

02

Contextos de vulnerabilidade y salud mental: una perspectiva de la determinación social, la salud y el cuidado territorializado

Magda Dimenstein
Jader Ferreira Leite
Candida Bezerra Dantas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte |
mgdimenstein@gmail.com | jaderfleite@gmail.com |
candida.dantas@gmail.com

Kamila Almeida
Universidade Potiguar | kamilasiqueira@gmail.com

João Paulo Sales Macedo
Universidade Federal do Piauí | jpmacedo@ufpi.edu.br

Las condiciones de pobreza, desigualdad y vulnerabilidad de las poblaciones marcan históricamente a América Latina y Brasil. El desempleo, el trabajo precario, el hambre, la falta de vivienda, la salud debilitada, la invisibilidad social, la falta de acceso a los derechos sociales básicos y la violencia son condiciones a las cuales son sometidos cotidianamente los niños, los adolescentes, los jóvenes, las mujeres, los hombres y las personas mayores que viven en la periferia urbana, las zonas rurales, las viviendas informales, los campamentos del Movimiento Sin Tierra (MST) y las calles de las grandes metrópolis.

Un estudio reciente del Banco Mundial sobre la pobreza crónica en América Latina reveló que uno de cada cuatro latinoamericanos son pobres crónicos, lo que significa que nunca lograron salir de esa condición de pobreza. Son los olvidados aquellos que no fueron y que probablemente nunca serán beneficiados por las tasas de crecimiento económico de la región (Vakis, Rigolini y Lucchetti, 2015). Por otro lado, la región figura como la más desigual del mundo, con 10 de los 15 países con los peores índices de desigualdad.

En el caso particular de Brasil, los anuncios gubernamentales y los institutos oficiales de investigación indican una mejora significativa en los indicadores sociales en las últimas décadas. Comparando los indicadores utilizados por el «Programa Bolsa Família» (PBF) y el Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010), ambos indicaron una disminución del 55% en la tasa de pobreza entre el 2001 y el 2011. Sin embargo, aunque los avances en el campo social son indiscutibles, el país aún se mantiene entre los 15 países más desiguales del mundo y, según proyecciones, tomaría por lo menos más de 20 años de crecimiento elevado para alcanzar niveles más igualitarios. Además, es importante considerar que el incremento en la renta de los más pobres tiene como base valores mucho más bajos que los definidos por las organizaciones económicas como cantidad necesaria mínima para el acceso a una condición de existencia digna. Las líneas de pobreza se basan también en indicadores extremadamente bajos y son utilizadas como criterio para la inclusión de segmentos poblacionales en las acciones para el combate contra la pobreza en los que se seleccionan a los más pobres entre los pobres.

La pobreza en el país también cuenta con importantes matices geográficos. Brasil posee una tasa de pobreza crónica del 20%. Sin embargo, si tomamos algunas diferencias geográficas, obtendremos que el estado de Santa Catarina

tiene una tasa de pobreza crónica de aproximadamente 5% y Ceará tiene un índice alarmante del 40% de sus habitantes. Sobre el tema de la pobreza rural y urbana, un dato importante es que en Brasil, por cada pobre crónico, dos viven en la zona urbana. No obstante, las condiciones de vida del pobre rural son las peores, debido a la dificultad de acceso a las políticas y a los servicios (Vakis *et al*, 2015).

La pobreza, en este trabajo, se comprende desde una perspectiva multidimensional, que no se restringe a la insuficiencia de ingresos. Esta se refiere a la falta de acceso a los bienes, productos y políticas, siendo un fenómeno complejo relacionado a la exclusión social, la indigencia, la separación, el debilitamiento de los lazos sociales y de pertenencia, la violencia, la destrucción ambiental, el aislamiento y la injusticia, aspectos que afectan en las formas de subjetivación, en la reproducción intergeneracional de las condiciones de vida y movilidad social.

En esta perspectiva es evidente que los contextos de pobreza afectan negativamente la salud, y las políticas, los programas y las acciones no pueden estar desligados de los aspectos socioeconómicos de la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la injusticia social como una de las grandes causas de la desigualdad que interfiere directa e indirectamente en las condiciones de la salud y enfermedad de las poblaciones alrededor del mundo. Por lo tanto, abarcar las determinaciones sociales de la salud se muestra como un desafío importante en la formulación de políticas sociales para enfrentar las desigualdades, con repercusiones importantes en términos de territorialización y la integración de la atención en salud mental.

Sin embargo, cabe resaltar que las determinaciones no ocurren necesariamente en una serie continua de pobreza y malas condiciones de salud; es decir, no existe una correlación directa entre los indicadores de riqueza de una sociedad y los indicadores de salud, debido a que poseer un PIB (Producto Interno Bruto) elevado, por ejemplo, no necesariamente garantiza indicadores de salud satisfactorios (Buss y Filho, 2007). Brasil, por ejemplo, está compuesto por áreas que presentan condiciones extremas de desarrollo humano, cuyo Índice de Desarrollo Humano (IDH) se aproxima al mejor y al peor índice a nivel mundial. No obstante, Barcellos (2009), resalta que la asociación entre el IDH y los datos estadísticos sobre la calidad de vida con la prevalencia y persistencia

de los problemas de salud no se dan de forma lineal, error cometido por los estudios que enfatizan la relación directa entre los indicadores sociales y los indicadores epidemiológicos.

En el intento por escapar esta visión lineal y reduccionista, entidades como el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) proponen sustituir el término «determinantes sociales» por la expresión «determinación social», esta última entendida como forma de asimilar las múltiples determinaciones que inciden sobre una realidad concreta y, consecuentemente, sobre las condiciones de salud de una determinada colectividad. El concepto de «determinación» trae como supuesto fundamental que la comprensión de la salud humana debe pasar por el análisis interdisciplinario de las formas de organización de una sociedad, su estructura social y económica, entendiendo que esta subordina la dimensión natural de la producción de la salud, la enfermedad y el cuidado. Según Barcellos (2009), la determinación social y económica de la salud involucra no solo indicadores de desigualdad social y pobreza, sino que también contempla cuestiones como la presencia, la calidad y accesibilidad de y a los servicios y acciones de salud pública y a los recursos comunitarios, y además, se comprende la configuración de los barrios o el grado de integración y el soporte social presente en una comunidad.

De esta forma, Almeida-Filho (2009) estipula que las desigualdades de la salud se sitúan en el centro de la relación entre las condiciones de vida, los recursos sociales, el cuidado de la salud y el estado de salud, lo cual nos direcciona hacia tres grandes dimensiones. La primera dimensión sería la esfera poblacional asociada a una amplitud territorial, en la que se incluyen datos individuales y colectivos; la segunda dimensión referente al micro ámbito social (familia, barrio, relaciones sociales, etc.) y al macro (clase social, estrato), y una tercera dimensión simbólico-cultural relacionada a las subculturas, los valores, los modos de vida y a los grupos étnicos. A partir de estos tres planos de la realidad es posible identificar la determinación de las situaciones y condiciones, las prácticas de producción social y la construcción social de los significados que giran en torno de la salud y conforman las causas y los efectos de la injusticia e inequidad.

De acuerdo con lo anterior, es necesario profundizar en un *modus* territorial de comprender los procesos salud-enfermedad-cuidado, a partir de sus determinaciones, incluso considerando aspectos relacionales y de la vida cotidiana en las comunidades. Lo anterior requiere la elaboración de diversos niveles de intervención que van desde políticas más amplias que apunten a la disminución de la estratificación social, pasando por políticas de salud fundamentadas en la garantía de la equidad, universalidad e integridad, hasta programas transversales de fortalecimiento comunitario y aumento del capital social que valoricen los vínculos sociales y la participación popular en la toma de decisiones de la planificación urbana y el control social de las políticas públicas. Para esto, es importante reconocer los límites de una perspectiva que se fundamenta simplemente en la correlación de factores macrosociales fragmentados (enfoque utilitario de la problemática) y abrirse a la comprensión de la amplia determinación de los procesos cotidianos de las enfermedades y el sufrimiento.

Es así que, en este capítulo, se busca discutir algunos elementos que pueden contribuir para un abordaje territorial en el cuidado de la salud mental que favorezca la producción de salud, autonomía y el ejercicio de la ciudadanía. Por lo tanto, partimos de la perspectiva de la Determinación Social de la Salud que considera imprescindible la identificación de la historia, los ritmos y particularidades de los territorios, la realización de análisis situacionales de las necesidades sociales y de la salud de una población articulada a las condiciones de vida; sea en el escenario de los grandes centros urbanos, sea en las zonas rurales. De esta manera, compartimos los resultados de investigaciones realizadas en estos territorios: una comunidad urbana de una ciudad de gran porte y asentamientos de la reforma agraria en dos estados del nordeste de Brasil. Al final, señalamos la necesidad de una mayor inversión en la producción de trabajo integral y formulado localmente por las Redes de Atención a la Salud (RAS), a partir de estrategias que amplíen y profundicen las relaciones entre la atención psicológica y salud primaria, con el suficiente impacto para romper con el racionamiento hegemónico universal en el que determinadas formas de conocimiento del mundo, prácticas sociales y modos de vida son naturalizados.

Territorialización del cuidado en salud

La contextualización del proceso salud-enfermedad-cuidado está íntimamente relacionada con la territorialización. A partir de Santos y Rigotto (2010), podemos decir que:

[...] la tarea que adquiere la territorialización, por lo menos, tiene tres sentidos diferentes y adicionales: demarcación de los límites de las áreas de actuación de los servicios, reconocimiento del «ambiente» de la población y de la dinámica social existente en esas áreas y el establecimiento de relaciones horizontales con otros servicios adyacentes y verticales (p. 392).

