

# La reforma psiquiátrica en Brasil: tres experiencias locales



**Editor**  
**H. Hugo Barrionuevo**

**Médico Psiquiatra (UBA)**  
**Especialista en Auditoría y**  
**Garantía de Calidad de la**  
**Atención Médica (Instituto**  
**Universitario Fundación**  
**Favaloro**  
**Magister en Economía**  
**y Gestión de la Salud**  
**(Universidad ISALUD)**  
**Candidato a Doctorado en**  
**Ciencias Políticas (USAL)**  
**Director de la Maestría en**  
**Gestión de Servicios de Salud**  
**Mental (Universidad Isalud)**

## **Autores**

**Barrionuevo, H. Hugo; Bauza, Gastón;**  
**Benmuyal, Leonor; Cavarra, Jimena;**  
**Conte, Carlos A.; Frascina, Olga;**  
**Julián, María Cristina; López, Beatriz;**  
**Murdoca, Liliana; Palmieri, Carlos; Reina,**  
**María; Rey, Patricio; Wischnevsky, Rubén<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Queremos hacer una mención especial sobre nuestro compañero Rubén Wischnevsky, fallecido al año siguiente del trabajo, quien le aportara al grupo, más allá del aspecto profesional, una cuota de chispa y vitalidad absolutamente necesarias por estos tiempos. Nuestro sentido reconocimiento.

El texto completo de este trabajo será publicado próximamente en la Serie de Estudios ISALUD.

## **Introducción**

Todos los países del mundo enfrentan problemas psicosociales y psiquiátricos cuyo abordaje involucra acciones de diversa índole y su ejecución requiere un fuerte compromiso tanto de los sectores sanitarios y sociales como económicos y políticos.

Para aproximarnos a la magnitud del problema basta observar algunos datos sobre la prevalencia y la carga que representan distintos grupos de trastornos mentales. Se estima que en el mundo existen más de 300 millones de personas que padecen trastornos afectivos, 32 millones de personas con retraso mental, más de 40 millones de personas afectadas de esquizofrenia y otras 29 millones padecen distintas formas de demencia. Con respecto al uso de sustancias psicoactivas, se estima por ejemplo que hay más de 400 millones de personas con dependencia del alcohol (OMS, 2001).

Cuando se trata de la discapacidad o invalidez que resulta de todas las enfermedades crónicas, los trastornos afectivos, el retardo mental, la epilepsia, la demencia y la esquizofrenia se encuentran entre las 10 primeras causas de discapacidad, es decir la mitad de los grupos diagnósticos (OMS, 2004).

El Banco Mundial, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, ha calculado que los trastornos mentales representan una de las mayores causas de años de vida sana perdidos, siendo responsables del 8.1% de esa pérdida. Para valorar esta magnitud podemos compararla, por ejemplo, con los distintos tipos de cáncer, los cuales en su conjunto representan el 5.8% de esta carga de morbilidad (OMS, 2005).

A pesar de estos datos, las estadísticas no reflejan aún esa carga producida por los trastornos mentales, porque suelen colocar el acento en la mortalidad y no en la morbilidad y la discapacidad. El compromiso por mejorar la salud aumentando la esperanza de vida debe estar acompañado por una mejora en la calidad de vida de esos años ganados, disminuyendo la morbilidad y la discapacidad.

Algunos países han materializado ese compromiso a través de lo que se conoce como “reforma psiquiátrica”, la cual cuestionó el modelo reduccionista con el que se abordaba la problemática de la salud mental y se propuso reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, a partir de la inserción de los “pacientes” en la vida comunitaria y la recuperación del ejercicio de una ciudadanía que no estaba contemplada desde hacía años.

El presente informe da cuenta de la experiencia en terreno realizada

durante el Módulo Internacional de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental en noviembre de 2007, actividad enmarcada en un programa extracurricular de las carreras de posgrado orientadas a la salud pública, que la Universidad ISALUD lleva adelante anualmente desde hace ya casi quince años.

La información volcada en este informe fue producto de la observación directa y complementada con los datos suministrados por los funcionarios locales.

El objetivo en esta oportunidad fue profundizar en la comprensión de la organización y funcionamiento del modelo asistencial de salud mental en Brasil, a partir de la observación in situ del proceso de Reforma Psiquiátrica iniciado en ese país a principios de los '90, y que está dirigido fundamentalmente a los grupos marginales y de mayor vulnerabilidad que buena parte de la psiquiatría "de mercado" no ha sabido ni querido comprender.

La actividad incluyó la observación de los distintos tipos de establecimientos, servicios y dispositivos sobre los que se sostiene el actual proceso de reforma, la interacción con profesionales asistenciales y gestores tanto de nivel nacional como local.

En primer lugar se describe el proceso de Reforma Psiquiátrica en Brasil, ubicando el marco sanitario general dentro del cual está inserta y se identifican indicadores para evaluar la tendencia y magnitud de los cambios. Se analizan luego, tres jurisdicciones estudiadas, a partir de la información producto de la observación directa, la interacción con profesionales, funcionarios y usuarios del sistema, e información cuantitativa sobre la utilización de los servicios, la cual toma forma de indicadores en algunos casos.

Finalmente se señalan las principales características del proceso de reforma según surge de la información relevada, se identifican las principales fortalezas y debilidades del modelo y se formulan algunos interrogantes con miras al futuro, la sustentabilidad y su posibilidad de consolidación.

## 1. La reforma psiquiátrica en Brasil

La Reforma Psiquiátrica en Brasil se encuadra dentro de la Reforma del Sistema de Salud que dio origen al Sistema Único de Salud (SUS) establecido por la Constitución Federal Brasileña de 1988 y que establece la salud como derecho y al Estado como garante, debiendo proveer las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de ese derecho. Este sistema articula las acciones de los gobiernos federal, estadual y municipal, con control social ejercido a través de los Consejos Comunitarios de Salud.

En la concepción del SUS se distinguen los principios doctrinarios de universalidad, integridad, equidad, control y participación social; y los principios organizativos de descentralización, regionalización y jerarquización.

Uno de los indicadores que pone en evidencia el modelo de atención que funcionaba es la asignación de recursos, la que durante décadas ha sido destinada mayoritariamente a la atención hospitalaria, consumiendo aproximadamente el 90% del total de los recursos. Y si bien la creación de los servicios que sustituyen al hospital psiquiátrico es creciente y representa un dato significativo del proceso de reforma, es aún insuficiente para satisfacer las necesidades que pone en evidencia el propio proceso de reforma.

En este sentido, el proceso de Reforma Psiquiátrica comienza a redimensionar su modelo de atención en sintonía con la concepción de salud defendida por el SUS, de modo tal que en la actualidad casi el 30% de los

recursos de Salud Mental están destinados a la Atención Comunitaria. Desde comienzos de la década del '80, en el Brasil se han realizado estudios que confirman la ineficiencia de los hospitales psiquiátricos, el escaso beneficio de muchas hospitalizaciones, la tendencia a la cronificación sintomática y la frecuente violación de los derechos humanos de los internados. Surge entonces la necesidad de modelos alternativos que reemplacen gradualmente el modelo tradicional de hospitalización por otros de atención de base comunitaria (Ministerio da Saúde, 2005).

Se reconoce a David Capistrano como uno de los impulsores del SUS y figura emblemática de la reforma psiquiátrica brasileña, quien, como Secretario de Salud de Bauru (1987) y de Santos (1989), genera tres hitos en la historia de la reforma:

La creación, dentro de un hospital psiquiátrico de Bauru, del primer NAPS (Núcleo de Asistencia Psicosocial), antecedente directo de los actuales CAPS (Centro de Asistencia Psicosocial).

La intervención de la Casa de Salud Anchieta, un hospital psiquiátrico de Santos con 200 camas y 500 internados, acusado de constantes violaciones a los derechos humanos. Esta intervención, sin antecedentes en el país, produjo un intenso debate acerca de la atención en salud mental, donde participaron funcionarios, trabajadores y usuarios. Además de la creación de NAPS de 24 horas se abren residencias para los ex-pacientes del hospital, se forman Cooperativas y Asociaciones de trabajadores y usuarios. Comienza a gestarse una red asistencial que sustituye al viejo modelo asilar y demuestra que la reforma es posible.

Posibilitó, también en Bauru, la II Conferencia Nacional del Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, donde se acuñó el slogan "por una sociedad sin manicomios", aún vigente. Este movimiento surge en 1987, año que se identifica con el nacimiento del movimiento social por los derechos de los pacientes psiquiátricos en Brasil.

Como testimonio del trabajo pionero de David Capistrano en la reforma psiquiátrica brasileña, quedan la Mención de Honor recibida en Trieste, Italia y los numerosos CAPS que llevan su nombre.

A partir de 1992, en distintos Estados comienzan a aprobarse leyes que impulsan la sustitución progresiva de camas psiquiátricas por redes de servicios extra hospitalarios, fundadas en las experiencias de Bauru y Santos. Pero al no haber fuentes de financiación específicas, el desarrollo de estas redes es, en esa época, discontinuo. Es recién a partir del año 2001, con la promulgación de la llamada Ley Paulo Delgado, que el movimiento reformista cobra nuevo impulso, logra fuentes de financiamiento y produce una multiplicación de los CAPS, sustituyendo una gran cantidad de camas psiquiátricas en todo el país.

