



ESTADÍA DE DOCTORADO: TERAPEUTA OCUPACIONAL BRASILEÑO EN ITALIA. ACERCAMIENTOS ENTRE BRASIL Y ITALIA EN EL ESCENARIO DE SALUD MENTAL

PHD STUDY OF A BRAZILIAN OCCUPATIONAL THERAPIST IN ITALY: SOME
APPROXIMATIONS BETWEEN BRAZIL AND ITALY MENTAL HEALTH SCENARIO

**Cleber Tiago Cirineu¹, Regina Célia Fiorati², Toyoko Saeki³, Jimena Carrasco
Madariaga⁴**

RESUMEN

Se propone una reflexión respecto de la importancia que tuvo para un terapeuta ocupacional brasileño haber realizado una estadía de en el extranjero (Italia) durante el proceso de formación de doctorado, con énfasis en el método etnográfico como herramienta de investigación para el análisis de los sistemas de Salud Mental y Psiquiatría en Italia en el escenario actual. Esta experiencia fue posible en el marco del Programa de Doctorado Sándwich en el Extranjero, financiado por el Programa de Ciencia sin Fronteras del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Brasil, y consistió en una estadía como investigador en el Departamento de Filosofía, Ciencias Sociales, Humanidades y Educación de la Universidad Degli Studi di Perugia, Italia, entre el 1° de febrero de 2015 y el 31 de julio de 2015. Se realizó una inmersión en servicios de salud mental de la ciudad de Perugia, en la región de Umbria y una visita a la ciudad de Trieste con el objetivo de conocer la historia de la reforma psiquiátrica en Italia y la organización de la red y los servicios. La aproximación entre etnografía y Terapia Ocupacional permitió una cercanía a la realidad social, valorando los procesos de subjetividad y construcción de significado de todas las personas involucradas en la investigación. Todo lo anterior permitió hacer una revisión de datos respecto de la valoración y tipos de abordajes de aspecto de la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud mental.

PALABRAS CLAVES

Salud mental. Rehabilitación. Estadía. Educación superior.

- 1 Terapeuta Ocupacional. Doctor en Ciencias. Académico Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8986-9030>; ResearcherID: <http://www.researcherid.com/rid/C-2210-2019>
- 2 Terapeuta Ocupacional, Doctora en Ciencias. Académica Departamento de Neurociências y Ciências del Comportamiento. Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3666-9809> e ResearcherID: <http://www.researcherid.com/rid/H-2259-2016>
- 3 Enfermeira, Doctora en Enfermería. Académica Departamento Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo, Brasil.
- 4 Terapeuta Ocupacional. Doctora en Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona. Académica Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7073-1592>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:

CLEBER TIAGO CIRINEU. Universidad Austral de Chile. Unidad de Terapia Ocupacional. Campus Isla Teja s/n Casa 2A. Ciudad de Valdivia. Región de Los Ríos, Chile - Código Postal: 5090000; Teléfono: 56 63 248 2186; Email: clebercirineu@gmail.com

FINANCIAMIENTO:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Programa Ciência sem Fronteiras - CsF).



ABSTRACT

It proposes a reflection on the importance that a Brazilian occupational therapist had for a stay abroad (Italy) during the process of doctoral training in Brazil, with emphasis on the ethnographic method as a research tool for the analysis of the systems of Mental Health and Psychiatry in Italy in the current scenario. This experience was possible within the framework of the Foreign Doctorate Program, funded by the Science Without Borders Program of the National Council of Scientific and Technological Development of Brazil, and consisted of a stay as a researcher in the Department of Philosophy, Social Sciences, Humanities and Education at the University Degli Studi di Perugia, Italy, between February 1, 2015 and July 31, 2015. A mental health services immersion was carried out in the city of Perugia, in the region of Úmbria and a visit to the city of Trieste with the aim of knowing the history of psychiatric reform in Italy and the organization of the network and services. The approach between ethnography and Occupational Therapy allowed a closeness to the social reality, valuing the processes of subjectivity and construction of meaning of all the people involved in the investigation. All of the above allowed a review of data regarding the assessment and types of approaches to the daily life of users of mental health services.

KEYWORDS

Mental Health. Rehabilitation. Internships. Education higher.

Recibido: 26/12/2018

Aceptado: 03/06/2019

INTRODUCCIÓN

Programa de Doctorado Sándwich en el exterior (PDSE):

Brasil cuenta con programas de intercambio de estudiantes y académicos de Posgrado, cuyo objetivo es contribuir al intercambio de experiencias académicas y culturales; establecer convenios de cooperación y por este medio, estimular el crecimiento, la excelencia y la inserción internacional de los programas.

En el presente trabajo se reflexiona a partir de una experiencia de intercambio entre el programa de posgrado en Enfermería Psiquiátrica de *Ribeirão Preto* de la Universidad de São Paulo (EERP/USP) y el Departamento de Filosofía, Ciencias Sociales, Humanidades y de la Educación de la Universidad *Degli Studio* de *Perugia* (UDSP) Italia, que tuvo por propósito la inmersión del investigador principal en los servicios de cuidados en salud mental de dos ciudades en Italia.

El profesor Dr. Massimiliano Minelli del Departamento de Filosofía, Ciencias Sociales, Humanidades y de la Educación de la UDSP fue quien suscribió el acuerdo de estadía financiado por el Programa de Ciencia

sin Fronteras (CsF) del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) de Brasil y recibió como doctorando al investigador principal.