Por lo tanto, se toma el territorio como campo de fuerzas heterogéneas, delimitación espacial de las relaciones de poder y de las desigualdades, en el que el sustrato físico se convierte en un elemento mediador o condicionante. Este se configura entonces como una trama compleja entre procesos sociales y espacio material, escapando a la superación de la dicotomía socio-espacial, una vez que el territorio es un componente inseparable de los procesos sociales y no solamente un lugar en donde estos se desarrollan.

Este carácter intrínsecamente relacional del territorio le confiere una característica dinámica que no se fundamenta en la estabilidad o en el arraigo, pero contempla el flujo, los movimientos, los arreglos, las conexiones y, por lo tanto, es caracterizado por la heterogeneidad que varía por el crecimiento demográfico, ya sea por la migraciones cada vez más frecuentes o por el cambio en las formas de ocupación. Solo donde las relaciones sociales se llevan a cabo incesantemente y de forma particular, por más elementales o parciales que sean, llevan consigo elementos de las relaciones globales y trascienden de sus límites geográficos. En otras palabras, cada lugar es único porque combina diversos factores comunes de forma particular, configurando así relaciones que no pueden ser equivalentes a las de otros lugares.

De esta manera las condiciones de vida y, en consecuencia, de la salud, están fuertemente relacionadas con los espacios utilizados cotidianamente por las personas, donde circulan, viven y desarrollan sus actividades diarias. Un análisis de tales condiciones implica un diagnóstico del contexto en el que están configurados los problemas, las necesidades de salud y proyectos a futuro. Lo

anterior es un análisis de las «condiciones objetivas y subjetivas de la vida en un lugar, que pueden tener influencia o condicionar de forma directa o indirecta a las personas y objetos, dependiendo de cómo ellas están localizadas en el territorio» (Monken y Barcellos, 2007, p.181).

Por consiguiente, un *modus* territorial de comprender los procesos salud-enfermedad-cuidado a partir de sus determinaciones se aproxima a aquello que viene siendo denominado como «cuidados culturales», esto es, un cuidado sensible, congruente y competente. Como lo indica Spector (1999).

«Culturalmente sensible» implica que se poseen unos conocimientos básicos y unas actitudes constructivas hacia las tradiciones de la salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en que se está trabajando. «Culturalmente congruente» implica que se aplican los conocimientos anteriores subyacentes que se deben poseer para proporcionar a un paciente dado los mejores cuidados de salud posibles. «Culturalmente competentes» implica que dentro de los cuidados prestados se comprende y se presta atención a la totalidad del contexto de la situación del paciente. Es una compleja combinación de conocimientos, actitudes y habilidades (p.67).

Considerar tales elementos abre diversas posibilidades de ampliar las formas de comprensión sobre los procesos salud-enfermedad, incluso aspectos de aprendizaje que pueden configurarse como protectores y potencializadores del cuidado en el campo de la salud mental.

Condiciones de vida y salud mental en las ciudades

La producción de un cuidado culturalmente sensible se vuelve aún más desafiante cuando consideramos la dinámica y características del contexto urbano. Con el acelerado crecimiento poblacional en zonas urbanas, se vuelve obligatorio investigar y buscar comprender cómo las desigualdades sociales y las condiciones de vida en las ciudades están entrelazadas en esta cuestión compleja de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Hoy en día, con gran parte de la población mundial residiendo en las ciudades, la relación entre contextos urbanos y de salud, bienestar y calidad de vida se hace cada vez más compleja.

Galea y Vlahov (2005) argumentan que el análisis de cómo la vida en la ciudad impacta la salud de sus habitantes puede partir de tres grandes categorías

entrelazadas entre sí: el ámbito físico: diseño urbano, infraestructura, ambiente construido, morada, condiciones atmosféricas y climáticas, calidad del agua, parques, etc.; el ambiente social: tensión y cohesión social, grado de servicios sociales, segregación espacial, desigualdades sociales; y el acceso y disponibilidad a servicios sociales y de salud; inequidad en la distribución de los recursos y servicios, dimensión de las redes asistenciales, accesibilidad. La conexión entre estos elementos es compleja y contextual, lo cual dificulta generalizaciones. Así, el modo como grupos y personas encaran los factores de estrés urbanos, por ejemplo, dependerá de la asociación entre diferentes aspectos como contextos sociales, condiciones económicas, presencia de la red de servicios y recursos y de las oportunidades de tener acceso y ser beneficiario de los recursos disponibles.

Estudios realizados en Brasil destacan algunas problemáticas en este campo: la disposición y acceso a los servicios de la salud en el territorio urbano y metropolitano, asociaciones entre la disponibilidad de áreas verdes (espacios públicos arborizados utilizados para actividades físicas y recreativas) y la aparición de enfermedades cardiovasculares, síntomas de depresión, índices de criminalidad y vulnerabilidad social, la relación entre el envejecimiento de la población y las condiciones urbanas adaptadas a este grupo generacional, estudios sobre movilidad y accesibilidad, gestión urbana, gobernabilidad y planeamiento urbano de ciudades saludables y análisis espaciales de vectores de enfermedades infectocontagiosas y de áreas en riesgo del dengue, entre otras (Baeninger, 2010; Furtado, Krause y França, 2013).

En el último censo del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), realizado en 2010 –de los casi 191 de millones de habitantes– cerca de 170 millones residen en áreas urbanas, lo cual significa que el 85% de la población está ubicada en la urbe. En 1960, este porcentaje era apenas del 45%, lo que nos da una dimensión de la velocidad del proceso de urbanización de Brasil. Entretanto, el aumento de la población urbana no fue acompañado por una oferta adecuada de infraestructura y servicios, ocasionando también la elevación en la cantidad de viviendas inadecuadas, polución atmosférica y de los cuerpos hídricos, desgaste del capital social, impacto en la estratificación social, condiciones de trabajo, etc. (CNDSS, 2008).

Además de lo anterior, se ha observado que el aumento en el proceso de periferización y una desconcentración espacial de la población en el que el

crecimiento de las áreas del entorno de las sedes metropolitanas y regionales se intensificó en los últimos años (Batistella, 2007). Se observa también un incremento en la tendencia de la llamada «dualización social»: disminución del grado de mezcla social ocasionada, por un lado, por la auto segregación de los estratos altos a través de la construcción de condominios y barrios cerrados; por otro lado, por el desplazamiento de los estratos medios e inferiores hacia otras localidades (Ribeiro, Rodrigues y Corrêa, 2009). En este escenario además se percibe el deterioro de las redes comunitarias de participación social y de los lazos de confianza, un factor que incide sobre las inequidades de la salud. De esta manera, observamos la configuración de ciudades extremadamente desiguales e injustas, demarcadas por los fuertes intereses del capital inmobiliario y una débil capacidad del estado para regular y distribuir. Esto quiere decir que, a pesar de que el crecimiento urbano posibilite el desarrollo de servicios y espacios, la urbanización brasileña carga una fuerte marca de la desigualdad social, del despojo y la pobreza, la exclusión social y el desorden territorial, lo que ocasiona una restricción del acceso a la infraestructura urbana, la precarización de las instalaciones sanitarias y de las condiciones de habitabilidad (Franco-Netto y Alonzo, 2009) las cuales van a repercutir en el proceso salud-enfermedad-cuidado.

En tiempos de transición epidemiológica, la importancia de la salud mental no se puede obviar del debate acerca de las desigualdades e inequidades en salud: primero, porque las enfermedades mentales actualmente son una de las mayores causas de morbilidad –se prevé que la depresión será la mayor causa de discapacidad en el 2020 y del aumento en las tasas de mortalidad–; segundo, porque la salud mental sufre los efectos del lugar (Santana, 2014). De acuerdo con el *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*, publicado por la Organización Mundial de la Salud en el 2013 (OMS, 2013), los determinantes de la salud mental no son solamente aquellos componentes de carácter individual, como el grado de habilidad personal para controlar las emociones –los sentimientos, las actitudes y las relaciones sociales–, sino que también abarcan elementos de carácter cultural, social, económico, político y ambiental. La calidad de las condiciones de vida con relación a los ingresos y al empleo, vivienda, transporte, educación, asistencia social, servicios de salud y el nivel de cohesión social impactan el bienestar y la salud mental de

las personas. En escenarios de desigualdades sociales hay, consecuentemente, grupos de la población más o menos expuestos a riesgos para el desarrollo o incremento de trastornos mentales.

Gomes (2012) hace referencia a los determinantes de la salud mental como componentes que, además de ocasionar problemas de salud mental también son consecuencias de esos problemas –factores tales que el autor categoriza en cuatro campos: los factores y experiencias individuales, la esfera de las estructuras y de los recursos sociales, los valores culturales y el nivel de las interacciones sociales—. Por lo tanto, es en las ciudades donde encontramos los determinantes más relevantes de la salud de las poblaciones, ya que dependiendo del grado de intensidad y de la organización de la urbanización, de la cohesión y del capital social, de la estructuración de los sistemas de salud, de la dirección de la planeación urbana, de las variaciones en la forma de gobierno y de la distribución de los recursos, los habitantes de las ciudades pueden vivenciar una situación de mayor o menor vulnerabilidad en los problemas de carácter emocional. Según Santana (2014):

[...] existen fenómenos o factores que aumentan la vulnerabilidad de los problemas psicológicos; algunos ejemplos de esto son el aumento de la esperanza de vida, el creciente aislamiento de los ancianos, la desintegración social, el aislamiento geográfico y social (contexto), las alteraciones en las estructuras familiares, los obstáculos de vecindad asociados a los espacios urbanos desorganizados (contexto), el clima, las crisis económicas financieras relacionadas con los fenómenos de pobreza caracterizados por el desempleo, las condiciones precarias de vivienda, la limitación de la movilidad, oportunidades de vida reducidas [...], el aumento del estrés y de la presión social, todos susceptibles de impactar la salud o el bien estar (p. 61).