Para aproximarnos a la magnitud del cambio propuesto por la política de Salud Mental en Brasil, y sólo a título de ejemplo, señalamos a continuación algunas variables significativas como son el número de habitantes, la extensión territorial, la cobertura del sistema público de salud y los cambios en el número de camas psiquiátricas.

Brasil posee una población total de 190.000.000 habitantes (estimado para el año 2007), lo que representa aproximadamente cinco veces la población total Argentina. Solamente el Estado de San Pablo es equivalente en población al total de nuestro país.

Dicha población se encuentra distribuida de manera muy desigual en una superficie de ocho millones y medio de km<sup>2</sup>, que lo convierte en el país más grande de Sudamérica y el quinto en el mundo. Su tamaño es tres veces mayor que Argentina.

El sistema de salud asiste al 70% de la población a través del SUS, lo que en números absolutos significa alrededor de 136.000.000 de usuarios, dentro de los cuales se encuentra especialmente la población de menores recursos.

En el cuadro 1 se muestra la distribución proporcional de la población en función de la cobertura del SUS:

Las personas que poseen cobertura de planes privados también utilizan el SUS para algunos servicios especiales como, por ejemplo, los trasplantes, que sólo se realizan en el SUS.

Dentro del sistema de salud mental es de destacar la disminución en el número total de camas de internación psiquiátrica, que pasó de 72514 (año 1996) a 39567 (año 2006), lo que representa una reducción a casi la mitad (Ministério da Saúde, 2007).

También se redujo el número de internaciones, las cuales disminuyeron de 410.003 en el año 1997 a 357.538 en el año 2001, representando una reducción de casi el 13% en la frecuencia de internaciones en un período de cuatro años (Ministério da Saúde, 2007).

Las directrices de reorganización del modelo de atención en salud mental delimitados por el SUS han destacado formas innovadoras de asistencia psiquiátrica que consideran prioritariamente el respeto por los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía.

A principios de los '90 se evidenció la necesidad de superar el modelo de atención hospitalocéntrico, considerando su ineficacia y alto costo, así como el hecho de ser claramente iatrogénico y no respetar derechos humanos fundamentales.

Las diversas iniciativas han contribuido sustancialmente en la reorientación del modelo de atención en salud mental, con la implementación de transformaciones comprometidas con las directrices de la reforma. Merece destacarse, en tal sentido, la creación de nuevos dispositivos de atención, que adhieren a la concepción de territorialidad, propugnada por la reforma, que considere el respeto de las particularidades culturales de los "usuarios", como son los Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), Centros de Atención Psicosocial (CAPS), Talleres Terapéuticos, Hospital-Día, Servicios Residenciales Terapéuticos y Centros de Convivencia, como así también la inclusión de la Salud Mental en la Atención Básica y en el Programa de Salud de la Familia (PSF). Progresivamente se sumaron dispositivos para la asistencia de niños y adolescentes (CAP-Si) y para usuarios de Alcohol y Drogas (CAPSad).

La denominación NAPS surgió en la primera instancia de implementación de la reforma y, con el tiempo, fue reemplazado por la de CAPS. Ambos dispositivos son homólogos en lo que hace a su funcionalidad asistencial, pero aún se mantiene esta nomenclatura en algunas regiones de Brasil.

La rehabilitación a través de la reinserción social fue uno de los aspectos que se consideró fundamental dentro de los lineamientos de la reforma. Los primeros emprendimientos surgieron en Italia con el concepto de Empresa Social; hoy ocupan un lugar clave en el proceso de reforma brasileño.

En el Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira, ubicado en Campinas, por ejemplo, funciona un dispositivo de generación de renta basado en talleres de artesanías, adecuadamente equipados y gestionados para lograr un alto grado de inserción en el mercado competitivo. El concepto de Empresa Social está estrechamente ligado a la generación de renta,

como uno de los pilares de la inserción y la resocialización productiva. Existen replicados otros dispositivos similares, diseminados geográficamente, como Proyectos de Inserción en el Trabajo y Cooperativas, Proyectos de Intervención Cultural, etc.

Los procesos de fiscalización y credencialización de la población de los hospitales psiquiátricos, constituyen una importante fuente de información, de control y gestión para alcanzar los objetivos de la reforma, así como pueden contribuir para los debates y resoluciones derivadas de la creación de las Comisiones Nacionales y Estaduales de Reforma Psiquiátrica y de Salud Mental vinculadas a las instancias de control social del SUS.

La reorientación del modelo de atención en salud mental ha sido un proceso complejo y lento, pero fundamental para dar cuenta de las necesidades de la población afectada. Merece destacarse que entre los principios formalmente determinados por la Política Nacional de Salud, dos de ellos tienen repercusión directa en la asociación entre Salud Mental y Atención Básica: la accesibilidad y la integralidad.

Los CAPS (Centros de Asistencia Psicosocial) son Servicios de Salud Mental abiertos y comunitarios del Sistema Único de Salud (SUS) destinados a acoger a los pacientes con trastornos mentales severos (psicosis, neurosis graves y demás cuadros cuya gravedad y/o persistencia requiera de un dispositivo de cuidado intensivo y continuo), estimular su integración social y familiar, apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía, y brindarles atención médica y psicológica.

Su objetivo es ofrecer atención a la población de su área de influencia, buscando su integración en un ambiente social y cultural concreto, designado como "territorio" o espacio en la ciudad donde se desenvuelve la vida cotidiana de usuarios y familiares.

Teniendo en cuenta que los CAPS constituyen la principal estrategia del proceso de reforma psiquiátrica, señalamos a continuación los objetivos de este tipo de dispositivo destacando que su cumplimiento es de vital importancia para la sustentabilidad del nuevo modelo.

Objetivos del Centro de Atención Psicosocial:

- Brindar un régimen de atención diaria.
- Gerenciar los proyectos terapéuticos ofreciendo cuidado clínico eficiente y personalizado.
- Promover la inserción social a través de acciones intersectoriales que incluyan educación, trabajo, deporte, cultura, etc.
- Organizar la red de Salud Mental de su territorio es, también, su responsabilidad.
- Dar soporte y supervisión a la atención en Salud Mental en la red Básica PSF (Programa de Salud de la Familia), PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud).
- Regular el ingreso a la red de Asistencia de Salud Mental de su Área.
- Coordinar junto al gestor local las actividades de Supervisión de las unidades hospitalarias psiquiátricas que se encuentran en su territorio.

## Cuadro 1 Cobertura del SUSS

Cobertura del SUS	Porcentaje de población
Población que utiliza de algún modo el SUS	90,0%
Población que sólo utiliza el SUS	28,6%
Población que utiliza el SUS y algún otro tipo de cobertura (cajas profesionales)	61,5%
Población que no utiliza el SUS (no tiene acceso a la salud)	8,7%

Fuente: Ministério da Saúde.

- Mantener actualizada la nómina de pacientes de su territorio que utilizan medicamentos de Salud Mental.

Además de diferenciarse por cantidad de población cubierta, los CAPS se diferencian por su estructura de complejidad (equipamiento, espacio, cantidad de profesionales, actividades terapéuticas) y la especificidad de la demanda que atienden (niños y adolescentes, alcohol y drogas, trastornos mentales severos).

- CAPS I y II: destinados a la atención diaria de adultos con trastornos mentales severos y persistentes.
- CAPS III: destinado a la atención diaria diurna y nocturna, durante los siete días de la semana, de adultos con trastornos mentales severos y persistentes. Cuenta con un número muy reducido de camas para la resolución de episodios agudos y situaciones de crisis.
- CAPSi: destinado a la atención diaria de niños y adolescentes con trastornos mentales severos y persistentes.
- CAPSad: destinado a la atención diaria de usuarios de alcohol y drogas.

La red de CAPS fue concebida territorialmente y de manera progresiva en función de un tamaño poblacional determinado. Los municipios con una población de 20.000 a 70.000 habitantes deben contar con CAPS I o servicio equivalente (ambulatorios integrales, servicio universitario); aquellos con 70.000 a 200.000 habitantes deben contar con CAPS II; y, finalmente, a los que superan los 200.000 habitantes le corresponden los CAPS III y CAPSi. Los Centros para usuarios de Alcohol y Drogas (CAPSad) funcionan en municipios con una población mayor de 100.000 habitantes.

La reforma psiquiátrica comenzó como un movimiento de salud mental, apuntalado en otro movimiento social estructurado políticamente. Muchos de los que iniciaron estos cambios fueron incorporados por el Estado en distintos niveles de gestión, garantizando y legitimando las reformas y la nueva modalidad de atención.

Los primeros movimientos de reforma comenzaron en municipios del Partido de los Trabajadores (PT), desarrollándose luego en otras jurisdicciones, lo que les ha conferido particularidades en su funcionamiento y distintos niveles de compromiso con el proceso de reforma.

Algunos funcionarios advierten sobre los riesgos de burocratización de los CAPS, señalando que la coincidencia entre el paradigma oficial y la producción intelectual (incluida la universitaria), podría desalentar la evaluación crítica del proceso dejando poco lugar a la revisión e innovación. En algunas jurisdicciones, aliados al trabajo de los CAPS en el proceso de reforma, existen servicios de atención diaria con alcance menor que el CAPS (entre 20.000 y 60.000 habitantes), además de hospitales generales capacitados para internaciones de corta duración y para desintoxicación de drogas.

