






Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña

Paths and detours in the trajectory of the Brazilian psychiatric reform

Rossana Maria Seabra Sade¹, Sashi P. Sashidharan², Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva³

¹Doctora en Educación. Posdoctora en Desinstitucionalización. Profesora, Faculdade de Filosofia e Ciências - Câmpus de Marília, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil. 

²PhD en Psiquiatría. Profesor, Institute of Health & Wellbeing, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom. 

³Doctora en Psicología Clínica y Cultura. Posdoctora en Fenomenología. Profesora, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasil. 

RESUMEN Este artículo aborda los principios y lineamientos del Sistema Único de Salud y revisa la actual política brasileña de salud mental, sus limitaciones y posibilidades. A partir de una revisión de documentos gubernamentales nacionales e internacionales y de la bibliografía científica desde año 2015 hasta 2020, confirmamos avances positivos en el cuidado de la salud mental. Sin embargo, la reforma psiquiátrica se ha retrasado y el equilibrio de la atención de la salud mental se ha desplazado a favor del tratamiento centrado en el hospital. Esto ha frenado la implementación de la Red de Atención Psicosocial, y el desarrollo de prácticas y estrategias terapéuticas enfocadas en la experiencia de la persona, su vida diaria y sus relaciones con la red de promoción de la salud. Al cuestionar la supremacía del conocimiento médico-psiquiátrico en el tratamiento de las “enfermedades mentales” por parte de la atención pública, la reforma psiquiátrica abrió el camino para la creación de nuevas formas de abordar el sufrimiento psicológico. Esto está en riesgo ahora y pedimos un debate más amplio sobre las tendencias actuales en la atención de la salud mental en Brasil.

PALABRAS CLAVES Salud Mental; Desinstitucionalización; Servicios de Salud Mental; Sistema Único de Salud; Brasil.

ABSTRACT This article looks at the principles and guidelines of the Unified Health System as well as the current situation and the limitations and possibilities of Brazilian mental health policy. Based on a review of national and international government documents and the scientific literature from 2015-2020, the study observed positive advances in mental health. However, the psychiatric reform has experienced setbacks, and the balance of mental health care has swung towards hospital-centered treatment. These changes have impeded the implementation of the Psychosocial Care Network, as well as the development of therapeutic practices and strategies focused on the person's experience, their daily life and their relations with the health promotion network. By questioning the supremacy of medical-psychiatric knowledge in the treatment of “mental illness” in the public health care system, the psychiatric reform cleared a path for the construction of new ways of addressing psychological suffering. These gains are currently at risk, making a wider debate on the current trends in mental health care in Brazil essential.

KEY WORDS Mental Health; Deinstitutionalization; Mental Health Services; Psychiatric Reform; Unified Health System; Brazil.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Brasil es el país más grande de América del Sur y el quinto del mundo en tamaño, una superficie de 8,5 millones de kilómetros cuadrados, dividido en 27 estados, 5.568 municipios, un Distrito Insular (Fernando de Noronha) y un Distrito Federal, con grandes diferencias en la distribución demográfica, indicadores sociales y una población total en 2019 de 210.147 millones⁽¹⁾. Según el Banco Mundial⁽²⁾, el ingreso per cápita mensual de la población es de u\$268,9 dólares estadounidenses.

La Tabla 1 muestra que Brasil, como país con amplias fronteras geográficas, tiene una diversidad poblacional sociocultural con especificidades significativas, con mestizaje en las cinco regiones geográficas y que, por ello, presenta demandas específicas en salud mental⁽¹⁾.

El sistema de salud brasileño fue influenciado por el movimiento sanitario con el cambio de paradigma en la promoción de la salud en la década de 1970 y por el movimiento nacional por la redemocratización en

la década de 1980, que dio lugar a pactos de salud, ya que Brasil se convirtió en miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

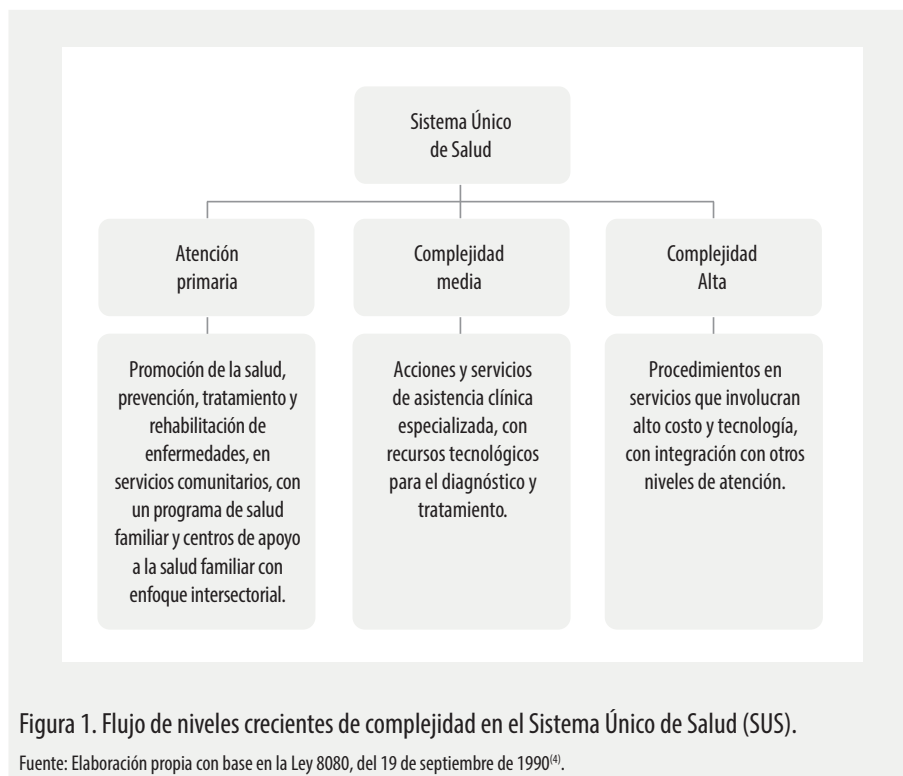
En 1990, la OPS y la OMS publicaron un documento titulado "La reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina: una nueva política para los servicios de salud mental", conocido como la Declaración de Caracas⁽³⁾, este documento tuvo un fuerte impacto en la reforma psiquiátrica brasileña.

En el mismo año de la Declaración de Caracas, el Sistema Único de Salud (SUS) fue regulado por la Ley 8080 y la Ley 8142, ambas de 1990, que definen el conjunto de acciones y servicios de salud que ofrecen los organismos e instituciones públicas federales, estatales, municipales y del distrito federal, la administración y las fundaciones directas e indirectas mantenidas por el gobierno⁽⁴⁾. El sector privado también contribuye en forma contractual con las autoridades públicas, quienes retienen el derecho de gobernar, controlar e inspeccionar los servicios. El Ministerio de Salud es responsable de monitorear y dirigir todas las actividades de atención

Tabla 1. Perfil de la población brasileña (N=209,5 millones). Brasil, 2016.