Por este motivo, existen innumerables estudios orientados a rastrear los trastornos mentales comunes (TMC), terminología utilizada con bastante frecuencia en la literatura de la epidemiología psiquiátrica para la caracterización de los cuadros sintomáticos que no tienen una patología orgánica asociada, cuyos síntomas principales son: insomnio, fatiga, quejas somáticas, dificultad para concentrarse «[...] que, además de causar un sufrimiento psíquico intenso, generan incapacidad funcional comparable, o hasta peor, a los cuadros crónicos ya establecidos» (Costa, Dimenstein y Keite, 2014, p. 146). Los llamados TMC corresponden a la mayor parte de la demanda de salud mental que llega a la

red de atención primaria, principalmente asociados a la ansiedad y depresión, demostrados, por ejemplo, a través de la utilización más frecuente del servicio.

La reciente investigación realizada por Gonçalves, Mari, Bower, Gask, Dowrick, Tófoli, Campos, Portugal, Ballester y Fortes (2014) consiste en el primer estudio multicéntrico en Brasil –São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre y Fortaleza– que analiza la proporción de prevalencia de TMC en usuarios de atención primaria y su asociación con factores socio demográficos. Las cuatro ciudades presentaron índices elevados de TMC, ansiedad y depresión, problemas ampliamente detectados en mujeres, desempleados y entre personas con poca escolaridad o salarios bajos, los cuales presentan mayor morbilidad psiquiátrica. Para los autores, las altas tasas de TMC se asocian con la violencia urbana generalizada y las condiciones socioeconómicas adversas, así como a la contaminación, los niveles elevados de ruido y la falta de áreas de ocio en las ciudades brasileñas. La contribución de este estudio es demostrar en comparación con otros países que cada región posee sus idiosincrasias con relación a los factores asociados al sufrimiento psíquico.

En este orden de ideas, Alves y Rodrigues (2010) destacan algunas esferas importantes en la definición de los determinantes sociales de la salud mental, a saber: empleo, educación, pobreza, vivienda, urbanización, discriminación sexual y violencia de género, exclusión social y estigma, cultura y acontecimientos estresantes en la vida. Teniendo en cuenta esas interferencias, los autores defienden la necesidad de las evaluaciones en salud mental que contemplen la comunidad, las familias, las franjas generacionales y los grupos de mayor vulnerabilidad a través del trabajo intersectorial. La prevalencia del TMC también fue asociada a la sobrecarga de trabajo doméstico de las mujeres y a las peores condiciones de vivienda, bajos ingresos y pocas actividades físicas y de ocio (Pinho y Araújo, 2012; Rocha, Araújo y Almeida, 2012). En otras palabras, la literatura ha mostrado que existe una fuerte correlación entre TMC y género y, en ese aspecto, las mujeres son más vulnerables que los hombres, especialmente las trabajadoras informales que llegan a representar un porcentaje mayor al 2,5% si se les compara con los trabajadores que poseen una vinculación formal, debido a que la informalidad está normalmente relacionada a peores sueldos, bajas calificaciones, incertidumbre acerca del mercado de trabajo y al sustento de la familia, entre otros, así como con la disolución de lazos familiares y comunitarios, ocasionando un desmoronamiento del apoyo social y del capital

social (Andrade, Wang, Andreoni, Silveira, Alexandrino-Silva, Siu, Nishimura, Anthony, Gattaz, Kessler y Viana, 2012). Esos ámbitos «representan un alto costo social y económico, ya que las incapacidades constituyen una causa importante de los días de trabajo perdidos, además de elevar la demanda en los servicios de salud» (Ludermir, 2005, p. 199).

El problema del impacto de las disparidades sociales y de la exclusión social sobre la salud mental es resaltado en gran medida cuando llevamos a discusión la problemática de los portadores de trastornos mentales crónicos y con un expediente largo de institucionalización, que componen una parte representativa de la clientela atendida por los servicios públicos especializados, tales como los Centros de Atención Psicosocial. Esas personas, que por lo general ya sufren de mucha discriminación, todavía tienen que lidiar con la pobreza, educación incipiente y la falta de protección social. De esta forma, evidenciamos que los usuarios de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) son afectados por varios factores que dan cuenta de las desigualdades socio espaciales y económicas, de los problemas de vivienda, de la exclusión, de las dificultades de acceso, etc., que solamente pueden ser consideradas como una perspectiva más amplia sobre la realidad en la que viven. El no considerar esos aspectos redundaría en la restricción del sufrimiento a los signos de enfermedades mentales, reforzando las discrepancias entre diagnóstico, planeación y acompañamiento de las acciones y las necesidades de la población, como también en la reproducción de la lógica estigmatizadora que produce aislamiento y acentúa la precariedad de las relaciones sociales y la violación de derechos.

Una investigación de carácter cualitativo y etnográfico realizada recientemente en el área urbana de una ciudad ubicada en el nordeste de Brasil, con el objetivo de investigar los impactos de la urbanización sobre la salud mental y el bienestar de la población bajo la perspectiva de la determinación social de la salud, detectó una serie de problemas en el territorio a partir del punto de vista de los habitantes y de los equipos de atención primaria del barrio. En la figura 1 es posible observar tales problemas en diferentes niveles de determinación (Almeida, 2015)

Figura 01

Determinantes sociales de la Salud y las Condiciones de Vida

Urbanización Brasileña

Planificación urbana y desigualdades sócioespaciales
Apropiación privada de tierras públicas
Periferización de la pobreza
Autosegregación de los sectores superiores

Urbanización Natalense

Estado oligárquico
Turismo internacional
Mercado inmobiliario



Contexto del barrio y la comunidad

Expropiación de tierras y expulsión de habitantes
Encarecimiento de las tierras
Inversiones para turismo en masa
Privatización de los espacios públicos
Infraestructura urbana precaria
Degradación ambiental
Prostitución y explotación sexual
Violencia y tráfico de drogas
Trabajo informal
Debilitamiento de la cultura popular
Estigmatización territorial

Familia

Violencia de género
Enfermedades infectoparasitarias
DST's y SIDA
Embarazo precoz
Sufrimiento psíquico
Uso abusivo de alcohol y drogas

Fuente: Elaboración propia

En la figura 1 se puede ver que la forma en la que el territorio está configurado –a partir de la historia de la producción del espacio urbano–, repercute en la conformación de las desigualdades sociales, que, a su vez, derivan en inequidades en la salud. Se entiende que la urbanización destinada a los intereses privados del mercado inmobiliario y turístico, en disminución de las inversiones de la función social de la ciudad es capaz de producir y empeorar las injusticias sociales. Ese escenario hizo evidente la asociación entre características sociales, económicas, territoriales y sufrimiento psíquico, asimismo la intersección entre salud, derecho a la ciudad y justicia social. De este modo, se configura un cuadro de sufrimiento urbano, tal como el que Saraceno (2010) valoró y que designa la relación dinámica entre el sufrimiento psíquico y la posición social de los sujetos –sobre todo en las grandes ciudades–. Por lo tanto, se trata de una categoría interpretativa que busca expandir la comprensión de la salud mental y superar el modelo linear biomédico que reduce su complejidad a una mera relación de causa y efecto, individualizante y a-histórica. Dicho modelo negligencia las diversas maneras de sufrimiento psíquico y social consecuentes de la exclusión social, la marginación, el estigma, la pobreza, el desempleo, las condiciones de vivienda, la falta de acceso a la protección social. Según Nossa (2008) los trastornos mentales son ejemplos paradigmáticos de medicalización de esos determinantes sociales.

No pretendemos reforzar una noción fatalista de que el ambiente urbano es esencialmente productor del sufrimiento, sino que buscamos formas de aprehenderlo como un campo potencial y como una herramienta para hacer frente a la enfermedad. Se trata de entender la ciudad como un espacio para la afirmación de los derechos –entendiéndolos como una *condición sine qua non* para la producción de la salud y el bienestar– y no solamente como un componente que los expropia. En esa dirección hallamos en esa investigación –tal como se había indicado anteriormente por otros investigadores–, aspectos elementales de la vida en la comunidad, tales como las relaciones cotidianas de vecindad, la apropiación del espacio público, las manifestaciones culturales y los espacios de encuentro como factores protectores para la salud mental que constituyen movimientos de resistencia y las potencialidades del lugar que permiten modos de vida contra hegemónicos en la ciudad y que además causan de forma directa un impacto en la salud. A continuación, discutiremos

algunas particularidades de las condiciones de vida y salud mental en el medio rural, específicamente en lo referente al consumo de alcohol y a los trastornos mentales comunes.

Salud mental en el medio rural brasileño

En el ámbito académico existe una carencia de investigaciones dirigidas al estudio de las condiciones de vida y salud mental de las poblaciones rurales, específicamente en aquello que da cuenta de la incidencia de trastornos mentales comunes y el consumo de alcohol. Cuando se trata de habitantes de asentamientos de reforma agraria, la desinformación es incluso más evidente. Entretanto, ese grupo de la población presenta una considerable vulnerabilidad en la medida en que tiene una trayectoria de vida marcada por la ausente o precaria condición de reproducción social y una gran dificultad de acceso a las políticas y programas de salud, educación, seguridad, transporte, vivienda, organización de producción y asistencia técnica, a pesar de las acciones gubernamentales desarrolladas por el Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria (INCRA) para dar un sustento al desarrollo de los asentamientos. Además de eso, las poblaciones rurales, así como las urbanas, tienen estilos de vida particulares, son afectadas por condicionantes sociales y culturales que producen territorios singulares y requieren de atención especial cuando se trata del proceso salud-enfermedad-cuidado.

Estudios en un ámbito mundial apuntan al hecho de que los problemas de salud mental y el consumo abusivo de alcohol tienen mayor impacto negativo en los estratos de la población más desfavorecidos en cuanto al aspecto socioeconómico, dadas las situaciones de vulnerabilidad de esas poblaciones para las cuales los recursos sanitarios son más escasos (Rehm y Parry, 2009). También se ha comprobado la asociación de los TMC con eventos vitales productores de estrés como la falta de apoyo social y con variables relacionadas a las condiciones de vida, trabajo y perspectivas del futuro, tales como: poca escolaridad, menor número de bienes duraderos, condiciones precarias de vivienda, bajos ingresos, desempleo e informalidad en las relaciones laborales, aspectos determinantes en la vida en el campo (Costa y Ludermir, 2005).