La estadía se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 1 de febrero de 2015 al 31 de julio del mismo año, lo cual implicó un periodo de seis meses durante los cuales, el investigador pudo hacer un seguimiento de los servicios de salud mental de la ciudad de Perugia en la región de Úmbria y una visita técnica a la ciudad de Trieste.

A partir de las observaciones realizadas en las estructuras de la red de salud mental, se dieron discusiones con el profesor Dr. Massimiliano Minelli y los profesionales de los respectivos servicios de salud mental.

Esta experiencia práctica permitió re-visitarse y revisar algunos datos que luego fueron trabajados en el análisis parcial de la tesis de doctorado, con la contribución y el apoyo de la antropología respecto de la valorización y abordaje de algunos aspectos de la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud mental.

Durante el periodo fue posible participar de seminarios relacionados al tema de salud mental, clases de antropología, acompañamiento del cotidiano de los servicios de salud mental, además de conversaciones con el profesor Minelli, profesionales y usuarios de los

respectivos servicios, vivencia que, sin duda, produjo transformaciones luego, en el proceso de análisis parcial de la investigación doctoral.

Durante el curso de la estadía se reforzó la observación de formas afectivas y efectivas de incluir al individuo en el contexto social y cultural, valorizando las singularidades de cada uno, empoderando y dando voz activa para que pudiesen hacer elecciones con responsabilidad y autonomía, ofreciendo así, un valor social del cuidado.

El presente ensayo es una invitación a recorrer la estadía realizada en el extranjero y a reflexionar respecto de las contribuciones para el proceso de formación académica durante el periodo de doctorado, con énfasis en dos aspectos: 1) el acercamiento a la etnografía y al método etnográfico como herramienta de investigación para la terapia ocupacional y 2) la posibilidad de conocer en profundidad el escenario de la salud mental en Italia, lugar que ha inspirado la reforma en Brasil.

Acercamiento a la antropología y al método etnográfico como herramienta de investigación para la Terapia Ocupacional

La antropología trata, de forma directa o indirecta, cuestiones de la salud preocupándose del significado que los diversos grupos o colectivos dan a sus procesos de enfermedad, entendiendo que este no puede estar disociado del concepto de cultura (Martin et al., 2006).

Por un lado, el trabajo del antropólogo es descifrar los significados cotidianos y las relaciones sociales tanto en el trabajo de campo —por medio de la observación etnográfica y entrevistas en profundidad— como en el análisis de los textos producidos en las culturas locales (Hammersley & Atkinson, 1995).

Por otro lado, el método etnográfico, inicialmente propio de la antropología, viene siendo utilizado de forma creciente para estudiar una variedad de temas en el área de la salud, pues abarca una forma básica de investigación social y una variedad de fuentes de información (Caprara & Landim, 2008).

El método etnográfico se entiende como una actividad intensiva de investigación en el territorio por un periodo determinado de tiempo, en contacto directo con los objetos de estudio y seguido por la sistematización en formato de texto de experiencia.

Por su parte, la Terapia Ocupacional se entiende como parte del paradigma psicosocial, el cual se enfoca en el desempeño de roles ocupacionales y desarrollo de habilidades con miras a la construcción de un cotidiano posible para las personas que viven en la sociedad (Benetton, 1996).

A partir de esta perspectiva, estudios acerca de personas con discapacidad (Cruz et al., 2016) evidencian la importancia del desempeño de papeles ocupacionales significativos para toda y cualquier persona - enfatizando aquí aquellas con sufrimiento psíquico -, el cual favorece la ampliación de relaciones sociales e independencia en las actividades deseadas, entendiendo que las mejoras en el desempeño de estos papeles pueden optimizar la mejora en el ámbito de la salud, la construcción de la ciudadanía y la maximización de la participación social.

En el contexto brasileño el recorrido de la Terapia Ocupacional está muy ligado a la psiquiatría y más específicamente, al campo de la Salud mental, distanciándose del modelo tradicional de tratamiento biomédico, rumbo a escenarios inciertos de intervención, a fin de promover un abordaje que se ocupe de los espacios donde habitar, trabajar y/o convivir de un modo real (Saraceno, 2001; Mângia, 2000).

Retomando el método etnográfico, el periodo de investigación se entiende como una construcción de saber teórico paralelo a la toma de datos (Pizza, 2005). En este caso, el proceso de investigación fue conducido con sensibilidad reflexiva, teniendo en cuenta la propia experiencia de campo, justamente con las personas que el investigador investiga (Geertz, 1989).

De acuerdo con los principios que sustentan la salud mental comunitaria y la superación de las lógicas del hospital psiquiátrico en el escenario italiano, el punto de partida es la participación social. En ese sentido, se resalta la importancia de comprender como las personas organizan sus vidas y sus propios cuidados de la salud en una red compleja y articulada de prácticas y recursos.

Si asumimos que, tanto la Terapia Ocupacional como la antropología se ocupan de la observación de prácticas cotidianas en diversos contextos sociales, el diálogo entre ambas disciplinas puede contribuir al entendimiento de los procesos de enfermedad y de cuidado



en un contexto singular, valorizando lo comunitario. De esta forma, la etnografía permite colocar en contacto y valorizar los saberes y las prácticas de las personas en las comunidades y con ello, se hace posible una interlocución entre Terapia Ocupacional y Antropología.