En un comienzo, los CAPS estaban destinados fundamentalmente a la población de pacientes psicóticos. Posteriormente se fue ampliando la población objetivo y se incorporaron otros trastornos mentales severos como epilepsia, retraso mental, dependientes de alcohol y drogas, niños y adolescentes.

Existen además campañas de prevención financiadas por el Gobierno Federal, a las cuales los CAPS pueden adherir, recibiendo financiación específica.

Los CAPS están relacionados con las Unidades Básicas de Salud (UBS) que prestan atención básica a los casos leves y a las cuales, a partir de estos casos, les brindan lo que denominan “matriciamiento”<sup>1</sup>, con el

objetivo de producir un cambio en la cultura organizacional que facilite el trabajo con la patología leve.

Solamente un 40% de las UBS tienen psiquiatras (a veces comparten la atención con los CAPS y contienen con dificultad la demanda) y sólo el 56% de los equipos de Salud tienen alguna articulación con Salud Mental.

En los CAPS rige lo que llaman “ambiente amigable”, donde los pacientes reciben asistencia psicosocial integral que no se reduce solamente a la psicoterapia. La pertenencia institucional articula el vínculo con otros, funcionando como un “centro de relaciones sociales”. La reinserción social a través de la resocialización constituye la directriz de la reforma en lo asistencial. Cada paciente tiene un plan terapéutico personalizado y adecuado a sus necesidades, un proyecto singular de trabajo terapéutico y los controles psiquiátricos necesarios.

Los municipios con menos de 20.000 habitantes, deben contar con servicios de atención básica en salud mental, como la red básica, el Programa de Salud de la Familia, Programa de Agentes Comunitarios de Salud. El otro principio orientador del modelo de atención sanitaria se refiere a la integralidad, es decir que las acciones y servicios de salud (preventivos, curativos y de rehabilitación, individuales y colectivos) deben funcionar como un conjunto articulado capaz de atender a todos los tipos de trastornos (físicos y mentales) en todos los niveles de complejidad del sistema.

Uno de los mayores problemas para hacer efectivo este principio de integralidad es, además de la fuerte influencia del modelo tradicional de cuidado, la dificultad de algunos profesionales para prescindir del desempeño de “un” papel específico. En general se trata de especialistas, cuya práctica en compartir saberes no ha sido desarrollada.

La Atención Básica constituye el primer contacto de individuo, familia y comunidad con el sistema de salud, acercando los servicios a los lugares de vida y trabajo de las personas, constituyendo de esta manera el primer elemento de un proceso continuo de atención marcado por la territorialidad.

En este sentido, y como una posible respuesta al desafío de reorientar el modelo de atención a la salud en el plano asistencial, el Ministerio de Salud lanzó en 1994 el Programa de Salud de la Familia (PSF), hoy llamado de Estrategia de Salud de la Familia, por ser considerado estructurante de los sistemas municipales de salud.

Es en ese plan que se encuentra el gran desafío del sector: implementar nuevas prácticas de atención a la salud que garanticen a la población el acceso universal, la integralidad y la equidad, en una red de servicios jerarquizada por capacidad resolutive.

El énfasis en la implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF), es justificado por la necesidad de sustitución del modelo de atención históricamente centrado en la enfermedad y en el cuidado médico individualizado, por un nuevo modelo regido por los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención.

Con el objetivo de contribuir a la reorganización del modelo asistencial desde la atención básica, la estrategia Salud de la Familia estimula una nueva forma de actuar en las unidades básicas de salud, proponiendo una nueva dinámica para la estructuración de los servicios, así como

especializado, en que conocimientos y acciones, históricamente reconocidos como inherentes al área ‘psi’, son ofertados a los demás profesionales del equipo de salud. Es un encuentro entre profesionales de salud mental y el equipo interdisciplinario de salud en la construcción de un espacio de intercambio de saberes, invenciones y experiencias que auxilien al equipo para ampliar su clínica y su escucha, a acoger el sufrimiento, el dolor psíquico, en fin, a lidiar con la subjetividad de los usuarios.” Mariana Dorsa Figueiredo.

1 “El Apoyo Matricial de la salud mental sería ese soporte técnico

para su relación con la comunidad y entre los diversos niveles de complejidad.

De esta forma, la familia fue escogida, en su contexto sociocultural, como núcleo básico del servicio de salud. Para poder referirse a ese nuevo objeto de atención, será necesario que todo el equipo de salud comprenda la multicausalidad de los problemas de salud, sean ellos de orden físico, mental o social, teniendo siempre en cuenta a los individuos como sujetos-ciudadanos en su medio ambiente y en su contexto socio-familiar.

Desde el Ministerio de Salud está prevista la creación de los "Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia" integrados por al menos un profesional de Salud Mental.

Finalmente, merece destacarse la necesidad de construir indicadores de evaluación de servicios que puedan dar cuenta de las experiencias de los CAPS, la red, residencias, etc., como parte de una evaluación sistemática del sistema y los servicios.

A continuación se presentan tres ilustraciones sobre la distribución de los CAPS entre las distintas jurisdicciones: El cuadro 2 muestra la distribución de los CAPS por niveles de complejidad entre los municipios, agrupados por tamaño de la población. En el cuadro 3 (página 46) se presenta la distribución de los CAPS por niveles de complejidad entre los distintos estados y se calcula la "tasa" de CAPS por habitante, la cual a su vez es ilustrada en un mapa de Brasil (página 47).

## 2. Tres experiencias locales

### 2.1. Campinas

El Municipio de Campinas pertenece al Estado de San Pablo y actualmente tiene 1.080.000 habitantes, luego de un notable crecimiento migratorio producto del fomento de la industria y la instalación de Universidades ocurrido a partir de 1978, cuando contaba con 600.000 habitantes.

Campinas, como ciudad, se divide en una parte antigua, más ordenada y mejor urbanizada, y otra nueva donde se localizan asentamientos y centros urbanos desordenados, de menores recursos y alta vulnerabilidad social. El municipio se encuentra dividido en cinco distritos de salud y un Sistema Colegiado en Salud Mental con un área de apoyo de salud mental por distrito (actualmente cuenta con dos áreas de apoyo para tres distritos). En 1978 comenzaron a crearse centros de salud mental y en el 2000 aumentaron los números de CAPS. Según coinciden todos los funcionarios entrevistados, se trata de una ciudad pionera en cuanto a los cambios vinculados a la salud mental y que mayor compromiso ha asumido con la Reforma Psiquiátrica.

El 70% de la población de Campañas depende del SUS (Sistema Único de Salud), el 30% tiene una red privada cooperativa que no ofrece tratamiento o internación en salud mental, sólo consultas. La salud mental está cubierta en un 100% por el SUS. El Gobierno Federal, a través del

Ministerio de Salud, aporta un tercio del presupuesto en salud del Municipio. En Salud Mental el 25% del gasto es financiado por el Ministerio de Salud y el resto lo aporta el Municipio, que destina el 8% del presupuesto municipal en salud a la salud mental. Merece destacarse en este punto que la OMS considera deseable que el porcentaje del presupuesto en salud destinado a la salud mental sea del 5% (OMS, 2004).

Comparando con otro distrito observamos, por ejemplo, que el Estado de San Pablo posee 13.000 camas de internación para 40 millones de habitantes, es decir 32,5 camas cada 100 mil habitantes, mientras que en Campinas existen 80 camas de internación para 1.080.000 habitantes, es decir 7,4 camas cada 100 mil habitantes.

Las camas psiquiátricas en Campinas se distribuyen de la siguiente manera: 40 en el SSCF (Servicio de Salud Cândido Ferreira), 20 en Hospitales Universitarios (HHCP-PUC y HC UNICAMP) y 20 contratadas en Centros Privados (ligadas a instituciones religiosas).

En Campinas hay 520 trabajadores de Salud Mental, de los cuales 5% son administrativos y 30% pertenecen a las áreas de apoyo. En el Programa de Salud Familiar trabajan alrededor de 100 profesionales.

#### 2.1.1. Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS)

El Gobierno Federal financia proyectos que contemplen la creación de CAPS. Cada CAPS tiene aproximadamente 50 trabajadores (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, médicos, farmacéuticos, enfermeros, técnicos, cocineros, administrativos, limpieza, vigilancia, etc.).

El ingreso de los profesionales a los CAPS es por concurso, pero a partir de impugnaciones y demoras burocráticas, comenzaron a contratar profesionales a través de contratos temporarios por 2 años. La carga horaria es de 24 a 36 horas con concurrencia diaria.

Las internaciones por descompensaciones psicóticas en pacientes agudos tienen un promedio de 30 días en los hospitales, mientras que en los casos de consumo de drogas el promedio es de 23 días para Unidad de Desintoxicación.

Los CAPS III tienen entre 5 y 8 camas por centro y un promedio de utilización de 10 días por mes.

Los CAPS tienen hasta 250/300 pacientes bajo su cuidado, de los cuales entre 60-70 pacientes están en atención intensiva con concurrencia diaria, otros en modalidad semi-intensiva de hasta 3 veces en la semana y el resto no intensivo.

Los programas de tratamiento son individuales, con tratamiento medicamentoso, familiar, orientación individual o en grupo, psicoterapéutico, actividades comunitarias, de soporte social, oficinas culturales, etc. Algunos son atendidos en su domicilio (el móvil de traslado va a domicilio llevando a profesionales o bien la medicación) y otros en Residencias.

El sector norte/este de la ciudad tiene una población más diseminada y en mejores condiciones de salud, mientras que los CAPS de la zona sur

Cuadro 2

### Perfil de los municipios y composición de la red de salud mental

Población	Nº de municipios	% de Municipios	Nº de habitantes	% de población	Composición de la red de salud mental
Hasta 19.999	3.970	71,35	32.654.617	17,73	PSF y Red Básica de Atención de Salud
De 20.000 a 49.999	1.026	18,55	31.001.201	16,83	CAPS I
De 50.000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPS II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPS II, CAPSi y CAPSad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPS III, CAPS II, CAPSi y CAPSad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPS III, CAPS II, CAPSi y CAPSad
Más de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPS III, CAPS II, CAPSi y CAPSad
<b>Total</b>	<b>5.564</b>	<b>100,00</b>	<b>184.184.169</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Estimación poblacional 2005.

deben atender la demanda de una población más vulnerable.

CAPS I CEVI (Centro de Vivência Infantil) para atención de niños y adolescentes autistas, psicóticos, neuróticos graves. Funciona 10 horas diarias cinco días a la semana, no tienen internación, cuentan con dos camas en el Servicio de Psiquiatría Infantil del HC-UNICAMP. Atiende cerca de 70 pacientes.

Cuenta con un Centro de Referencia y Atención Integral de la Salud del Adolescente (CRAISA) para la atención de adolescentes de alta vulnerabilidad psicológica y social, siendo parte de esta población usuarios de drogas. Los familiares de adolescentes usuarios de crack piden internación vía judicial en los hospitales psiquiátricos. En Campinas hay un solo Juez de Menores que acordó pedir evaluación al equipo de salud para las internaciones.

Existen casas de alta y baja complejidad, de acuerdo a la severidad de los residentes, cuyo costo oscila entre 2000-2500 y 1000-1500 reales por mes por usuario, respectivamente.

Existe una ley nacional que limita a un 54% la proporción del presupuesto que puede ser utilizada para la contratación de personal, lo que se ha tornado insuficiente y obliga a intentar nuevas formas de contratación que puedan sortear el obstáculo de la ley.

El servicio está en reformulación, no está funcionando bien dada la baja cobertura; practicarán la reconversión de los profesionales integrando cinco psicólogos, cinco trabajadores sociales y cinco terapeutas ocupacionales a un Centro de Salud Integral de Adolescentes, conformando cinco mini-equipos, uno por distrito de Salud Mental.

Son pocas las empresas que tienen convenios de trabajo para pacientes dentro de ellas; en general hacen convenios con ONGs. Los proyectos de reinserción social dependen de cada CAPS y la comunidad.

### CAPS III "David Capistrano"

Es el último montado en la ciudad y que se transformó de Centro de atención diurno a Centro de 24 horas de atención. La falta de nuevos profesionales y técnicos para cubrir el horario nocturno obliga a una rotación de dos personas por noche (técnico y auxiliar de farmacia o enfermería) que al otro día tienen un franco compensatorio.

En sus inicios fue un Centro de Salud de Familia (Unidad Básica de Salud) con un equipo de Salud Mental de cinco profesionales que solicitó transformarse en CAPS. Se encuentra en la región Sudoeste en un barrio con 7000 habitantes en condiciones de alta vulnerabilidad.

Existen cinco Centros de Salud que forman parte de su red, de los

**Cuadro 3**

## Distribución de los CAPS por modalidad de cobertura por Estado, 2005

(CAPS/100.000 habitantes)

Estado	Población	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de dispositivos	CAPS por 100,000 hab, ponderado
<b>Región Norte</b>								
Amazonas	3.232.230	0	0	0	0	0	0	0,00
Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26
Rondônia	1.543.594	2	3	0	0	0	5	0,26
<b>Subtotal Región Norte</b>	<b>14.698.878</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>0,19</b>
<b>Región Noedeste</b>								
Alagoas	3.015.912	7	4	0	1	0	12	0,28
Bahia	13.815.334	16	18	2	3	3	42	0,25
Ceará	8.097.276	14	16	0	2	3	34	0,3
Maranhão	6.103.327	7	4	0	2	0	13	0,16
Paraíba	3.595.886	5	6	0	1	2	14	0,32
Pernambuco	8.413.593	3	13	1	2	5	24	0,27
Piauí	3.006.885	3	1	0	1	1	6	0,15
Rio Grande do Norte	3.003.087	2	6	0	1	3	12	0,37
Sergipe	1.967.791	7	1	2	1	2	13	0,53
<b>Subtotal Región Nordeste</b>	<b>51.019.091</b>	<b>64</b>	<b>69</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>170</b>	<b>0,28</b>
<b>Región Centro-Oeste</b>								
Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
Goiás	5.619.917	4	6	0	1	3	14	0,21
Mato Grosso	2.803.274	14	1	0	2	3	20	0,46
Mato Grosso do Sul	2.264.468	3	5	0	0	1	9	0,33
<b>Subtotal Región Centro-Oeste</b>	<b>13.020.767</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>46</b>	<b>0,27</b>
<b>Región Sudeste</b>								
Espírito Santo	3.408.365	3	6	0	0	2	11	0,28
Minas Gerais	19.237.450	39	37	3	5	4	88	0,36
Rio de Janeiro	15.383.407	20	30	0	6	6	62	0,34
São Paulo	40.442.795	35	47	14	15	29	140	0,32
<b>Subtotal Región Sudeste</b>	<b>78.472.017</b>	<b>97</b>	<b>120</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>301</b>	<b>0,34</b>
<b>Región Sur</b>								
Paraná	10.261.856	5	11	1	4	8	29	0,26
Rio Grande do Sul	10.845.087	32	28	1	4	7	72	0,52
Santa Catarina	5.866.568	18	12	0	4	2	36	0,46
<b>Subtotal Región Sur</b>	<b>26.973.511</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>137</b>	<b>0,41</b>
<b>Brasil</b>	<b>184.184.264</b>	<b>251</b>	<b>266</b>	<b>25</b>	<b>56</b>	<b>91</b>	<b>689</b>	<b>0,31</b>

Fuente: Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Estimación poblacional 2005.

Observación: para el cálculo del indicador CAPS/100.000 habitantes, se considera que el CAPS I da respuesta efectiva a 50.000 habitantes, que el CAPS III da cobertura a 150.000 habitantes y que los CAPS II, CAPSi y CAPSad dan cobertura a 100.000 habitantes.

cuales dos cuentan con equipo de salud mental y derivan el trabajo con psicóticos graves al CAPS. Los pacientes que no tienen trastornos graves son atendidos en Unidades Básicas de Salud, de las que existen 50 en todo Campinas.

Tiene a su cargo una población de 320 pacientes (psicóticos, neuróticos graves, bipolares y algunos pacientes con debilidad mental) y funciona a puertas abiertas, donde los pacientes pueden llegar sin turno y ser atendidos. Cuenta con cinco camas (por ampliarse a ocho) para internaciones breves con un promedio de 5 días de internación sobre el total de los pacientes del CAPS atendidos en 4 años.

El circuito terapéutico comienza con un equipo de “acogimiento” que contiene y diagnostica, y un equipo de referencia que determina la alternativa de tratamiento. Éste tendrá a su cargo controlar los avances y modificaciones de los tratamientos de su grupo de pacientes.

Hay “hospitalidad” de día o de noche y se trabaja con contratos con alta “negociación” con la familia, ya que es ella quien tiene la responsabilidad social con el paciente.

Del total de la población a su cargo, el 8% (25 pacientes) poseen una alta dependencia del servicio, y requieren que se los vaya a buscar a sus domicilios para ser trasladados al CAPS y asegurar la continuidad del tratamiento y del vínculo.

El CAPS suministra medicación necesaria para cada paciente de acuerdo al proyecto terapéutico del mismo. Cuentan con un listado de lo que es posible prescribir suministrado por el Municipio; se asegura que los medicamentos de alto costo sean suministrados por el Estado. Cuando la familia no está en condiciones de asegurar su administración un integrante del equipo se traslada al domicilio, procedimiento que se denomina “medicación asistida”.

El equipo está conformado por 43 personas. Las familias del territorio están relevadas y se detectan muy pocos casos nuevos de psicosis, a diferencia de los problemas de alcohol, drogas, violencia y niños derivados de la escuela por problemas de conducta.

Como todo CAPS, para dar respuesta a este tipo de demanda requiere del funcionamiento de la Red.

Tiene un Consejo Rector que discute la política del CAPS y considera las propuestas de la asamblea (funcionarios y usuarios).

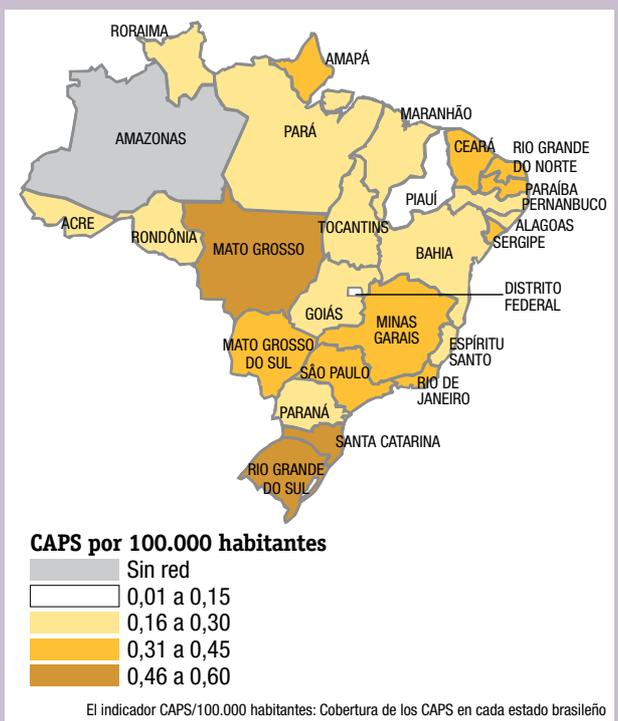
Realizan trabajo intersectorial con varios servicios (salud, educación, acción social) evaluando las respuestas que necesitan de las distintas políticas.

Cada profesional cuenta con 2 horas semanales para la discusión de casos.

En el CAPS se desarrollan actividades más o menos fijas como, por ejemplo, las “oficinas” (talleres) de pan o cocina, que son de libre concurrencia, al igual que los talleres optativos. Los talleres son abiertos, como por ejemplo los talleres de fútbol y deportes, que cuentan con profesionales psicólogos y terapeutas ocupacionales de referencia. Se desarrollan también grupos cerrados de terapia.

### CAPS III “Novo Tempo”

Funciona hace cinco años y atiende las 24 horas todos los días del año. Posee una población en tratamiento de 280 pacientes, 50 nuevos el último año (que constituirían el techo de atención), con ocho camas para el albergue de usuarios que se encuentran en situación de riesgo o en crisis. Los fines de semana atienden a los pacientes que se encuentran alojados, a los usuarios que reciben medicación asistida y las urgencias. Tiene un plantel de 45 personas trabajando con un equipo de atención diario de entre 8 y 10 personas. Los usuarios tienen un grupo de referencia, mini equipos y duplas de referencia (universitario y técnico).



Trabajan con Oficinas (Talleres) abiertas (la concurrencia es libre y optativa) y Grupos de Oficinas (cerámica, pintura, etc.) semiabiertos como parte del proyecto terapéutico del paciente, es decir que, para ese paciente, la concurrencia al mismo es obligatoria.

El edificio es una casa adaptada, tiene cuartos con camas, consultorios, espacios amplios para asambleas y grupos y, en el fondo, otra edificación donde se encuentra la farmacia. Realizan talleres de belleza (cortan el pelo, aseo personal, cuidados y maquillaje), tienen algunas máquinas para gimnasia y funcionan los talleres de mosaico.

El médico psiquiatra (residente) desarrolla una actividad específica con las familias de los usuarios, tratando temas distintos que ayudan a detectar los síntomas tempranos de descompensación. Esta actividad contiene a los familiares y aumenta el compromiso con el tratamiento. De allí también surgen ideas que se llevan adelante (por ejemplo viajes). El mismo profesional señala, como debilidades, la excesiva instalación en el espacio físico de los familiares y la interpretación conspirativa que hacen los pacientes paranoides, ya que en esa actividad no participan los pacientes.

### 2.1.2. El Servicio de Emergencia y Regulación (SAMU)

Desde este servicio se maneja la Política de Urgencia y Emergencia del Municipio de Campinas.

Durante los años 1950/60 las emergencias eran asistidas por el Hospital Psiquiátrico, y éste solía responder ante la emergencia con la institucionalización del paciente. Como consecuencia de este criterio “internista”, eran hospitalizados pacientes en crisis que en otro modelo de atención no requerirían internación.

Entre 1970/80 se generó un flujo de urgencias psiquiátricas y se iniciaron internaciones referenciadas, aunque subsistieron las internaciones de “puerta” (la familia se presentaba en el hospital). Para ese entonces comenzaron a funcionar el pronto socorro psiquiátrico y los ambulatorios de psiquiatría.

En los años 90 se inició la Reforma y en Santos comenzaron a funcionar los NAPS (Núcleos de Atención Psicosocial), siendo la referencia de atención de Salud Mental en un territorio determinado.

Hoy existe una variedad de dispositivos alternativos al hospital psiquiá-

trico, que ofrecen al usuario distintas entradas a la red y maneras de abordar la crisis, apuntando a la sentencia que dice: “La autonomía se construye en la multiplicación de las dependencias”.

¿Cómo es el flujo interno del SAMU?: el llamado es atendido por un agente de salud que luego lo deriva al médico psiquiatra o médico clínico, hablan con el paciente y evalúan si corresponde enviar asistencia psiquiátrica o clínica. Se llega en ambulancia, se evalúa y en caso de ser necesario, se llama al CAPS correspondiente al usuario para efectuar su traslado. El criterio de permanencia en el CAPS está determinado por la presencia de riesgo, no solamente por el diagnóstico de base. Las internaciones son controladas por el SAMU que cuenta con un psiquiatra por día.

Según los registros del SAMU se reciben en promedio alrededor de quince llamadas diarias, de las cuales aproximadamente cinco requieren de la visita in situ y se realizan entre dos y tres internaciones por día. En términos proporcionales esto significa que del total de las llamadas recibidas un tercio, en promedio, requiere intervención en domicilio y aproximadamente la mitad de esas situaciones requiere internación. Es decir que entre un 13% y un 20% de las llamadas culminan en una internación.

El SAMU se constituye en el interlocutor entre las instituciones y los CAPS. A veces hay presión para que los CAPS acepten nuevamente a sus propios pacientes.

De esta manera, al haber sido delegada en el SAMU la decisión sobre las internaciones, el poder de los hospitales se ha visto limitado, finalizando así con el contacto directo entre los CAPS y los Hospitales.

Para consustanciar a los nuevos profesionales con el proyecto, desde las áreas de Educación exigen que dos tercios de las residencias médicas se realicen en los CAPS, incorporando los conceptos y prácticas de la psiquiatría social.

### 2.1.3. El Hospital General

El Hospital General “Irmaos Penteado” de Campinas posee 120 camas aproximadamente, de las cuales entre 10 y 12 se han destinado a la urgencia para desintoxicación de pacientes usuarios de alcohol y drogas. Allí pueden permanecer hasta 10 días (límite de cierta flexibilidad) y luego el paciente vuelve al CAPS que lo derivó, siendo este último el responsable del paciente.

Los profesionales comparten días en el CAPS, en el Hospital General y distintas instituciones de su área. Ellos no sólo realizan la derivación, sino que a partir de haber observado un mal funcionamiento en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, se diseñó una articulación superadora: ellos mismos acompañan al paciente, lo visitan y se ocupan del seguimiento.

### 2.1.4. El Hospital Psiquiátrico

El Hospital Cândido Ferreira es una Organización No Gubernamental que realiza un trabajo en cogestión con el Sistema Único de Salud (SUS).

En 1917 nace como un servicio filantrópico a partir de las acciones de terratenientes sobre las denuncias del encierro de los dementes en sótanos de casas. La elite agropecuaria e industrial quería hacer algo de avanzada en los cuidados. En 1924 el hospital se constituye en la oferta pública para los cuidados de dementes con financiamiento filantrópico; no obstante, con los años se va constituyendo una población de pacientes que no reciben cuidados adecuados. A partir de la Reforma se conjugaron la intención política gubernamental y la búsqueda desde la institución de mejorar la atención, lo que dio lugar a la actual conformación y funcionamiento del hospital.

De esta manera se configuró el siguiente modelo de cogestión: el edi-

ficio es aportado por la obra filantrópica mientras que los sueldos son abonados por el SUS, el Consejo Municipal de Salud Mental y el Fondo Municipal de Salud. Se trata entonces de una Asociación Civil Sin Fines de Lucro, con un modelo de cogestión, regido por un Consejo Directivo integrado por 2 representantes de los profesionales de la salud, 2 representantes de los usuarios y familiares, 2 representantes de las universidades con acuerdo, 2 representantes del Estado de Sao Paulo y 2 representantes de la organización.

En general, hay poca articulación con los Municipios de San Pablo, pero en Campinas, según coinciden varios de los funcionarios, se trabaja efectivamente en red; lo cual es facilitado por una adecuada disponibilidad de recursos.

En 1990 había 700 personas asistidas, de las cuales 1/3 se encontraba en condiciones de acceder, por ejemplo, a un hospital de día.

Ese año se comienza a organizar un Hospital de Día y en 1993 se abre una primera casa para residencia de pacientes que se encontraban en condiciones de alta. Por iniciativa de un grupo de profesionales que participaron en la organización de la misma, se desarrollaron los CAPS.

Otro grupo pensó otra modalidad de internación, haciéndola más parecida al cuidado de los CAPS con atención durante las 24 horas. A ello se destinaron 40 camas, 40 profesionales con 3 equipos de referencia con auxiliares y monitores.

En el hospital funciona un Núcleo de Atención en Crisis (NAC) con 40 camas, vinculadas al SAMU a través de las derivaciones que éste realiza.

