



LA SALUD MENTAL EN LA REDEMOCRATIZACIÓN DE BRASIL

Guilherme Augusto Souza Prado

izzyitba@gmail.com

Postgrado Psicología Clínica y Subjetividad
Universidade Federal Fluminense

Abstract:

El presente texto tiene por objeto abordar la locura, como enfermedad mental y anormalidad en su aspecto relacional. Destacando las inflexiones de poder y las implicaciones políticas de la Reforma Psiquiátrica en la historia reciente de Brasil.

La locura ha sido históricamente asociada a la enfermedad mental y a la anormalidad (Foucault, 1978). Sin embargo, la normalidad y la anormalidad son conceptos virtuales que derivan de una relación dialéctica de abstracción, que trata de una curva estadística, y no podemos tratarlas como algo *en sí mismo*, ya que son relacionales.

La psiquiatría, el saber acerca de la locura, trata de ella sin tener en cuenta que lo anormal es sólo una entidad virtual de lo que se considera socialmente normal. Es imposible definir la esencia de la enfermedad mental.

La historia del saber psiquiátrico es cruzada por el concepto de poder. Esto lo podemos ver tanto al hablar de las distintas modelaciones conceptuales de la locura como si miramos hacia el individuo loco, sujeto a diversas sanciones sociales cuando se aliena del sistema simbólico del grupo al que pertenece o resiste a comportarse con cohesión según su repertorio cultural.

Por lo tanto la comprensión de la locura se ha demostrado profundamente divergente en varias culturas e incluso dentro de la misma cultura con el pasar del tiempo, ya que las prácticas sociales a la esfera de la desviación y la enfermedad mental dicen respecto a mecanismos de históricos que las sociedades practican.

La psiquiatría es, ante todo, un instrumento de la sociedad para hacer frente a la locura y por lo tanto refleja su mentalidad, nunca es pura o imparcial. Es, sobre todo, un mecanismo habitual y silencioso, que se realiza amparada por el precepto de verdad incontestable en nuestro mundo (Amarante, 1996a).

Consecuentemente, se hallan en campo psiquiátrico actitudes derivadas del tratamiento empírico o enunciados meramente morales como, por ejemplo, el secuestro de las personas que se torna indicación clínica o, bajo el mito del sujeto peligroso, estrategia social de exclusión. Y el laboro, que otrora era castigo, se convierte en indicación terapéutica. Un proceso que se desdobra en eugenesia y, no raro, esterilización de las clases bajas, con base en la creencia de que estas clases sean más propensas a defectos hereditarios y a los trastornos por factores ambientales (Costa, 1981).

En Brasil, la Liga Brasileña de Higiene Mental, fundada en 1923 por Gustavo Riedel, y la creación del Departamento Nacional de Salud en 1937 por el primer gobierno Vargas (1930-1945) tuvo la eugenesia como filosofía, una clara influencia del nazismo, y tomando la prevención como una coartada, la psiquiatría amplió su campo de actuación para la demografía y empezó a hacer cargo de la política, de la *raza* que constituiría la sociedad (Resende, 1987).

Según Resende (1987), la Psiquiatría nació en Brasil en la época del Imperio (1822-1889) vinculada a las instituciones religiosas, en la Primera República (1889- 1930), se tornó laica y fue asignada a la medicina de facto -, pero aún tenía la misma función de exclusión y custodia de una generalidad de individuos considerados marginales, retrato de eso es que el 90% de la clientela del Hospicio Nacional para Alienados se clasificaba en la categoría vaga de degenerados atípicos. De la conciencia de la inclusión de la psiquiatría en el campo socio-político, tuvimos la llamada Psiquiatría de Masa en los 1980, y a

partir de 1988, con el Sistema Unificado de Salud (SUS) pasamos a la atención extra-hospitalaria, a los ambulatorios, a los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Consiguientemente, podemos afirmar que es imposible delinear históricamente la psiquiatría en Brasil sin tomar en cuenta las relaciones de poder que cruzaron la historia del país.

Aunque no haya en Brasil datos suficientes y fiables sobre la clientela de nuestros asilos, su variación, las características, los tratamientos, las condiciones o mismo el número de ingresos, Figueiredo y Filho (1996) concluyen que por observación empírica, podemos decir que hubo más internaciones debido a la posición social que a causas psicopatológicas. Y la falta de información impide una mejor comprensión de los vínculos entre la psiquiatría y la realidad brasileña, además de favorecer la arbitrariedad de algunas doctrinas de represión, confinamiento y control.

Además, políticas gubernamentales confusas y conflictivas dificultan el trabajo de críticas al sistema asistencial o la acusación de contradicciones entre discursos y prácticas. Así corremos el riesgo de incurrir en injusticias y resbalar en acciones complicadas en los niveles técnico o político.

Paralelo a esto, la Constitución brasileña de 1988, acuñó el concepto de salud como un derecho universal y deber del Estado y a partir de la creación del Sistema Único de Salud (SUS), la salud mental también pasó a formar parte directamente de la agenda de políticas públicas. En ese intermedio, una serie de mejoras se han logrado, desde la creación de espacios de convivencia entre los *sanos y locos*, hasta el establecimiento plantones y el tratamiento de enfermedades mentales en el medio extra-hospitalario (Amarante, 1996b).

Por medio de la cualificación de la convivencia entre profesionales, usuarios, familiares y comunidad como un todo, se puede lograr una desmitificación significativa de los pacientes psiquiátricos y de sus enfermedades. Al pensar globalmente la experiencia de la locura, podemos agenciar la inclusión local de los desviantes en nuestra convivencia comunal.

