

Políticas de salud mental de Brasil

Antonia Regina Ferreira Furegato¹

En la constitución brasileña de 1988, en el capítulo de orden social, sección salud, artículo 196, está garantizada la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, así como el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Las políticas de salud mental, en los últimos 20 años, han pasado por importantes y significativas modificaciones como resultado del movimiento internacional iniciado en los años 50 en países como Inglaterra, Francia, Estados Unidos e Italia; estas modificaciones fueron influenciadas por las propuestas de la medicina preventiva, social y por las nociones de equipo interdisciplinar y de nuevos modelos de administración de la salud.

En Brasil, a estos hechos se suma la aprobación de la ley nº 10.216 de abril de 2001 que, después de 12 años de trámite, definió las disposiciones sobre protección y derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y dio una nueva dirección al modelo asistencial de la salud mental. Tuvieron influencia también la Declaración de Caracas de 2000, la reforma sanitaria del país y la III Conferencia Nacional de Salud Mental de diciembre de 2001 que entregaron los substratos para la política de salud mental en los últimos años.

Integradas al SUS y, conforme el artículo 196 de la Constitución de 1988, las acciones de salud mental siguen directrices de descentralización, atención integral, dando prioridad a las actividades preventivas, sin perjudicar a los servicios asistenciales y con participación de la comunidad.

Garantizadas las principales vertientes de los derechos y deberes en la Constitución Federal fue necesario crear leyes, porterías y normas específicas y detalladas sobre cada uno de los servicios que pasaron a componer la red de atención de la salud mental para internación, semiinternación, acompañamiento, urgencias y emergencias, resocialización, promoción de la salud, de la ciudadanía e inserción social. Fue necesario definir el papel y el alcance de las acciones de salud mental en el municipio, en el estado y en la federación. Además de los servicios, con sus respectivas estructuras físicas y recursos humanos, fue necesario crear condiciones para el reconocimiento, de hecho, de la condición de ciudadanos para los enfermos sin familia y sin condiciones de ser reincorporados al sistema social, debido a los largos períodos de reclusión.

Fue necesario abrir las puertas de los hospitales generales de la red básica de la salud y de los demás espacios de atención clínica, para acoger la enfermedad mental, a pesar de la indignación de tantos profesionales de la salud que no estaban preparados para convivir con el enfermo y con la enfermedad mental.

Durante el proceso de reorientar a la política psiquiátrica que tenía el hospital (manicomio) como la única alternativa para los enfermos, los servicios terciarios ocupaban la base de la pirámide de la asistencia. Hubo una inversión de valores que colocó en la base de la pirámide a los servicios comunitarios, redimensionando los servicios secundarios y terciarios.

Esta nueva posición tiene reflejos en las acciones directas de los profesionales de la salud y también en el cálculo de los costos.

Así, los servicios terciarios con internación en hospital psiquiátrico, internación psiquiátrica en hospital general, semiinternaciones, servicios de emergencia y, más recientemente, los CAPs III dan cuenta de la crisis, de la remisión de síntomas con evaluación médica, psicológica y cuidados de enfermería siendo rápido y ágil en esta tarea clínica, culminando en los debidos encaminamientos para los servicios comunitarios y el retorno de la persona para sus familiares.

Los servicios de acompañamiento, ambulatorios y centros de atención psicossocial (II, I) y núcleos de atención en salud mental ofrecen la continuidad del tratamiento en un ambiente abierto, ofreciendo terapias, cuidados y rehabilitación psicossocial. Son cuidados intermediarios entre la internación y la red básica de salud, fortaleciendo la autoestima del portador de trastorno mental, y sus lazos familiares y comunitarios.

El nivel primario se compone de los servicios en las UBs (por distrito), de la atención de emergencia y por el PSF, y, por diversos programas para grupos vulnerables como ancianos, portadores de HIV y otros, no especializados en salud mental por donde circulan los portadores de trastorno mental.

La política de salud define cada uno de esos servicios con indicaciones bastante claras sobre sus objetivos, características estructurales y dinámicas, alcance territorial, equipos necesarios y competencias así como el tiempo esperado de permanencia del portador de trastorno mental en los servicios.

La nueva dimensión de la red de servicios trae una serie de beneficios y de consecuencias entre las cuales vale la pena destacar: a) las consecuencias benéficas que están en el nivel ético y humano, disminuyendo el estigma, promoviendo la ciudadanía y la inclusión social del portador de trastorno mental. Se estimula el tratamiento responsable, para disminuir las crisis y los momentos de descontrol, disminuyendo las internaciones y reingresos. El aumento del interés científico y tecnológico,

¹ Profesor Titular del Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. furegato@eerp.usp.br

con nuevas opciones terapéuticas. Una mayor participación de todos los segmentos de la sociedad; b) por otro lado, estas transformaciones significan un gran costo para la familia, la que no está preparada para cuidar, necesitando de apoyo y orientación. El portador de trastorno mental pasa a frecuentar todas las instancias de vivencia y convivencia social, lo que ha impulsado la creación de sistemas de apoyo social y económico. Fue necesario examinar nuevamente la legislación y varias alternativas sociales para acoger a la persona afectada por la enfermedad mental. Es necesario reorientar la enseñanza formal de los profesionales de la salud y ofrecer actualizaciones para los profesionales que están actuando en la red de servicios de la salud.

En este proceso, algunas prácticas tienden a consolidarse (los CAPs) y otras se extinguirán con el tiempo (residencias terapéuticas).

A pesar de que la definición política de la asistencia en salud mental refleja cierto consenso conceptual y teórico, en la práctica, su aplicación todavía deja mucho a desear. Por ejemplo, la humanización, como política, está presente en todas las instancias del SUS y, consecuentemente, también en la salud mental. Sin embargo, existe mucha dificultad en integrar los procesos de trabajo y en las relaciones entre los diferentes profesionales que actúan en la red.

Esto genera desafíos en lo que se refiere a la consolidación de la red, a la construcción de los proyectos terapéuticos, a la humanización y al acogimiento, así como en la promoción de la vida comunitaria, en las acciones intersectoriales y en los asuntos que se refieren a los equipos, tales como la interdisciplinariedad y la calificación.

En fin, es necesario aumentar el diálogo entre los conocimientos científicos, y político y las prácticas por ellos subsidiadas y orientadas.

Más que adoptar esta u otra política de salud mental, el enfermero y otros profesionales necesitan pensar en lo que ha sido posible acoger, escuchar e identificar en las necesidades de las personas portadoras de trastorno mental con ética y responsabilidad.