En el NAC se conciben dos momentos, el primero es el momento de llegada, es la internación, el segundo momento es de salida de la internación; siendo el mismo equipo el que discute las distintas alternativas de tratamiento y el tránsito por los distintos momentos.

Se desarrollaron Núcleos de Casas distribuidos por todo el territorio de influencia del Hospital que, por tratarse de una zona urbana, permite una mayor proximidad entre las casas y esto facilita el desplazamiento del recurso humano. De esta forma se puede cumplir con la exigencia de no superar los nueve residentes por casa. Se cuenta con un total de 30 profesionales destinados a estos Núcleos.

En la actualidad hay en el hospital 20 pacientes en condiciones de derivar a residencias que necesitan igual cantidad de profesionales que en el Hospital, por la mayor dependencia. Hay un segundo Núcleo para personas mayores.

Cuentan con un tercer Núcleo destinado a pacientes con problemas de uso y abuso de drogas, que dispone de 3 vacantes por semana para internación de drogadependientes.

En las distintas salas del Hospital donde funcionaba la internación, se emplazan las Oficinas de Trabajo; son dispositivos de trabajo donde los usuarios realizan tareas de herrería, mosaico, vitraux, velas, huerta orgánica, trabajo en madera, etc.

Estos talleres u Oficinas son verdaderos programas de generación de renta que tienen alrededor de 300 personas trabajando y otros 200 en lista de espera. En el hospital encontraron la figura de Asociación Civil Sin Fines de Lucro para poder comercializar lo que producen en los talleres de Salud Mental. Éstas unidades de producción están al límite de la comercialización utilizando la figura de Asociación Sin Fines de Lucro, pero no han podido utilizar la de Cooperativa por los costos y las cargas impositivas y porque además los pacientes que reciben el subsidio del Programa Vuelta a Casa, podrían perder el beneficio si tomaran esta forma societaria. La Asociación Civil Sin Fines de Lucro resulta ser una organización jurídicamente más simple y participan usuarios, familiares y profesionales.

Tienen una importante lista de espera porque es la manera que tienen los

grupos vulnerables de incluirse en pequeños grupos de producción y trabajo. Los talleres están planteados, no sólo para personas con problemas de salud mental, sino también para otros tipos de grupos vulnerables.

El trabajo en cada oficina está supervisado por un profesional (asistente social, terapeuta ocupacional, enfermero, psicólogo), trabajan desde la mañana a la tarde y tienen sus horarios de desayuno y almuerzo que realizan en el predio del hospital.

Cada oficina debe autofinanciarse, hay algunas que son proveedoras de otras (por ejemplo: herrería proveedora de vitraux), en esos casos cada oficina le vende a otra sus productos acordando el modo de pago.

Las oficinas tienen asambleas internas para evaluar costos y decidir precios, para organizar la modalidad de trabajo, la disposición espacial y función de cada uno. Una vez por mes hacen jornadas de creatividad donde pueden proponer o imaginar nuevos productos y allí se definen moldes o matrices.

No venden la producción en alguna feria especial, sino en el mercado competitivo, que les exige calidad y precio. Para adecuarse a esas exigencias realizan matrices o modelos, no hacen nunca creaciones únicas y espontáneas por la dificultad de dar luego respuesta a los pedidos. Por la calidad de sus productos, hay oficinas que tienen vendida la producción de un año; la comunidad ya conoce los productos y los pide. Éstos llevan una etiqueta donde informan brevemente el origen de la producción.

La idea es que, al menos, el monto del ingreso mensual por la comercialización, sea similar al sueldo mínimo (R 340); muchas oficinas lo superan y los pacientes generan una renta que llega a ser el 30 o 40% de los ingresos del grupo familiar y, muchas veces, son el único ingreso formal y bancarizado, lo que constituye un verdadero éxito si se piensa que gran parte de los participantes eran pacientes internados en forma crónica y estigmatizados.

Han presentado ante el Ministerio de Trabajo un proyecto donde consta que lo que perciben no debe entenderse como sueldos, ya que no son empleados, pero sí cumplen con todas las disposiciones necesarias para ser habilitados. Es de destacar que pese al hecho de que trabajan con elementos cortantes, punzantes y máquinas de riesgosa manipulación, los índices de accidentes laborales son inferiores al promedio, según informan los profesionales responsables.

Como cualquier empresa pública o privada se rigen por la Ley Federal 6514/77 que establece la obligatoriedad de formar la Comisión Interna de Prevención de Accidentes (CIPA). Sus miembros tienen mandato por un año y son elegidos en partes iguales por la Dirección de la empresa, en este caso del Hospital, y por los trabajadores.

El Director Financiero del Hospital destaca el funcionamiento interdisciplinario del mismo y la importancia que se le da al proyecto de la reforma. El proyecto del Cândido Ferreira es concebido como un proyecto público no estatal.

El marco normativo vigente limita al 54% del presupuesto los gastos originados en contratación de personal, lo que resulta insuficiente actualmente para contratar el personal necesario. Esta situación obliga a la búsqueda de nuevas formas de relación que permitan contar con personal suficiente.

El hospital cuenta también con un Centro de Convivencia que ofrece servicios comunitarios del que no solo participan los pacientes sino cualquier miembro de la comunidad que puede tomar o brindar clases según sus gustos y habilidades (yoga, gimnasia, manualidades, etc.). Por su impacto y buena acogida en la comunidad se replicaron y en la actualidad existen en Campinas tres Centros de Convivencia que funcionan de 8 a 17 hs. Existen también casas de convivencia de alta complejidad (2000 a

2500 reales por mes) que necesitan varias visitas o intervenciones profesionales junto con otras de menor complejidad que requieren menor aporte financiero.

## 2.2. Santo André

El municipio de Santo André está ubicado en el llamado cordón ABC del Gran San Pablo y cuenta con una población de aproximadamente 650.000 habitantes. Con un fuerte pasado industrial, se observa hoy la convivencia de industrias, que se modernizan reduciendo mano de obra, y un sector terciario en expansión. La ciudad reproduce los marcados contrastes entre riqueza y pobreza como en otras concentraciones urbanas en Brasil.

Santo André contaba hasta 1997 con un hospital psiquiátrico de 400 camas, con un promedio de 500 pacientes internados al mes y una red con dos espacios de tratamiento ambulatorio y hospital de día.

Uno de los indicadores que permite evaluar el alcance de los cambios es la reducción en el volumen de internaciones, las cuales durante el año 2006 alcanzaron un total de 116 internaciones.

Según datos aportados por la coordinación de salud mental del municipio, hay actualmente en el país aproximadamente 20.000 pacientes internados en hospitales psiquiátricos, de los cuales 6.500 están en el Estado de San Pablo, es decir 1/3 de todos los pacientes internados en el país.

Durante la estadía se visitaron dos NAPS (homólogos a los CAPS, como se señaló previamente), la Asociación "Volta para Casa", una Residencia Terapéutica tipo, el Núcleo de Proyectos Especiales de Generación de Renta y la Unidad de Reducción de Daños para Alcohol y Drogas.

### 2.2.1. Los núcleos de atención psicosocial (NAPS)

#### Núcleo de atención psicosocial de la región II (NAPS II)

Se encuentra a pocos metros de la sede de la Asociación "Volta para Casa", constituyendo un área de salud, que apunta a la accesibilidad. Brinda asistencia ambulatoria y cuenta con diferentes tipos de talleres que son organizados por la Asociación. El taller de Arte brinda una propuesta de trabajo colectiva en la elaboración de murales que se llevan a diferentes ámbitos de la Comunidad y de los que participan muchas veces los diferentes actores del Área de Salud Mental: Usuarios, Familiares y Profesionales en una propuesta llamada Humaniz-Arte.

#### Núcleo de atención psicosocial de alcohol y otras drogas (NAPS-AD)

El proyecto terapéutico desarrollado en el NAPS-AD fue puesto en funcionamiento recientemente y tiene como objetivo reintegrar a la sociedad al usuario de alcohol y drogas.

Santo André fue escogido por la Organización de las Naciones Unidas como centro de referencia en el tratamiento de usuarios de sustancias psicoactivas, como alcohol y drogas, para formar una Red Internacional de Centros de Rehabilitación y Tratamiento de Drogas.

El mismo brinda servicios de Hospital de Día, Hospital de Noche, grupos de "acogimiento", grupos terapéuticos, atención individual, medicación asistida, consultas familiares y talleres, programando planes de tratamiento "a medida" para cada usuario. Trabajan con diferentes perfiles de usuarios, de mayor o menor vulnerabilidad. El NAPS está abierto las 24 horas y atiende sobre demanda.

Un primer espacio de recepción es el de "acogida", en el que se evalúa

la dependencia química y los trastornos clínicos, se trabaja la situación y se intenta organizar ese espacio. Posteriormente, en función de la necesidad, se designa un referente del equipo que trabajará individualmente (cualquier profesional puede tener un paciente a cargo, respetando las incumbencias), se incluye en grupo y si hubiera familia se trabaja con ella. La derivación a las diferentes instancias terapéuticas varía de acuerdo al consumo, a la posibilidad de conservar proyectos más allá del consumo. Si el compromiso es mayor se incluyen en talleres, los alcohólicos en hospital de día y en el caso de los adolescentes judiciales, se trabaja en forma individual.

El NAPS cuenta con 6 camas, con modalidad hospital de noche o internación breve en situaciones de crisis, y con camas en el Hospital General para interurrencias clínicas o desintoxicación química.