Por lo tanto, a partir de los presupuestos del método etnográfico, se entiende que éste posibilita un soporte significativo para la práctica de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la práctica y investigación ya que ambas están en contacto cercano y constante con la vida cotidiana de las personas, valorizando sus costumbres, valores, las relaciones humanas y la cultura. De acuerdo con Gutierrez y Pujol (2009), esa aproximación entre etnografía e Terapia Ocupacional permite una cercanía a la realidad social, valorando los procesos de subjetividad y construcción de significado de todas las personas involucradas en la investigación.

Sin embargo, la producción de conocimiento en Terapia Ocupacional en los diferentes contextos de vida, a través de la etnografía, tiene estrecha relación con el intento de comprender al individuo de manera singular y colectiva, y por lo tanto, implica una responsabilidad y compromiso ético con todos los que están involucrados (Gutierrez y Pujol, 2009).

La aproximación etnográfica, por lo tanto, posibilita una comprensión global y compleja de la práctica de terapia ocupacional al tener en cuenta las dimensiones subjetivas y de significados, y es por lo tanto una herramienta de estudio y reflexión sobre la práctica ocupacional.

Para Spencer, Krefling y Mattingly (1993) la profundización en el método etnográfico como herramienta de investigación para la Terapia ocupacional posibilita aproximar los contextos entre la persona que investiga y el objeto y/o fenómeno que se investiga, puesto que facilita el acceso a la dimensión ocupacional de las personas, incluso en un trabajo realizado con personas que presentan problemáticas específicas en distintas áreas de su vida.

Magasi y Hammel (2009) señalan que la etnografía permite una interacción entre experiencia humana, construcción social y política pública, hecho que puede facilitar las prácticas de investigaciones en Terapia Ocupacional. Para Taylor (2008) el uso de la etnografía como forma de acceder a la ocupación, puede evidenciar los

roles ocupacionales y la relación y interrelación entre diferentes prácticas ocupacionales.

Para la inmersión de campo que acá se relata, se utilizaron registros de las observaciones en notas de diario de campo, las cuales se entienden como construcciones narrativas a partir de percepciones del investigador durante todo el curso de la estadía.

A partir de las visitas de observación en distintos centros de salud mental, diálogos con profesionales, usuarios y trabajadores, y su correspondiente elaboración en las notas de campo, fue posible conocer aspectos de la historia de Trieste y Perúgia, el actual contexto de salud mental en Italia y formas de tratamiento inclusivas y efectivas, tanto en el aspecto estructural del sistema como de las relaciones afectivas entre los involucrados.

Así, fueron emergiendo algunas cuestiones, tales como: ¿qué cambios han ocurrido en salud mental? ¿En qué ámbito han sido estos cambios? ¿En la sociedad, en las prácticas de atención o en el cuidado que ejercen los operadores?

La experiencia de conocer el escenario que inspira la reforma psiquiátrica en Brasil: la salud mental en Italia

Antes que todo es importante hacer la distinción entre los términos trastorno mental y sufrimiento psíquico, puesto que remiten a cosas distintas: el primero se refiere a una alteración de orden psíquico, emocional o mental que se traducen a un diagnóstico clínico, mientras que el segundo remite a experiencias derivadas de cualquier sufrimiento que resulte de cambios y/o transformaciones en el repertorio cotidiano, que puedan fragilizar a los individuos por cuanto traspasan sus propios límites o capacidades (Cavalcante & Silva, 2011).

Para efectos del presente trabajo se utiliza el término trastornos mentales en concordancia con las definiciones que establecen distintos documentos y el uso que se hace en el contexto estudiado, sin embargo, cabe señalar que para los autores es más pertinente hablar de personas que se encuentran en sufrimiento psíquico y que, como consecuencia, enfrentan varias dificultades en la vida cotidiana, que afectan la participación en actividades significativas (Kielhofner et al., 2004).

A modo de contextualizar el escenario de salud mental en Brasil, cabe señalar que la ley 10.216 de 2001 establece un modelo de atención en salud mental abierto y de base comunitario con la garantía de que las personas con trastornos mentales puedan circular libremente por los diversos servicios y estructuras conforme a los recursos disponibles y ofrecidos por la comunidad. Este modelo contempla una red de servicios y varios equipamientos, entre los cuales destacan los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRTS), los Centros de Convivencia y Cultura, camas de atención integral (en hospitales generales y CAPS especializados) y Programa Vuelta a Casa, el cual ofrece mantención para egresos de largas internaciones en hospitales psiquiátricos (Brasil, 2013).

Según Yasui (2010) los CAPS son el principal instrumento implementado por la política de salud mental, puesto que posibilitan una amplia red de cuidados con una fuerte alianza entre distintos segmentos sociales, servicios, actores y ciudadanos.

El trabajo primordial de los CAPS es la rehabilitación psicosocial, la cual se entiende como una estrategia que emerge en el momento en que la persona no tiene las condiciones para producir su propia vida, es rechazada por la comunidad y requiere de apoyo para producir sentido de ciudadanía (Saraceno, 1998).

Los CAPS son considerados puntos estratégicos de la Red de Atención Psicosocial (RAPs). Son servicios de carácter abierto y comunitario, substitutivos del modelo asilar, cuentan con equipo multi profesional especializado en la intervención de personas con trastorno mental, la asistencia en crisis o en el ámbito territorial y en los procesos de rehabilitación psicosocial (Brasil, 2013).