Además de esos problemas, la falta de carreteras, de transporte adecuado, de medios de comunicación, los pocos recursos hídricos, la existencia de riegos ambientales tales como la destinación inadecuada de la basura, el uso de agro-tóxicos y la realización de quemas como forma para preparar el suelo para las plantaciones, es la realidad del medio rural y de muchos asentamientos en el país. En términos del Sistema Único de Salud (SUS), la población rural enfrenta problemas de acceso a los equipos de salud, no tiene cobertura satisfactoria del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) ni de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), provocando una carencia de retaguardia suficiente en términos de consulta, vacunación, exámenes clínico-laboratoriales, etc.

La Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva (PNSIPCF), aprobada en la 14ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en el año 2011, es un referente histórico en la salud y un reconocimiento de las condiciones y de los determinantes sociales del campo y de la selva en el proceso de salud/enfermedad de aquellas poblaciones. Sin embargo, actualmente existen muchos obstáculos para la implementación de esa política en los estados brasileños de forma tal que la universalidad, integridad y accesibilidad en el SUS sean garantizadas. En lo que concierne a la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), no existe una directriz establecida de atención y cuidado para la población rural, a pesar de constituir un colectivo cuyas especificaciones generan demandas particulares asociadas a las condiciones de vida y trabajo, y consecuentemente, de cuidado especializado en los casos de sufrimiento mental y dependencia química.

Teniendo en cuenta el impacto social, económico y familiar que los problemas de salud mental y el consumo problemático del alcohol producen, que no hay estudios orientados a la población asentada, con excepción de aquellos que relacionan la aparición de trastornos psiquiátricos al uso intensivo y prolongado de agrotóxicos, realizamos una investigación titulada «Condiciones de vida y salud mental en asentamientos rurales en el noreste de Brasil; diagnóstico, estrategias de cuidado y soporte en la red de atención primaria y psicosocial», vinculando los Estados de Río Grande del Norte/RN y Piauí/PI. Dicha investigación fue realizada en nueve asentamientos de RN y seis de PI; se hizo uso de diversas estrategias metodológicas, entre ellas rastreadores de TMC (SRQ-20) y de un patrón de consumo de alcohol (AUDIT); se tuvo como participantes a hombres y mujeres habitantes de aquellas áreas por encima de los 18 años,

así como también profesionales de la salud y asistencia social de los municipios de referencia de los asentamientos.

Se realizaron mapas de 1106 familias (375 de RN y 731 de PI), que en total representan 4093 individuos (1705 de RN y 2388 de PI), siendo 2031 hombres y 2062 mujeres. Una gran parte de las familias está compuesta por hasta cuatro miembros, que son católicos y se encuentran en un rango de edad entre los 30 y 50 años. Viven con un salario de entre medio y dos salarios mínimos. En cuanto a las fuentes de manutención, las familias asentadas cuentan con la agricultura familiar, reciben una pensión y participan en programas sociales de transferencia de ingresos como principales fuentes de ingresos, como es el caso de la Bolsa Familia. Pocas familias tienen acceso al Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF) y cuando se trata de otros programas de crédito, casi la totalidad de los asentados no cuenta con la cobertura. El nivel de escolaridad predominante de los habitantes es la educación primaria, con un porcentaje considerable de analfabetos. Esas familias son mayoritariamente originarias de las zonas rurales del mismo municipio y residen en el asentamiento desde su fundación, cuando tuvieron acceso al crédito de instalación (*crédito instalação*). La mayoría fue constituida mediante una lucha emprendida por movimientos sociales del campo, según el ejemplo del MST (Movimiento de los Trabajadores Rurales sin Tierra) y los sindicatos rurales.

Sobre los TMC y el uso de alcohol, los índices detectados siguen la tendencia encontrada en otros estudios realizados con poblaciones con perfiles semejantes y que habitan contextos rurales en Brasil. Los hombres presentan un patrón de consumo de alcohol más problemático que las mujeres, las cuales presentan, a su vez, mayor incidencia de sufrimiento mental. Ese panorama se incrementa en gran manera cuando se considera el escenario socioeconómico y ambiental del territorio, así como la fragilidad de la red de asistencia psicosocial. Se observó una complejidad de factores y una combinación de riesgos socioeconómicos y ambientales experimentados por ese grupo que impactan la calidad de vida, son productores de estrés y están directamente relacionados con las condiciones de salud y, en particular, con los índices detectados de TMC y el consumo problemático de alcohol. Esas poblaciones se encuentran desasistidas en términos de políticas públicas, especialmente en lo referente a la generación de renta en el campo, repercutiendo directamente en las condiciones de vivienda, trabajo, ocio, educación y estilo de vida de las mismas.

Los habitantes de esos asentamientos rurales están sujetos a la inestabilidad climática de la región debido a los periodos de sequía, la escasez de recursos naturales, la no implementación o el mal uso de las políticas de crédito agrícola, al transporte precario; necesitan desarrollar estrategias de complementación de renta familiar y carecen de organización colectiva y participación política que puedan producir empoderamiento e interferencia en los patrones de desarrollo local, de salud y en la vida comunitaria. La degradación ambiental, la exposición a los agrotóxicos, la alimentación inadecuada, la falta de espacios de ocio, el bajo nivel de apoyo social, la carga del trabajo doméstico y agrícola entre las mujeres, son factores asociados al aumento de enfermedades crónico-degenerativas, así como a la presencia de morbilidades psiquiátricas y al consumo de alcohol entre hombres y mujeres en niveles preocupantes, por encima del promedio nacional.

En ese escenario detectamos que los equipos de salud desconocen el territorio, las condiciones socio sanitarias y las demandas de salud mental de la población. Las estrategias de cuidado consisten en consulta individual/familiar, visita domiciliaria, prescripción de medicamentos y conferencias educativas que, utilizadas de manera descontextualizada, no alcanzan la resolución esperada. La atención psicosocial no funciona de forma clara, presentando problemas en cuanto al seguimiento y la continuidad de los cuidados. Además, hay una distancia geográfica entre los habitantes y los servicios, alta rotación entre los profesionales, condiciones de trabajo precarias, desconocimiento por parte del equipo de los principios de las Estrategias de Atención Psicosocial, del funcionamiento de la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y de las directrices de la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Selva. Es evidente la ausencia de procesos de educación permanente entre los trabajadores. Todo eso se ve agravado por los problemas detectados en el ámbito de la gestión/gerencia pública municipal. Debido a la fragmentación de la RAPS y al desconocimiento de las características específicas de la población asentada, los equipos no logran acoger ni responder a las demandas en salud mental de modo que impacten los indicadores sociales y de salud de la población del campo. En otras palabras, no se produjo un cuidado territorializado.

Por lo tanto, es notable que los habitantes de las zonas rurales están caracterizados por particularidades geográficas, sociales y culturales, y enfrentan

un conjunto de adversidades psicosociales y ambientales que afectan la salud mental y no pueden ser consideradas en la planeación y el ordenamiento de los recursos de salud. Al describir tales realidades, entendemos que cualquier servicio, equipo o profesional insertado en esos territorios necesita aprenderlos en su complejidad para responder de forma contextualizada a las nuevas exigencias de las políticas públicas de enfrentamiento a las desigualdades en el medio rural brasileño.

Redes integrales de servicios de salud: desafíos para calificar el cuidado en salud mental en el abordaje territorial

En los últimos años hemos observado un esfuerzo de las políticas de salud en expandir los equipamientos y acciones ampliando la cobertura asistencial para todo el territorio brasileño por medio de la estructuración de una red compleja de servicios que engloba de forma articulada tanto los grandes centros urbanos, ciudades medianas y pequeñas como las áreas rurales.

Las razones para esto encuentran resonancia en el proceso de transición demográfica y epidemiológica en curso en el país, como el envejecimiento de la población, mayor presencia de enfermedades de condición crónicas o sufrimiento y no únicamente cuadros agudos, además de los contextos de desigualdad que han determinado las necesidades de salud y la oferta de cuidados hacia la población brasileña (Mendes, 2010). A pesar de lo expuesto, las respuestas ofrecidas en el ámbito nacional e internacional sobre la organización de los sistemas de salud chocan contra los problemas relacionados a la fragmentación de las acciones; a la falta de acceso a los servicios; a la pérdida de la continuidad de la atención; a las dificultades de coordinación y articulación entre los niveles y puntos de atención; y a la falta de coherencia entre los servicios y las necesidades de salud de la población (OMS/OPAS, 2008). Como consecuencia, las respuestas de los sistemas de salud terminan recayendo sobre las condiciones agudas y eventos resultantes de la agudización de enfermedades de condición crónica, siendo poco resolutivo en el cuidado de «enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles de largo tiempo (tuberculosis, lepra, VIH/Sida y

otras), condiciones maternas e infantiles, acompañamiento por ciclos de vida (puericultura, herbicultura y seguimiento de las personas de edad), deficiencias físicas y estructurales continuas (amputaciones, cegueras y deficiencias motoras persistentes)», y aun en relación al cuadro de enfermedades/sufrimientos mentales de largo plazo, con los cuales exige un «sistema que responda de forma proactiva, continua e integrada» y no solamente de forma episódica y reactiva (Mendes, 2010, p. 2298).