El servicio tiene un 30% de adhesión, definida ésta como establecimiento de un proceso. La misma es mayor, cercana al 60%, si se toma en cuenta el acercamiento al Centro como referencia de cuidado.

La derivación judicial es alrededor del 10%, y un gran número de consultas se producen a instancias de “otro preocupado por lo que le pasa”. En estos casos, afirman “es importante salir de la posición del prescriptor, para pasar a la posición de negociador”.

En sus 10 años de existencia han pasado por el centro 18.000 pacientes, de los cuales hay alrededor de 3000 en contacto y 800 en proceso. Se atienden 220 casos mensualmente y llegan 110 nuevos casos por mes.

Actualmente se proyecta la creación de un observatorio. Según sus registros, el perfil del consultante es en su mayoría hombres (70%), adultos y alcoholistas. La población joven es menor, y los adolescentes que llegan son graves y en condiciones de alta vulnerabilidad. En las mujeres prevalece la consulta tardía. Un 20% de la población tiene co-morbilidad psiquiátrica (depresión, psicosis, psicosis tóxicas, debilidad mental, etc.). Sus estadísticas indican que la edad de inicio en el consumo es alrededor de los 12 años y la edad de consulta a los 18 y, aparentemente, desencadenada por problemas con la ley, el tráfico, la familia o la escuela.

### 2.2.2. La Asociación “Volta para casa”

La Asociación “Volta Para Casa”, es una entidad civil sin fines de lucro que tiene por finalidad gerenciar servicios de Salud Mental no-manicomiales en la Ciudad de Santo André. En cogestión con el municipio, constituida y mantenida por la Asociación José Martins de Araújo Júnior, le permite (dado su figura de Organización Social) tercerizar para la cogestión, bajo la forma de responsabilidad compartida entre el sector público y la sociedad civil, por medio de un Consejo Administrativo que se compone de 5 miembros del Estado y 5 de la Asociación.

La Organización Social Volta Para Casa apunta a constituirse en un órgano de control ciudadano en el área de Salud Mental del municipio de Santo André, ya que por primera vez una asociación de usuarios, familiares y trabajadores se dedica al gerenciamiento de servicios públicos de salud en forma conjunta con el municipio. Es de destacar que un 30% de sus trabajadores son usuarios o familiares de usuarios de Salud Mental y su propia directora es una usuaria. Cuenta con 40 personas, que también son usuarios, contratadas en los diferentes proyectos.

El convenio firmado entre la Organización y la Secretaría de Salud de Santo André tiene por objetivo la gestión conjunta de Residencias Terapéuticas, del Programa de Reducción de Daños (que cuenta con el apoyo de la Red URB-AL 10 -Urbanidades en América Latina- de la Comunidad Europea en el tema “Droga y ciudad”) y de los Talleres de Generación de Renta del Núcleo de Proyectos Especiales.

Entre los diferentes proyectos con que cuenta la organización podemos mencionar las Residencias Terapéuticas; el Núcleo de Proyectos Espe-

ciales; Talleres Terapéuticos en los NAPS; Comisión de Defensa de los Derechos del Usuario de Salud Mental; Asesoramiento Jurídico Gratuito a Usuarios de Salud Mental; Publicación del Jornal “Voces de Salud Mental”, financiado con apoyo de la Comunidad; Orientación a Proyectos de Usuarios de Salud Mental; Investigación; Capacitación de Cuidadores y Usuarios para Formación de Grupos de Generación de Renta Íntegra.

### 2.2.3. La residencia terapéutica

Inserta en la Comunidad y ubicada a pocas cuadras del NAPS II, convive un grupo de usuarias beneficiarias del Programa Vuelta a Casa.

Su función es brindar vivienda y promover la reinserción social de pacientes que fueron externados de hospitales psiquiátricos y que no cuentan con un soporte familiar o social adecuado.

No obstante, hay un intenso trabajo de re-vinculación con la propia historia y con la familia, consiguiendo en algunos casos, en los que ni se sabía exactamente el nombre verdadero de la usuaria, recuperarlo y así recuperar identidad y lazo. Algunas de las residentes reciben visita de familiares.

Es de destacar que se trata de viviendas, adecuadas como tales, con la clara concepción de no reproducir un ámbito hospitalario, que tienen una organización comunitaria, en la cual las decisiones se toman y los conflictos se resuelven respectivamente en la asamblea de sus moradores, coordinadas por la responsable del proyecto.

Los usuarios reciben un subsidio del Programa (equivalente a un sueldo mínimo) y algunos de ellos tienen una pensión que les brinda el Estado en carácter de “indemnización” por el daño producido por los años de internación.

En las distintas residencias viven 28 personas que antes fueron pacientes hospitalizados, y cuyos cuidadores o responsables, muchas veces, son otros usuarios que recibieron formación para tal fin, participando de ese modo del programa de generación de renta.

### 2.2.4. El Núcleo de proyectos especiales

En el acceso al servicio un cartel reza la siguiente leyenda: “Servicio de salud que objetiva la reinserción social y productiva de los usuarios de salud mental del municipio de Santo André”.

Se trata de talleres con el objetivo de generar una renta para usuarios de Salud Mental en las siguientes áreas: jardinería, huerta, ebanistería, video-filmación, música, digitalización, artesanía y reciclaje. Estos talleres cuentan con el apoyo de la Secretaría de Salud de Santo André y de miembros de la Comunidad para la comercialización de sus productos.

### 2.2.5. La Unidad de reducción de daños

Con el fin de abordar en terreno aquella población en situación de mayor vulnerabilidad, se realiza un trabajo de campo para promover conductas de autocuidado, apoyándose en la provisión de algunos insumos: preservativos, jeringas, información, etc.

Se trata de un programa conjunto de la Secretaría de Salud de Santo André y la Comunidad Europea a través de URB-AL, destacándose que en dicho municipio la línea de reducción de daños es Política de Estado.

Uno de los fundamentos de la política de reducción de daños se basa en el hecho de que casi el 90% de la población usuaria de drogas no adhiere a planes de tratamiento o rehabilitación basados en la abstinencia.

La política de reducción de daños se propone trabajar con población vulnerable, que habitualmente no accede a los dispositivos sanitarios y sociales (usuarios de drogas, trabajadoras sexuales) para disminuir los riesgos, daños sociales y de salud.

Según sus registros, sólo cuatro de cada diez usuarios de drogas son per-

sonas laboralmente activas en el circuito formal de empleo, en tanto las seis restantes desarrollan actividades informalmente o están desocupados.

Las acciones que se desarrollan son habitualmente de contacto o de entrega de kits (jeringa, vasito, agua, elementos de desinfección, protector labial) y preservativos.

El programa lleva contactadas aproximadamente 2000 personas, de las cuales sólo 20 han solicitado tratamiento, pero ha permitido acercar usuarios al sistema de salud en otras áreas críticas, como ginecología y obstetricia, HIV, etc.

### 2.3. Niteroi

Niteroi tiene una población de clase media baja de aproximadamente 450.000 habitantes y dispone de 30 camas para internación de pacientes en episodios agudos. La corta duración de estas internaciones (24-72 horas) se apoya en la capacidad de seguimiento intensivo del sistema de atención ambulatoria, que se hace cargo del proceso de acompañamiento post-alta.

Disponen de 12 camas para casos de dependencia química, situaciones de intoxicación o abstinencia.

La red asistencial está integrada por 5 CAPS: 3 CAPS II, un CAPSad y un CAPSi.

Los CAPS II atienden 270 pacientes uno y los otros dos con 900 pacientes catastrados y 390 en atención mensual. El CAPSad asiste a unos 300 pacientes y posee 2 camas para desintoxicación en casos relativamente "leves". El CAPSi tiene 75 niños y adolescentes en tratamiento y cuenta con 2 camas para descomprimir situaciones de crisis.

La Casa de Salud de Niteroi tenía 120 camas siendo su dotación actual de 107 camas. Hay una clínica privada con 30 camas para hombres.

Existen además 6 Centros Ambulatorios de Salud Mental, que reciben pacientes graves con visitador domiciliario. Tienen unas 1200 consultas mensuales y unos 350 pacientes.

Igual que en el resto de Brasil el proceso de reforma tuvo como primer objetivo la atención de la psicosis por ser la población más vulnerable.

Los médicos de familia se desempeñan en el Programa de Salud de la Familia y realizan tareas de atención primaria de la salud, los cuales están integrados con los programas de salud mental.

Se cuenta con un servicio de recepción de emergencias, que realiza un diagnóstico situacional, lo que indirectamente ha revalorizado la función de la internación psiquiátrica, que en el viejo modelo cumplía un pobre papel. Se producen 87 internaciones por mes con una estadía promedio de 40 días, promedio que está aumentado por algunos casos que han llegado a estar internados hasta tres años.

En el Hospital se realizan residencias médicas, de psiquiatría, de salud mental y se realizan pasantías por los CAPS y Centros Ambulatorios.

Cuentan con un servicio propio de emergencias a domicilio, que en principio fue cubierto por los bomberos con quienes discutían la situación y la intervención. Con posterioridad se inauguró el SAMU, que aún no cuenta con psiquiatra.

La medicación psiquiátrica es provista por el Municipio y la de alto costo por el Estado Federal.

En el predio de la Universidad Federal de Río de Janeiro funciona el Instituto de Psiquiatría de dicha Universidad (IPUB), que cuenta con 60 camas para la internación de pacientes en crisis.

El primer abordaje que realizó el IPUB fue sobre casos graves (psicosis y pacientes crónicos). Brinda además tratamiento de Hospital de Día para pacientes graves, pero con un abordaje más tradicional que el de los CAPS. El hecho de no tener asignada una población determinada territo-

rialmente hace más difícil la tarea de reinserción del paciente a su medio, ya que muchos de ellos provienen de lugares distantes.

En esta modalidad de tratamiento hay también pacientes con Alzheimer y con dependencia de alcohol y drogas. Además de la tarea asistencial, se ocupa de la formación y capacitación de posgrado a médicos, psicólogos, enfermeros y brinda especialización en Alcohol y Drogas, Familia, Atención Psicosocial, Psiquiatría, Psicología y Psicogeriatría.

## 3. ¿Qué nos deja la reforma psiquiátrica iniciada en Brasil?

El sistema de atención de salud mental en Brasil se encuentra en pleno proceso de transformación, apoyado en la reorientación de los recursos económicos y en un fuerte compromiso por parte del recurso humano involucrado.

En las jurisdicciones donde la reforma avanza, es evidente el gran desarrollo que ha tenido el sistema de atención ambulatoria, especialmente orientado a las necesidades de los pacientes más graves, con una distribución territorial racional y una fuerte motivación de los equipos profesionales y no profesionales.

El desarrollo de la estructura de atención ambulatoria es una de las claves del proceso de transformación.

Las líneas directrices de las políticas se generan en el nivel Federal (nacional) y se implementan desde cada Municipio, lo que expresa una firme voluntad de descentralización, cuyo funcionamiento es facilitado por la forma organizativa del SUS.

El eje de la reforma y de la política pública de salud mental se ha centrado en los desafíos de la atención comunitaria, marcada por la intersectorialidad.

Los conceptos de red y territorio han sido pilares fundamentales del proceso de reforma, entendiéndose que la red no sólo abarca la simple disposición de las Unidades de Salud, sino también el aprovechamiento de la diversidad de recursos presentes en el territorio, dotados de movilidad y de interconexiones en función de las necesidades de esa población.

Cuando la red es efectiva disminuye tanto la necesidad de hospitalizaciones como la duración de las mismas, lo cual se traduce en un menor número de camas ocupadas y por lo tanto en una menor necesidad en cuanto al volumen de dotación de camas.

En su forma actual y tal como está concebido, la sustentabilidad del sistema se reconoce como muy dependiente de un fuerte compromiso ideológico y actitud militante tanto de parte de los decisores como de los profesionales y no profesionales involucrados directamente en la actividad asistencial, lo que es reconocido por los responsables de la conducción como una preocupación para un futuro no lejano.

La posición altamente crítica y opuesta a la Reforma que mantiene la Asociación Brasileña de Psiquiatría podría generar algún interrogante a futuro, en función de su poder como organización científica y de cómo el propio proceso de reforma sortee las dificultades que se le presenten, teniendo en cuenta que, a pesar de todo lo transitado, aún está en sus comienzos en términos de proceso histórico.

La política de Salud Mental tiene un mecanismo de asignación de recursos que funciona como incentivo según el grado de responsabilidad y compromiso de cada ciudad o municipio con el modelo. La construcción de la reforma de Salud Mental tiene soporte jurídico, político y financiero. Se puede observar que desde sus inicios existe un posicionamiento ético y una decisión política orientada a darle prioridad a los problemas de salud mental más severos.

Los indicadores muestran que aumentó la localización de recursos territoriales y el acceso de los usuarios a la red. En los últimos diez años se triplicó el número de recursos de Salud Mental comunitario (Ministério da Saúde, 2007).

Según los funcionarios entrevistados se reconoce como debilidad el sistema de información, pero se están construyendo indicadores a nivel de país.

Los conceptos de “cuidado” y “acogimiento” ocupan un lugar muy importante y se sostienen como valores de la reforma. La reforma tiende a des-psiquiatrizar la vida y acepta los riesgos implícitos en la búsqueda de mayor autonomía. Es una clínica de riesgo, se asume el riesgo.

Se opera en contextos no formales. Las acciones culturales son una parte importante de la política, existe una gran producción cultural.

La obtención de una renta es importantísima para los usuarios, ya que hace una gran diferencia en los hogares de los pacientes. El subsidio del programa Vuelta a Casa, por ejemplo, se cobra con tarjeta bancaria, y muchas veces los pacientes son los únicos que tienen tarjeta bancaria en la familia. Esto los coloca en un lugar distinto de aquel que los estigmatizó durante años.

La sustentabilidad de la reforma requiere también de la adecuación de la formación profesional y no profesional, en función de las necesidades de este nuevo modelo.

La reforma es un espacio para articular clínica y política, produce un cambio en ambas. Hay un esfuerzo permanente y a veces difícil de articulación entre el SUS y los CAPS.

La Reforma se asienta en:

- el compromiso asumido como política de Estado independientemente del gobierno central de turno;
- la participación activa de los Estados Provinciales y los Municipios. En aquellos donde este compromiso es escaso la Reforma avanza mucho más lentamente;
- la participación en los distintos niveles decisorios de funcionarios, profesionales y usuarios;
- el compromiso, de carácter militante, del equipo interdisciplinario, que se transmite a usuarios y familiares.

Fortalezas y oportunidades

- La propia Reforma del modelo de atención, que se evidencia en la drástica disminución de camas de tipo asilar, a la vez que se multiplicaron en número y diversidad los dispositivos de base comunitaria.
- Recuperación de la subjetividad y los derechos civiles de los pacientes crónicos y graves. Construcción de ciudadanía.

- Reinserción, en muchos casos, de los usuarios en su medio familiar y social, con un nuevo estatus revalorizado.
- Reinserción efectiva de los usuarios en el mercado competitivo a través de la recuperación y estimulación de sus capacidades remanentes, dando la oportunidad, su vez, de crear una economía auto-sustentable tanto para el programa como para los usuarios y sus familias.
- Las políticas de reforma psiquiátrica gozan del apoyo de los principales organismos internacionales así como del consenso de los profesionales
- En América Latina son escasos los procesos de reforma psiquiátrica por lo que el proceso puesto en marcha en Brasil podría ser tomado como modelo por los países vecinos.

Debilidades y amenazas

- La implementación del modelo fue pensada desde los trastornos mentales graves y de evolución crónica, con poco desarrollo para la población afectada de problemas menos graves.
- El número de Psiquiatras comprometidos con la Reforma es insuficiente para las necesidades actuales.
- No existe una evaluación sistemática del sistema de atención, por lo que no se cuenta con información confiable y oportuna para mejorar y fortalecer el modelo.
- No se han desarrollado indicadores para la evaluación de los CAPS, de la Red, de las Residencias, etc.
- La formación universitaria aún no se ha adecuado a las nuevas necesidades y cambios de paradigma.
- Los Municipios poco comprometidos con la Reforma retrasan la implementación de la misma.
- Incertidumbre sobre la sustentabilidad del modelo como política de estado, más allá del gobierno actual.

A pesar del tiempo transcurrido, la transformación del modelo de atención en salud mental en el Brasil se encuentra aún en pleno proceso. Algunos de los resultados ya son evidentes como también son evidentes algunos interrogantes hacia el futuro, especialmente acerca de la sustentabilidad en el tiempo y el recambio generacional de los actores. Independiente del destino del proceso en marcha, la experiencia acumulada ya genera evidencia para la toma de decisiones, evidencia que debe orientar el “hacia dónde” y debe también funcionar como límite para eventuales decisiones políticas coyunturales o arbitrarias. Para ello es necesario destinar parte de nuestro esfuerzo a la implementación de procesos de evaluación sistemática, documentación, publicación y difusión de la evidencia acumulada.

## Bibliografía

- Amarante, Paulo. 1991. Breve historia da Psiquiatria no Brasil. In Amarante, Paulo (ed.) Psiquiatria social y Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- Beines, Federico. 2004. Saúde mental no Brasil e na Argentina: uma comparação geohistórica.
- Kantorski, L. P.; Pitiá, A. C. A. y Miron, V. L. A reforma psiquiátrica nas publicações da revista “Saúde em Debate” entre 1985 e 1995. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.4, n.2, p. 03 – 09, 2002. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>
- Lei n.º 36/98, de 24 de Julho 2001 - Saúde Mental - Brasil
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2003 Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2004. Vigilância Ambiental em Saúde. Textos de Epidemiologia. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF 2004
- Ministério da Saúde. 2005 Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005
- Ministério da Saúde. 2007 Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006 Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília – Janeiro de 2007
- Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. OMS. Washington DC. 2002.
- Organización Mundial de la Salud. “Invertir en Salud Mental”. OMS. Ginebra. 2004.
- Organización Mundial de la Salud. “El Contexto de la Salud Mental”. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos S.A. Ginebra. 2005.
- Programa de Saúde Mental do Município de Niterói. 2006. Prefeitura de Niterói. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação Municipal de Saúde.
- Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Rua Antônio Prado, 430. Sousas. CEP 13106-042 Campinas/SP Brasil. [www.candido.org.br](http://www.candido.org.br)