Los CAPS son servicios regulados por la ordenanza GM nº 336, de 19 de febrero de 2002. De acuerdo con el reglamento, los CAPS pueden ser clasificados según complejidad y población en la que se enfocan, en tipo I, II, III, infantil, alcohol y drogas, organizados por orden creciente de complejidad y alcance poblacional. De este modo, deben abordar los trastornos mentales severos y persistentes bajo una lógica de territorialidad en régimen intensivo, semi-intensivo y no intensivo (BRASIL, 2002b).

Estos centros, son parte del Servicio Universal de Salud (SUS), que desde su instauración a dado relevancia a la Terapia Ocupacional. En particular, dado el énfasis de las políticas y servicios de salud mental, la profesión ha cobrado protagonismo, ya que se alinea con la consolidación de un modelo de atención en la comunidad con base en servicios extrahospitalarios y, específicamente, a partir de 2002, cuando se inician intervenciones de salud con el objetivo de reinserción social (Beirão, Alves, 2010).

Amarante (2007) señala que los CAPS pueden funcionar los cinco días hábiles de la semana o más, pudiendo mover su horario a los fines de semana según su tipo.

El contexto histórico que sienta las bases del modelo brasileiro, está ligado a la década de 1960 en Europa, cuando se dan movimientos en Francia, Inglaterra e Italia que van a romper con la lógica reduccionista y violenta de la psiquiatría, valorizando las relaciones entre todos los involucrados en el tratamiento.

De lo anterior se desprende una primera pregunta para el proceso de investigación: ¿qué ocurría en esos años en Italia?

Recordemos que los primeros indicios de la reforma iniciada por Basaglia en Italia se encuentran en la ciudad de Trieste. Por tal motivo, se realizó una visita técnica a dicha ciudad a fin de recabar antecedentes de la historia y del presente. A continuación, se presentan algunos de los datos obtenidos por medio de entrevistas a profesionales de salud mental.

La ciudad de Trieste vivió por mucho tiempo bajo el dominio del Imperio Austro-Húngaro. Luego, en el año 1904, entró en vigor una ley sobre la peligrosidad social que buscaba preservar los derechos civiles y humanos en el contexto italiano.

Por una ley del año 1968 los individuos de la tercera edad y que poseían alguna discapacidad, tenían derecho a trabajo, hecho que posibilitó una ampliación de los derechos sociales. Quizá este antecedente haya sido relevante, ya que en ese mismo año (1968) se inicia un proceso de reforma de los derechos civiles que, dentro de sus temáticas cuestiona al hospital psiquiátrico.



En 1971 tiene lugar el cierre de los manicomios de la ciudad de Trieste con la consecuente transformación de las prácticas terapéuticas. Renata Bracco, asistente social de salud mental, relata que previo a esto el *Parco San Giovanni*, el mayor manicomio de Trieste, estaba repleto de niños que crecieron en ese lugar. Eso se daba por el simple hecho de que sus madres eran tratadas ahí, generando en esos niños grandes dificultades para el desarrollo de sus capacidades.

Luego, el 13 de mayo de 1978 se aprueba la ley 180 de Franco Basaglia, la cual prohíbe la recuperación de los viejos manicomios y la construcción de nuevos, reorganiza los recursos para la red de atención y cuidados de personas con trastorno mental, prevé la ciudadanía y los derechos sociales de los pacientes y garantiza el derecho a tratamiento de calidad (Pitta, 1984). Con esta ley además, hay una descentralización de las regulaciones, con lo cual todos los territorios de Trieste pueden hacer diferencias para la aplicación de la ley según las particularidades de sus zonas geográficas.

Un punto importante introducido en la ley 180 de 1978 es la participación de la familia en el contexto del tratamiento psiquiátrico tanto durante las primeras crisis como en las condiciones crónicas, lo cual es tomado también por el modelo brasileño, que destaca la importancia de incluir a la familia en el proceso de rehabilitación de personas en sufrimiento psíquico, enfatizando que el proceso de cuidado requiere de una participación de todos los integrantes del contexto familiar.

Hoy en día los triestinos dicen que es importante resaltar que la “superación” es diferente del “cierre”, ya que no basta con cerrar los manicomios si se reproducen sus prácticas en otros servicios y/o dispositivos. Es necesario poner en evidencia una nueva forma de cuidado, superando las prácticas de tutela y confinamiento para que puedan emerger prácticas que posibiliten la autonomía del individuo respecto de su propia vida, sin olvidar que, el objetivo de la superación del hospital psiquiátrico siempre fue garantizar la equidad en el acceso a los tratamientos.

En el año 1997, cerca de veinte años desde la superación del hospital psiquiátrico en Italia, la región de Trieste logró un fondo regional de salud de administración autónoma, que apoya al control de la gestión, del cual

un 5% es direccionado a salud mental y 18 millones de euros son asignados para fármacos, rehabilitación, profesionales, bolsas de trabajo, entre otros.

Actualmente Trieste cuenta con cuatro *Centri di Salute Mentale*, (Centro de Salud Mental, en adelante csm) para una población de cerca de 60 mil habitantes, dos de los cuales están situados en la ciudad en el contexto urbano y dos en áreas más periféricas, o sea, en área rural.