La regionalización de los servicios de salud y cuidado de la locura proporciona a las instituciones mejores capacidades de discernimiento y de

relativización de los contenidos que reciben, y la administración compartida y transversalizada facilita la actuación más incisiva junto a la población asistida. En el sistema de co-gestión de la atención psicosocial, las reuniones de los consejos administrativos deben articular el proceso de atención para ayudar en las cuestiones técnicas y con la posterior identificación de fallas en el servicio.

La Reforma Psiquiátrica fue se construyendo a través de coloquios, seminarios, conferencias y reuniones de diversos tipos, formales e informales, por los servidores, técnicos, asistentes, administradores, usuarios y pensadores de las diversas partes de la Salud y Salud Mental. Lo que fue traducido en documentos oficiales y prácticas pioneras en la vida cotidiana de las instituciones, cuestionando y re-significando la relación entre la locura y la enfermedad a través de la idea de promoción de salud en contraposición a la concepción intervencionista en salud, sea ella curativa o preventiva.

En Brasil, la atención psiquiátrica se ocurre según tres proposiciones difíciles de conciliar. A) La indicación social, de alejamiento social del elemento perturbador de la convivencia común, de exclusión de él; b) la indicación clínica, que pretende curar el sujeto patológico y C) la función asistencialista, de cuidado y minimización del sufrimiento, heredada de las instituciones de beneficencia brasileñas. Estas tres instancias de atención a los desviantes legitiman una serie de medidas - como eliminación, detención, acogimiento integral y tratamiento - crónicas de todas las instituciones de asistencia a la población excluida.

La corresponsabilización de trabajadores, usuarios y familiares fue un factor decisivo en el desafío común de construcción de una nueva práctica de la salud mental pública. En este compromiso se originó la definición de salud como resultado de una serie de interacciones con el campo social, y por eso, la acción para la salud es parte de la lucha global para la transformación social.

La reforma de la atención de salud mental empezó en los años setenta y en los ochenta, se hizo concomitante al Movimiento de Reforma Sanitaria y inserta en el contexto de la redemocratización de Brasil y la reanudación de los Movimientos Sociales, o sea, luchando por los mismos valores que la sociedad.

De hecho, aquellos que trabajaban en el cotidiano, a veces violento, de las instituciones, en el cruce de las contradicciones y cuestiones de la práctica, acreditaban en la posibilidad de transformación inspirada por el clima político y cultural. Comenzaron a hacer visibles los dispositivos de segregación y violencia de las instituciones psiquiátricas exigiendo cambios en el campo.

A menudo, la psiquiatría es vehículo de violencia social. Su reparto es el manejo con los que la sociedad proyecta sus fracasos y defectos. Frecuentemente, el abuso sistemático de la fuerza contra aquellos ya social y simbólicamente violentados ocurría sin restricciones en manicomios brasileños.

De manera que la lucha contra los malos tratos en el interior de todas las instituciones se incluyeron en el amplio movimiento de democratización del país, incorporando, además de las reivindicaciones por los derechos humanos, la lucha por la amnistía completa y por las elecciones directas.

En conclusión, en Brasil, el pésimo estado de los casi todos los asilos es consecuencia directa de la función de exclusión de los indeseado y desviantes de todas las categorías. Desde fines del siglo XIX, con la insurgencia en el país del capitalismo industrial y la intrínseca necesidad de mano de obra para la producción, la psiquiatría ya no pudo simplemente etiquetar a las personas y secuestrarlas del ámbito social, pues había demanda de potencial productivo. Actualmente, la lógica de la enfermedad se basa en otras intervenciones, una vez que la intención es no más aislar los desviantes, pero recuperarlos, para que ellos produzcan, ejerciendo normalización y control, más que custodia.

No hay estudios epidemiológicos de hecho precisos, pero podemos especular acerca de los problemas sociales que están detrás de internaciones por cuenta de una categoría tan amplia como *neurosis*, aparte las relacionadas a las drogas; ambas, causas recurrentes de hospitalizaciones en los servicios de salud mental públicos y privados. La institucionalización del paciente psiquiátrico ocurre de manera que cuanto más tiempo él pasa dentro de la institución, peor se pone. Además, sutiles estrategias de dominación y control, principalmente, hoy en día, la hiper-medicalización, corroboran esta situación.

Desde la década de 1990, hubo la incorporación procesos artísticos en las estrategias de cuidado (Yasui, 2010). El proceso de deconstrucción del manicomio, que va más allá de la simple desarticulación material del hospital psiquiátrico, ha favorecido a todos los actores a emprender por medio de la libertad de expresión la búsqueda por una nueva estética y una nueva ética de dignidad y que sea respetadora para todas las instituciones de cuidado en salud mental. Por fin, los procesos de inclusión y exclusión se desarrollan en el campo donde las ideas de libertad y solidaridad enfrentan las de control y segregación, y junto al derecho a la salud, amplia y sin restricciones, constituye la base de la democracia de un país y de la ciudadanía de su pueblo.

Referencias Bibliográficas:

AMARANTE, P. (1996a) O homem e a serpente: outras histórias para a loucura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P. (1996b) Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

COSTA, J.F. (1981) *História da Psiquiatria no Brasil*: Um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus.

FIGUEIREDO, A. C. FILHO, J. (1996) Ética em saúde mental. Rio: Topbooks.

FOUCAULT, M. (1978) *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.

RESENDE, H. (1987) Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. En: TUNDIS, S.A., COSTA, N.R. (Eds.) *Cidadania e Loucura*: Políticas de saúde mental no Brasil (pp. 15-73). Rio de Janeiro: Vozes.

YASUI, S. (2010) Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.