Categoría	
Esperanza de vida al nacer	Promedio en años
Mujer	79,4
Hombres	72,2
Etnia	%
Marrón (pardo)	46,7
Blanco	44,2
Negro	8,2
Amarillo	0,9
Indígena	0,3
Población por estado (estados más poblados)	Millones
San Pablo	45,5
Minas Gerais	21,0
Rio de Janeiro	17,1
Bahía	14,8
Rio Grande do Sul	11,3

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)⁽¹⁾.



médica, pero la provisión de servicios de salud es responsabilidad de los gobiernos municipales, mientras que el financiamiento es proporcionado por el gobierno federal y los estados. Los ciudadanos brasileños tienen derechos constitucionales a la atención médica gratuita proporcionada por el Estado, sin ningún tipo de discriminación⁽⁴⁾.

Las acciones y servicios del sistema público de salud brasileño se guían por los principios y lineamientos de universalidad, equidad e integralidad. Los servicios del SUS están organizados en un flujo jerárquico y regional, a niveles crecientes de complejidad, como se ilustra en la Figura 1.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A partir del análisis de documentos gubernamentales internacionales y nacionales recuperados de DATASUS y del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, como así también de artículos y tesis recuperados de las bases de datos Literatura Latinoamericana

de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), Medline y la *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), el objetivo de este estudio se centra en analizar los principios y lineamientos del SUS, la situación actual de la política brasileña de salud mental, sus limitaciones y posibilidades.

La política de salud mental del SUS se regula con base en los lineamientos de la política nacional de salud pública, por lo que está inserta en estrategias y servicios en los tres niveles de complejidad. En un estudio de revisión sistemática que aborda los últimos 25 años en una revista sobre el tema de salud mental, se presentan datos relevantes sobre la producción de estudios y de publicaciones asociados a la promulgación de la Ley de Salud Mental, con diferentes temas, como punto de referencia para la evidencia en este campo⁽⁵⁾.

En este sentido, el proceso de reforma psiquiátrica apunta al modelo psicosocial y a la constitución de una red de atención psicosocial, que si bien es inestable e irregular con brechas en su efectividad, ha tenido logros significativos, como el empoderamiento de la voz de usuarias y usuarios que, al ganar

mayor relevancia, puso en evidencia que la estructuración del campo de la salud mental y colectiva en Brasil está estrechamente relacionada con lo social, la ciudadanía, el enfrentamiento de las desigualdades, los prejuicios, es decir, con los temas políticos y la democracia⁽⁵⁾.

HITOS HISTÓRICOS DE LA POLÍTICA BRASILEÑA DE SALUD MENTAL

Los primeros hospitales psiquiátricos brasileños surgieron a fines del siglo XIX, con la llegada de la familia real a Brasil, cuya orientación fue higienista y disciplinadora de las personas etiquetadas como desviadas de la norma establecida por la sociedad. En 1890, bajo la administración pública, se creó la llamada Asistencia Médico-Legal a Insanos, con carácter de asilo, que mantuvo durante décadas una asistencia exclusiva, formando guetos de asilo en los que se internaba a las personas.

Amarante^(6,7,8) infiere cuatro dimensiones sobre la reforma psiquiátrica brasileña, tales como: 1) técnico-conceptual, como un proceso técnico de una teoría que sustenta el modelo psicosocial; 2) técnico-asistencial, con una red de servicios que sustituyan al tradicional, enfocado en la subjetividad y sociabilidad; 3) jurídico-político, con enfoque en la reorganización de la legislación y 4) socio-cultural, enfocado en prácticas sociales para la inclusión de personas en desventaja social.

En este sentido, la reforma psiquiátrica brasileña tiene un proceso histórico de un movimiento antiasilar de familiares, usuarios y activistas de la sociedad civil, en la perspectiva de la desinstitutionalización que se organiza en estas cuatro dimensiones en las que Amarante⁽⁶⁾ considera un proceso complejo, con contextos culturales, sociales, económicos, políticos y filosóficos.

En el siglo XX, en la década de 1930, durante el período del Estado Novo, se renovaron y ampliaron los grandes hospicios, convirtiéndose en el centro de toda la política de salud mental. Hasta la década de

1950, se nacionalizaron los grandes hospitales, siguiendo una política de estatización.

En la década de 1960, años de la dictadura militar, la política de asilo experimentó una gran expansión, debido a la contratación y financiación por parte de la seguridad social de clínicas privadas que, en el futuro, constituirían el gran problema de la política de salud mental en Brasil.

El modelo privatizador, no solo en salud mental sino en todos los ámbitos de la salud, fue considerado uno de los puntos que provocó la crisis institucional y financiera que sufrió la seguridad social a principios de la década de 1980. Las prácticas asilares acompañaron el proyecto sanitario que, a fines de la década de 1970, ya se había esbozado como forma de participación popular en el sector salud.

Los primeros intentos de reformar este sistema se dieron en la década de 1970, con acciones locales, incluyendo pequeñas "comunidades terapéuticas" y proyectos de modelo comunitario, como alternativa al hospital psiquiátrico.

Con la regulación del SUS, en 1990, se introdujeron una serie de cambios en la política de salud mental, basados en la Declaración de Caracas⁽³⁾ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con el objetivo de reestructurar el sistema psiquiátrico, el Ministerio de Salud reorientó los recursos paulatinamente hacia un modelo alternativo, reduciendo hospitales, camas hospitalarias, abriendo servicios en el territorio que garantizaran los derechos civiles de las personas dentro de su contexto social, priorizando el tratamiento voluntario.

Según Amarante⁽⁶⁾, entre 1978 y 1980 tomó forma el actual movimiento de reforma psiquiátrica brasileña, con el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental (MTSM) como protagonista. La política de salud mental ha tenido históricamente como eje de su implementación la participación de los trabajadores, usuarios, familiares y la sociedad civil en las jornadas nacionales de salud mental, en las que debatieron y acordaron el programa de reforma y que, en un gran esfuerzo de movilización en todo el país, permitieron

Tabla 2. Temas y puntos relevantes de las conferencias nacionales sobre salud mental. Brasil, 1987-2022.

Año	Conferencia	Tema	Puntos relevantes
1987	I	Por una sociedad sin manicomios	Desarrollo de la VIII Jornada Nacional de Salud que estableció el derecho de todos y el deber del Estado y propuso el SUS.
1992	II	La reestructuración de la atención de la salud mental en Brasil, desde la perspectiva de la desinstitucionalización italiana	Participación significativa de los usuarios del servicio y todos los segmentos del área de salud.
2001	III	Cuidar sí, excluir no	Reúne prácticas y métodos centrados en experiencias extrahospitalarias de atención en salud mental.
2010	IV	Salud mental, derechos y compromisos de todos: consolidar avances y afrontar retos	Inversiones significativas en políticas específicas.
2021 2022	V	17 al 20 de mayo de 2022 (aprobado por el Consejo Nacional de Salud el 08/09/2021)	En respuesta a la movilización de movimientos no gubernamentales como las asociaciones en respuesta al proceso de contrarreforma del gobierno central al SUS y la involución de la atención en salud mental.

Fuente: Elaboración propia con base en Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾, Ministério da Saúde⁽¹¹⁾, #susconnecta⁽¹⁶⁾.

una amplia discusión sobre las necesidades, desafíos y perspectivas que mejor se corresponden con los lineamientos del modelo psicosocial. En total, hubo cuatro conferencias con temas históricamente relevantes ilustrados en la Tabla 2.

Es importante destacar la participación de todos los actores involucrados con la salud mental en las conferencias, con algunos eventos ilustrativos. La primera conferencia tuvo como bandera una sociedad sin asilo y fue también el evento precursor de las otras conferencias y culminó con el cierre de instituciones de asilo y la creación del primer CAPS, con repercusión nacional para la construcción de servicios en el territorio, una red efectivamente sustitutiva del hospital psiquiátrico. En la IV y actualmente V Conferencias se instituyeron desde la movilización pública, con el viaje de los actores de la salud mental a Brasilia en 2009 y el movimiento de asociaciones con conferencias autónomas de salud mental en 2020 respectivamente⁽⁹⁾.

Este movimiento incorporó lineamientos de la “Red de Alternativas a la Psiquiatría”, convirtiéndose en el Movimiento por una Sociedad sin Asilos, y al resurgir en el proyecto la tradición iniciada por Franco Basaglia, el proceso de desinstitucionalización asumió el carácter teórico-conceptual, para dejar atrás la idea de reforma administrativa y financiera.

En Brasil, entre 1992 y 2001, se implementaron estrategias específicas de desinstitucionalización tales como: controles más estrictos sobre nuevas hospitalizaciones, ampliación del financiamiento de servicios sustitutivos y ampliación de la red de salud mental ambulatoria.

En 2001, la Ley 10216⁽¹⁰⁾, conocida como Ley Delgado, fue aprobada después de doce años de debate en el Congreso Nacional de Brasil, trayendo garantías para la protección y los derechos de las personas con sufrimiento mental. Como resultado de esta ley, en las últimas dos décadas se han producido cambios significativos en la atención psiquiátrica,

con la expansión de nuevos servicios en el territorio, la reducción del número de camas psiquiátricas y la garantía de los derechos de ciudadanía en la atención a la salud mental.

La Ley 10216⁽¹⁰⁾ prohibió la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y la contratación de camas privadas para uso público, considerando el ingreso a unidades psiquiátricas solo cuando los recursos extrahospitalarios resulten insuficientes. El Artículo 4 de esta Ley establece que la hospitalización, en cualquiera de sus modalidades, solo se indicará cuando los recursos extrahospitalarios sean insuficientes y previo informe médico detallado. Estableció solo tres tipos de hospitalización psiquiátrica: voluntaria, que ocurre con el consentimiento de la persona; el involuntario que ocurre sin el consentimiento de la persona, pero a solicitud de un tercero y obligatoria, en la que la admisión está determinada por el sistema de justicia.

Se implementaron camas hospitalarias en hospitales generales, limitadas a un máximo de 10 camas, Centro de Atención Psicosocial (CAPS III) con un promedio de 10 camas, urgencias generales y servicios de derivación hospitalaria por alcohol y otras drogas. La red de camas asistenciales debe integrarse y, por tanto, sustituir los hospitales psiquiátricos y las hospitalizaciones de larga duración.

Como resultado, hubo una reducción del 50% en las camas psiquiátricas públicas

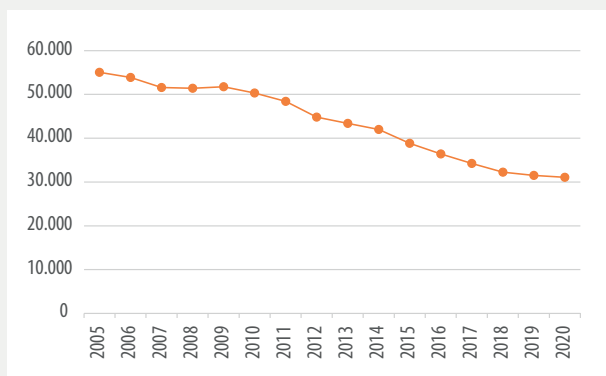


Figura 2. Número de camas psiquiátricas en hospitales públicos. Brasil, 2005-2020.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministério da Saúde, DATASUS⁽¹⁹⁾.

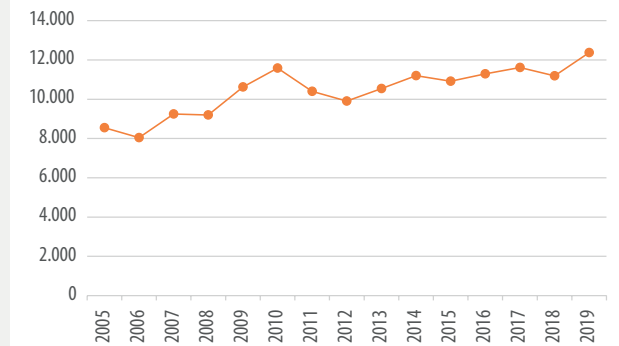


Figura 3. Número de camas psiquiátricas en hospitales del sector privado. Brasil, 2005-2020. .

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministério da Saúde, DATASUS⁽¹⁹⁾.

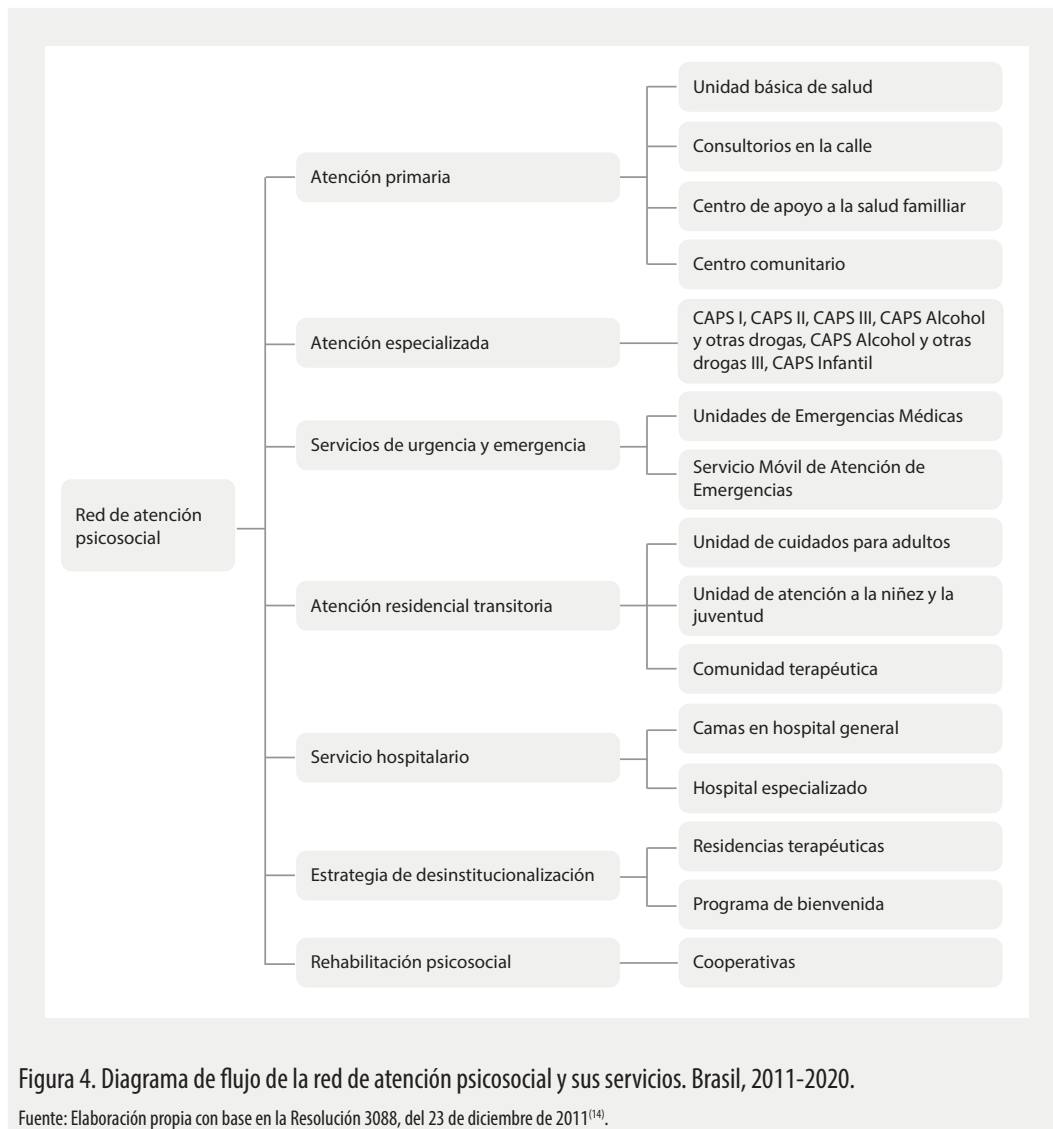
y privadas entre 2005 y 2020, como se muestra en la (Figura 2)

Sin embargo, después de 2015, hubo un aumento sustancial de los recursos públicos para el sector hospitalario privado, según datos nacionales sobre ingresos en hospitales privados en Brasil (Figura 3).

En 2015, siguiendo la Ley Delgado^(10,11), que estableció una reducción gradual en el número de camas de hospital psiquiátrico, el Ministerio de Salud especificó el requisito mínimo de camas psiquiátricas en 1 por 23.000 habitantes o 4 camas por 100.000 habitantes.

Otro punto significativo de la reforma psiquiátrica se refiere a la atención a las personas con consumos problemáticos de alcohol y otras drogas. Las políticas públicas destinadas a esta población fueron evolucionando lentamente. En 2006, un factor destacado fue la inclusión de estrategias intersectoriales de servicios que abordaran este tema. La participación popular se amplió a través de foros regionales y nacionales e informes epidemiológicos brasileños e internacionales sobre el uso de drogas^(7,8,12,13) y la actual Política Nacional sobre Drogas se desarrolló en áreas específicas, como la Política Nacional sobre Alcohol.

En 2009, se mostró que el problema del consumo de drogas era una preocupación mundial ante la necesidad de repensar nuevas estrategias, lo que resultó en el Plan de



Emergencia para Ampliar el Acceso al Tratamiento y Prevención del Alcohol y Otras Drogas. Brasil, como miembro de los organismos mundiales, tuvo que responder a las resoluciones acordadas sobre atención de la salud mental, haciendo grandes inversiones en esta área, ampliando las estrategias de tratamiento.

El programa *“Crack, é Possível Vencer!”* se reglamentó en 2010, amplió la inversión para enfrentar el problema y la distribuyó en varios sectores, con la participación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social, la Secretaría Nacional de Política en Drogas y el Ministerio de Justicia,

organizados en torno a tres ejes (atención, prevención y autoridad), en los que se realizó una importante inversión en formación y en la expansión de los servicios de atención⁽¹³⁾.

Otro hito en la política de salud mental fue la Resolución 3088⁽¹⁴⁾, que luego de diez años de la Ley 10216, consolidó la inclusión de distintos servicios al hospital psiquiátrico, definiendo una Red de Atención Psicosocial (RAPS) un modelo de atención en salud psicosocial mental, a través de las acciones de una red intersectorial de servicios, en la que no existe una centralidad de atención, sino una variedad de servicios y estrategias terapéuticas, con enfoque en el territorio y

las demandas de la persona. La Red de Atención Psicosocial propone servicios y estrategias para reemplazar el modelo hospitalario, centrándose en un modelo psicosocial de atención primaria, con atención psicosocial especializada, servicios de urgencia y emergencias, atención transitoria residencial, y estrategias de desinstitucionalización y de rehabilitación psicosocial. Los servicios territoriales y comunitarios siguen la política de puertas abiertas, por lo que cualquier persona puede acceder a estos servicios, ubicados lo más cerca posible del territorio, la familia y la red social de la persona.

Cada servicio de la Red de Atención Psicosocial (Figura 4) debe estar vinculado a una variedad de organizaciones comunitarias, como asociaciones, iglesias, escuelas, policía, unidades básicas de salud, comercio, canchas deportivas, entre otras. Los servicios funcionan dentro de esta red más amplia, con el fin de promover el bienestar y la integración social de las personas con o sin sufrimiento mental, asegurando la ciudadanía y la protección de los derechos individuales.

Las unidades básicas de salud son el primer punto de contacto del Sistema Único de Salud, guiado por los principios de universalidad, equidad e integralidad, y conforma la Red de Atención Psicosocial, como punto estratégico de atención, con varios programas (Figura 4). Según el Ministerio de Salud⁽¹¹⁾, las unidades básicas de salud son las encargadas de promover la salud mental, la prevención y la atención de las personas con antecedentes de malestar psicológico y promover acciones para minimizar los efectos en la salud derivados del uso indebido de sustancias, para trabajar en estrecha colaboración con otros servicios de la red. Las acciones de las unidades de la Estrategia Salud Familiar (ESF) y el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF).

La Política Nacional de Salud Mental, luego del año 2015, mostró un gran declive, culminando con acciones como la Resolución 3588 del 21 de diciembre de 2017⁽¹⁵⁾, que modificó la Red de Atención Psicosocial e incluyó nuevos servicios que produjeron una ampliación del número de camas en el hospital psiquiátrico. En este sentido, los

cambios implicaron un retroceso en la reforma psiquiátrica, un retorno al tratamiento centrado en la lógica hospitalaria, que empezó a ser defendido por el actual gobierno, bajo la justificación: la falta de atención, los nuevos espacios hospitalarios y el uso de protocolos modernizados, eficientes y de calidad, reforzando en el documento que, independientemente de la apertura de camas psiquiátricas, el gobierno federal seguirá impulsando la desinstitucionalización, verificando que estas acciones no sean contrarias a la reforma^(11,16).

La Red de Atención Psicosocial

Documentos nacionales e internacionales destacaron el modelo centrado en la prevención, el control, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social y los servicios de apoyo como medidas necesarias. Para las Naciones Unidas (ONU), la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la atención debe estar enfocada como una enfermedad prevenible, tratada con un enfoque integral, multifactorial y con una diversidad de intervenciones, tanto farmacológicas como psicosociales, de acuerdo con las diferentes demandas de la persona.

El Centro de Atención Psicosocial (CAPS) es un servicio sustituto en el territorio y tiene las siguientes funciones: prestar atención clínica en el día a día, evitando así el ingreso al hospital psiquiátrico; e promover la inclusión social de los usuarios en acciones intersectoriales. Por tanto, es función del Centro de Atención Psicosocial, por excelencia, organizar la red de atención a las personas con malestar psicológico en los municipios. Los centros son los articuladores estratégicos de la Red de Atención Psicosocial y la política de salud mental en el territorio. Según su caracterización (Tabla 3), podemos analizar los diferentes tipos de centros, según la

Tabla 3. Caracterización de los centros de atención psicosocial. Brasil, 2008-2020.

Características	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS Infantil	CAPS Alcohol y otras drogas III
Tipo de población	Adulto Trastorno mental severo y uso de alcohol y otras drogas	Adulto Trastorno mental severo	Adulto Trastorno mental severo y persistentes	Niños y adolescentes con trastornos mentales graves y persistentes, y que consumen alcohol y otras drogas	Adultos, niños y adolescentes que consumen alcohol y otras drogas
Cobertura poblacional	20 mil	<70 mil	<200 mil	< 150 mil	<200 mil
Funcionamiento	Lunes a viernes de 8 a 18 hs	Lunes a viernes de 8 a 18 hs	24 horas	Lunes a viernes de 8 a 18 hs	24 horas
Profesionales	1 doctor 1 enfermera 3 profesionales de la educación superior 3 técnicos	1 psiquiatra 1 enfermera 4 profesionales de la educación superior 6 técnicos	2 psiquiatras 1 enfermera 5 profesionales de la educación superior 8 técnicos	1 psiquiatra ou neurologo o pediatra de salud mental 1 enfermera 4 profesionales de la educación superior 5 técnicos	1 médico geral 1 psiquiatra 1 enfermera 5 profesionales de la educación superior 9 técnicos

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾.

población; la cobertura poblacional; el funcionamiento y la composición del equipo.

El CAPS se determina de acuerdo con el índice de cobertura poblacional y el estudio del perfil epidemiológico de salud y enfermedad en el territorio. En los municipios de menos de 15.000 habitantes se deriva a una persona en crisis psiquiátrica a urgencias de un hospital general y posteriormente se llama a un CAPS en la ciudad más cercana, denominador en la sobrecarga de cobertura del servicio de atención a la población. Cuando hay necesidad de hospitalización, consulta con un especialista o tratamiento específico, se deriva a la persona a una ciudad con

mayor cobertura en la Red de Atención Psicosocial. Como se muestra en los datos de la Tabla 4, la cobertura del CAPS en el territorio es desigual y, en el contexto actual, el hospital psiquiátrico es una alternativa y muchas veces la única opción para ese municipio.

En cuanto al apoyo a las crisis, aún se observan brechas significativas en la Red de Atención Psicosocial, especialmente en la atención de crisis, con desafíos para una atención comunitaria de salud mental satisfactoria en Brasil. El Servicio Móvil de Atención de Emergencias (SAMU) y las Unidades de Emergencias Médicas (UPA) continúan siendo los principales servicios de la Red de

Tabla 4. Distribución regional de los centros de atención psicosocial. Brasil, 2008-2020.

Tipo de CAPS	Sur	Sureste	Centroeste	Noreste	Norte	Total
CAPS I	191	257	74	501	94	1.117
CAPS II	83	193	25	140	33	474
CAPS III	7	54	1	26	6	94
CAPS Infantil	42	105	8	45	5	205
CAPS Alcohol y otras drogas	67	124	16	84	10	301
CAPS Alcohol y otras drogas III	22	27	3	25	7	84

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio da Salud, DATASUS⁽¹⁹⁾.

Atención Psicosocial para la atención de crisis, aunque no son servicios especializados de salud mental.

De todos los municipios brasileños, alrededor de 180 (3%) tienen una población superior a 150.000 habitantes, criterio específico para la implementación de los servicios CAPS 24 horas (Tabla 3). Sin embargo, en la Tabla 4 se observa un número reducido de CAPS III en relación con los otros tipos. Se observa cierta dificultad para realizar alianzas institucionales que garanticen la atención continua, especialmente en los municipios más pequeños: el 60% de los municipios brasileños tienen una población menor a 15.000 habitantes, criterio mínimo de cobertura poblacional para la implementación de un CAPS I, lo que dificulta el desarrollo de acciones de atención primaria.

Otro aspecto importante a destacar para la atención de personas con comorbilidades (malestar psicológico y consumo de drogas) es el acceso a estos servicios por nociones de peligrosidad y estigma social por parte de los profesionales médicos responsables de la atención inicial.

De 2006 a 2020, el Ministerio de Salud⁽²⁰⁾ incrementó su apoyo a los estados y municipios para agilizar sus esfuerzos hacia la desinstitucionalización. Algunas de sus acciones fueron: aumento del número de CAPS; acceso a la atención de urgencia y emergencia (SAMU y UPA) con un equipo especializado en atención en salud mental; disponibilidad de camas de crisis en los hospitales generales articulados con la red; y regulación de acceso a la Red de Atención Psicosocial que garantiza la primacía de los servicios territoriales. Pero en los últimos tres años ha habido una fuerte desaceleración en la apertura de nuevos CAPS, como se ilustra en la (Figura 5).

También forman parte de la Red de Atención Psicosocial, los servicios residenciales terapéuticos que conforman la atención residencial transitoria (Figura 4), se ubican en áreas urbanas y se organizan para atender las necesidades habitacionales de las personas que han vivido institucionalizadas. El número de residentes en cada instalación puede variar de uno a ocho. Estos servicios

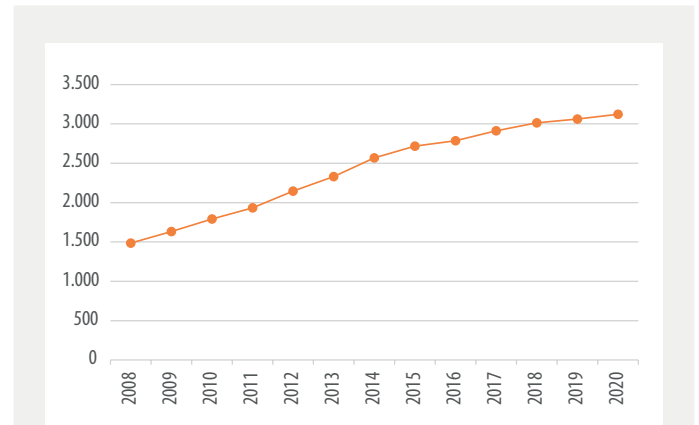


Figure 5. Expansión de los centros de atención psicosocial en el territorio. Brasil, 2008-2020.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio da Saúde, DATASUS⁽¹⁹⁾.

residenciales terapéuticos están dirigidos a aquellas personas que han vivido durante largos años en hospitales psiquiátricos y han perdido el contacto con su red de apoyo.

Cada servicio residencial cuenta con el apoyo de un auxiliar de enfermería de salud mental, y con un equipo interdisciplinario que puede ser del CAPS o profesionales del servicio de atención primaria. El apoyo terapéutico proporcionado se basa en las necesidades específicas del individuo y continúa, aunque cambien de domicilio. La ruta de rehabilitación psicosocial que ofrece el servicio residencial terapéutico busca involucrar a la persona en la red de servicios y en las relaciones sociales de la comunidad, por ejemplo, el centro comunitario.

Los servicios residenciales terapéuticos son viviendas ubicadas en el espacio urbano, constituidas como una alternativa a la hospitalización psiquiátrica prolongada, para personas institucionalizadas o no. Con cada traslado de un residente del hospital psiquiátrico, hay una reducción en el número de camas en el hospital de origen, los recursos económicos de la estancia hospitalaria se reasignan al presupuesto del estado o del municipio responsable de la atención. Estos recursos permiten la dotación de infraestructura para la apertura de la residencia y el seguimiento necesario, con un reembolso de R\$9.466 reales (equivalentes a €1.500 euros) por parte del Ministerio de Salud.

En la Red de Atención Psicosocial existen otras estrategias alternativas como el Programa De Vuelta a Casa, que tiene como objetivo calificar, ampliar y fortalecer la red extrahospitalaria, mediante ayudas económicas de R\$709,25 reales abonadas al beneficiario durante un año (aproximadamente € 110 euros mensuales) que puede renovarse si es necesario^(11,15,21). Según el Ministerio de Salud⁽¹⁵⁾, a principios de 2017 había 701 municipios calificados en el Programa De Vuelta a Casa en todo Brasil, con un total de 4.499 beneficiarios.

Para que los municipios participen formalmente en el Programa, el Ministerio de Salud requiere un contrato de adhesión y habilitación. Se debe indicar los términos de referencia para realizar el seguimiento del Programa en el municipio. Por cuestiones burocráticas y cambios políticos, los beneficiarios del programa siguen siendo pocos con relación a la demanda, en 2011 había 3.961 beneficiarios, con un aumento de solo 538 beneficiarios en seis años.

El centro de convivencia y cooperativa tiene como objetivo fomentar la inclusión social, con especial atención a las personas con malestar psicológico, respetando la diversidad comunitaria, incluyendo actividades culturales fomentando nuevas habilidades e interacción social y conectando diferentes grupos de personas a través de sus intereses.

Según Álvarez⁽²²⁾, las actividades en los centros de convivencia dependen económicamente del municipio, y no cuentan con otros recursos. Así, sostener los contratos, contratar nuevos profesionales, comprar materiales e insumos depende de la ayuda económica de otra unidad de salud. Esta situación compromete la expansión y consolidación de los centros de convivencia. En 2010, la IV Conferencia Nacional Intersectorial de Salud Mental⁽²³⁾ aprobó “implementar y proveer financiamiento para los centros de convivencia como dispositivos estratégicos intersectoriales para la red de salud mental”; sin embargo, el financiamiento sigue siendo un desafío y, sin recursos adicionales, es poco probable que este servicio funcione eficazmente como un dispositivo intersectorial.

Como estrategia para la población sin hogar, que se encuentra en situación de vulnerabilidad, el Ministerio de Salud instituye en la Política Nacional de Atención Primaria a través de la Resolución 122 de 2011, los consultorios en la calle, interconectados con las unidades de atención primaria, los CAPS, los servicios de urgencias y emergencias, y otros servicios de la Red de Atención Psicosocial. Es un equipo móvil y multidisciplinario, que brinda atención médica y apoyo a la población sin hogar. Dentro de la Red de Atención Psicosocial, los consultorios en la calle tienen la responsabilidad específica de brindar atención de salud mental a esta población vulnerable. El equipo realiza una evaluación general de cada persona en situación de calle, y trabaja en colaboración con otros servicios. Estos equipos reciben formación teórica y práctica de las escuelas de reducción de daños, para realizar actividades de promoción y prevención de la salud con el objetivo de minimizar el daño social y sanitario asociado al uso de sustancias psicoactivas.

Las prácticas de reducción de daños buscan la socialización política de quienes consumen drogas, para que se tornen protagonistas, promuevan un autocuidado saludable y demanden sus derechos ciudadanos⁽²⁴⁾.

El sistema penitenciario brasileño: intersecciones entre salud mental y justicia penal

En la reforma psiquiátrica brasileña hay una brecha importante en la intersección entre salud y justicia. El Artículo 26 del Código Penal establece que las medidas de seguridad que se apliquen a las personas con sufrimiento mental grave o abuso de drogas en conflicto con la ley y consideradas imputables, deben ser protegidas por medidas que consistan en medidas de tratamiento y no de sanción. Así, los criterios aplicados a estas personas se rigen por la Ley 10216 de 2001, que establece la internación en hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico (HCTP), que prestan servicios hospitalarios y de custodia en el ámbito de la reforma psiquiátrica, bajo

medidas de seguridad denominadas compromiso civil o involuntario. Una gran contradicción es que estos hospitales son parte del sistema penal y no del sistema de salud.

Una encuesta realizada por la profesora Débora Diniz⁽²⁵⁾ en 2011 (financiada por el Ministerio de Justicia) evaluó todos los hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico en Brasil. Se relevaron 23 hospitales y tres salas de tratamiento psiquiátrico en los complejos penitenciarios. No se encontraron hospitales de este tipo en los estados de Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima y Tocantins. Se relevaron tres salas de tratamiento psiquiátrico ubicadas en el Distrito Federal, Mato Grosso y Rondônia. Los estados de Minas Gerais, Río de Janeiro y São Paulo contaban con tres hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico cada uno, y los 17 estados restantes contaban con uno.

En 2011, la población total de los 26 hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico era de 3.871 individuos. De estos, 2.838 ya habían recibido una orden judicial, pero 1.033 estaban a la espera de juicio, lo que corresponde al 26% de la población detenida en hospitales de tratamiento psiquiátrico^(26,27).

Los resultados de este censo indican la vulnerabilidad de esta población: una de cada cuatro personas no debería haber sido detenida, el 47% fue encarcelada sin fundamento legal o psiquiátrico; el 21% continuó detenido después de cumplir la sentencia estipulada; muchos estuvieron detenidos por más de 30 años, que es la pena máxima en el sistema judicial brasileño. La investigación no analizó la infraestructura edilicia de estas instituciones ni la calidad de la atención clínica; sin embargo, es cuestionable hasta qué punto el tratamiento ofrecido se basa en los principios de la Reforma Psiquiátrica.

Existen algunas medidas en curso para cambiar la situación actual, con el objetivo de brindar un tratamiento adecuado y humano a las personas encarceladas con graves trastornos psicológicos. El Programa de Atención Integral a los agresores con problemas de salud mental se implementó en el estado de Minas Gerais en 2000, antes de la promulgación de la ley de Reforma Psiquiátrica

Brasileña. En 2006, se recreó el programa en el estado de Goiás, ambos programas se rigen por los principios de la reforma psiquiátrica, y promueven el acceso al tratamiento de salud mental en la red comunitaria.

El programa es intersectorial, y propone alianzas con el Poder Judicial, el Ministerio Público y el Poder Ejecutivo. El equipo está integrado por psicólogos, trabajadores sociales y licenciados en derecho, debidamente capacitados para el cargo. Actualmente, el equipo atiende a 243 personas encarceladas con problemas de salud mental en 77 municipios de Goiás.

La situación del paciente ingresado en hospitales psiquiátricos nos lleva a inferir que es, ante todo, una persona sin derechos, sujeta al poder de la institución, a merced, por tanto, del poder de la sociedad, que la alejó y la excluyó^(27,28). Para las personas que tienen un delito asociado con angustia psicológica, la expropiación de derechos y el proceso de exclusión social son amplificadas por el poder de la sociedad. La articulación de políticas públicas en torno a la articulación entre salud mental y justicia sigue siendo un gran desafío en un país con tantas desigualdades sociales.

En este sentido, es importante resaltar la necesidad de otras demandas en la Red de Atención Psicosocial en escenarios específicos de salud mental, colectivos con vulnerabilidad social de género, raza y cultura, indígenas y personas en situación de encierro en hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico, que necesitan una atención humanizada, con integralidad, en respuesta a sus demandas reales.

Incompatibilidades y desafíos en el proceso de política de salud mental brasileña

En los últimos años se han elaborado diversas medidas y se han implementado lineamientos para las leyes que regulan las actividades de atención en salud mental, hecho justificado por la inclusión del tema en las agendas de los gobiernos nacionales, que buscaban construir un modelo de salud mental

orientado a la complejidad de la persona con angustia psicológica. Sin embargo, las políticas partidarias, sin acciones efectivas para continuar con las metas establecidas, llevaron a los servicios de salud mental en Brasil a problemas de gestión, infraestructura y financiamiento del modelo psicosocial^(29,30,31). Por lo tanto, existe una inconsistencia en la estructuración de los servicios de la Red de Atención Psicosocial, con un enfoque en la política gubernamental más que en la política estatal.

Actualmente, las últimas ordenanzas demuestran un desmantelamiento del modelo psicosocial, con la inclusión y puesta en valor de los espacios hospitalarios, en detrimento de los comunitarios. Además, los CAPS han venido sufriendo por la sobrecarga de cobertura de asistencia a la población, falta de infraestructura material y de recursos humanos.

Varias investigaciones muestran dificultades en estos servicios en la articulación entre familiares y atención primaria, en el fortalecimiento de la red en la comunidad, en los dispositivos terapéuticos estratégicos de la Red de Atención Psicosocial, en la articulación entre el manejo y suministro de medicamentos y las estrategias terapéuticas fuera del CAPS, entre otros^(27,29,30,31).

Brasil atraviesa importantes cambios políticos y sociales y, en noviembre de 2018, el gobierno federal suspendió la transferencia de R\$77,8 millones de reales al área de salud mental. La decisión afecta a 319 servicios que forman parte de la Red de Atención Psicosocial del SUS, como CAPS, servicios residenciales terapéuticos, unidades de recepción y camas de salud mental en hospitales generales⁽³²⁾. Se necesitan acciones de empoderamiento colectivo para resistir las políticas regresivas actuales, impulsadas por intereses económicos que favorecen el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos.

Existe una contradicción y una lucha constante entre la práctica clínica cotidiana y la legislación. Son pocos los CAPS abiertos las veinticuatro horas, las personas que sufren una crisis aguda por la noche o los fines de semana son remitidas a hospitales generales, que ofrecen servicios limitados para la

intervención de crisis, por lo que los hospitales generales se convierten en la puerta de entrada del hospital psiquiátrico.

Actualmente hay 121 hospitales psiquiátricos en Brasil distribuidos en 22 estados. Este atrincheramiento continuo de los hospitales psiquiátricos en el sistema de salud mental pone en riesgo el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental y dificulta aún más la integración de la Red de Atención Psicosocial. En 2018 solo se abrieron tres CAPS; sin embargo, en los últimos años, ha habido un aumento significativo en el número de camas en hospitales tanto públicos como privados, como se puede apreciar en la Figura 2 y la Figura 3 presentada. El gran desafío actual es avanzar en las políticas públicas⁽²⁶⁾.

Este escenario dificulta que los servicios de la Red de Atención Psicosocial desarrollen prácticas y estrategias terapéuticas, centradas en la experiencia de la persona, su vida cotidiana y sus relaciones con la red de promoción de la salud, debilitando la efectividad del modelo psicosocial a la luz de la Ley 10216 y de acuerdos internacionales^(27,29,30,33).

Por lo tanto, uno de los grandes desafíos de Reforma Psiquiátrica Brasileña, son los recursos humanos. La mayoría de los nuevos profesionales de la red son jóvenes que no pasaron por el proceso político e ideológico, que implicó la creación del movimiento antiasilar, no tuvieron intercambios con figuras emblemáticas de este movimiento a nivel internacional, como Basaglia, Foucault, Goffman, Rotelli. Crecieron durante un período en el que la transformación política era historia^(34,35,36).

La Reforma Psiquiátrica no se debe limitar a la abolición de las estructuras psiquiátricas, sino también a la construcción de nuevas formas de posibilidades, en las que los actores involucrados tengan una participación activa en todos los procesos de cambio⁽³³⁾.

En el contexto brasileño, la Resolución 3588, del 21 de diciembre de 2017, modificó la política nacional de salud mental, y aumentó el número ingresos a los hospitales psiquiátricos del 15% al 20%. Esta Resolución interrumpió directamente la labor

de la Red de Atención Psicosocial, con una expansión del 80% en la tasa de ocupación de camas de salud mental en los hospitales generales, como condición para que las instituciones reciban recursos económicos por los servicios prestados. Es de destacar que la desinstitucionalización ya no es sinónimo de cierre de hospitales y camas psiquiátricas, ya que se han convertido en parte de la Red de Atención Psicosocial.

Según Sade⁽²⁹⁾, es necesario cerrar los hospitales psiquiátricos en Brasil. Mientras permanezcan abiertos, las personas que no tengan lugar tendrán un “lugar” para ser derivadas, ya que la familia no puede sostener a esta persona, las escuelas etiquetan su comportamiento y la sociedad las clasifica como anormales. Solo la psiquiatría tiene un lugar para ellas: el hospital psiquiátrico. Solo cerrando el hospital psiquiátrico e implementando servicios sólidos en la comunidad con buenas prácticas se garantizará el protagonismo de una vida plena.

CONCLUSIONES

La reforma psiquiátrica, al cuestionar la supremacía del conocimiento médico-psiquiátrico sobre el tratamiento de las “enfermedades mentales” en la atención pública, abrió caminos para la construcción de nuevas formas de abordar el sufrimiento psíquico, posibilitando diferentes saberes y prácticas.

Este estudio, que discutió el marco de la política brasileña de salud mental y sus avances, destacó la red comunitaria de salud mental, centrada en el modelo psicosocial con servicios enfocados en la persona y sus necesidades de cuidado. Sin embargo, existe consenso en que, además de la ampliación de la red comunitaria de atención en salud mental, es fundamental reflexionar sobre la necesidad de consolidar el paradigma y la sostenibilidad política, cultural y técnica. El Ministerio de Salud reorientó gradualmente los recursos de atención psiquiátrica hacia un modelo sustituto, creando servicios comunitarios de salud mental con cobertura territorial,

implementando criterios de humanización para una red hospitalaria especializada.

La Resolución 3088 del Ministerio de Salud estableció la Red de Atención Psicosocial con el objetivo de integrar los servicios y ampliar el paradigma de los servicios de salud mental. El proceso de desinstitucionalización se centra en la emancipación del individuo, la creación de nuevos modelos y oportunidades, desmitificando la locura y permitiéndole ejercer su ciudadanía. La deconstrucción del conocimiento que sustentaba los cimientos de la psiquiatría desde la época de la Ilustración, la noción de locura como alienación y peligro, es reemplazada por la noción de diferencia, producción de vida y subjetividad.

La Ley 10216 de Reforma Psiquiátrica Brasileña, aprobada en 2001, estableció que los hospitales psiquiátricos deben cerrarse gradualmente y el Decreto 3088, del 23 de diciembre de 2011, refuerza que los hospitales psiquiátricos dejarían de ser parte de la Red de Atención Psicosocial. Sin embargo, la lógica actual del Ministerio de Salud, en contraste con las normativas, está en línea con la psiquiatría tradicional, enfatizando la segregación y medicalización como un gran revés para los modelos de tratamiento comunitario y para la reforma de salud mental en Brasil.

La Organización Mundial de la Salud señala la importancia de ampliar la regionalización de los servicios comunitarios; mejorar los mecanismos de coordinación asistencial entre la atención primaria de la salud y la atención especializada; ampliar la cobertura de los servicios de rehabilitación; buscar estrategias activas para combatir el estigma, implementar capacitaciones a los equipos de salud mental y evaluar en forma permanente la red territorial.

La efectividad del modelo depende de inversiones en las siguientes dimensiones: expansión de los CAPS III; gestión de los servicios; formación continua del equipo, interlocución de la red intersectorial, evaluación de los servicios en cuanto a la integración de los usuarios a la vida, según las directrices de la OMS. De lo contrario, el servicio se vuelve irresoluble y su ineficacia favorece antiguas prácticas, basadas en el modelo biomédico.

Sin embargo, se resalta que solo acciones basadas en buenas prácticas fortalecerán los servicios, no basta con ampliar la red, sino que se requieren políticas de salud integradas con estrategias comunitarias y bases conceptuales de salud pública orientadas a la protección social, sobre todo, la atención en libertad. La libertad es terapéutica. Las personas etiquetadas como “pacientes mentales” han tenido una larga historia de hospitalización psiquiátrica, pierden su identidad y su derecho a la libertad. La historia de la psiquiatría es una historia de viviendas cerradas, aisladas y vigiladas. Reflexionando sobre los “modos de vida”, la pregunta que surge es: ¿cómo conducir este paradigma

para recuperar la historia perdida de aquellas personas a quienes la cultura del asilo les expropió la vida?

Lejos de consolidarse, la Reforma Psiquiátrica es una lucha que aún está presente en el actual escenario brasileño, revelándose como imprescindible y prioritaria por su potencial para conducir reflexiones y cambios. Es fundamental construir nuevos acuerdos. No basta solo con incrementar la resolución de los servicios, es importante ampliar las articulaciones en el territorio, cuidando a la comunidad, rompiendo con la lógica del asilo de la segregación, posibilitando la producción de vida más allá de las estructuras de los servicios de salud mental.

FINANCIAMIENTO

La investigación que dio origen a este artículo no recibió financiamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Quienes asumen la autoría de este texto declaran no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado, que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente estimada [Internet]. 2019 [citado 31 jul 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3sxu7773>.
2. World Bank. Country profile: Brazil [Internet]. 2017 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/43mr9vvt>.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Decalación de Caracas [Internet]. 1990 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/e76a2w3e>.
4. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. 1990 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2yta6pp3>.
5. Onocko-Campos RT, Vianna D, Diaz AV, Emerich B, Trapé TL, Gama C, Amaral CEM, Poderoso BE, Ferrer AL, Miranda L, Pereira MB, Surjus LT. Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(12):4771-4790.

6. Amarante P. O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
7. Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. En: Fernandes MI, Scarcelli I, Costa E. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999.
8. Amarante P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ead, Fiocruz; 2003.
9. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Saúde Mental. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial: Relatório Final [Internet]. 2010 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/euj4vzecz>.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001 [internet]. 2001 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/c52uv77y>.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [Internet]. 2005 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3y24np6b>.
12. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP; 1994.
13. Brasil, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Crack, é possível vencer [Internet]. 2011 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/rz2xmswh>.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 [Internet]. 2011 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3wbwtd9c>.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 [Internet]. 2017 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/58rwwtmn>.
16. #susconecta. CNS aprova regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que será realizada de 17 a 20 de maio de 2022 [Internet]. 2021 [citado 11 ago 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/24rk6sb9>.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/97m2pjm7>.
18. Vasconcellos E, org. Abordagens psicossociais: Perspectivas para o Serviço Social. Vol. III. São Paulo: Hucitec; 2009.
19. Brasil, DATASUS. Informações em Saúde [Internet]. 2020 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/xy4jdk5c>.
20. Brasil, Ministério da Justiça. Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2011.
21. United Nations Office on Drugs, World Health Organization, United Nations Children's Fund. Principles of drug dependence treatment. New York: United Nations; 2014.
22. Alvarez APE, Silva JO. Centro de convivência e cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade. 2015;6(1):5-19.
23. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Silva MNRMO, Abbad GS, Montezano L. Practices and therapeutic strategies of the psychosocial care centers alcohol and drugs. Paidéia (Ribeirão Preto). 2019;29:e2903.
25. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília; 2013.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde mental: investimento cresce 200% em 2019 [Internet]. 2020 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3kntnfuu>.
27. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barrett T, Jeronimo Gerolin J, et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. International Journal of Mental Health Systems. 2008;2(1):12.
28. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Política Nacional de Saúde Mental em debate no Abrascão 2018 [Internet]. 2018 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mkf6mtwr>.
29. Sade RMS. Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas. Marília: Oficina Universitária; 2014.
30. Costa MM, Dimenstein M. CAPS com gerência pública e privada: Estudo na rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Norte. Revista de Psicologia, 2015;6(1):7-18.
31. Tomasi E, Facchini L, Piccini R, Thumé E, Silva R, Gonçalves H, Silva S. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Caderno de Saúde Pública. 2010;26(4):807-815.
32. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Volta pra casa [Internet]. 2003 [citado 10 may 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2hsvrsn7>.
33. Silva MNRMO. Desafio do ensino em saúde do modelo psicossocial na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas. Comunicação em Ciências da Saúde. 2019;30(2):51-58.
34. Saraceno B. Liberating Identities: from psychosocial rehabilitation to possible citizenship. Rio de Janeiro: TeCorá, Franco Basaglia Institute; 1999.
35. Basaglia F. The denied institution. 3rd ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
36. Mezzina R. Trasoggettività e istituzioni. En: Sade RMS. Boas Práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; 2017.

FORMA DE CITAR

Sade RMS, Sashidharan SP, Silva MNRMO. Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. Salud Colectiva. 2021;17:e3563. doi: 10.18294/sc.2021.3563.

Recibido: 27 abr 2021 | Versión final: 18 ago 2021 | Aprobado: 27 ago 2021 | Publicado en línea: 30 nov 2021



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.