Respecto de Perúgia, lugar donde se llevó a cabo la mayor parte de la estadía, está situada en la región de Úmbria. Ahí, estudios apuntan a que el cierre de los manicomios se dio a partir de un proceso ético, social, cultural y político que envolvió el cierre de este tipo de recintos en toda Italia (Minelli, 2011; Flamini, Polcri, & Seppilli, 2008a; Flamini, Polcri, & Seppilli, 2008b; Flamini et al., 2005; Flamini & Polcri, 2003; Flamini & Polcri, 2005).

La reforma psiquiátrica en Perúgia se inició con un médico llamado Manuele y una psicóloga llamada De Carlo, seguidores de las ideas de Basaglia. Antes de cerrar los hospitales psiquiátricos, se debían crear servicios para suplir la demanda de salud mental, creando así los csm articulados con la red de salud y valorizando los derechos de las personas. Túlio Seppilli, un antropólogo conocido en el escenario de la reforma psiquiátrica también tuvo una participación significativa en este proceso.

A fin de contextualizar la región en cuestión (Úmbria) a continuación se entregan datos geográficos:

Según el sitio italiano oficial de Servicios Sanitarios regionales (Servizio Sanitario Regionale (2016). *Región de Úmbria, Italia*. Úmbria es una región situada en el centro de la península italiana y posee una población estimada de 895.259 habitantes. Tiene un área de 8.456 km², los cuales se dividen en dos provincias: Perúgia, con una superficie de 6.334 km² y Terni, con una superficie de 2.122 km².



FIGURA 1 SERVICIO SANITARIO REGIONALE (2016).
MAPA DE LA REGIÓN DE ÚMBRIA, ITALIA, CON LAS PROVINCIAS DE PERÚGIA E TERNI. RECUPERADO DE [HTTP://WWW.USLUMBRIA1.GOV.IT/](http://www.uslumbria1.gov.it/)

Perúgia es la capital de la región de Úmbria. En tiempos prehistóricos fue una región poblada por úmbrios y etruscos, y luego, parte del Imperio Romano.

Según Flamini y Polcri (2009) el proceso de transformación en la asistencia psiquiátrica en Perúgia tuvo sus inicios a mediados de los años 1960 con luchas contra las instituciones de carácter manicomial. Así, Seppilli (2009) propone que el antiguo hospital neuropsiquiátrico Santa Margherita, fue pionero en el proceso de reforma del espacio asilar en la región.

En el año 1970 fue inaugurado el *Centro di Igiene Mentale* (Centro de Higiene Mental, en adelante CIM). Este, habría sido resultado de un movimiento colectivo contra el hospital psiquiátrico que inicialmente tenía como base el territorio pero que, luego se extendió a una red de atención que abarcaba el tratamiento de personas provenientes de otras ciudades vecinas. En el año 1974 la administración de la provincia de Perúgia realizó una asamblea de consulta popular a fin de discutir oficialmente el reglamento de los CSM (Giacanelli, 2014).

Luego, se hizo efectiva la construcción de un modelo de servicios comunitarios con prácticas en el territorio, el cual fue difundido con la ley italiana n° 180 de Reforma Psiquiátrica, por ser considerado de interés por un

colectivo de militantes que aspiraban a una nueva psiquiatría (Flamini & Polcri, 2009).

De este modo, en Italia los servicios de salud mental son integrados al Sistema Nacional de Salud por medio de la ley 833 de 1978, que regula la oferta de servicios de salud, lo cual será un modelo para las prácticas en salud mental en el escenario brasileño, cuyas bases o principios son la globalidad, igualdad y universalidad (Berlinguer, Fleury, Teixeira & Campos, 1988).

De acuerdo con Cavicchi (2005) en los años 1980, el gobierno italiano creó un sistema de co participación de la sociedad, en el cual el cuidado en salud mental en atención de mediana complejidad tenía un pago acorde a los ingresos del individuo, a fin de garantizar la gratuidad en la asistencia a personas con menores ingresos.

Este modo de gestión aumenta la participación del sistema privado en salud y permite el desplazamiento de una gestión centralizada, ya que los gastos son administrados por los Servicios Sanitarios Locales, conocidos como *Azienda Sanitaria Locale* (ASL's) los cuales son responsables por la gestión y la forma de operar de los servicios de salud mental.

Conforme a los datos expuestos, la *Comune di Perugia* corresponde a la ASL's Umbria 1, que incluye a 38 municipios con un área total de 4.298,38 km² y 501.351 habitantes. El distrito Socio-Sanitario cuenta con una red de agencias que abarcan la promoción, prevención y rehabilitación por medio de una gestión de recursos corporativos integrados (Servizio Sanitario Regionale 2016).

Cabe destacar que el distrito de Perúgia posee un Departamento de Salud Mental (DSM) que tiene como objetivo promover y proteger la salud mental de los ciudadanos del territorio con una amplia y diversificada gama de oferta de servicios, continuidad de cuidados, relaciones de colaboración con pacientes y sus familiares, integración de medicina general y la participación de la comunidad local, en especial para temas de inclusión social, educación y empleo.

Para esto, el DSM de Perúgia cuenta con una red de salud mental compuesta por seis CSM, tres de los cuales están ubicados en la región central de la ciudad y tres en regiones más periféricas.



Además de los csm existen otros tipos de dispositivos: las *Strutture Residenziale* (Estructuras Residenciales); *Strutture Semiresidenziale* (Estructuras Semi residenciales); y un *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* (Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento, SPDC). (Servizio Sanitario Regionale 2016).