Para avanzar, Ouverney y Noronha (2013) señalan la necesidad de adoptar un conjunto amplio de principios de organización, para que puedan ser implementadas acciones de integración de cuidado enfocadas en el territorio:

- **Centralidad de las acciones en respuesta a las necesidades de salud:** es fundamental el dominio profundizado y detallado de informaciones sobre el ambiente de inserción del usuario, trayectoria de vida e inserción familiar, socioeconómica y cultural, con el objetivo de ampliar la efectividad de las acciones de planeamiento, a partir de la responsabilidad micro y macro sanitaria, por parte de los sistemas de salud.
- **Complejidad del abordaje y multiplicidad de las intervenciones:** considerando el cuadro sanitario brasileiro, con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y comorbilidades, se hace necesario un análisis a partir de diferentes perspectivas para la comprensión de las múltiples determinaciones del proceso salud-enfermedad-cuidado, para que proporcione mayor diálogo entre los diferentes saberes y prácticas, así como para que se diversifiquen los abordajes preventivos.
- **Longitudinalidad del cuidado:** la integración del cuidado presupone vínculo y acompañamiento continuos junto a la población asistida, a partir de acciones coordinadas que involucren diferentes puntos de la red de atención, prácticas y oferta de tecnologías, todas enfocadas a las necesidades de salud del usuario en su territorio.
- **Interdependencia, distribución y corresponsabilización clínica y sanitaria:** el trabajo en salud exige complementariedad de los intereses y de los recursos de cada uno de los actores y servicios involucrados en los diferentes puntos de la red de atención. Tal comprensión incrementa el intercambio de recursos y de habilidades y conocimientos clínicos entre los servicios de componen la red. Por tanto es necesario definir sitios de coordinación del cuidado, que asuma la responsabilidad por el acompañamiento, seguimiento y evaluación de las acciones y resultados esperados.
- **Territorialización:** la construcción de planes terapéuticos debe tener en cuenta la determinación de las situaciones de salud y condiciones de vida de la población, los recursos sociales y servicios en el territorio, además de la producción social de las prácticas y la construcción social de los sentidos, referenciados al inicio de este capítulo, que también conforman los contextos de desigualdad y vulnerabilidad.

- **Modelos de Organización y Gestión de la Atención a la Salud:** articulación de las redes sociales y regionales de atención enfocadas en la integración del cuidado.
- **Intersectorialidad:** representa articulación de las acciones de salud con otras políticas públicas presentes en el territorio (educación, previsión, asistencia social, vivienda, alcantarillado, medio ambiente, empleo y renta, justicia, seguridad pública, entre otras) como condición ciudadana.

Establecidos estos principios, es necesario incorporar dispositivos en los sistemas de salud que faciliten acciones organizativas, de un lado, enfocadas en la gestión de la clínica y de los procesos de trabajo de los equipos en el interior de los servicios, y de otro, con un enfoque en la gestión compartida del cuidado entre los servicios con base en el territorio. En ese sentido, la Organización Americana de Salud (OPAS) publicó en 2010 un documento, proponiendo las redes integradas de servicios de salud como alternativa para la fragmentación de sus sistemas de salud (OPAS, 2010).

En el caso de Brasil, como esfuerzo para superar la fragmentación histórica de la atención y de la gestión del SUS, se delinearon como propuesta las Redes de Atención a la Salud (RAS), cuya finalidad es asegurar un conjunto de acciones y servicios para la población, respetando la diversidad de los contextos regionales, las diferencias socioeconómicas de cada localidad y las necesidades de salud que tales realidades presentan (Brasil, 2010a). En el documento que constituye las bases para la implementación de las RAS, el Decreto n° 7.508/2011, quedó establecido el concepto de Región de Salud como un espacio geográfico constituido por agrupamientos de municipios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturales, económicas, sociales, de redes de comunicación e infraestructura de transportes compartidos, con el fin de integrar la organización, el planeamiento y la ejecución de acciones y servicios de salud, que deben abarcar el ámbito de la atención primaria, urgencia y emergencia, atención psicosocial, atención ambulatoria especializada y hospitalaria y vigilancia en salud (Brasil, 2010a). En el objetivo de consolidar este nuevo acuerdo organizacional se dio prioridad a las siguientes redes temáticas: Red Cegonha, que tiene un recorte de atención a la gestante y de atención a los niños de hasta 24 meses; Red de Atención a las Enfermedades y Condiciones Crónicas: inicia con el cáncer (a partir de la intensificación de la prevención y el control del cáncer de mama y de cuello uterino); Red de Cuidado a la Persona con Deficiencia; Red de

Atención a las Urgencias y Emergencias; y la Red de Atención Psicosocial (con prioridad para el Enfrentamiento del alcohol, crack y otras drogas).

De acuerdo con las informaciones sobre las «Regiones y Redes de Salud en Brasil/RESBR», se registra un total de 436 regiones de salud, distribuidas de la siguiente manera:

- 40,1% presentan bajo desarrollo socioeconómico y baja oferta de servicios: incluye 175 regiones, 2159 municipios y 23,6% de la población.
- 12,2% presentan desarrollo socioeconómico medio/alto y baja oferta de servicios: incluye 53 regiones, 590 municipios y 7,3% de la población. La mayor parte de esas regiones están localizadas en las regiones Norte, Centro-Oeste y Sudeste (Norte de Minas y Vale do Ribeira en São Paulo).
- 28,2% presentan desarrollo socioeconómico medio y oferta de servicios media: incluye 123 regiones, 1803 municipios y 20,1% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur.
- 8% presentan desarrollo socioeconómico alto y oferta de servicios media: incluye 35 regiones, 388 municipios y 12,9% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur.
- 11,5% presentan desarrollo socioeconómico alto y oferta de servicios alta: incluye 50 regiones, 630 municipios y 40,5% de la población. Son regiones localizadas de forma predominante en las regiones Sudeste y Sur (RESBR, 2014).

De este modo, se trata de un escenario en donde las desigualdades socio espaciales y debilidades en infraestructura son determinantes en la oferta y en el acceso a los servicios y cuidados en salud, considerando que es significativo el número de regiones localizadas en áreas de desarrollo socioeconómico bajo/medio y oferta de servicios baja/media. De ahí la necesidad de avanzar en el trabajo de consolidación de las redes en cada territorio de las regiones de salud existentes en todo el país, con la integración de los puntos de atención a partir de acciones de continuidad y estructura del cuidado, para que se pueda interferir adecuadamente en la accesibilidad de grupos poblacionales alejados de los centros urbanos o localizados en las áreas del entorno de las sedes metropolitanas y regionales, o aun en ciudades con bajas densidades poblacionales, áreas de asentamientos y demás poblaciones rurales.

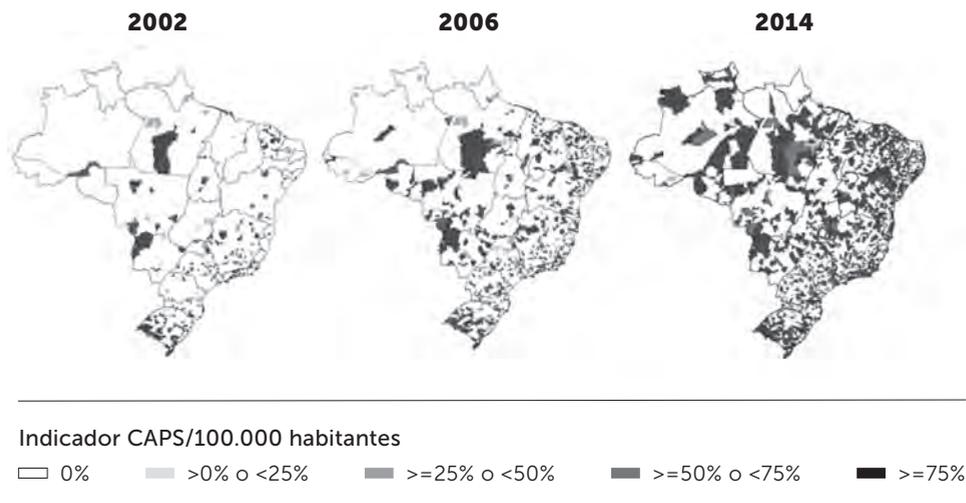
En términos de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), instituida por el Decreto n° 3088/2011, con el fin de crear, ampliar y articular puntos de atención

a la salud para personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades resultantes de uso de crack, alcohol y otras drogas (Brasil, 2011), la misma pasó a ser constituida por servicios en por lo menos siete puntos de la red ampliando la oferta de cuidados en el ámbito del SUS: Atención Primaria-Unidad Salud de Familia (USF) y Unidad Básica de Salud (UBS), Núcleo de Apoyo a Salud de Familia (NASF), Consultorio de Calle y Centro de Convivencia; Atención Psicosocial Especializada-Ambulatorios en salud mental y Centro de Atención Psicosocial; Atención de Urgencia y Emergencia-Unidad de Atención Rápida 24h y SAMU; Atención Residencial de Carácter Transitorio-Unidad de Acogida Adulta e Infantil-Juvenil; Atención Hospitalaria-Camas en Hospital General y Enfermería especializada; Estrategias de Desinstitucionalización-Servicio Residencial Terapéutico (SRT) y Programa de Vuelta a Casa (PVC); y Rehabilitación Psicosocial-cooperativas y demás acciones enfocadas en inserción laboral, escolarización e inserción social.

