Los caminos de la asistencia en salud mental: la atención psicosocial como territorio de cuidado

The paths of mental health care: psychosocial care as a territory of care

Renata Guerda de Araújo Santos[a]
https://orcid.org/0000-0003-0682-8880
E-mail: guerdapsial@gmail.com

Lupicinio Íñiguez-Rueda[a]
https://orcid.org/0000-0002-1936-9428
E-mail: lupicinio.iniguez@uab.cat

[a]Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Resumen

Este trabajo presenta algunas consideraciones sobre los avances, las permanencias y las rupturas de las políticas de Salud Mental en Brasil, con el objetivo de comprender la concepción del cuidado presente en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) desde la perspectiva de las personas que utilizan sus servicios. Se trata de una investigación etnográfica, realizada en la ciudad de Juazeiro/BA, siendo el marco teórico y metodológico de la Psicología Discursiva y el Construccionismo Social. Los resultados apuntan a una ampliación de la red asistencial, en que la centralidad del hospital psiquiátrico en el municipio se desdibuja de la oferta de servicios sustitutivos que constituirán la RAPS local. Sin embargo, estos servicios siguen con la herencia del modelo de manicomio iatrogénico hegemónico. Para los usuarios, la Atención Psicosocial representa un cuidado en libertad y la garantía del servicio comunitario de puertas abiertas permite la producción y afirmación de la vida. Aunque sean territorios en disputa, señalan posibles caminos de apropiación política entre las contradicciones operadas por el proceso de reforma psiquiátrica en Brasil.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Psicosocial; Servicios de Salud Mental; Atención Sanitaria Integral; Etnografía.

Correspondencia
Renata Guerda de Araújo Santos
Universidad Autónoma de Barcelona. Plaça Cívica, 08193, Bellaterra, Barcelona, España.

DOI 10.1590/S0104-129020232107866es

Abstract

This paper presents some considerations about the advances, permanence, and ruptures of Mental Health policies in Brazil, aiming to understand the conception of care present in the Psychosocial Care Network (RAPS) from the perspective of the people who use the services. This is an ethnographic research, carried out in the city of Juazeiro/BA. We worked with the theoretical and methodological framework of Discursive Psychology and Social Constructionism. The results show an expansion of the care network, in which the centrality of the psychiatric hospital in the city is blurred by the offer of substitutive services that will constitute the local RAPS. However, these services still carry the legacy of the hegemonic iatrogenic asylum model. For users, Psychosocial Care represents a care in freedom and the guarantee of open-door community service enables production and affirmation of life. Although these are territories in dispute, they point to possible paths of political appropriation among the contradictions operated by the process of psychiatric reform in Brazil.
Keywords: Mental Health; Psychosocial Attention; Mental Health Services; Comprehensive Health Care; Ethnography.

Introducción

La reforma sanitaria brasileña se estructuró sobre la base del sistema de protección social que se formó en los años 1930 y se basó en la noción de una ciudadanía ocupacional. Los efectos de este proceso producen un doble estándar de política de salud: uno dirigido al trabajador asegurado del Sistema de Seguridad Social y otro a los pobres, implementado por el Ministerio de la Salud/MS (Guimarães; Rosa, 2019). Sin garantizar los derechos universales, la política sanitaria se constituye en la profundización de las desigualdades y se sectoriza en función de las necesidades de determinados segmentos sociales. Sectorizada, la Salud Mental/SM se organizó hegemónicamente regulada por el modelo psiquiátrico como único o más representativo recurso terapéutico sostenido por la clasificación nosológica, tratamiento moral y organización del espacio asilar (Amarante, 1995). Así, las marcas de la locura van a producir/reproducir/sofisticar la estructura ideológica de un Brasil colonial, racista, patriarcal, iatrogénico y eugenista (Passos; Moreira, 2017; Santos, 2021).

Con pocos cambios en sus principios éticos, políticos y organizativos, este modelo se consolidó especialmente en los años 1970, con el fortalecimiento de la industria de la locura, cuando el país empezó a experimentar el milagro económico producido por los gobiernos dictatoriales. La lucha por la democratización llevó a trabajadores, usuarios y estudiantes a organizarse en torno a la Reforma Psiquiátrica Brasileña/RPB, bajo el lema "por una sociedad sin manicomios", adoptado en el Segundo Congreso Nacional de Trabajadores de la SM, en la ciudad de Bauru/São Paulo, en 1987. La movilización del Movimiento de los Trabajadores de SM y del Movimiento de la Lucha Antimanicomial adquiere una importante repercusión política a partir de proposiciones desarrolladas en la estructura asistencial en algunas ciudades brasileñas, la cual desencadenó el inicio de una crisis paradigmática marcada por la descentralización del manicomio y del modelo asilar (Amarante, 1995).

Con la promulgación de la Constitución Federal en 1988, el acceso a la asistencia sanitaria se convierte en un derecho. La Ley 8080/1990 instituye el Sistema Único de Salud (SUS), y presenta

en su marco una atención sanitaria universal, integral, equitativa y con control y social (Brasil, 1990). Algunos autores consideran que se trata de un contexto de confluencia perversa, ya que la universalización de los derechos está amenazada por la invasión del proyecto neoliberal en el Estado brasileño, desde la orientación de los organismos internacionales, principalmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Dagnino, 2004). Esta polarización formatea la gestión de las políticas públicas con la apertura a una fuerte inversión de la iniciativa privada en la prestación de servicios para el SUS, como, por ejemplo: el control de las camas en los hospitales psiquiátricos, la manicomialización de las prácticas, la precariedad y el desmontaje del bien público (Guimarães; Rosa, 2019).

No obstante, el país vive un proceso de transición de un modelo hospitalario y de manicomios, un *locus* de violencia, reclusión, segregación y no asistencia, a la constitución de una red sustitutiva de servicios comunitarios. Ello es posible desde la aprobación de la Orden Pública/Secretaría Nacional de Asistencia Social (SNAS), nº189, de 19 de noviembre de 1991 y de la Orden Pública/SNAS, nº 224, de 29 de enero de 1992, hasta la aprobación de la Ley de la Reforma Psiquiátrica (Ley 10.216/2001) y sus subsiguientes políticas/programas/proyectos para producir transformaciones sociopolíticas alrededor del sufrimiento y de la locura (Brasil, 2004). De esa manera, se observan estrategias de reglamentación de los servicios para una atención integral hacia la diversificación de los métodos y técnicas terapéuticas en SM.

Para componer este modelo comunitario, la política pública empieza a ordenar una Red de Atención Psicosocial (RAPS), establecida por el reglamento Nº 3088/2011, lo cual define los componentes estratégicos para el cuidado. Son ellos: Atención Básica, Unidades de Atención Psicosocial Especializada, Atención de Urgencia y Emergencia, Atención Residencial de Carácter Transitorio, Atención Hospitalaria, Estrategias de Desinstitucionalización y Rehabilitación Psicosocial (Brasil, 2011). En consonancia con la política pública, se desactivaron más de 60.000 camas hospitalarias psiquiátricas y se abrieron alrededor de 2.500 Centro de Atención Psicosocial/CAPS en sus diversas modalidades, así como cerca de 489 Servicios Residenciales Terapéuticos, 1.200 camas psiquiátricas en el hospital general, y otros servicios que conforman y estructuran la RAPS (Minas Gerais, 2018).

Es importante considerar que la RPB sigue siendo un proyecto en disputa. Las políticas públicas a lo largo de estos años están siendo amenazadas por la fuerte desinversión en el SUS. Entre 2016 y 2019, tras la destitución de la presidenta Dilma Roussef, el gobierno federal tomó medidas que profundizaron el proceso de contrarreforma con la Orden Pública/MS nº 3.588, de 21 de diciembre de 2017, la cual establece cambios radicales en la RAPS, sobre todo porque quita del centro de la política las personas, sus necesidades, libertades y ciudadanía. Además, en febrero de 2019, ya en el gobierno de Jair Bolsonaro, el MS publicó la Nota Técnica Nº 11/2019, con el objetivo de revisar algunos aspectos de la Política de Salud Mental planteada por la referida Orden Pública (Brasil, 2019). Según Delgado (2019, p. 3), el documento presenta:

> el refuerzo del papel estratégico del hospital psiquiátrico; el énfasis en el internamiento de niños y adolescentes; el énfasis en los métodos biológicos de tratamiento, como la terapia electroconvulsiva; la disyunción entre la política de SM y la de alcohol y otras drogas; y la condena de las estrategias de reducción de daños.

Según Camuri y Dimenstein (2010), en este campo, es posible afirmar que la implementación de una lógica de asistencia guiada bajo el eje del modelo de Atención Psicosocial/AP implica necesariamente la superación del modelo de manicomios. Desde ahí empieza la mirada hacia la desinstitucionalización, no solo de los servicios, sino también de la propia experiencia de la locura y del cuidado, que afirman y reconocen las diferentes ontologías, epistemologías y éticas del vivir en el mundo (Rotelli, 1988; Santos, 2021). La AP se entiende como esta posibilidad, que territorializada, es capaz de revertir un proceso discapacitante aumentando el contrato social del individuo con la vida en la ciudad, es decir, una acción distribuida viva, activa y en flujo (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003). El territorio del cuidado

comprendido como espacio-tiempo complejo de creación y tránsito para la diversidad, la diferencia y las emergencias (Lancetti, 2010).

En la memoria brasileña con respecto a los manicomios, parece casi inamovible la subalternidad de la locura y del sufrimiento. Pero, ¿qué pasa en el cotidiano de los servicios de SM? ¿De qué manera son producidas las prácticas de cuidado que se dislocan permanentemente en el territorio? A partir de este contexto, el objetivo de este artículo es comprender la concepción del cuidado presente en la RAPS del municipio de Juazeiro/BA/Brasil desde la perspectiva de las personas que utilizan sus servicios. Esta investigación se realizó a partir de las aportaciones de la investigación etnográfica, caracterizada por la participación de la investigadora en la vida cotidiana de las personas.

Método

Este trabajo se caracteriza por ser una investigación cualitativa de carácter etnográfico, el cual, en general, propone un cambio en la sensibilidad investigativa; exige que los objetivos de la investigación sean orientados teóricamente; y que sean capaces de garantizar la participación de las personas, grupos o comunidad investigada (Íñiguez-Rueda, 1999). El trabajo de campo consideró las propuestas de Peter Kevin Spink (2008) sobre el campo-tema. Estar en el campo no es pasar un período para recoger datos, tampoco un movimiento de investigación producido en un lugar exótico, sino que es, sobre todo, un posicionamiento ético y político que convoca la presencia del investigador/investigadora en la discusión diaria, en el debate cotidiano de la construcción de sentidos y argumentación. El campo-tema no es automático o preautorizado por la voluntad de la "ciencia", ya que, según el autor, al informar, al hablar, al buscar más detalles también formamos parte del campo, del proceso y de sus acontecimientos en el tiempo.

Según Hammersley y Atkinson (1983), la etnografía se basa en la observación participante y/o en el registro permanente de la vida cotidiana y sus contextos en los que se desarrolla y permite utilizar herramientas metodológicas para visibilizar el contexto en acción. Así, el trabajo etnográfico está basado en la observación y participación en diversas actividades durante cuatro meses (agosto a noviembre/2018). En este periodo, se realizaron visitas a los Centros de Atención PsicoSocial/CAPS, participaciones en Talleres Terapéuticos, Espacios de Conversación y Reuniones de Equipo. Hay que añadir nuestra participación en las reuniones del *Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão* y del *Observatório de Políticas e Cuidados em SM do Sertão do Submédio São Francisco*, de la *Universidade Federal do Vale do São Francisco.*

A partir de la inseparabilidad entre observar-participar-escribir, se produjeron notas en el diario de campo. El registro no siempre responde a una necesidad de sistematización ni a la idea de un largo tiempo de registro continuo, sino que puede responder a una actitud fluctuante de captación del acontecimiento en un momento (Hammersley; Atkinson, 1983).

Se realizaron tres entrevistas individuales con 50 minutos de duración cada una. Las personas seleccionadas son atendidas en el CAPS Alcohol y otras Drogas (dos) y CAPS II (una) y participaron con firma previa del formulario de consentimiento libre e informado. Los nombres presentados son ficticios para garantizar la protección y el anonimato, y la elección de estos usuarios se debió a la construcción de vínculos a lo largo de las actividades. Para ello, no establecimos ningún rigor o criterio, sino una elección basada en las relaciones dialógicas en el campo-tema, o sea, personas que de alguna manera estaban presentes en el proceso de investigación (Spink, M. J.,1999; Spink, P. K., 2008). El objetivo de las entrevistas era crear un espacio de conversación privilegiado guiado por los objetivos de la investigación, es decir, conversaciones guiadas con una finalidad (Menegon, 2013).

Posteriormente, realizamos el relato análisis a partir de la lectura y relectura del diario de campo y de las entrevistas transcritas. Se seleccionaron fragmentos textuales, sistematizados en una tabla con líneas (fragmentos textuales) y columnas (1. notas sobre lo que dijeron/cómo lo dijeron y 2. notas con el conjunto de significados presentes). Este proceso permitió identificar los aspectos más relevantes que aparecían en las estructuras textuales y que se relacionaban tanto con el objetivo

de la investigación como con las experiencias producidas en el campo-tema, y que además adquiría otras corporeidades a partir del diálogo con los conceptos de la Psicología Discursiva y del movimiento construccionista. Esto contribuyó a la comprensión sobre la complejidad y polifonía del campo de producción de cuidados en SM (Ibáñez Gracia, 2004; Spink, M. J., 1999), resultando en dos categorías: los Caminos del cuidado: la perspectiva de las personas que utilizan los servicios y la AP en proceso: otras voces.

La investigación fue sometida al Comité de Ética para la Investigación en Brasil, y su dictamen fue aprobado bajo el número del protocolo 2.904.481 y Certificado de Valoración Ética 97818918.8.0000.0039, y cumplió con las prerrogativas establecidas por la Resolución nº 510/2016, que trata de las especificidades éticas de la investigación en Ciencias Humanas y Sociales. La investigación también siguió el protocolo de la normativa ética de la Universidad Autónoma de Barcelona, ya que se trata de una investigación vinculada al Programa de Doctorado en Persona, Sociedad y Mundo Contemporáneo.

Caminos del cuidado: la perspectiva de las personas que utilizan los servicios

Juazeiro es una ciudad situada en la región del "Vale do São Francisco", en la zona semiárida del noreste de Brasil. Su organización sanitaria abarca seis distritos sanitarios, con cuatro en el área urbana y dos en el área rural. En el ámbito de la SM, cuenta con una red con los siguientes servicios: tres Centros de Atención Psicosocial (CAPS II, CAPS II para niños/niñas y CAPS III Alcohol y Otras Drogas), un Ambulatorio de SM (Bahia, 2015). Hay un hospital psiquiátrico privado, que según Cabral et al. (2020), se trata de una institución que reivindica la importancia diaria de la RPB, pues aunque tenga indicativos de cierre, por su característica asilar y las numerosas denuncias de malos tratos, siegue disputando la financiación pública. Durante la investigación, el ayuntamiento estaba negociando el cierre de las camas hospitalarias pagadas por el SUS, pero hasta ahora el avance fue la regulación por el Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias/SAMU o por la Unidad de Atención de Urgencias/UPA. La UPA es la unidad de referencia para la atención a la crisis en SM.

Estos servicios están coordinados con la Atención Básica y la Atención Especializada. En lo que concierne a la educación, la universidad es un punto fundamental para la política de SM, pues actúa como un dispositivo importante en la reordenación de la formación profesional para la salud. El proceso de trabajo y la construcción de un flujo de red es una discusión permanente en los foros profesionales y del movimiento social local de la lucha antimanicomial (Cabral et al., 2020).

En las conversaciones, las personas hicieron comparaciones con frecuencia entre los modelos. Para ellos, hablar del cuidado en la RAPS es hablar de la memoria de las internaciones: *Sea cual sea la fórmula que tengas, en el hospital te dopan, un lavado de cerebro, entras con una opción de vida y cuando sales, sales temblando y babeando. Y en el CAPS, no, el CAPS es un tratamiento que es libre* (Entrevista: Mãe D'Água, mujer, 32 años).

Desde un apunte del diario de campo, la misma persona se refiere: *Allí* [hospital] *no hay vida. Respiras: inyección. Hablas: inyección. Gritas: inyección. Lloras: inyección* (Diario de campo: Mãe D'Água, mujer, 32 años).

Las acciones en los hospitales psiquiátricos están sujetas a regulación y control. No es posible existir allí, ni singularizar los deseos y las demandas. La vida siempre es violada por la inyección, por el uso abusivo del poder. Según Tirado y Domènech (2001), el poder se piensa como una propiedad estructural de la sociedad e influye en el comportamiento de forma inmediata, configurando el mundo de las personas y determinando los elementos constitutivos de su conducta. Otro usuario se refiere a experiencias anteriores para hablar del cuidado:

> *Allí* [hospital] *la persona se siente como un animal atrapado, ¿verdad? No quiero una vida así para nadie. Me obligaron a tomar la medicina, ¿sabes? Tomar inyecciones, no me gustan las inyecciones. Tengo un trauma con las inyecciones. Si hay algo que me ha traumatizado son las inyecciones.*

Tengo un trauma. Entonces la persona se siente afligida, ¿no? Aquí [CAPS] *la persona viene, ¿no? Vienen cuando quieren, se van cuando quieren. Y entonces la persona va observando, ¿entiendes? Aquí creo que me sentí acogido.* (Entrevista: Pie de Viento, hombre, 32 años)

En el CAPS es acogido, pero la violencia producida históricamente en el interior de las instituciones psiquiátricas sofocó la vida que pudiera existir, por lo que el hospital psiquiátrico sirve de regulador social, con la función de invisibilizar, excluir y oprimir (Amarante, 1995). A pesar de la perspectiva de AP centrada en el territorio, los usuarios también hacen referencia a la permanencia del modelo asilar en el CAPS, especialmente en relación con la vida pública de la ciudad. En la entrevista con Mãe D'Água, ella explica las dificultades con relación a la vida fuera del CAPS:

Por mucho que subamos y bajemos, tenemos que vivir. Lo bueno y lo malo, hay que vivirlo día a día. Pero fuera, la discriminación es tan grande que llegan a llamarnos locos y locas. Pero no piensan que mañana pueda ser uno de ellos o un miembro de su familia, porque la salud mental no es solo para mí, es para todo Brasil y para todo el mundo, así que, si todo el mundo es capaz de usar la medicina que yo uso, ¿por qué tengo que mirar hacia otro lado y discriminar a uno de mis amigos o a un paciente que nunca he visto? (Entrevista: Mãe D'Água, mujer, 32 años)

Así, empieza a aparecer una perspectiva endógena de la RAPS. Aunque no sea posible delimitar con precisión este dentro y fuera, estas fronteras siempre serán permeables. Es posible darse cuenta de ello en el camino entre los servicios, del aislamiento que se produce dentro de la propia red. De esa manera, la vida y el movimiento de los usuarios se reducen a los equipos que conforman institucionalmente la red.

Para Lancetti (2009), uno de los grandes obstáculos para servicios como el de los CAPS es la centralización en sí misma, con poca inserción en el territorio. La burocratización transformó su poder terapéutico articulador en líneas de trabajo repetitivas y cronificadas, y según el autor, estos servicios han envejecido prematuramente, haciendo que su rutina diaria se centralice en la psiquiatría. Los profesionales, ante las diversas dificultades, se encerraron en las estructuras corporativistas. La pregunta que nos llama a la reflexión es: ¿Cómo operar procesos de producción de cuidados que sean capaces de superar la burocratización de estas acciones de aislamiento a las cuales se refieren las personas que usan los servicios?

Según Tirado y Domènech (2001), la fragmentación de los cuerpos produce una nueva superficie de conocimiento sobre la que se imponen efectos duraderos en el tiempo y el espacio. Por lo tanto, el cuerpo es una especie de tejido que puede ser moldeado, trabajado, inscrito con hábitos y reglas, con gestos que perduran más allá de los muros de la institución, es decir, grabado con su propia historia.

En este proyecto se aposta en una precisa descomposición de los gestos y movimientos, con el objetivo de ajustar el cuerpo a los imperativos de la normalidad. Es un modelo que prioriza el énfasis en las determinaciones orgánicas de la enfermedad mental; en la negación de la existencia de un sujeto; en la disociación entre el individuo enfermo, su sufrimiento y sus contextos sociales y culturales. Un tratamiento farmacológico y dirigido al organismo enfermo, en este caso, anormal (Amarante, 2013). Esta historicidad normativa es reconocida por los propios usuarios: *Intento que no me guste demasiado tomar medicamentos* (Diario de campo, relato de un usuario).

Esto de no adaptarse completamente a la norma resulta ser una estrategia de supervivencia. Sin embargo, la imposición constante de la norma y la confrontación del cuerpo que se resiste produce el castigo que también percibe el usuario: *Con la ambulancia ni siquiera intentas reaccionar, ¿no? Por lo demás, ya lo sabes. El tipo se ve obligado a ir* (Entrevista: Pie de Viento, hombre, 32 años).

La institución disciplinaria corrige, en este sentido, la desviación. El individuo sigue pasando sucesivamente de un círculo cerrado a otro. Cada uno de estos círculos tiene sus propias leyes, su propia lógica. Los usuarios siempre deben aprender algún régimen normativo, siempre hay una lógica que interiorizar (Tirado; Domènech, 2001). Pero, para ellos hay siempre la posibilidad del desvío en la AP:

Entras donde quieres y sales donde quieres, eso es bueno, ¿no? (Entrevista: Pie de Viento, hombre, 32 años)

No volver allí [hospital] *porque te quedas atascado. No tienes ningún contacto con tu familia. Aquí te quedas suelto. Como decía el tipo: ¡Te quedas suelto aquí! En esa red suya, ¿verdad? Tiene que haber uno. Yo mismo entro y salgo durante el día. Me voy a mediodía, después de comer. Después de comer me voy a casa, a lavar los platos. A veces salgo. A veces no salgo de casa.* (Entrevista: Arcoíris, hombre, 38 años)

Los servicios pueden funcionar como mecanismos de control o como ayuda a la creación de acciones más libres, creativas y autónomas, la cual solo es posible si se articula un proceso de desinstitucionalización que sea capaz de promover la práctica-crítica que reorienta las instituciones y los servicios, las energías y los conocimientos, las estrategias y las intervenciones hacia la vida de una realidad inventada (Rotelli, 2001). En una investigación realizada por Rocha y Cabral (2016) sobre la oferta de cuidado en el CAPS II de Juazeiro y de otra ciudad cercana (Petrolina), los resultados señalan menciones sobre las dificultades, pero hay también otra dimensión identificada que se refiere a las consideraciones positivas sobre el servicio, destacando un sentimiento de aprecio generado por la función de apoyo y la puerta abierta, que se revela como una referencia importante en la vida de las personas.

La producción de cuidados tiene lugar en la gestión de estos círculos institucionales, entre las pulsaciones de las demandas sociales y los afectos para la construcción de vínculos entre la negociación de intereses divergentes y el pacto familiar y social. Para Merhy (2002), esta gestión de las relaciones que surgen en el encuentro entre el sujeto, con su sufrimiento y su demanda y, por otra parte, entre el trabajador con su subjetividad y su caja de herramientas, permite la implementación de una ética del cuidado que se asume desde el carácter nómada de estos tránsitos. Pero, ¿es posible hablar de una ética del cuidado teniendo en cuenta la constitución histórica de estas instituciones?

Atención Psicosocial en proceso: otras voces

Las necesidades sanitarias son amplias: van desde buenas condiciones de vida hasta el derecho a ser acogido, a desarrollar un vínculo con un equipo que se encargue continuamente de los cuidados y a tener acceso a todos los servicios y tecnologías necesarios. Desde esta perspectiva, producir cuidados es reunir otros componentes para asegurar su resolución, como el arte, el trabajo, los derechos, para producir, en sentido pleno, nuevos territorios existenciales (Lancetti, 2010).

Como caracterizado en la introducción, los derechos civiles, políticos y sociales de los llamados "locos" se convierten en un tema que atraviesa la RPB y se incluye en el conjunto de transformaciones prácticas que tienen como prioridad la construcción del SUS en el contexto de la reforma sanitaria. Sin embargo, los cambios que ya se están produciendo no se hacen sin mucha resistencia o con una clara oposición procedente de diversos sectores y direcciones (Amarante, 1995; Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003). Como, por ejemplo:

Los CAPS tienen la estructura física de una casa y el ambiente se propone al cuidado con la puerta abierta. Dejar el servicio con la apariencia de una casa, desgraciadamente no ha cambiado la lógica del asilo en las relaciones que allí se producen. Hay muchas reglas, y la mayoría de ellas se basa en el uso abusivo del poder. El usuario tiene pocas posibilidades de circular y articular su proyecto terapéutico con la vida en la ciudad. Generalmente, se les obliga a participar en la agenda de actividades propuestas por el cronograma, obedeciendo cada uno a sus modalidades de tratamiento. Cuando quieran salir para resolver algún problema (bancario u otras exigencias personales) es preciso avisar a algún profesional y demostrar la necesidad de salir. Fui testigo en varias ocasiones de cómo los usuarios pedían autorización e incluso se quejaban de que era una experiencia embarazosa, porque para algunos de ellos "aquí nos tratan como niños". (Diario de campo)

Esta infantilización es un intento de control manicomializado, por la disciplina, en un servicio

que se propone ser desinstitucionalizador. Este conflicto entre la propuesta y la práctica, la intención y el gesto, genera una tensión permanente en la vida cotidiana institucional revelando la contradicción entre los paradigmas que sustentan los diferentes modelos de atención (Costa-Rosa; Luzio, Yasui, 2003).

Para superar estas prácticas manicomializadas, Lancetti (2009) propone cuatro formas de impulsar los servicios de SM: (1) el reposicionamiento de la oferta como puerta abierta en contraposición a las puertas cerradas de los hospitales psiquiátricos; (2) la estrecha relación con los servicios sociosanitarios territorializados, sobre todo, con la Estrategia de Salud de la Familia; (3) la socialización del conocimiento y la acción combinada y (4) la priorización de la vida.

Según Delgado (2019), la RPB es una construcción lenta y sólida, pero está en riesgo. Para el autor, los procesos de resistencia antimanicomiales están precisamente en los servicios territoriales. El proceso de producción de cuidados en la perspectiva de la RAPS y las políticas de desinstitucionalización asientan sus bases desde la lógica del territorio, es decir, en la comunidad, en una red de servicios ampliada y articulada. También implica el trazado de estrategias que pretenden sustituir la lógica y el modelo de atención centrado en los hospitales psiquiátricos, y requiere la producción de una clínica que se funda en su modo peripatético, que opera su sutil diferenciación entre los cuidados necesarios y los mecanismos de tutela y tortura que invalidan el modo de ser del otro (Lancetti, 2009).

Para Amorim y Dimenstein (2009), hay algunas dificultades para llevar a cabo la desinstitucionalización, entre ellos: la reducción de la reforma a un proceso de deshospitalización sin el necesario desmantelamiento del hospital psiquiátrico y el desplazamiento completo de la atención en SM a servicios territoriales integrados a la red sanitaria más amplia. Pero, además, según los autores, sigue existiendo una distancia entre la demanda en SM de la población y la capacidad de oferta de los servicios sustitutivos, visión que, a su vez, colabora con los discursos de la contrarreforma, según los cuales, la RPB ha promovido la no asistencia y la justificación del mantenimiento de la estructura psiquiátrica tradicional.

Así, los profesionales perciben que los dispositivos asistenciales están desbordados por el incremento de la demanda asistencial, una dificultad de acceso a los servicios básicos de salud y una falta de formación continuada, impidiéndose la implementación de una red asistencial que preste una atención integral a la población en la ciudad de Juazeiro/BA. Los profesionales sienten en el cotidiano de los servicios esta complejidad para producir una atención en red y antimanicomial:

> *Me dijo que de una forma u otra el equipo solo se quejaba, que era difícil separar lo que había funcionado y lo que no. La conversación continúa con ella hablando de varias experiencias durante otras administraciones de la secretaría de salud y agrega: "sabemos cómo hacerlo, pero terminamos por no dejar el modelo asilar porque es a lo que ya estamos acostumbrados"* [sic]*. Según ella, crear otras formas de atención es un reto porque genera mucha inseguridad, los equipos no tienen el apoyo necesario.* (Diario de campo, conversación con un profesional de la RAPS Juazeiro)

La actual organización centrada en los CAPS es insuficiente para garantizar la complejidad de esta oferta, y las numerosas situaciones de aislamiento, estigmatización, servicios endógenos y remanicomialización acaban por no formar parte de los procesos de trabajo para producir los cambios necesarios:

> *Hoy, después de las actividades, nos quedamos hablando en la sala, cuando una de las profesionales comenta: en general, estamos acostumbrados a una receta* [sic]*. Según ella, la mayoría de los profesionales quieren un camino ya hecho. Todo el mundo se queja. Por un lado, la incapacidad del equipo para gestionar una crisis y, por otro, el intento de minimizar sus efectos. Dice que esto moviliza al equipo, pero al mismo tiempo no tiene sentido para un sujeto que tiene su vida, tiene su familia, vive en una ciudad y tiene su rutina. De esa forma, tratar de minimizar los efectos de esta crisis, apartarlo de todo esto y meterlo en un hospital es un maltrato psicológico, el cual no choca ni angustia, porque era algo*

que ya estaba hecho. Era más fácil. (Diario de campo, conversación con un profesional de la RAPS Juazeiro)

Para Caçapava y Colvero (2008), el modelo de atención en que se organiza el trabajo en las unidades de salud está determinado por una concepción "medicalizadora" de la atención, ya que, generalmente, es la consulta médica la que define la presencia de los usuarios y también el flujo de atención. Para la conformación de una red de atención que pueda asegurar la atención integral continua es necesario que esta atención supere los discursos sociales hegemónicos y la influencia de este en la práctica institucional, de modo a pensar otras formas de abordar la experiencia de la locura y de la ética del cuidado. La pregunta sigue: ¿Existe una posibilidad de atención que supere los modelos disciplinarios y los regímenes de reclusión institucional basados en prácticas disciplinarias?

A modo de conclusión: travesías necesarias para la producción de cuidados

Aun no tenemos respuestas para todas las preguntas, pero, para comprender el ejercicio actual del cuidado en la AP, se incorporan nuevas anatomías del saber-poder en el campo de la SM. En Brasil, el proceso de construcción de la red sustitutiva ha sido lento. Los servicios comunitarios, tal como los califica la legislación, están siendo operados por la lógica asilar, manteniendo presente la exclusión y aislamiento de los cuerpos a partir de la medicalización, los diagnósticos, los procedimientos y principalmente por la privatización. Se trata de un proyecto cuyas bases teóricas, metodológicas, éticas, políticas, estéticas, jurídicas y poéticas necesitan una mayor inversión para alcanzar todo su potencial en la AP.

Estas son afirmaciones ambiciosas y aceptarlas significa abandonar mucho de lo que se considera sagrado para la política de salud pública y el movimiento de la SM. Son transgresiones necesarias para que podamos salir de la infertilidad de los modelos explicativos reduccionistas y contrarreformistas que sitúan la RPB como un fracaso.

Por lo tanto, no se trata de crear narrativas para descalificar la AP o culpabilizar las iniciativas manicomializadas de la RPB sino de considerar cómo la trayectoria de la RAPS y sus microlugares, situados desde el poder del modelo asilar y la reforma psiquiátrica en proceso, han operado un *locus* explicativo que sitúa el cuidado como un lenguaje en acción y en disputa. Nos convoca a incorporar a las personas que utilizan los servicios y habitan las redes. Pero también, la formación de los profesionales, el apoyo a la familia, la construcción de una amplia red que permita el acceso a políticas de trabajo, renta, vivienda, educación, cultura y asistencia social ayudan a redimensionar el concepto de salud y, en este sentido, la producción del cuidado.

La política pública adopta las estrategias de AP como una forma posible de articular las prácticas de cuidado que se despliegan en la acción pública para la ciudadanía y la participación social. Por este motivo, es importante considerar los efectos producidos por estos cambios en las prácticas cotidianas en los servicios de RAPS, siendo este un lugar de tránsito y de travesías necesarias.

Por último, hay que considerar que a partir de los informes producidos por esta investigación se pueden percibir los caminos que confluyen y se bifurcan entre la AP y la producción del cuidado centrados en el territorio. En estas conectividades es posible vislumbrar las redes vivas que permiten rediseñar trayectorias de vidas marcadas por la lógica de los manicomios, y que en la fecundidad de la expansión de las RAPS es posible destacar el acceso a la atención de la SM como afirmación del derecho a la vida.

Entre las travesías compartidas, este artículo reafirma la complejidad del campo considerando una realidad localizada, pero que señala caminos hacia una comprensión global y compleja para enfrentar los desafíos para la política pública de SM del país. Las estrategias metodológicas adoptadas se centraron en las conversaciones con las personas usuarias de los servicios, pero, a la vez el concepto de campo-tema permitió el diálogo entre gestores y trabajadores. Así, es sin duda muy valioso que el desarrollo de otros estudios pueda privilegiar la perspectiva de otros agentes de la RAPS, incluso los Movimientos Sociales.

Referencias

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ci*ência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100025

BAHIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Ações de desinstitucionalização e implanta*ção*/qualifica*ção da RAPS de Juazeiro/BA. Juazeiro, 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Di*ário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental*: 1994/2004. 5 ed. ampl. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota t*écnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Di*ário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230.

CABRAL, B. E. B. et al. Os movimentos que dão sentido à existência à luz dos encontros: reverberações em rede do Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão do Submédio São Francisco. *Ayvu*: revista de psicologia, v. 7, 2020. DOI: 10.22409/ayvu.v7i0.38804

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. de A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010. DOI: 10.1590/S0104-12902010000400008

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Política & Sociedade*, Florianópolis, v. 3, n. 5, p. 139-164, 2004.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Sa*úde, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0021241, 2019. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00212

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano 22, n. 44, p. 111-138, 2019.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. Qué es la etnografía? In: HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Ethnography* - principles in practice. New York: Tavistock, 1983.

IBÁÑEZ GRACIA, T. O "giro lingüístico". In: ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. (Org.). Manual de análise do discurso em Ciências Sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 19-49.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, Amsterdam, v. 23, n. 8, p. 496-502, 1999.

LANCETTI, A. *A clínica peripatética.* 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, A. Cuidado e território no trabalho afetivo. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, n. 12, 2010. DOI: 10.2354/cs.v0i12.38450

MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e*

produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 188-214.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. *Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde*: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Comentarios_sobre_a_Portaria_3588.pdf. Acesso: 31 out. 2022.

PASSOS, R. G.; MOREIRA, T. W. F. Reforma psiquiátrica brasileira e questão racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. *SER Social*, Brasília, DF, v. 19, n. 41, p. 336-354, 2017. DOI: 10.26512/ser_social.v19i41.14943

ROCHA, L. D. F. da; CABRAL, B. E. B. A compreensão de usuários sobre a oferta cotidiana de cuidado no Centros de Atenção Psicossocial II de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. In: SAMPAIO, A. A. S.; ESPÍNDULA, D. H. P. (Org.). *Pesquisa e prática em psicologia no sertão*. Brasília, DF: Instituto Walden, 2016. p. 48-76.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *Revista Per la salute mentale/ For mental health*, Udine, v. 1, n. 88, 1988.

SANTOS, R. G. de A. A produção do cuidado em saúde mental: uma perspectiva comunitária quilombista. *Psicoperspectivas*, Viña del Mar, v. 20, n. 2, 2021. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue2-fulltext-2206

SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 20, edição especial, p. 70-77, 2008.

TIRADO, F. J.; DOMÈNECH, M. Extituciones: del poder y sus anatomías. *Política y Sociedad*, Madrid, v. 36, p. 191-204, 2001.

Contribución de los autores

Santos contribuyó sustancialmente al diseño, la planificación, el análisis y la interpretación de los datos; y con la redacción del contenido. Íñiguez-Rueda contribuyó sustancialmente al diseño, análisis; interpretación de los datos y con la revisión.

Agradecimientos

Al LAICOS (UAB) y al Observatorio de Políticas y Cuidados de la Salud/UNIVASF, por las lecturas, discusiones e intercambios que expandieron la capacidad de análisis y redacción a lo largo del proceso de investigación.

Recibido: 01/03/2022
Re-presentado: 01/03/2022
Aprobado: 18/05/2022