Las estructuras residenciales y semi residenciales son instalaciones extra hospitalarias que apuntan a la intervención de rehabilitación terapéutica y reinserción social restringida a personas que residen en el territorio. Los planes de intervención son desarrollados de forma individual y son acordados en conjunto con los usuarios, la familia y el equipo interdisciplinar, apuntando a mejorar la autonomía. Se mantienen abiertas por 24 y 12 horas, o ambas y mantienen relación con el DSM.

El SPDC es un servicio donde se realiza el tratamiento psiquiátrico de forma voluntaria y obligatoria y actúa también como consultor para otros servicios del hospital, siendo parte integrante del DSM. En el caso de Perugia, el SPDC está localizado en *Ospedale Santa Maria della Misericordia*.

Además, existen los Centros de Atención Diurnos (CAD), que cuentan con voluntarios y la participación del equipo del csm. Poseen una serie de funciones con fines terapéuticos y/o de rehabilitación. Tiene por objetivo desarrollar habilidades de cuidado de sí, actividades de la vida diaria y relaciones interpersonales y de grupos. Es un servicio que se mantiene abierto, al menos ocho horas por día, durante seis días a la semana, con presencia permanente de médico, enfermero y otros profesionales (Servizio Sanitario Regionale 2016).

De este modo, el csm es un punto de referencia para el territorio, contando con un equipo profesional compuesto por médicos psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos y operadores sociales. El acceso y el contacto con el csm se realiza de forma espontánea por parte del ciudadano. Se realizan intervención en el domicilio, tanto de urgencia como por visitas agendadas, solicitudes telefónicas y/o consejería telefónica.

Finalmente, cabe destacar que la red de salud mental de Perugia cuenta con diferentes asociaciones en el territorio, con énfasis en la inserción en el mercado del trabajo.

Es importante enfatizar que la inmersión e inserción del investigador en el campo se dio más en torno a los csm en Italia, donde fue posible crear un vínculo de mayor proximidad con profesionales y operadores para así articular visitas a otras estructuras y servicios disponibles en el territorio. En estos dispositivos los usuarios buscan agendar sus consultas con un médico psiquiatra y psicólogo, solicitar medicación o incluso, contactar a los profesionales que estén en servicio por teléfono para cualquier demanda que sea de responsabilidad de la salud mental. En este sentido, se pueden acercar a la función que cumplen los CAPS en Brasil, sin perder de vista las diferencias sociales, culturales y geográficas.

De esta manera, es importante resaltar que los CAPS y los csm apresuran funcionamientos muy semejantes, a punto de ser comparados, conforme la tabla a seguir:

TABLA 1 CUADRO COMPARATIVO: PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS CAPS (BRASIL) Y CSM (ITALIA)

ASPECTOS IMPORTANTES OBSERVADOS EN CADA SERVICIO	CAPS – BRASIL (BRASIL, 2002B)	CSM – ITALIA (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, 2016)
POBLACIÓN DESTINATÁRIA/ BENEFICIÁRIA	Personas con trastorno mental grave y persistentes – derivadas de otros dispositivos o demanda espontánea	Personas con trastorno mental grave y persistentes – derivadas de otros dispositivos o demanda espontánea
LÓGICA	Punto de ingreso al Sistema de Salud Mental - Servicio ambulatorio con intervención terapéutico rehabilitador de lógica territorial	Punto de ingreso al Sistema de Salud Mental - Servicio ambulatorio con intervención terapéutico rehabilitador de lógica territorial
POBLACIÓN EN (MIL HABITANTES)	CAPS I – 20 a 70 CAPS II – 70 a 200 CAPS III >200 CAPSi – cerca de 200 CAPSad >70	Cerca de 60
LIMITE MÁXIMO DE PACIENTES ATENDIDOS POR DÍA	CAPS I – 30 CAPS II – 45 CAPS III – 60 CAPSi – 25 CAPSad – 44	Cerca de 45
RECURSOS HUMANOS NECESARIOS	CAPS I – 1 médico psiquiatra / 1 enfermero/a 3 profesionales de la salud / 4 profesionales técnicos de la salud CAPS II – 1 médico psiquiatra / 1 enfermero / 4 profesionales de la salud / 6 profesionales técnicos de la salud CAPS III – 2 psiquiatras / 1 enfermera/o 5 profesionales de la salud / 8 profesionales técnicos de la salud CAPSi – 1 psiquiatra / 1 enfermero/a 4 profesionales de la salud / 5 profesionales técnicos de la salud CAPSad – 1 psiquiatra / 1 clínico / 1 enfermera/o 4 profesionales de la salud / 6 profesionales técnicos de la salud	Psiquiatra/ Enfermera/o asistente social/ psicólogo/a (por lo menos uno de cada disciplina - no especifica la cantidad exacta de cada profesional)
HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO (HORAS – HRS)	CAPS I – 8hrs a 18 hrs CAPS II/ CAPS i/ CAPS ad – 8 hrs hasta 18 hrs (pudendo funcionar hasta las 21 hrs) CAPS III – 24 hrs	De las 7:30/8hrs hasta 19:30/20hrs de lunes a los sábados (excepto feriados), pudendo también funcionar 24 hrs. todos los días



