federal en la década de los 90. El SUS regula y organiza en todo el territorio nacional las acciones y servicios de salud en forma regionalizada y jerarquizada en niveles de complejidad creciente, ejerciendo una dirección única en cada esfera del gobierno federal, estatal y municipal. Los principios que orientan al SUS tienen que ver con el acceso universal, público y gratuito a las acciones y servicios de salud, la integralidad de las acciones, la articulación continua en todos los niveles de complejidad del sistema, la equidad de la oferta de servicios, sin prejuicios ni privilegios de ninguna especie; también figuran entre los principios la descentralización político-administrativa, la dirección única del sistema en todas las esferas del gobierno y el control social de las acciones, ejercido por los Consejos de Salud Municipales, Estatales y Federal y las Conferencias de Salud, en donde están representados usuarios, trabajadores, prestadores de servicios, organizaciones de la sociedad civil e instituciones formadoras.

La red de atención de salud mental se caracteriza por ser de carácter esencialmente público, de base municipal y con un control social fiscalizador y gestor de la Reforma Psiquiátrica. El papel de los consejos de salud y de las conferencias nacionales de salud mental es garantizar la participación de los trabajadores, usuarios y familiares en los procesos de gestión. Por ejemplo, las citadas conferencias, en especial la tercera, realizada en el 2001, han propuesto la conformación de una red articulada y comunitaria de atención en salud mental.

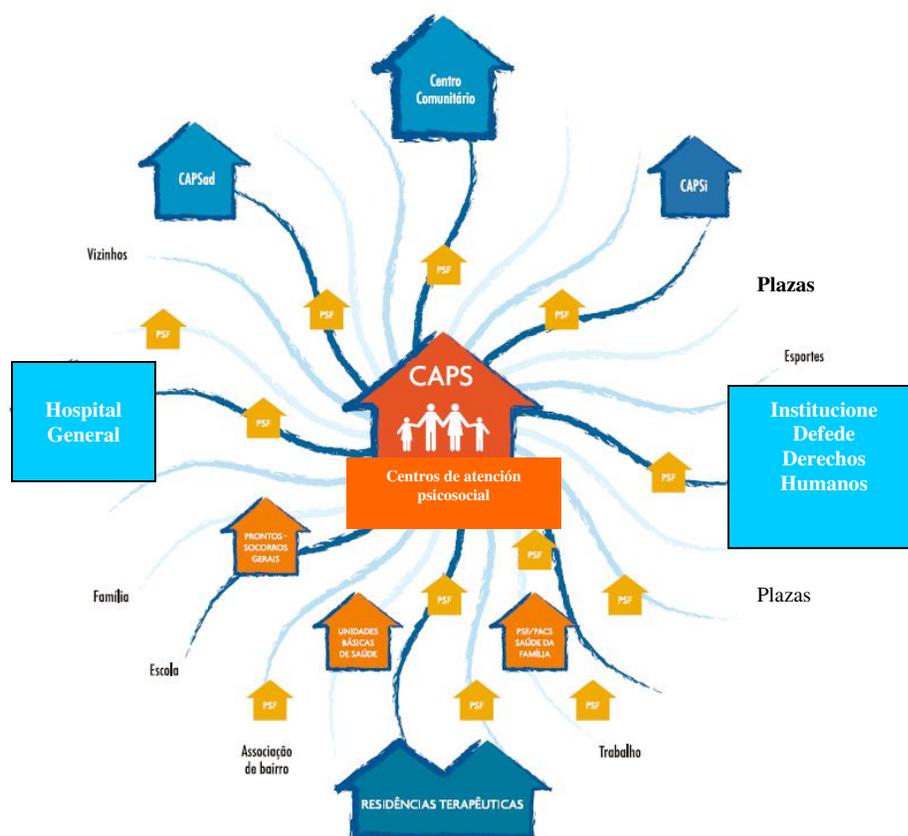
Red y territorio

La construcción de una red comunitaria de cuidados es fundamental para la consolidación de la Reforma Psiquiátrica. La articulación en la red de los variados servicios que la conforman es crucial para la organización de un sistema de referencias con dispositivos a donde se puedan encaminar a las personas con trastornos mentales. La red se estructura en la medida que se articula con diferentes instituciones, asociaciones,

cooperativas y otros entes de funciones similares, todo lo cual contribuye a la disposición de una base comunitaria.

Por territorio de la red se entiende no solamente el área geográfica asignada sino, además, todas las personas, instituciones y, en general, todos los escenarios en que transcurre la vida comunitaria. Trabajar en el territorio no es sinónimo de trabajar con la comunidad sino trabajar con sus componentes, saberes y recursos potenciales, así como con sus fuerzas concretas y con las demandas que éstas presenten, colaborando con ellas en el alcance de objetivos comunes. Trabajar en el territorio viene a significar así rescatar todos los saberes y potencialidades de los recursos de la comunidad y llegar, con su auxilio, a soluciones colectivas. Véase la figura 4.

Figura N° 4. Red saludI

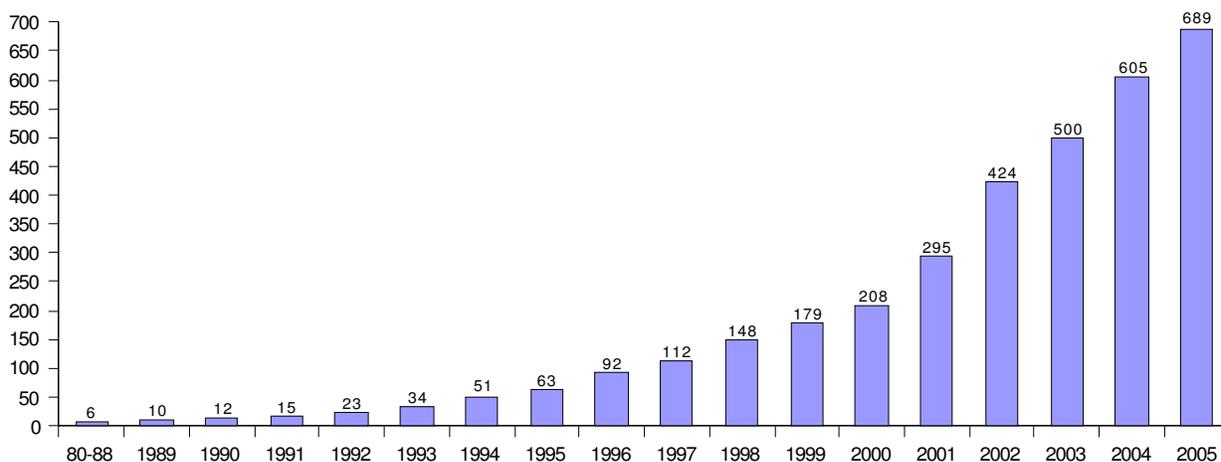


CAPS: un servicio estratégico de salud mental

Los Centros de Atención Psicosocial, CAPS, son servicios de salud municipal, abiertos, que ofrecen atención clínica en régimen diurno a personas afectadas por trastornos mentales, en especial los de carácter grave y persistente, les dan seguimiento clínico y promueven su reinserción social en la comunidad y el ejercicio de sus derechos humanos. Sus acciones de naturaleza intersectorial, dan apoyo a la red básica de salud. Los CAPS tienen gran valor estratégico para la Reforma Psiquiátrica en Brasil y su surgimiento vino a demostrar la factibilidad de organizar una red substitutiva del hospital psiquiátrico. Entre sus funciones está la prestación de cuidados clínicos en régimen de atención diurna, la promoción de la inserción social de los pacientes mentales, la regulación de la puerta de entrada en el sistema y la prestación de apoyo a la red básica de salud. Son los articuladores estratégicos de la red de salud mental y de la implementación de las políticas en los territorios bajo su responsabilidad.

Los CAPS comenzaron a surgir en las ciudades brasileñas en la década de los 80 y a recibir financiación específica del Ministerio de Salud a partir del 2002, cuando su expansión cobró un marcado ímpetu. En los últimos años su número se ha duplicado⁵ Véase la figura 5.

Figura N° 5. Crecimiento anual del número de CAPS



Fuente: Ministerio de Salud. Los datos del año 2005 fueron recabados hasta el mes de octubre.

⁵ Al final del 2006 hay en el país 1.011 CAPS establecidos en todos los estados.

Los CAPS se diferencian entre sí por su tamaño, capacidad de atención y clientela atendida, distinguiéndose según su estructura en CAPS I, CAPS II , CAPS III, CAPSi y CAPSad.

Los CAPS I son los centros de atención psicosocial de menor tamaño y son capaces de ofrecer respuesta efectiva a las demandas en salud mental a una población de 20.000 a 50.000 habitantes, población que corresponde al 19% de los municipios del país. Su personal mínimo consta de 9 profesionales de nivel medio y superior y atienden a adultos con trastornos mentales severos y persistentes, y/o con trastornos transitorios relacionados con el consumo de alcohol o drogas.

Los CAPS II son servicios de tamaño mediano, que cubren municipios de más de 50.000 habitantes (10% de los municipios brasileños) con una población equivalente a 65% de la población nacional. La clientela típica de estos centros está constituida por adultos con trastornos mentales agudos y persistentes. Los centros tienen un equipo mínimo de 12 profesionales de nivel medio y superior; su capacidad de seguimiento es de 360 personas por mes y funcionan los 5 días laborales de la semana.

Los CAPS III son los servicios de mayor tamaño en la red de CAPS y cubren municipios con más de 500.000 habitantes (0,63% de los municipios del país y 29% de la población total del país). Son servicios de la mayor complejidad, que funcionan 24 horas al día, todos los días del año. Disponen de un máximo de cinco camas y realizan, cuando es necesario, internamientos cortos, con un máximo de 7 días de duración. El equipo mínimo de estos establecimientos consta de 16 profesionales de nivel medio y superior, distribuidos en turnos diurnos, nocturnos y de fin de semana. Los equipos son capaces de hacer seguimiento de 450 usuarios por mes.

Los CAPSi se especializan en la atención de niños y adolescentes afectados por desajustes mentales y están situados en municipios con más de 200.000 habitantes. Funcionan los cinco días laborables de la semana y tienen la capacidad dar seguimiento a 180 niños y adolescentes por mes. Su equipo mínimo consta de 11 profesionales de nivel medio y superior.

Los CAPSad se especializan en la atención de personas que hacen uso peligroso riesgoso del alcohol y otras drogas. Se trata de centros ubicados en urbes de más de 200.000 habitantes o en ciudades que por su localización (municipios fronterizos o situados en rutas de traficantes) o por ser escenarios importantes desde el punto de vista epidemiológico. Funcionan durante cinco días a la semana y tienen capacidad para dar acompañamiento a 240 personas por mes. El equipo mínimo consta de 13 profesionales de nivel medio y superior.

Para finales del año 2005, existían en el país 251 CAPS I, 266 CAPS II, 25 CAPS III, 56 CAPSi y 91 CAPSad.

El perfil demográfico del municipio es uno de los criterios principales aplicados en el planeamiento de la red de atención en salud mental y de los CAPS. No obstante, el criterio poblacional es sólo un orientador y de hecho, el gestor local y otras instancias de gestión del SUS están en capacidad de determinar cuáles son las condiciones más adecuadas para definir los equipos que mejor respondan a las demandas de salud del municipio. Véase el cuadro 3

Cuadro N° 3. Perfil de los municipios brasileños y composición de la red de salud mental

Grupos poblacionales	N° de Municipios	% de municipios	Número de habitantes	% de población	Composición de la red de salud mental
Hasta 19.999	3.970	71,35	32.654.617	17,30	PSF y redes básicas de atención
De 20.000 a 49.999	1.026	18,44	31.001.201	16,83	CAPS I
De 50.0000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPS II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPS II, CAPSi y CAPSad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPS III y II, CAPSi y CAPSad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPS III y II, CAPSi y CAPSad
Mayores de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPS III y II, CAPSi Y CAPSad
Total	5.664	100	184.184.264	100	

Fuente: Ministerio de Salud / Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - Estimación provisional, 2005

La posición estratégica de los CAPS como articuladores de la red y promotores de su autonomía es indiscutible. La tarea de promover la reinserción social exige, en efecto, una articulación amplia entre varios componentes o recursos asistenciales y sociales, jurídicos y educacionales. Los CAPS respaldados por una lógica comunitaria de atención de salud mental, disponen de la cooperación de todos esos elementos fundamentales para la reinserción social. Véase el cuadro 4⁶

Cuadro N° 4. Distribución de los CAPS por modalidades de cobertura y por estado. CAPS por 100.000 habitantes. Octubre de 2005

Estados hab.	Población	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de dispositivos (ponderado)	CAPS por 100.000
Región norte								
Amazonas	3.232.330	0	0	0	0	0	0	0,00
Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26

⁶ En el 2006, la cobertura de CAPS en Brasil era 0,44 por 100.000 habitantes

Rondonia	1.534.594	2	3	0	0	0	5	0,26
Subtotal Reg. N.	14.698.878	13	14	1	1	6	35	0,19
Región noreste								
Alagoas	3.015.912	7	4	0	1	0	12	0,28
Bahía	13.815.334	16	18	2	3	3	42	0,25
Ceará	8.097.276	14	16	0	1	3	34	0,33
Maranhao	6.103.327	7	4	0	2	0	13	0,16
Paraíba	3.595.886	5	6	0	1	2	14	0,32
Pernambuco	8.413.593	3	13	1	2	5	24	0,27
Piauí	3.006.885	3	1	0	1	1	6	0,15
Rio Grande do Norte	3.003.087	2	6	0	1	3	12	0,37
Sergipe	1.967.791	7	1	2	1	2	13	0,53
Subtotal Reg. NE	51.019.091	64	69	5	13	19	170	0,28
Región centro-o.								
Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
Goiás	5.616.917	4	6	0	1	3	14	0,21
Mato Grosso	2.803.274	14	1	0	2	3	20	0,46
Mato Grosso do Sul	2.264.468	3	5	0	0	1	9	0,33
Subtotal Región	13.020.767	22	12	0	4	8	46	0,27
Región sureste								
Espírito Santo	3.408.365	3	6	0	0	2	11	0,28
Minas Gerais	19.237.450	39	37	3	5	4	88	0,36
Rio de Janeiro	15.383.407	20	30	0	6	6	62	0,34
Sao Paulo	40.442.795	35	47	14	15	29	140	0,32
Subt. Reg. SE.	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Región sur								
Paraná	10.261.856	5	11	1	4	8	29	0,26
Rio Grande do Sul	10.845.087	32	28	1	4	7	72	0,52
Santa Catarina	5.866.568	18	12	0	4	2	36	0,46
Subtotal Reg. sur	26.973.511	55	51	2	12	17	137	0,41
Brasil	184.184.264	251	266	25	56	91	689	0,31

Fuentes: Ministerio de Salud

Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) – estimación provisional, 2005

Observación: para el cálculo del indicador CAPS/100.000 hab. Se considera que los CAPS I cubren 50.000 habitantes, los CAPS III cubren 150.000 y que los CAPS II, CAPSi y CAPSad dan cobertura a 100.000 habitantes

Salud mental y atención primaria: articulación con el programa de salud de la familia

El desarrollo de la estrategia Salud de la Familia en los últimos años señala un progreso indiscutible en las políticas del SUS. El Programa de Salud de la Familia (PSF), creado en la década de los años 90, ha venido invirtiendo sus recursos en la promoción de la salud colectiva y en la prevención de las enfermedades, habiendo alcanzado importantes resultados. Cabe señalar que la cobertura del programa, realizada por los equipos de atención básica, abarca todo el país; el examen de sus actividades ha demostrado que estos equipos se enfrentan con frecuencia con problemas de salud mental.

Cada equipo del PSF, de los que hay 23.644, está compuesto por médico, enfermero, auxiliar de enfermería y agente comunitario de salud y da cobertura hasta a 1.000 familias de un municipio o barrio. La proximidad a las familias y comunidades convierte a los equipos en un importante recurso estratégico para enfrentar importantes problemas de salud pública como los representados por el abuso del alcohol y las drogas así como otras formas de sufrimiento psíquico. Se puede decir que todo problema de salud es también un problema de salud mental, y viceversa, que todo problema de salud mental es siempre un problema de salud. En otras palabras, se puede aseverar que siempre será importante la articulación de los programas de salud mental con los de atención básica de la salud.

A pesar de todo, no siempre la atención básica de salud tiene las condiciones necesarias para llevar a cabo las tareas mencionadas. Por esta razón, el Ministerio de Salud viene fomentando las políticas de expansión de los servicios y la reformulación y evaluación de los programas de atención básica, habiendo elaborado directrices que incluyen la dimensión subjetiva de los usuarios y los problemas más frecuentes de salud mental. De hecho, gran parte de las personas con trastornos mentales leves o severos vienen en efecto siendo tratadas por los equipos de atención básica situados en grandes o pequeños municipios. La asunción de este compromiso es una forma de responsabilización en relación a la protección de la salud, la búsqueda de prácticas eficaces y la promoción de la equidad, la integridad y la ciudadanía en un sentido general, especialmente en los pequeños municipios donde no es necesario el establecimiento de CAPS.

El Ministerio de Salud elaboró en los últimos años las directrices y condiciones para que en los municipios con menos de 20.000 habitantes (el 70% de los municipios del país donde reside el 18% de la población) se estructurase la red de cuidados en salud mental a partir de la atención básica. En estos municipios, pequeños equipos de salud mental, basados en CAPS o en ambulatorios vecinos, podrían dar apoyo técnico y compartir la atención de algunos casos con los equipos de atención básica. Las actividades de apoyo, prestadas por agentes de salud mental, podrían incluir supervisiones periódicas, discusión de casos, atención conjunta y capacitación. Al mismo tiempo, se podrían establecer estrategias conjuntas para el abordaje de problemas vinculados a la violencia, el abuso del alcohol y otras sustancias, manejo de la epilepsia, reducción de daños, combate de la exclusión y el estigma y fomento de la movilización de recursos comunitarios para la rehabilitación psicosocial.

La red de salud mental de la infancia y adolescencia

En Brasil es histórica la abstención de la salud pública en la formulación de las políticas de salud mental de la infancia y adolescencia. Esa laguna facilitó por años la creación de una red asistencial de salud mental de la infancia y adolescencia basada en instituciones filantrópicas y privadas, con un fuerte componente tutelar (albergues, escuelas especiales, educación especial, centros para deficientes mentales y clínicas para autistas). Fue partir del año 2003 cuando el Ministerio de Salud empezó a formular directrices para una red de asistencia de base comunitaria y carácter intersectorial, de acuerdo con los principios de la Reforma Psiquiátrica.

La creación del Foro Nacional de Salud Mental de Niños y Adolescentes fue fundamental para posibilitar la amplia participación de la sociedad en la elaboración de propuestas en este campo. En su composición participan voceros de instituciones gubernamentales, de sectores de la sociedad civil y entidades filantrópicas, agentes de la justicia y representantes de la Agencia Promotora de la Infancia y la Juventud. El Foro procura incorporar en su programa las orientaciones del *Estatuto del Niño y del Adolescente* (ECA), importante documento legal aprobado en 1990, cuyo objetivo es asegurar los derechos de ciudadanía a niños y jóvenes. El Foro se configura así como un instrumento de gestión que resalta la presencia y da posibilidades de resolución a muchos problemas relativos a la salud mental de niños y adolescentes que por largo tiempo fueron ignorados o relegados a un segundo plano. En el 2005, el Foro divulgó las primeras directrices para la desinstitucionalización de niños y adolescentes en el territorio nacional.

Entre las funciones del Foro está la promoción de una articulación eficaz entre los diferentes campos de atención de niños y jóvenes y el fomento de la expansión de una red comunitaria de atención en salud mental para este grupo. En este sentido, la expansión de la red de los CAPSi es fundamental para cambiar los paradigmas de asistencia a niños y adolescentes. Los CAPSi en colaboración con el Foro han elaborado un conjunto de directrices para quienes brindan atención a niños y adolescentes en las que se recomienda:

- Reconocer la necesidad de aceptar como portadores de pedidos legítimos que deben atenderse, a los adolescentes, niños o sus acompañantes que acudan a los servicios en busca de la asistencia necesaria.
- Tomar bajo su responsabilidad la prestación de cuidados a ese grupo, sea mediante procedimientos propios o por medio de la gestión de otros dispositivos del mismo o de otro campo. En caso de proceder a hacer una referencia, ésta deberá definir la acción del ente responsable al que se transfiere el caso.
- Conducir las acciones de modo que apoyen a lo largo del proceso la condición del niño o adolescente como sujeto de derecho y de responsabilidad, tanto en su dimensión subjetiva como social.

- Comprometer en el proceso de atención a los responsables por el niño o joven a su cuidado, sean aquéllos familiares o instituciones, identificándolos igualmente como sujetos de demanda.
- Garantizar que las acciones de atención que se apliquen estén fundamentadas por los recursos técnicos y científicos a disposición de los profesionales y técnicos o del equipo a cargo; que sean discutidas por los miembros del equipo y que estén siempre en consonancia con los principios y directrices vigentes, establecidas en las políticas públicas de salud mental.
- Mantener abiertos los canales de articulación con otros equipos del territorio, de modo que operen con la lógica de la red ampliada de atención.

IV. Salud mental e inclusión social. Ampliación de la red

Programa de inclusión social por el trabajo

Uno de los principales desafíos de la Reforma Psiquiátrica es el fortalecimiento del papel del trabajo como instrumento de inclusión social de los usuarios de los servicios. A pesar de que los óptimos resultados de los diferentes dispositivos de la red de salud mental, obtenidos mediante la creación de cooperativas y asociaciones y el establecimiento de talleres de generación de renta, estas iniciativas se caracterizan por su frágil sustento institucional y financiero. En este contexto, la Economía Solidaria, movimiento de lucha contra la exclusión social y económica, surge como un aliado natural para el combate contra la exclusión de las personas con trastornos mentales en el mercado de trabajo. Los movimientos de Reforma Psiquiátrica y Economía Solidaria comparten principios fundamentales en cuanto sustentan posiciones éticas, políticas e ideológicas comunes, en pro de una sociedad solidaria. Fue apenas en el año 2004 cuando ambos movimientos llegaron a encontrarse, reconocerse y dialogar, iniciando una colaboración permanente en este campo.

Los postulados de la Economía Solidaria son hoy parte de la política del Ministerio de Trabajo y Empleo. Se trata de un movimiento organizado en respuesta a la exclusión de personas en el campo de trabajo por razón de género, raza, estilo de vida e instrucción, entre otros factores. El horizonte de Economía Solidaria está señalado por la solidaridad como norma social y sus acciones se orientan a la promoción de empresas colectivas y autogestionadas como respuesta a la exclusión en el mercado.

En 2004, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Empleo promovieron conjuntamente el Primer Taller Nacional de Experiencias de Generación de Renta de Usuarios de Salud Mental. Este hecho, unido a la celebración del Encuentro Nacional de Centros de Atención Psicosocial, estimuló el primer contacto entre iniciativas de generación de renta en todo el país. El diálogo establecido posibilitó la generación de políticas de salud mental y economía solidaria y al mismo tiempo sentó las bases para

acciones concretas, al punto que hoy existen en el país 156 iniciativas de generación de renta, cooperativas y grupos de trabajo. Aproximadamente 2.500 personas, entre usuarios, familiares y técnicos participan en esas iniciativas. Estas experiencias, aunque heterogéneas, comparten el determinante ético del fomento de la autonomía e inclusión social y han tenido lugar, en su mayoría, bajo el patrocinio de los CAPS y de los Centros de Convivencia y Cultura.

En julio de 2005 el Ministerio de Salud estableció una línea específica de incentivo financiero para los municipios que desarrollasen actividades de inclusión social por el trabajo para personas con trastornos mentales o con trastornos relacionados con el abuso del alcohol y otras drogas. Conviene subrayar que fue en esta ocasión cuando estas iniciativas empezaron a recibir fondos federales.

El programa de Inclusión Social por el Trabajo, puesto en marcha por los Ministerios de Trabajo y Empleo y de Salud, vino a articular definitivamente la salud mental y la economía solidaria. El financiamiento de las iniciativas y la discusión permanente de sus dilemas prácticos y teóricos son, indudablemente, pasos importantes para la consolidación de la reforma psiquiátrica brasileña

Centros de convivencia y cultura: una propuesta en debate

Los centros de convivencia y cultura han venido consolidándose en algunos municipios, como Belo Horizonte y Campinas, como un dispositivo innovador que desempeña un papel estratégico en la lucha por la inclusión social de las personas aquejadas por trastornos mentales. Estos centros se vienen destacando como una de las experiencias singulares de la Reforma Psiquiátrica en respuesta al desafío que representa la provisión de cuidados adecuados y el alcance de la inclusión social. El Ministerio de Salud, por su parte, propicia debates en torno a la viabilidad del fortalecimiento y expansión de este dispositivo en todo el país.

Los centros de convivencia y cultura son parte de los instrumentos públicos que conforman la red de servicios substitutivos en salud mental. Esos centros, mediante la provisión de espacios para la convivencia y la resolución de diferencias en las comunidades, facilitan la formación de nexos sociales y la inclusión en la sociedad de personas con trastornos mentales. El valor estratégico de estos centros para hacer efectiva la inclusión social reside fundamentalmente en haber sido concebidos en el campo de la cultura y no exclusivamente en el de la salud. Los centros no son por lo tanto equipos asistenciales ni dispensan atención médica o terapéutica. Son dispositivos que se ofrecen a las personas con trastornos mentales como espacios de articulación con la vida cotidiana y la cultura.

La clientela de los centros de convivencia y cultura esta compuesta, sobre todo pero no exclusivamente, por personas con trastornos mentales severos o persistentes. El

principal eje de los centros son sus talleres y las actividades colectivas que promueven. Por otra parte, los centros brindan un apoyo esencial a los CAPS, centros de salud, servicios residenciales terapéuticos y demás componentes de la red de asistencia social así como a dependencias de los sectores trabajo, cultura y educación. Algunos de los centros vienen funcionando como incubadores de experiencias de generación de renta.

Por reunir las características citadas, los centros de convivencia y cultura suelen establecerse solamente en aquellos municipios que ya dieron una repuesta pública y efectiva al problema de la atención de los pacientes con trastornos mentales severos y persistentes. Su implementación tiene sentido en aquellas localidades donde la red substitutiva de servicios de salud mental del SUS cuenta con la cobertura adecuada. El Ministerio de Salud recomienda la implementación de estos centros en municipios con más de 200.000 habitantes. No obstante, todavía es objeto de debate en diversos foros si se adopta o no una política de financiamiento, control y evaluación de esas entidades.

La participación y protagonismo de los familiares y usuarios de los servicios

El proceso de Reforma Psiquiátrica es un proyecto de horizonte democrático y participativo. Los protagonistas de este proceso son los gestores del SUS, los trabajadores de salud y principalmente los usuarios de los CAPS y otros servicios sustitutivos, lo mismo que sus familiares. Hoy existen en casi todos los estados del país asociaciones de usuarios y familiares, cuyas experiencias potencializan el proceso de Reforma Psiquiátrica. Organizados en asociaciones, usuarios y familiares pasan a relatar sus vivencias, discutir las características de los equipos de salud y participar en una discusión de la Reforma Psiquiátrica que trasciende el campo técnico. De esta manera, usuarios y familiares entran en la escena del debate político y se comportan como actores y protagonista de la Reforma. La II Conferencia Nacional de Salud Mental, realizada en 1992 acoge, por primera vez en la historia, la participación expresiva de usuarios de salud mental y sus familiares. Cabe notar que la participación de los usuarios y sus familiares no se da solamente en las instancias previstas por las estructuras del SUS sino que su lucha por una sociedad sin manicomios trasciende los límites de los organismos de salud. En conclusión, puede decirse que el gran desafío de la Reforma Psiquiátrica es facilitar un nuevo lugar social para los “locos”.

V. Política de alcohol y otras drogas

Antecedentes: La omisión histórica de la salud pública

La salud pública brasileña no se ha ocupado debidamente de los problemas relacionados con la prevención y el tratamiento de los trastornos asociados con el consumo de alcohol y otras drogas. Existía una laguna en la política de salud que dejaba la solución de los problemas a las instituciones de justicia, seguridad pública y educación. La complejidad de la situación contribuyó a la relativa ausencia del Estado y posibilitó la diseminación en todo el país de “alternativas de atención”, de carácter total, cerradas y basadas en una práctica predominantemente psiquiátrica o de cuño religioso, cuyo objetivo principal era lograr la abstinencia. La red de instituciones comprometidas, que eran en su mayoría de naturaleza filantrópica, cumplía un papel relevante; no obstante que era evidente la necesidad de la asunción por la salud pública de una política más clara y determinante.

Las implicaciones sociales, psicológicas, económicas y políticas del uso de drogas no eran consideradas en la visión global del problema y su visión distorsionada acabó por promover la diseminación de una cultura asociada con el uso de drogas y las prácticas criminosas. El combate del consumo de estas sustancias hace que el individuo y su entorno queden relegados a un plano menos importante. Lo anterior ha sido confirmado por muchas proposiciones y abordajes preventivos/terapéuticos, usualmente ineficaces y en ocasiones reforzadoras del consumo abusivo y/o de la dependencia. En el Brasil el uso del alcohol y de otras drogas ha estado históricamente asociado con el crimen y con las prácticas antisociales; de otra parte, la oferta de “tratamientos” se ha inspirado en modelos de exclusión/separación de los usuarios. Las iniciativas gubernamentales se restringían a unos pocos servicios ambulatorios u hospitalarios, en general vinculados a programas universitarios. No había una política nacional ni del sector de la salud pública.

Es sólo en el año 2002, siguiendo las recomendaciones de la III Conferencia Nacional de salud Mental, cuando el Ministerio de Salud pasó a implementar el *Programa Nacional de Atención Comunitaria Integrada, dirigida a los Usuarios de Alcohol y otras Drogas*. En él se reconocía el uso perjudicial de sustancias como un problema de salud pública y para su solución se gestó una política pública específica. Su principal estrategia fue la ampliación del acceso al tratamiento, la promoción de los derechos y la reducción de los daños, dentro de un enfoque integral y dinámico.

La constatación de que el uso de sustancias se había transformado en un grave problema de salud pública encontró resonancia en la sociedad debido a la relación comprobada entre el consumo de drogas y las transgresiones sociales. El problema tiene dimensiones mundiales, de suerte que la Organización Mundial de la Salud ha estimado que cuando menos del 10% de la población de centros urbanos en el mundo practica el

consumo peligroso de sustancias psicoativas, independientemente de la edad, sexo, grado de instrucción y poder adquisitivo.

En Brasil y en otros países el uso de alcohol impone una pesada carga, consecuencia de conductas indeseables, extremadamente costosas para la sociedad. La magnitud y complejidad del cuadro epidemiológico recomienda adoptar una amplia gama de respuestas políticas para enfrentar los problemas derivados del consumo. Los cuadros 5 y 6 muestran las tasas de prevalencia del uso de vida y dependencia del alcohol y demás drogas en la población brasileña.

Cuadro N°. 5. Distribución porcentual del uso de vida y dependencia del alcohol según género y grupo etario

Grupo etario	Uso alguna vez en la vida (%)			Dependencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Promedio	Hombres	Mujeres	Promedio
12-17 años	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 años	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 años	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 años	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Promedio	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fuente: Primera encuesta domiciliar sobre el uso de drogas psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Cuadro N° 6. Distribución Porcentual del uso de vida y dependencia de otras drogas.

Sustancia	Uso alguna vez en la vida (%)			Dependencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Promedio	Hombres	Mujeres	Promedio
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Mariguana	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiace- pínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

*Datos no presentados por los investigadores debido a la baja prevalencia.

Fuente: Primera encuesta domiciliar sobre el uso de drogas psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Organización de la red de atención

La necesidad de definir estrategias específicas para la conformación de una red de atención a los usuarios de alcohol y de otras drogas llevó al Ministerio de Salud en 2002 a instituir, en el ámbito del SUS, el Programa Nacional de Atención Comunitaria Integrada para Usuarios de Alcohol y Otras Drogas. El programa comprende acciones de promoción, prevención, protección de la salud y educación de quienes hacen uso perjudicial del alcohol y otras drogas. A tal fin establece una red estratégica de servicios extrahospitalarios para esta clientela, articulada con la red de atención psicosocial y basada en la estrategia de reducción de daños.

Los CAPSad, Centros de Atención Psicosocial para la atención de pacientes con dependencia y/o uso perjudicial de alcohol y otras drogas, son los dispositivos estratégicos de esta red, establecidos preferentemente en grandes regiones metropolitanas y en regiones o municipios fronterizos cuyos indicadores epidemiológicos así lo recomienden. Los CAPSad, así como los demás dispositivos de la red deben hacer uso deliberado y eficaz de los conceptos de territorio y red y de la lógica de reducción de daño, procurando activa y sistemáticamente identificar las necesidades de manera congruente con el medio cultural y con la comunidad y de acuerdo con los principios de la reforma psiquiátrica.

Otros componentes importantes de la red son implementados mediante los incentivos dados por el Programa de Atención Integral a estados y municipios. Las acciones se realizan en el ámbito de la atención primaria en articulación con las redes de

apoyo social, en los hospitales generales, en las salas de emergencia y en la red hospitalaria de asistencia a los consumidores de alcohol y otras drogas. Como en otras áreas de salud mental la organización de la red debe ser diversificada, compleja, con abordajes diversos y enmarcadas en la perspectiva de la integración social del usuario.

Estrategias para la reducción de daños asociados con el consumo perjudicial de sustancias

El concepto de reducción del daño constituye uno de los fundamentos orientadores de las políticas de alcohol y drogas del Ministerio de Salud. Esta estrategia, asumida por el Ministerio de Salud desde 1994, en el campo de la prevención de enfermedades transmisibles, es reconocida internacionalmente como una alternativa pragmática y eficaz en el área de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En el campo del alcohol y otras sustancias, la reducción del daño es una estrategia que busca reducir los perjuicios causados por el abuso de drogas lícitas e ilícitas, rescatándole al usuario su papel autorregulador sin que se le exija abstinencia inmediata al mismo tiempo que se incentiva la movilización social.

Las estrategias de la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de las drogas han permitido que los servicios de salud acojan, sin enjuiciamiento, las demandas de cada usuario, ofreciéndole lo que es posible y necesario y estimulando su compromiso y participación. Las estrategias de la reducción del daño social reconocen las singularidades de cada usuario y diseñan con él las estrategias dirigidas a la defensa de su vida. Este marco ético pone de manifiesto que el abordaje de reducción de daños, utilizado en otras condiciones y enfermedades, es también aplicable a la atención de personas que usan de manera peligrosa el alcohol y otras drogas y a la prevención de las consecuencias negativas.

Las estrategias de reducción de daños favorecen el acceso a los servicios de salud, especialmente de aquellos usuarios que no han tenido contacto con el sistema. La distribución de insumos (jeringas, agujas, pipas, etc.) contribuye a la prevención de la infección por los virus de inmunodeficiencia adquirida y de la hepatitis B y C. También forma parte de las estrategias la elaboración y distribución de materiales educativos en los que se enseña sobre las maneras más seguras para consumir alcohol y otras drogas y se habla de las consecuencias negativas del hábito. Los programas de prevención de accidentes y violencia asociados al consumo han aumentado, lo mismo que el número de unidades de tratamiento para el uso nocivo de sustancias.

VI. Principales desafíos de la Reforma Psiquiátrica

Accesibilidad y equidad

Algunos desafíos que enfrenta la Reforma son también retos encarados por el Sistema Único de Salud:

- Se estima que un 3% de la población nacional necesita cuidados continuos en salud mental debido a que padecen trastornos psíquicos severos y persistentes (psicosis, neurosis graves, trastorno grave del humor, deficiencia mental con serias dificultades de adaptación). En Brasil, cerca de 5 millones de personas están en esa situación, lo que demanda el establecimiento de una red de cuidados sólida diversificada y efectiva.
- Del 10 al 12% de la población no sufre serios trastornos pero precisa de cuidados en salud mental bajo la forma de consulta médico-psicológica, consejería, grupos de orientación y otras formas de abordaje.
- El modelo centrado en el hospital así como los centros ambulatorios de especialidades, por el hecho de concentrar los recursos y tener baja cobertura, no garantizan la accesibilidad de los servicios.
- Si no se refuerza la red básica o de atención primaria de salud, no es posible dar respuestas efectivas a las situaciones de alteración de la salud mental, lo que representa otra restricción a la accesibilidad.
- Los trastornos graves asociados al consumo del alcohol y otras drogas, excepto el tabaco, afectan al menos al 10% de la población por encima de los 12 años, siendo el impacto del alcohol 10 veces mayor que el del conjunto de las drogas ilícitas. La criminalización del consumo agrava la vulnerabilidad de los usuarios de droga, lo que exige una articulación efectiva y original entre la red de cuidados y otras políticas sectoriales, como justicia, seguridad, trabajo y educación. Sin esa articulación y cooperación el acceso efectivo a la prevención y al tratamiento no está asegurado.
- La calidad de la atención debe garantizarse en todas las regiones del país, hasta en las más necesitadas y distantes de los centros universitarios. Un medio de asegurar la calidad consiste en la capacitación y supervisión de agentes multiplicadores. Las grandes distancias que separan muchas comunidades de las instituciones de formación e investigación en salud pública en Brasil agrava estas carencias en el campo de la formación y calificación de profesional.

Formación de recursos humanos

Uno de los principales retos que enfrenta el proceso de consolidación de la Reforma Psiquiátrica es la formación de recursos humanos capaces de superar el paradigma de la locura y de la tutela del enfermo mental. El proceso de reforma exige cada vez más la formación técnica y teórica de los trabajadores, muchas veces

desmotivados por los bajos salarios o por contratos irrisorios de trabajo. Por esta razón el Ministerio de Salud inició en el año 2002 el Programa Permanente de Formación de Recursos Humanos para la Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoya y financia el establecimiento de núcleos de formación mediante convenios establecido con instituciones formadoras, especialmente universidades federales. A partir del 2003 el Ministerio instituyó una entidad más amplia, La Secretaría Nacional de Gestión del Trabajo en Salud, destinada a suplir las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos humanos del SUS. En el campo de la salud mental existen hoy 21 núcleos regionales que funcionan en 15 estados, donde se ofrecen cursos de especialización y de actualización para trabajadores de atención básica y de los CAPS. Cada año se gradúan cerca de 1500 profesionales (cursos académicos de 360 horas) y aproximadamente 6000 trabajadores de diferentes niveles de escolaridad (cursos de corta duración, de más de 40 horas).

El debate cultural: estigma, inclusión social, superación del valor atribuido al modelo centrado en el hospital y papel de los medios de comunicación

El proceso de Reforma Psiquiátrica se acompañó, a partir de la década de los años 90, de un intenso debate entre especialistas, escuelas profesionales, familiares, usuarios, medios masivos de comunicación y población en general. Se hicieron algunos progresos en el combate del estigma, especialmente mediante la promoción de la inclusión social de los pacientes. Tal es el caso de las residencias terapéuticas, los proyectos de generación de renta y las actividades culturales promovidas por la red de servicios.

Se han venido constituyendo diversos grupos culturales asociados con la reforma, que realizan actividades teatrales, musicales y en las áreas de las artes plásticas, radiodifusión, televisión experimental, folklore y literatura, campos en los que ya existe una producción significativa. De este modo los grupos culturales ya establecidos han venido a hacer aportes al debate de la reforma y a ayudar a enfrentar los desafíos que presentan el estigma y el modelo asistencial custodial. Un ejemplo relevante es el Teatro del Oprimido, fundado y dirigido por Augusto Boal, que participa en actividades de los CAPS y otros centros en diversos estados del país. Algunos municipios como Aracaju han realizado exitosas campañas de radio y televisión en las que se divulgan pormenores de la nueva red de servicios y de los principios de la reforma.

El debate científico: su relevancia

Desde el inicio del debate nacional sobre la Ley de Reforma Psiquiátrica, en 1989, tuvo lugar entre los medios profesionales y científicos un importante debate sobre el cambio de modelo asistencial e incluso sobre las concepciones de la locura, el sufrimiento moral y los medios terapéuticos para tratarlos. El debate aún subsiste y está presente en las universidades, servicios, congresos científicos y en las publicaciones de asociaciones y consejos profesionales.

En un primer momento, las asociaciones familiares se unieron en coro a las críticas hechas al proceso de reforma. Esa posición fue cambiando a lo largo del tiempo a medida que los familiares eran llamados a desempeñar el importante papel de “asociados del tratamiento” en los sitios de atención, esto es en los CAPS, ambulatorios, residencias terapéuticas y redes básicas de servicios. De hecho, en esos primeros momentos, uno de los argumentos que los familiares repetían era la exigencia de que el nuevo modelo participara del aporte científico de la psiquiatría, bajo el supuesto de que éste estaba presente en el modelo antiguo pero no en los nuevos dispositivos de atención.

Las críticas que se hicieron en el ambiente académico a los nuevos servicios frecuentemente revestían la forma de duros ataques a la calidad del trabajo en la red pública de atención. La reforma trajo al debate científico sobre psiquiatría y salud mental el tema de la inhóspita organización de los servicios, el enfoque de salud pública y la necesidad de garantizar la accesibilidad y garantía de la calidad de la atención a toda la población, lo que fue motivo de serias discusiones.

La producción científica brasileña sobre temas de psiquiatría y salud mental en el campo de la salud pública está aún muy restringida. Por otra parte, la dimensión de política pública comienza a adquirir valor en la enseñanza de la investigación clínica y epidemiológica dentro del campo de la salud mental.

En lo que atañe al debate científico, el Ministerio de Salud en asociación con el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, invitó a centros científicos brasileños de alto nivel académico a que asumiesen la tarea de analizar los nuevos servicios y el nuevo modelo de atención. Se instituyó una significativa línea de financiamiento de investigación que despertó el interés de ciento cuarenta grupos de investigación de diversas universidades. De esta manera los desafíos de salud pública, colocados en la agenda de la psiquiatría y la salud mental por el proceso de reforma psiquiátrica, se han tornado hoy en un tema irrecusable para las instituciones de formación e investigación en el Brasil.

REFERENCIAS

Los títulos que aparecen a continuación pueden ser obtenidos en los archivos disponibles en el Ministerio, pudiendo ser recuperados por medios electrónicos en el sitio <http://pvc.datasus.gov.br>:

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____ *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____ *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.