Se advierte, por lo tanto y a partir de ese diseño, que la RAPS es un dispositivo importante de integración de la salud mental a la red SUS en toda su complejidad político-organizativa y no apenas un nivel especializado de atención. Además, los equipos que integran a la RAPS asumen un rol importante en la retaguardia y el soporte de cuidados en cada localidad o área próxima que es responsable. Los datos del Ministerio de Salud en relación con los puntos de la RAPS en el país son prueba de eso. Actualmente contamos en la Atención Primaria con 39.228 equipos USF, 3898 equipos NASF y 111 consultorios de calle, también responsables de la acogida de las necesidades y situaciones en salud mental de la población en este nivel de atención y coordinación del cuidado junto a los demás niveles; en la Atención Especializada con: 2209 CAPS, distribuidos en 1609 CAPSI, 476 CAPSII, 85 CAPSIII, 201 CAPSi, 309 CAPS ad y 69 CAPS ad III; en la Atención Residencial de Carácter Transitorio con: 34 unidades de acogida (y 156 nuevas unidades en construcción); en la Atención Hospitalaria con: 187 hospitales generales que ofrecen 888 camas psicosociales y con 167 hospitales psiquiátricos que ofrecen 25.988 camas en enfermerías especializadas; Estrategias de Desinstitucionalización con: 610 SRT y 4.349 beneficiarios del PVC; y en la Rehabilitación Psicosocial con: 1008 iniciativas mapeadas con proyectos relacionados a la economía solidaria y generación de trabajo y renta, además de acciones de protagonismo de usuarios y familiares de la RAPS (Brasil, 2015).

Figura 02

Mapa con la serie histórica de la cobertura CAPS en Brasil (Brasil, 2015)



Fuente: Coordenação geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Dapes/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Específicamente sobre la cobertura CAPS en el país, el mapa que anteriormente indicaba mayor concentración de servicios en las regiones Sur y Sudeste a principio de los años 2000, presenta otro escenario en 2014 que es resultado de la profundización de la expansión y regionalización de la red psicosocial en todo el país. Cerca de 89% de los CAPS están localizados en municipios del interior del país, mientras que 11% están localizados en las ciudades capitales. Además, 47,71% de los CAPS en funcionamiento en todo el país están localizados en municipios de pequeña proporción (hasta 50 mil hab.), 16,5% en municipios de media/pequeña proporción (50 mil a 100 mil hab.) y 16,27% en municipios de proporción media (100 a 300 mil hab.). Así mismo ocurre en relación al NASE, servicio responsable por la articulación de las acciones de salud mental en la atención primaria, en la que 91,33% de los equipos están localizados en municipios del interior del país, siendo 77,54% en municipios de

pequeña proporción, 9,46% en media/pequeña proporción y 8,24% de media proporción. Por lo tanto, no cabe duda de que la Política de Salud Mental de Brasil progresó en términos de la distribución de los servicios, considerando aquello, como bien manifestó Bezerra Jr. (2007), que en un país «de dimensiones continentales y enorme diversidad cultural, no es posible construir un modelo asistencial que sirva igualmente para las megalópolis y las pequeñas ciudades del interior» (p. 244). Sin embargo, la mayor dificultad es en relación con la capilarización de la acción de los servicios en los territorios adscritos y el ordenamiento del cuidado en un país con dimensiones y debilidades que marcan su tejido social, sea en los escenarios urbanos y rurales.

Tomando la realidad de RN y de PI en cuanto a la regionalización de la RAPS, es posible destacar algunos desafíos de la red psicosocial en los dos estados, para avanzar en la perspectiva de la determinación social de la salud y el cuidado territorializado. RN es uno de los nueve estados que componen esa región, teniendo como capital el municipio de Natal. Su población está compuesta por 3.168.037 habitantes (Brasil, 2010b), representando cerca de 6% de la población total del nordeste. Territorialmente, el estado está dividido en cuatro mesorregiones, asimismo divididas en 19 microrregiones y compuesto por 167 municipios. La mayor parte de los municipios de RN posee una población de hasta 20.000 habitantes. Más del 70% no alcanza ni los 10.000 habitantes. Por lo tanto, es un estado compuesto prioritariamente por municipios pequeños, siguiendo la tendencia nacional, con apenas tres ciudades (Natal, Mossoró y Parnamirim) que presentan más de 100.000 habitantes. En lo que respecta a la ocupación del espacio urbano y rural, Rio Grande do Norte posee una tasa de urbanización de 78,7%, por debajo de la media nacional, que es del 85% en 2010, y un poco más arriba de la media en la parte nordeste (73,7%), que, a propósito, es la menor del país. En RN, 77,8% de la población está localizada en áreas urbanas y 22,2% en áreas clasificadas como rurales (IBGE, 2010b). En cuanto al escenario social, 90% de su territorio está situado en el denominado Polígono das Secas, es decir, sufre constantes periodos de sequías, lo que ocasiona graves problemas sociales, que impactan tanto las condiciones de vida de la población del interior como de la capital (Dantas, 2013). No obstante, RN sigue la tendencia nacional, presentando buen desempeño en materia de indicadores sociales. El escenario de la región nordeste ocupa una posición privilegiada en relación a los demás estados. A pesar de eso, el panorama de la

pobreza se mantiene elevado, teniendo en cuenta la dimensión nacional, ya que la región nordeste, en comparación con la región norte, presenta los índices más altos de desigualdad y pobreza en el país.

En cuanto a los indicadores de salud de RN, el estado cuenta con 3994 establecimientos de salud, con la oferta de 191 servicios de hospitalización, 231 de atención a urgencias, 1915 de atención ambulatoria, 166 de atención farmacéutica, 324 que realizan acciones de vigilancia epidemiológica o sanitaria y 483 servicios de apoyo de diagnóstico y terapia (MS, 2015). En cuanto a los recursos humanos en salud que actúan en el SUS, el estado cuenta con 3496 médicos (coeficiente por cada mil habitantes = 1,04) y otros 252 médicos del Programa Más Médicos («Programa Mais Médicos»), además de 7109 profesionales de la salud de nivel superior (enfermeros, cirujanos dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistastrabajadores sociales y nutricionistas) (coeficiente por cada mil habitantes = 2,11) (RESBR, 2015). En cuanto a la territorialización de la salud en RN, el estado está dividido en ocho regiones de salud, en donde 148 municipios están localizados en 6 regiones de salud que resultan siendo áreas con un bajo desarrollo socioeconómico y una baja oferta de servicios; 14 municipios localizados en una región con un crecimiento medio y una oferta de servicios media; y 5 municipios localizados en una región con alto desarrollo y una alta oferta de servicios. (RESBR, 2015). En la Tabla 1 podemos ver la distribución de los equipos de ESF y NASF, así como de los CAPS en las regiones de salud de RN.

En cuanto a PI, geográficamente está ubicada al noroeste de la región nororiental. Tiene una extensión territorial de 251.611,932 km² y una población de 3.118.360 habitantes (Brasil, 2010b). Tiene 224 municipios, distribuidos en cuatro mesorregiones y 15 microrregiones. Su capital y municipio más poblado es la ciudad de Teresina (814.230 habitantes). En cuanto al número de habitantes, el estado sigue el marco nacional, compuesto principalmente de pequeños municipios, de los que apenas 25 (11,16%) tienen una población superior a los 20,000 habitantes. De estos, solo dos tienen una población superior a los 100,000 habitantes: la capital Teresina y el municipio de Parnaíba. Existen diferencias notables al comparar la distribución de la población urbana y rural de PI con la realidad nacional. En efecto, mientras que la población rural nacional presenta una tasa del 15,6%, el 34,2% del grupo poblacional de Piauí está ubicado en zonas rurales. El escenario de Piauí presenta altos índices de pobreza al

Tabla 01

Regiones de Salud de RN

UF	Región de Salud	Nº Municipios de la CIR	Población (Censo 2010)	Indicadores	ESF	NASF	CAPS
RN	1ª Región de Salud São José de Mipibu	27	351.502	1	171	29	6
	2ª Región de Salud Mossoró	14	436.940	3	138	14	8
	3ª Región de Salud João Câmara	26	323.763	1	137	22	6
	4ª Región de Salud Caicó	25	295.726	1	124	24	5
	5ª Región de Salud Santa Cruz	21	185.719	1	84	18	5
	6ª Región de Salud Pau dos Ferros	37	242.006	1	98	36	3
	7ª Región de Salud Metropolitana	5	1.187.899	5	243	13	12
	8ª Región de Salud Açú	12	144.472	1	59	11	1

Indicadores clave

1. Bajo desarrollo y baja oferta | **2.** Desarrollo medio y baja oferta | **3.** Desarrollo medio y oferta media | **4.** Desarrollo alto y oferta media | **5.** Desarrollo alto y alta oferta.

Fuente: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php

compararlo con el marco nacional. En Brasil, el ingreso promedio mensual de los hogares es de R\$ 2220 (R\$ 2407 para áreas urbanas y R\$ 1051 para áreas rurales) (Brasil, 2011b). Piauí presenta el segundo peor ingreso por hogar (R\$ 1354), pero ha habido cierto progreso, ya que en diez años las condiciones de vida de la mitad de la población, que estaba en la pobreza extrema (total de 800 mil), mejoró. Uno de los principales elementos que han contribuido al aumento y a la distribución de los ingresos es la adopción de políticas de transferencia de ingresos, el aumento del salario mínimo y del crédito.

Sobre los indicadores de salud de PI, el estado cuenta con 3601 establecimientos de salud, con la oferta de 193 servicios de hospitalización, 258 de atención a urgencias, 2188 de atención ambulatoria, 187 de atención farmacéutica, 836 que realizan acciones de vigilancia epidemiológica o sanitaria y 515 servicios de apoyo de diagnóstico y terapia (MS, 2015). En cuanto a los recursos humanos en salud que actúan en el SUS, el estado cuenta con 2847 médicos (coeficiente por cada mil habitantes = 0,89) y otros 317 médicos del Programa Mais Médicos, además de 6184 profesionales de la salud de nivel superior (enfermeros, cirujanos dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y nutricionistas) (coeficiente por cada mil habitantes = 1,94) (RESBR, 2015).

En cuanto a la territorialización de la salud en PI, el estado está dividido en 11 regiones de salud, en donde 193 municipios están localizados en 10 regiones de salud que quedan en áreas con un bajo desarrollo socioeconómico y una baja oferta de servicios y 31 municipios en una región con un crecimiento medio y una oferta de servicios media. En la tabla 2 podemos ver la distribución de los equipos de ESF y NASF, así como de los CAPS en las regiones de salud de PI.

El cuadro sociodemográfico de ambos estados sigue la tendencia nacional. Los datos promedio referentes a la urbanización y el crecimiento económico tanto en RN como PI no presentan prácticamente ninguna discrepancia. Por otro lado, el estado de RN ocupa un lugar destacado en la región nordeste, como se evidencia en los índices económicos, el promedio de pobreza y el IDH. Del mismo modo, PI, a pesar del cuadro de pobreza de la población, sigue la lógica del progreso social con un aumento continuo de los indicadores sociales. Cabe recordar que esto no excluye los problemas que aún persisten en ambos estados y en la región nordeste, que afligen todos los días a los residentes de las grandes ciudades y de la periferia urbana, así como de las zonas rurales, de las ocupaciones irregulares y de los asentamientos rurales. Considerar cómo estos contextos afectan la salud mental de las poblaciones es fundamental para ampliar las formas de comprender el proceso salud-enfermedad, incluso, como se mencionó anteriormente, aprendiendo experiencias del propio territorio que pueden figurar como protectores y potencializadores del cuidado en áreas con una menor concentración de la oferta de servicios.

Sobre la regionalización de la salud en los dos estados, se destaca el número de municipios, 82,62% en RN y 86,1% en PI, localizados en áreas de bajo

Tabla 02

Salud Mental y Regiones de Salud de PI

UF	Región de Salud	Nº Municipios de la CIR	Población (Censo 2010)	Indicadores	ESF	NASF	CAPS
	Carnaubais	15	157.071	1	71	16	4
	Chapada das Mangabeiras	23	187.457	1	90	22	6
	Cocais	23	385.072	1	175	32	9
	Entre Rios	31	1.166.815	3	423	34	16
	Planície Litorânea	11	265.502	1	98	16	5
RN	Serra da Capivara	18	140.738	1	65	18	2
	Tabuleiros do Alto Parnaíba	5	44.665	1	23	5	1
	Vale do Canindé	14	104.492	1	47	14	2
	Vale do Rio Guaribas	42	359.863	1	175	43	8
	Vale do Sambito	14	104.024	1	51	11	4
	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	28	202.961	1	96	30	5

Indicadores clave

1. Bajo desarrollo y baja oferta | **2.** Desarrollo medio y baja oferta | **3.** Desarrollo medio y oferta media | **4.** Desarrollo alto y oferta media | **5.** Desarrollo alto y alta oferta.

Fuente: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php

desarrollo socioeconómico y baja oferta de servicios. En el caso de la retaguardia especializada como a la salud mental en estas localidades, a pesar de la baja oferta de servicios de salud, se percibe una cobertura CAPS razonable en los dos estados. Tanto RN como PI presentan una cobertura considerada como muy buena, 0,92 y 1,13, respectivamente, por el Ministerio de Salud. Sin embargo, las tablas 1 y 2 indican que, especialmente en RN, se observan dificultades en cuanto a la cobertura de CAPS en al menos dos regiones (6ª Región de Salud-Pau dos Ferros y 8ª Región de Salud-Açu) y en PI en por lo

menos una región de salud (Serra da Capivara), debido al número reducido de servicios en esas localidades.

Además, más allá del debate sobre la cobertura de los servicios, no podemos olvidar que los CAPS se enfrentan a desafíos para operar el paradigma de la atención psicosocial y de la asistencia sanitaria territorial. Martinhago y Oliveira (2012) presentan dos direcciones de este problema. La primera trata de la dificultad de los administradores y de los trabajadores para comprender la atención psicosocial y, por consiguiente, para operar la articulación entre los servicios de los distintos puntos de la red. Esto demuestra la gestión frágil y precaria de la acción técnico-asistencial de estos servicios en términos de la organización de los procesos de trabajo, con énfasis en la construcción de líneas de cuidado que consideren la determinación social de la salud y de la vida. Los trabajadores no se sienten capacitados para actuar en esta situación, manteniendo la rutina de trabajo para los que pueden adherirse a la rutina de los servicios CAPS y remitiendo los casos que consideren más difíciles al nivel más especializado de atención (del municipio o de la región de salud). La segunda es la casi ausencia de espacios que actúen en la reinserción social de los usuarios, articulando el territorio y sus bases de apoyo comunitarios, tales como cooperativas, centros de convivencia y cultura y otros servicios para la inserción en el mundo del trabajo y la reconstrucción de la vida. Así, de acuerdo con los autores, los CAPS operan muchas veces en el umbral de la institucionalización, puesto que no hay espacios que les permitan a los usuarios progresar más allá de sus muros.

Otro aspecto recordado por Freire (2012) es el desafío del CAPS de asumir la función de gestos de la red de atención psicosocial, ya que debe articularse con servicios de los demás puntos de atención de la RAPS en el territorio, especialmente la Atención Primaria, con los equipos de la ESF y NASF, consultorios de calle y centros de convivencia, realizar matriciamiento, servir de referencia para la red hospitalaria y en las atenciones de urgencia, así como los dispositivos y estrategias de desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial, como los SRT y acciones de inserción al trabajo, escolarización y red social. Como efecto, se percibe el agotamiento del poder de acción de los CAPS o la tendencia a encerrarse en sí mismo, con pocas acciones en la territorialización del cuidado, lo que resulta como un reto para el mantenimiento de la atención psicosocial en Brasil (Lobosque, 2011). Frente a las dificultades enumeradas

aquí, cabe recordar las consideraciones de Barros (2003) sobre la necesidad de descronificar los equipos, servicios y redes, con el fin de retomar el poder del trabajo en salud mental desde la perspectiva de la atención integral, regionalizada y continuada, reafirmada por los principios de la RAPS. De esta manera, es necesario no solo ampliar la oferta de servicios, sino enraizar las acciones de salud mental más allá de los servicios ambulatorios y especializados.

La atención primaria, por ser uno de los puntos de la RAPS en el territorio, figura a veces como la única asistencia posible, especialmente en los lugares con una baja oferta de servicios, ya que en muchos municipios se cuenta apenas con los equipos de la ESF y NASF. Sin embargo, se debe reconocer la necesidad de alterar saberes y prácticas hacia lo que Barros (2003) y otros hablaban, principalmente en relación con la cultura del miedo y del prejuicio, junto con la concepción de que los profesionales de la atención primaria no son capaces de acoger las demandas psicosociales del territorio, y de que les hace falta habilidad y manejo especializado en salud mental.

Por lo general, los servicios de la APS en Brasil se han vuelto muy reticentes a la salud mental en el territorio. Silveira (2009) resalta que la incomodidad y la falta de preparación de los profesionales, las familias y la comunidad para lidiar con el sufrimiento psíquico se han vuelto cada vez más evidentes. Tavares, Souza y Pontes (2013) identificaron dificultades entre los profesionales de la salud, que se expresan como barreras para el acceso y el cuidado de las manifestaciones de sufrimiento que aparecen en la APS: poco conocimiento acerca de los diferentes códigos culturales para expresar el sufrimiento; falta de estrategias formativas para los equipos; prioridad de las políticas de salud mental para las clientelas consideradas graves; falta de tecnologías para el cuidado y acceso de los clientes con quejas difusas y problemas crónicos de salud mental.

En este sentido, son innumerables los desafíos que enfrentan los profesionales de los equipos de la ESF y NASF en estos contextos: trabajar en una perspectiva diferente a la que aprendieron durante su formación académica (altamente prescriptiva y centrada en la enfermedad); enfrentar la propia ansiedad, inseguridad, los prejuicios e incluso la incapacidad de lidiar con usuarios de salud mental; incorporar en sus procesos de trabajo acciones que permitan el monitoreo y evaluación de acciones desarrolladas con las demandas psicosociales en la región y trabajar en equipo y en red para garantizar una atención integral (Gonçalves, 2002).

De esto resulta, muchas veces, una oferta excluyente, fragmentada y selectiva que puede marginar la salud mental como campo de atención en la atención primaria. Incluir y trabajar la salud mental entre las líneas de atención en la APS es uno de los actuales y antiguos retos en los que se debe avanzar en los sistemas de salud. El acceso calificado en la APS para los asuntos de salud mental es un punto crítico. La falta de profesionales con capacidad de gestión para atender esta demanda, especialmente con el uso de tecnologías relacionales, hace que la APS no se efectúe y se consolide como la puerta de entrada de la salud mental al SUS, mucho menos como coordinadora de la red (Almeida, Giovanella y Nunan, 2012; Rozani y Stralen, 2003).

La mayoría de los municipios brasileños, especialmente los localizados en áreas con una baja oferta de servicios, aún no avanzó en términos de sistematización y análisis de información e indicadores de salud mental, incluso que considere el *modus territorial* en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-cuidado a partir de sus determinaciones sociales. El objetivo de este trabajo de información en salud es planear y organizar las acciones de los servicios y la articulación de la red para ampliar la atención a partir del territorio de cada región de salud. El reflejo de esto es la fragmentación y el aislamiento de los niveles de atención, que han sido comentados aquí en varias ocasiones; la acción procesal y sin plan de continuidad de las acciones por parte de los servicios; el endurecimiento de las prácticas y acciones profesionales aisladas; y las líneas de cuidado no constituyen el pilar de la organización del sistema. En el caso de la salud mental, hay protocolos y líneas de atención para los diversos tipos de problemas o quejas que llegan a los servicios; hay mucha dificultad para producir una convergencia de los principios y de la práctica entre los equipos; la acción profesional casi siempre se centra en la enfermedad, centrándose en el consumo de los procedimientos y remisiones a los niveles de atención especializada; finalmente, hay un número reducido de herramientas de trabajo para actuar en diferentes ámbitos (personal, familiar y sociocultural), con amplias acciones intersectoriales, que implican la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centradas en el territorio (Dimenstein, 2013; Dimenstein, Lima y Macedo, 2013).

Actuar en la RAPS, por lo tanto, exige, entre otros desafíos, adoptar la multiprofesionalidad, el trabajo en el territorio y la atención en red. Por lo tanto, la formación y la práctica profesional no pueden ser ajenos al debate sobre los

DSS y las desigualdades territoriales de las formas de enfermedad y sufrimiento (Ferreira y Olschowsky, 2010). En primer lugar, porque es insostenible la idea de que los procesos de formación estén desplazados de los acontecimientos del mundo, de la vida cotidiana y de los servicios de salud. Segundo, porque es necesario profundizar en la relación enseñanza-servicio-comunidad de modo que la formación se de en y para el servicio, que cree espacios colectivos en los que los actores involucrados en los procesos de formación puedan interrogar y analizar su trabajo diario, en la medida en que ejercitan acciones en equipo y potencializan la interdisciplinariedad para el enfoque territorial en la provisión de acciones de atención para el enfoque territorial en la oferta de las acciones de cuidado (Silva y Caballero, 2010). Por último, que las experiencias formativas puedan desarrollar metodologías de aprendizaje que permitan articular «los componentes de gestión, asistencia y participación popular, movilizandando la incorporación de los trabajadores como actores identificados con las necesidades de creación y modificación en el contexto de la salud» (Oliveira y Guareschi, 2010, p. 95).

En esta perspectiva, las acciones que se van a desarrollar en la RAPS deben guiarse en un trabajo de diagnóstico y planeación situacional, que considere las formas en las que la población se relaciona en los espacios donde vive y desarrolla sus actividades diarias. De ahí la importancia de desarrollar acciones en conjunto con la comunidad, discutir los problemas locales de salud, la planeación de los cuidados, además del monitoreo de los resultados para el fortalecimiento de las respuestas a las políticas de salud. Esto le exige a los profesionales habilidades para reconocer los procesos psicosociales movilizandos por las condiciones de vida, para intervenir en los modos de existencia y campos de sentidos de manera singularizada para coordinar las acciones intersectoriales en el territorio, para aprender a valorar la heterogeneidad espacial, social y simbólica que impregna los diferentes escenarios, diversidad que fomenta los procesos de subjetivación y sociabilidades que escapan al régimen de la universalidad, de la uniformidad y masificación que produce la lógica de la patologización de lo cotidiano, la medicalización de la vida y el colonialismo de los saberes.

Referencias

- Almeida, P. F., Giovanella, L., & Nunan, B. A. (2012). Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, 36(94), pp. 375-391.
- Almeida, K. S. (2015). «Urbanização e modo de vida: debate sobre determinação social na saúde na cidade». Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Almeida-Filho, N. (2009). A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Revista Saúde em Debate*, 83(33), pp. 349-370.
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), pp. 127-131.
- Andrade, L. A., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., Nishimura, R., Anthony, J. C., Gattaz, W. F., Kessler, R. C., & Viana, M. C. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2), pp. 1-11.
- Baeninger, R. (Org.) (2010) *População e Cidades: subsídios para o planejamento e para as políticas sociais*. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Brasília: UNFPA.
- Barcellos, C (2009). Os indicadores de pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. En C. Barcellos (org.) *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*, pp. 107-139. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Barros, R. B. (2003). Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. En Conselho Federal de Psicologia, *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*, pp. 196-206. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. En A. F. Fonseca, & A. D. Corbo (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*, pp. 51-86. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Bergamasco, S. M. P. P., & Norder, L. A. C. (1996). *Reforma agrária e assentamentos rurais: perspectivas e desafios*. Recuperado de <http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Attachments/381/Vanilde%20>

- Ferreira%20de%20Souza%20Esquerdo%20-%20NEAD%20-%20artigo.pdf, consultado el 09 de junio de 2015.
- Bezerra JR., B. C. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), pp. 243-250.
- Brasil (2010a). Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html, consultado el 09 de junio de 2015.
- Brasil (2010b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: Censo demográfico.
- Brasil (2011a). Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html acesso em 09 de junho de 2015.
- Brasil (2011b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. *Cidades*. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/estimativa>. consultado el 25 de junio de 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (2015). *Saúde Mental em Dados-12*. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Disponible en: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 77-93.
- Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde/CNDSS. (2008). *Causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf, consultado el 09 de junio de 2015.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), pp. 73-79.

- Costa, M. G. G., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Revista Estudos de Psicologia*, 19(2), pp. 89-156.
- Dantas, C. M. B (2013). «Ação do Psicólogo na Assistência Social: interiorização da profissão e combate à pobreza». [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Dimenstein, M. (2013). La Reforma Psiquiátrica y el modelo de Atención Psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en Salud Mental. *Revista CS*, 11, pp. 43-72.
- Dimenstein, M., Lima, A. I. O., & Macedo, J. P. (2013). Integralidade em Saúde Mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. En: S. Paulon & R. Neves. (orgs.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*, pp. 39-60. Porto Alegre: Sulina.
- Ferreira, S. R, & Olschowsky, A. (2010). Residências: uma modalidade de ensino. En A. P. Fajardo AP, C. M. F. Rocha CMF & V. L. Pasini (orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*, pp. 23-34. Porto Alegre: Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
- Franco-Netto, G., & Alonzo, H. G. A. (2009). *Notas sobre a governança da Saúde Ambiental no Brasil*. Caderno de Texto. I Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Coordenação GT Saúde e Ambiente da Abrasco, pp. 16-19. Recuperado de http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_7832566.pdf, consultado el 09 de junio de 2015.
- Freire, F. H. M. A. (2012). «Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicosocial na relação do cuidado à loucura». [Tesis Doctorado en Ciências em el área de Salud Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Furtado, B. A, Krause, C., & França, K. C. B. (2013). *Território metropolitano, políticas municipais: por soluções conjuntas de problemas urbanos no âmbito metropolitano*. Brasília: Ipea.
- Galea, S. & Vlahov, D. (2005). *Handbook of urban health: populations, methods, and practice*. Nova Iorque: Springer Science Business Media.

- Gomes, J. C. R. (2012). «Promoção da saúde mental em espaço urbano». Tesis de doctorado. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, A. M. (2002). «Cuidado diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa de Saúde da Família». [Tesis de Doctorado en Enfermería], Universidade de Saúde Paulo, Ribeirão Preto.
- Gonçalves, D. A, Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), pp. 623-632.
- Lobosque, A. M. (2011). Debatedo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), pp. 4590-4602.
- Ludermir, A. B. (2005). Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(3), pp. 198-204.
- Martinhago, F. & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, 36(95), pp. 583-594.
- Mendes, E. V.(2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, 5(15), pp. 2297-2305.
- Ministério da Saúde (MS) (2015). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>, consultado el 30 de noviembre de 2015.
- Monken, M., & Barcellos, C. (2007). O território na promoção e vigilância em saúde. En A. F, Fonseca & A. D., Corbo (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*, pp. 177-224. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Nossa, P. N. (2008). Linhas de investigação contemporâneas na Geografia da Saúde e a noção holística de saúde. En C. Barcellos (Org.), *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde*, pp. 35-62 Rio de Janeiro: Editora Abrasco: ICICT: EPSJV.
- Oliveira, C., & Guareschi, N. M. F. (2010). Residência multiprofissional em saúde: brechas para novas formas de conhecimento? En N. M. F. Guareschi, A. Scislesk., C. Reis, G. Dhein & M. A. Azambuja (Orgs.). *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde*, pp. 99-117. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: OMS/OPS.
- Ouverney, A. M., & Noronha, J. C. (2013). Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. En Fundação Oswaldo Cruz, *A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- Pinho, P. S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(3), pp. 560-72.
- Regiões e Redes de Saúde no Brasil (RESBR) (2014). *Relatório Metodológico da tipologia das CIR*. Recuperado de http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf, consultado el 30 de noviembre de 2015.
- Rehm, J., & Parry, C. (2009). Alcohol consumption and infectious diseases in South Africa. *Lancet*, 374(9707), pp. 20-53.
- Ribeiro, L. C. Q, Rodrigues, J. M., & Corrêa, F. S. (2009). *Segregação Residencial e Mercado de Trabalho nos Grandes Espaços Urbanos Brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador, Recife, Fortaleza, Brasília, Belém, Manaus, Campinas, Goiânia, Florianópolis, Vitória, Natal e Maringá*. Observatório das Metrôpoles IPPUR/FASE. Recuperado de http://www.observatoriodasmetrolopoles.net/new/images/abook_file/relatorio008_2009c.pdf, consultado el 09 de junio de 2015.
- Rocha, S. V., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G., & Virtuoso Júnior, J. S. (2012). Prática de atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre residentes de um município do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(4), pp. 871-83.
- Ronzani, T. M & Stralen, C. J. (2003). Dificuldades de implantação do programa de saúde da família como estratégia. *Revista APS*, 6(2), pp. 99-107.
- Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar*. Coimbra: Coimbra University Press.

- Santos, A. L., & Rigotto, R. M. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 8(3), pp. 387-406.
- Saraceno, B. (2010). The paradigm of urban suffering. *Souq Books*. Recuperado de http://www.souqonline.it/home2_2_eng.asp?idtesto=690&idpadre=869&son=1#.U2wSVYFdWt8, consultado el 09 de junio de 2015.
- Silva, Q. T. A., & Caballero, R. M. S. (2010.) A micropolítica da formação profissional. Na produção do cuidado: devir-residência. En A. P. Fajardo, C. M. F. Rocha & V. L. Pasini (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*, pp. 61-74. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Silveira, R. M. (2009). «A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário». [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Spector, R. (1999). *Cultura, cuidados de salud y enfermeira: cultura de los cuidados*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Tavares, A. L. B., Sousa, A. R. & Pontes, R. J. S. (2013). Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 26(8), pp. 35-42.
- Vakis, R., Rigolini, J., & Lucchetti, L. (2015). *Los Olvidados, pobreza crônica en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Mundial.
- World Health Organization/WHO. (2013). *Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/, consultado el 09 de junio de 2015.