ASPECTOS IMPORTANTES OBSERVADOS EN CADA SERVICIO	CAPS – BRASIL (BRASIL, 2002B)	CSM – ITALIA (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE, 2016)
FUNCIONAMIENTO DE ACUERDO CON DIAS DE LA SEMANA	CAPS I / CAPS II / CAPSi / CAPSad – 5 días útiles de la semana CAPS III – todos los días	Todos los días
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	CAPS I / CAPS II – atención individual / atención en grupos / atención en talleres terapéuticos / visitas domiciliarias; atención a la familia / actividades comunitarias / colación diaria (a depender de la frecuencia en el turno). CAPS III – atención individual / atención en grupos / atención en talleres terapéuticos / visitas domiciliarias; atención a la familia / actividades comunitarias / acogimiento nocturno / colación diaria (a depender de la frecuencia en el turno) / permanencia de un mismo paciente por 7 días corridos o 10 días intercalados en un periodo de 30 días. CAPSi - atención individual / atención en grupos / atención en talleres terapéuticos / visitas domiciliarias; atención a la familia / actividades comunitarias / acciones intersectoriales / colación diaria (a depender de la frecuencia en el turno). CAPSad - atención individual / atención en grupos / atención en talleres terapéuticos / d - visitas domiciliarias; atención a la familia / actividades comunitarias / colación diaria (a depender de la frecuencia en el turno) / atendimento de desintoxicación.	Intervenciones de rehabilitación y prevención / Apoyos económicos a las personas y sus familias / actividades de rehabilitación en el hogar / consultoría para otros servicios / servicios de respuestas a las llamadas por teléfono / hospitalidad de noche / hospitalidad durante el día / visita ambulatoria / visita domiciliaria / trabajo terapéutico individual / trabajo terapéutico con familias / actividades de grupo.

Finalmente, del trabajo de campo se desprende que las prácticas de cuidado en salud mental en Perú abarca una visión que se extiende al cotidiano, lo cual es posible por la forma de relación que los profesionales mantienen con los individuos que requieren de cuidados, lo que se asemeja mucho a las prácticas de cuidado en el contexto brasileño.

Según algunos militantes de la reforma democrática italiana, esto se relaciona con que se trabajó mucho en los territorios con las familias y con los usuarios, haciendo

que los cambios en las prácticas de atención siempre se hicieran en forma de una alianza de relaciones con todas las personas involucradas: usuarios, familias, operadores y comunidad.

Consideraciones finales:

La experiencia de intercambio permitió una aproximación etnográfica de un investigador del proceso de desinstitucionalización brasileño en el contexto italiano, lo que dio pie a indagaciones sobre cuestiones

respecto del cotidiano de los usuarios, principalmente en los csm. En este proceso, la interface entre Terapia Ocupacional y Antropología contribuyó a la discusión y reflexión de las prácticas terapéuticas por medio de la observación, participación e interpretación de la experiencia de la vida cotidiana.

El método etnográfico como herramienta de investigación para el análisis de los sistemas de Salud Mental y Psiquiatría en Italia en el escenario actual permitió una cercanía a la realidad social, valorando los procesos de subjetividad y construcción de significado de todas las personas involucradas en la investigación con respecto a la valoración y tipos de abordajes de aspecto de la vida cotidiana de los usuarios de los servicios de salud mental.

Esto, permitió constatar que algunos de los puntos propuestos por el nuevo paradigma de atención en salud mental, tanto en Brasil como en la región de Úmbria, ya están consolidados, especialmente en términos de políticas de reorientación de modos de atención, pese a que aún existen un camino por recorrer en términos de prácticas que se opongan al aislamiento considerando que la red no incluye sólo a los servicios de salud y otros departamentos, sino a la comunidad que está inmersa en un cotidiano y en una trama de relaciones, que son efectivamente, una trama de relaciones humanas.

La red de salud mental de la ciudad de Perúgia destaca como un modelo de participación social, de acuerdo con los principios que sustentan la salud mental comunitaria y la superación de la lógica del hospital psiquiátrico, sin embargo, antes de hacer comparaciones hay que tener en cuenta que el número de dispositivos y estructuras que acogen a usuarios con sufrimiento psíquico es mayor en comparación a la realidad brasileña.

En Brasil, la realidad es distinta y habría que pensar cómo lograr similares resultados en términos de inclusión y participación social de los usuarios, considerando la extensión geográfica, las diferencias culturales y económicas.

Luego, en el contexto brasileiro un factor a pensar sería la creación de nuevos dispositivos con miras a la extensión territorial y geográfica, lo cual podría mejorar el acceso de los usuarios en los distintos servicios de salud mental. También habría que pensar en la diversificación de estos, sin embargo, considerando el bajo

poder adquisitivo de las personas que frecuentan los espacios de salud mental en Brasil, los desplazamientos a diferentes servicios podrían aumentar los costos por los traslados en un modelo de centros diferenciados en vez de los CAPS que actualmente concentran varias funciones. Creemos que esta reflexión se debe hacer en pos de prácticas más inclusivas, más aún si consideramos que, el hecho de que los servicios de salud mental que existen en Brasil estén concentrados puede deberse, por un lado, a la escasez de dispositivos y por otro, a mala gestión, muchas veces motivada por intereses personales. De todos modos, creemos que el centro de la preocupación no debería ser la creación de nuevas estructuras y espacios físicos sino la ampliación de las prácticas con cuidado a las singularidades y colectivos, o sea, estar atentos a las posibilidades y recursos ya existentes que pueden empoderar a usuarios de salud mental para hacer elecciones sobre sus propias vidas.

Por último, el proceso de transformación del paradigma biomédico en Brasil estuvo influenciado por el proceso de Reforma Psiquiátrica iniciado en Italia por Franco Basaglia, quien propuso una apertura de las puertas del hospital psiquiátrico a partir de una nueva forma de lidiar con la locura, con una nueva visión del cuidado en salud mental (Amarante, 2007). Así, el proceso de desinstitutionalización pone el foco, o protagonismo, en el escenario italiano destacándolo como un modelo de referencia para una red de servicios substitutivos, por lo que la historia de desinstitutionalización en Italia y el sistema de salud mental comunitaria en dicho país, parecen constituir un terreno fértil para una reflexión acerca de las prácticas en la comunidad y relaciones dialógicas entre usuarios y trabajadores de salud mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Benetton, M.J. (1996). Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo*, 4(7), 53-58.
- Berlinguer, G., Fleury Teixeira, S. & Campos, G. W. S. (1998). *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM/MS n° 336, de 19 de fevereiro de 2002 - define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 fev.



- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013* - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 maio.
- Caprara, A. & Landim, L.P. (2008). Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.- Botucatu*, 12(25), 363-376.
- Cavalcanti, A. C. & Silva, R. M. (2011). Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva - Rio de Janeiro*, 16(4), 2211-2220.
- Cavicchi, I. (2005). *La sanità*. Bari: Dédalo.
- Cruz, D. M. C.; Figueiredo e Silva, V.; Ferigato, S. & Agostini, R. (2016). Personas con discapacidad y sus roles ocupacionales: trabajo, familia, independencia y participación social. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2), 107-117.
- Flamini, S. et al. (2005). I processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale nella Provincia di Perugia (1960-1980). En: Incontro seminariale "Ricostruzione e preservazione della memoria delle lotte per una alternativa all'istituzione manicomiale": Perugia.
- Flamini, S. & Polcri, C. (Eds.). (2003). *Atti del seminario di avvio collettivo del progetto di ricerca sulla storia delle politiche psichiatriche in Umbria*: Fondazione Angelo Celli.
- Flamini, S. & Polcri, C. (Eds.). (2005). Dal manicomio al territorio. Una ricerca sulle politiche psichiatriche in Umbria dal 1960 al 1980. Parte II. *Percorsi Umbri. Informazione antropologica della Provincia di Perugia*. Ano XXIII(2), 71-74.
- Flamini, S. & Polcri, C. (Eds.). (2009). La ricerca sul movimento umbro di auto riforma. En: *Convegno "la legge 180: le conquiste di ieri e le sfide di oggi e domani"*: Regione Umbria, Provincia di Perugia, Provincia di Terni, Anci, Fondazione Angelo Celli.
- Flamini, S., Polcri, C. & Seppilli, T. (2008a). Umbria: un percorso fuori dal manicomio. En: *Fotografie nell'ex-manicomio di Foligno, Spoleto: Nuova Eliografica Spoleto*, Comune de Foligno, 9-14.
- Flamini, S., Polcri, C. & Seppilli, T. (2008b). *Le fortezze espuguate. Idee e pratiche del rifiuto dell'Umbria alle logiche manicomiali*: Micropolis. Mensile umbro di politica, economia e cultura, Perugia. Anno XIII, 6-8.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Giacanelli, F. (2014). *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*. Perugia. Fondazione Angelo Celli: Editrice Pliniana.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. A. (1995). *Ethnography: principles in practice*. 2. ed. London: Routledge.
- Kielhofner, G. et al. (2004). Outcomes of a vocational program for persons with AIDS. *Am. J. Occup. Ther.*, 58(1), 64-72.
- Magasi, S. y Hammel, J. (2009). Women with disabilities' Experiences in Long-Term Care: A case for Social Justice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 35-45.
- Mângia, E. F. (2000) A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria às novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo*, 11(1), 28-32.
- Martin, D. et al. (2006). Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. *Rev. Saúde Pública - São Paulo*, 40(1), 178-180.
- Minelli, M. (2011). *Santi, demoni, giocatori: una etnografia delle pratiche di salute mentale*. [S.l.]: Argo.
- Monclus, P. G.; Tarres, J. P. (2009). Etnografía(s) para la investigación en terapia ocupacional y ciencia de la ocupación. En Pimentel, A.; Bergma, I. y Araújo, L. *Terapia Ocupacional. Pesquisas qualitativas*. Belem, Amazonia Editor, 39-66.
- Pitta, A. M. F. (1984). *Sobre uma política de saúde mental*. (Tesis de Maestría). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pizza, G. (2005). *Antropologia medica: saperi, pratiche e politichedel corpo*. Roma: Carocci.
- Saraceno, B. (1998) A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo*, 9(1), 26-31.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania*. Rio de Janeiro: TeCorá.
- Seppilli, T. (2009). Per un breve profilo del movimento antimanicomiale italiano negli anni '60-70. En: Lupattelli, P. (Ed.). *I ti. Perugia*: Crace, 91-95.
- Servizio Sanitario Regionale (2016). *Región de Úmbria, Italia*. Recuperado de <http://www.uslumbria1.gov.it/>.
- Spencer, J., Krefting, L. y Mattingly, C. (1993) Incorporation of Ethnographic methods in occupational therapy assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(4), 303-309.
- Taylor, J. (2008). An autoethnographic exploration of an occupation: doing a Phd. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(5) 176-184.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz