

PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: CONTRIBUCIONES PARA TRANSFORMAR LA ATENCIÓN

Gisele Fernandes Tarma Cordeiro¹ 
Tatiana Marques dos Santos¹ 
Rosa Gomes dos Santos Ferreira¹ 
Ana Paula Freitas Guljor¹ 
Angela Aparecida Peters² 
Maria Angélica de Almeida Peres¹ 

RESUMEN

Objetivo: analizar las repercusiones que tiene sobre la atención en salud mental la implantación de Protocolos de Conducta Asistencial en una Unidad Básica de Salud de Juiz de Fora (Minas Gerais - Brasil). **Método:** estudio histórico-social, realizado en 2018, cuyas fuentes directas son los documentos escritos y testimonios orales analizados según los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica. **Resultados:** se presentan las categorías: a) Reorganización de la atención en salud mental a través de la implantación de Protocolos de Conducta; b) Proceso de derivación y contradervación entre la Unidad Básica de Salud y los servicios de atención especializada en salud mental; c) Transformación de la atención en salud mental. **Conclusión:** los protocolos organizaron la red de atención en salud mental, apoyando la formación multidisciplinaria, instaurando la Atención Primaria de la Salud como puerta de entrada para la recepción, el tratamiento y seguimiento de la salud mental del territorio.

DESCRIPTORES: Servicios Comunitarios de Salud Mental; Atención Primaria de la Salud; Centros de Salud; Atención de la Salud Mental; Equipo de Atención al Paciente.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Cordeiro GFT, Santos TM dos, Ferreira RG dos S, Guljor APF, Peters AA, Peres MA de A. Protocolos para la atención de la salud mental en la atención primaria: contribuciones para transformar la atención. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022. [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.88144>.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Hasta la década de 1980, el modelo de atención de la salud mental en el municipio de Juiz de Fora (Minas Gerais) se basaba exclusivamente en la internación en hospitales privados, eso generó una industria de poder, de lucro, de maltrato e invisibilidad de las personas con sufrimiento psíquico. En consecuencia, la realidad de la atención en salud mental en Juiz de Fora se volvió mundialmente conocida por integrar el “corredor de la locura” junto con las ciudades de Barbacena y Belo Horizonte¹⁻².

Debido a la fuerte tradición manicomial, se inició el proceso de implantación de la Reforma Psiquiátrica (RP) en Juiz de Fora, gracias al importante movimiento social de los trabajadores de la salud. Las iniciativas reformistas para que la atención de la salud mental se llevara a cabo a nivel comunitario tomaron fuerza luego de reiteradas denuncias ante el Ministerio de Salud (MS), que provocaron el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos. En ese contexto, el año 1997 marca un importante avance en el campo asistencial, a través de una iniciativa de reformulación de la atención en salud mental, con el objetivo de recibir en la comunidad a las personas desinstitucionalizadas².

La reformulación de la atención en la ciudad fue realizada por los directores y coordinadores del Instituto de Salud Mental con el apoyo de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, el Ministerio de Salud, los profesionales de la salud del municipio, los profesores de la Universidad Federal de Juiz de Fora (UFJF), junto con el Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario, que propusieron la elaboración e implantación de Protocolos de Conducta del Sistema Municipal de Salud Mental de Juiz de Fora (SMSM/JF) con la intención de promover la articulación entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud².

Tanto el movimiento social, como los autores, trabajadores y gestores de la ciudad, tuvieron una participación activa a través de reuniones, conferencias, foros y otros encuentros que posibilitaron la desinstitucionalización de usuarios hospitalizados a largo plazo.

El mérito estuvo en invertir en la atención siguiendo los principios de la atención universal, equidad en el acceso e integralidad de las acciones que brinda el SUS. El objetivo categórico fue hacer de la Unidad Básica de Salud (UBS) la puerta de entrada, la primera instancia de atención en salud mental, para acoger, tratar y realizar el seguimiento de las personas con sufrimiento psíquico y sus familias en el área de residencia. Los protocolos consistieron en un manual que pasó a ser conocido como el “Libro Verde” por el color de sus páginas y sirvió para capacitar al equipo multiprofesional, en la atención primaria y en otros niveles, para brindar atención en el contexto de la desinstitucionalización y de la reducción de camas psiquiátricas³.

En sus hojas había una guía de consulta rápida de las principales comorbilidades presentes en el proceso de desinstitucionalización, en los diferentes niveles y dispositivos asistenciales. Se identificó un diagrama de flujo general para la atención de la salud mental en la UBS, que indicaba como identificar los grupos de riesgo y guiaba esquemáticamente las conductas: cuidar, derivar o supervisar. Por último, había capítulos específicos que trataban sobre el Servicio de Urgencias Psiquiátricas; la Entrevista Motivacional; los Psicofármacos en la Atención Primaria y la Psicología de la Enfermedad³.

Para que el uso de los Protocolos de Conducta fuese viable como guía para la atención en salud mental, fue necesario articular el nuevo sistema de atención en salud mental, los Centros Regionales de Referencia en Salud Mental (CRRESAM) y los Programas Especiales de Salud Mental (PROESAM). Los CRRESAM estaban destinados a la atención en salud mental de segundo nivel y eran instancias fundamentales en el proceso de supervisión y seguimiento en esta especialidad. Tenían objetivos operativos relacionados con las acciones de derivación y contraderivación, organizando el flujo de usuarios y supervisando

los equipos de la UBS. El PROESAM, por su parte, se encargaba de brindar tratamientos específicos para cada grupo de trastornos mentales, según las patologías clasificadas por el Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), con el fin de desarrollar un proyecto terapéutico y definir parámetros de priorización relacionados con la peculiaridad de cada caso. Si bien eran muy similares a los ambulatorios psiquiátricos, punto de partida del modelo biomédico, permitieron reorganizar la red³. Cabe señalar que la creación del apoyo matricial se realizó recién años después, en 2014⁴⁻⁵.

Las estrategias de desinstitucionalización puestas en práctica en la ciudad contribuyeron a comprender la historia de la salud mental en Brasil y describen las interfaces que propuso la Atención Primaria de la Salud (APS), y fueron relevantes para el proceso de difusión de ideas antimanicomiales que impulsaban los gestores y trabajadores de la salud mental en la sociedad, e indican que el movimiento fue anterior a las leyes nacionales, que normalizaron y fomentaron la desinstitucionalización en el país.

Al conmemorarse los 20 años de la promulgación de la Ley N.º 10.216/2001, es fundamental observar la construcción del campo psicosocial en Brasil. Hay un momento político que posibilita un proceso de contrarreforma psiquiátrica, presente en la Resolución del Ministerio de Salud N.º 32/2017⁽⁶⁾, que incluye, en la Red de Atención Psicosocial (RAPS), hospitales psiquiátricos especializados, entre otras directrices a modo de apoyo, que indican que es urgente que se realicen producciones y acciones para fomentar discusiones sobre los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico. Es necesario reafirmar, científicamente, el poder de los servicios que sustituyen el manicomio, entre ellos, la inclusión de la atención de la salud mental en las UBS, consolidada como dispositivo esencial en la RAPS. El objetivo de este estudio es analizar las repercusiones que tiene sobre la atención en salud mental la implantación de Protocolos de Conducta de Asistencia en una Unidad Básica de Salud, en Juiz de Fora (Minas Gerais - Brasil).

MÉTODO

Estudio histórico-social desarrollado desde la perspectiva de la Historia del Tiempo Presente, que no renuncia a los documentos escritos y considera la historia oral como una forma de producción de datos para recuperar la historia, considerando la memoria de quienes vivieron y participaron de los hechos⁷. El *corpus* documental estuvo compuesto por fuentes históricas directas, escritas y orales y fuentes indirectas, que contribuyeron a la discusión de los resultados.

El marco temporal comprende el año 1997, cuando se implantaron los Protocolos de Conducta en la UBS de la región Oeste de Juiz de Fora, y concluye en 2001, año en que entra en vigor la Ley N.º 10.216, que guio la sustitución del modelo de atención manicomial por el psicosocial.

El escenario de la investigación fue una UBS, ubicada en la región oeste de la ciudad de Juiz de Fora, donde se implantó el proyecto piloto de uso de los Protocolos de Conducta, que se extendió al resto de las UBS de la ciudad. En la época en la que se implantó, la atención de las personas con sufrimiento psíquico en la UBS la realizaba el equipo de salud, integrado por enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, médicos generales, psiquiatras, psicólogos y farmacéuticos, además del equipo administrativo.

Los documentos escritos consistieron en documentos del SMSM/JF, incluidos los Protocolos de Conducta y documentos relacionados con la reformulación de la atención en salud mental en la APS. Para mostrar el fenómeno histórico, se produjeron documentos con fuentes orales a partir de entrevistas con seis participantes, profesionales involucrados en la implantación de los protocolos en la UBS. Los participantes fueron identificados a través de los documentos y señalados por profesionales del municipio. Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: haber participado en la gestión de los Protocolos de Conducta del

SMSM/JF o trabajado como profesional de la salud en la UBS de la región Oeste de Juiz de Fora durante el periodo de implantación de dichos protocolos. Los profesionales que ingresaron a la UBS al final del estudio (2001) fueron excluidos de la investigación. Las fuentes indirectas consistieron en artículos sobre el tema.

Todos los documentos fueron digitalizados y organizados en carpetas nombradas según el tema. Para el análisis de fuentes escritas, se utilizó un instrumento de examen de fuentes escritas, elaborado por la investigadora, que ayudó a procesar la información. Se consideraron las siguientes reglas y criterios: pertinencia, suficiencia, exhaustividad, representatividad, homogeneidad, organización del *corpus* documental por sectores⁸.

La técnica de recolección de datos orales fue la historia oral temática⁹. Las entrevistas fueron guiadas por un cuestionario semiestructurado, se realizaron de mayo a julio de 2018 y tuvieron una duración promedio de 50 minutos. Posteriormente, fueron transcritas y validadas por los participantes, mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado, después de que leyeron el material textualizado. El lugar de las entrevistas fue definido por los participantes. Para identificar las entrevistas se utilizó la letra inicial de su profesión, seguida del número correspondiente al orden secuencial de las entrevistas: enfermero (E3), Médico (M4; M5; M6), Asistente Social (AS1); Auxiliar de Enfermería (AE2).

El análisis se realizó utilizando los procedimientos considerados como crítica interna y externa para eliminar posibles divergencias en cuanto al origen y contenido de las fuentes y establecer los criterios de confiabilidad del estudio⁹. En esta etapa se realizó la triangulación de todas las fuentes, con el fin de establecer un movimiento dialéctico, que permita una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Los datos recolectados fueron organizados cronológicamente, para poder realizar la interpretación del relato, según los objetivos que se pretenden alcanzar con la investigación.

El último paso metodológico consistió en discutir los datos interpretados siguiendo los autores que defienden los conceptos en los que se basa el movimiento de la RP y las acciones de salud mental en la atención primaria. Surgieron las siguientes categorías: a) Reorganización de la atención en salud mental a través de la implantación de Protocolos de Conducta; b) Proceso de derivación y contradervación entre la Unidad Básica de Salud y los servicios de atención especializada en salud mental; c) Transformación de la atención en salud mental.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente, bajo el Dictamen N.º 4.845.403, del 14 de julio de 2021.

RESULTADOS

Reorganización de la atención en salud mental a través de la implantación de Protocolos de Conducta

El contexto en que se implantaron los protocolos en la UBS fue la efervescencia de la salida de las personas con sufrimiento psíquico de los hospitales psiquiátricos, iniciada por la RP en Juiz de Fora, en la década de 1980⁴. El municipio fue vanguardista al concentrar esfuerzos para lograr esa transformación paradigmática que sólo fue posible mediante el proceso de acción-reflexión-acción de sus actores sociales.

Los protocolos fueron fundamentales porque surgieron del contexto de desinstitucionalización. Fue necesario, porque fomentó el desarrollo de una estructura de atención ambulatoria eficiente. (AS1)

Los protocolos surgieron en un contexto: la Reforma Psiquiátrica y la desinstitucionalización. El servicio debía realizarse para atender esta demanda, especialmente la atención específica

en salud mental incluida en la Atención Primaria de la Salud. (E3)

La demanda de salud mental siempre ha sido intensa y, antes de la implantación de los Protocolos de Conducta, el sistema estaba desorganizado (...) ese modelo de atención es parte de algo más grande, que es la desinstitucionalización en salud mental. (M4)

Los Protocolos de Conducta sirvieron para simplificar el diagnóstico en áreas básica, generales. Permitieron que el profesional de la UBS identificara a ese paciente que eventualmente tenía algún sufrimiento psíquico y merecía atención. Por lo tanto, era derivado con una orientación básica y un diagnóstico. (M5)

Los profesionales de la UBS, ubicada en la región Oeste, reconocieron que era necesario que hubiera intervenciones que facilitaran el proceso de recepción de personas con sufrimiento psíquico desinstitucionalizadas, dado que, antes de llegar a la UBS, estaban insertas en un espacio rodeado de prácticas coercitivas. Por lo tanto, el objetivo de la interdisciplinariedad fue reorganizar la atención y la gestión de los Protocolos de Conducta para incluir la atención de la salud mental en las prácticas de la atención primaria.

Los protocolos fueron creados por un equipo multidisciplinario (...) discutimos y presentamos sugerencias sobre lo que se podía hacer, reformulando el sistema. (E3)

Había profesionales de enfermería, trabajadores sociales y médicos. Discutimos y desarrollamos el esquema de las herramientas que se utilizarían para elaborar hipótesis diagnósticas que iban a usar los profesionales médicos y no médicos en la atención primaria. (M4)

La decisión organizacional de implantar los protocolos se dio a través de una reunión, en la fase de formulación del sistema (...) participaron profesionales del equipo multidisciplinario de casi todas las unidades para que pudiéramos presentar sugerencias. (M5)

Se identifica la importancia del diálogo entre dispositivos de salud, especialmente cuando se refiere al diagnóstico situacional de una población, sus intereses y sus demandas de atención. Antes de que se elaboraran los protocolos, los directivos y los equipos estaban interesados en conocer a los pacientes, sus problemas y necesidades, lo que, en el contexto analizado, se destaca como situación problema: el sufrimiento psíquico.

Proceso de derivación y contraderivación entre la Unidad Básica de Salud y los servicios de atención especializada en salud mental

Los participantes reconocieron que los CRRESAM, junto con los PROESAM, responsables de la atención especializada en salud mental en el segundo nivel de atención, eran instancias fundamentales de la red de atención en salud mental.

Pensamos en la forma de derivación para los equipos de la atención secundaria, los procesos de contraderivación, cómo se darían y, a partir de ahí, lo pusimos en práctica (...) y se amplió al municipio. (M4)

Cuando se concibió una RP, la idea no era solo sacar al paciente del hospital, sino establecer un flujo adecuado, lo que significaba tener una puerta de entrada definida y contar con un mecanismo de derivación y contraderivación eficiente. (M5)

El CRRESAM recibía a estos pacientes de la UBS (...) su papel era tratar de definir el cuadro del paciente derivado, si necesitaba ser visto por un especialista: si era así, era derivado al PROESAM; en caso contrario, sería contraderivado al CRRESAM para seguimiento. Al mes siguiente, el equipo llevaba el caso y realizaba la devolución, explicándole al equipo de atención primaria lo que se debía hacer. (M6)

Los participantes mencionaron la derivación y la contraderivación con frecuencia. Cabe destacar la madurez de estos profesionales en el intento de reorganizar el flujo de atención en el sistema de salud, considerando la UBS como puerta de entrada preferencial

para la atención en salud mental en el territorio, según la regionalización.

Transformación de la atención en salud mental

A partir de la implantación y el desarrollo de los Protocolos de Conducta se asume que hay una conexión entre la clínica de salud mental y la atención en el nivel primario de salud.

(...) ahí radica la importancia de integrar las acciones de salud mental a la salud de manera integral (...) la salud mental es parte del cuidado de la salud, es una especialidad como cualquier otra. (M6)

Los protocolos humanizaron el servicio, se pudo derivar y mantener el contacto, para saber qué pasó con la persona. (E3)

Al comparar el hospital psiquiátrico y la UBS, se ve que en la UBS la recepción fue mejor que en el hospital. Antes de 1990, no había servicio en la UBS. Llegaba a urgencias con quejas y lo derivaban al hospital psiquiátrico. Con la atención en la UBS, la persona ni siquiera va al hospital. (AE2)

En ese sistema existía la derivación, donde se controlaba realmente si el paciente era atendido o no, teníamos devolución (...). (M4)

Para los pacientes, fue muy efectivo. Los protocolos permitían enfoques básicos. Si el paciente presentaba un perfil más severo, se lo derivaba (al nivel secundario); si el perfil era una demanda de atención a nivel primario, él (también) recibía atención. (M5)

Los datos retratan la expansión de la atención de la salud en general, de la interlocución entre las especialidades y de las demandas de los individuos. Solo si se logra este nivel y sentido crítico, los escenarios se transforman y se adaptan a la población superando cualquier interés político, paradigma y legislación. De esta manera, se integran en estos conceptos, de acuerdo con la lucha del movimiento social reformista, intereses que coinciden con las directrices y principios del SUS, como la equidad, la regionalidad, el acceso a la subjetividad humana, la integralidad, la participación social y sus actores.

DISCUSIÓN

El alta hospitalaria de un número cada vez mayor de personas con sufrimiento psíquico estimuló una discusión que inició un proceso de articulación de redes y de apoyo para que las UBS pudieran brindar mejor atención en salud mental.

La viabilidad de la atención de la salud mental se hizo posible en este período, en Juiz de Fora, debido a la participación de los profesionales en la planificación y organización de una estructura ambulatoria. Los cambios discutidos en los campos jurídico-político y técnico-asistencial posibilitaron que se reflexionara para transformar el paradigma de atención en salud mental, en el que lo fundamental no era solo cerrar el manicomio, sino abrir las puertas de la comunidad para acoger a estas personas en el territorio en el que viven, considerando la territorialización de la UBS^{5,10}.

La elaboración de protocolos se fortaleció al poner el énfasis en la atención primaria en salud mental, discutida por la IV Conferencia Estadual de Salud en la década de 2000, cuyo objetivo era crear una red de atención regionalizada y jerarquizada. La propuesta fue concebida a partir de las UBS, que derivan a los CRRESAM bajo el seguimiento de los PROESAM, que, articulada a los demás niveles de atención del sistema de salud, pretendía promover y continuar la atención³.

La articulación entre los niveles de atención de salud, primario, secundario y terciario, fue uno de los avances que generaron los Protocolos de Conducta, considerando las prerrogativas del SUS.

A nivel nacional, a partir de las inquietudes que desencadenó la RP, los equipos de salud y la sociedad, para realizar los cambios mencionados, necesitaban entender que, al seguir aferrados al modelo manicomial, suprimían la ciudadanía de las personas con sufrimiento psíquico¹¹. La Reforma Sanitaria y la RP no fueron movimientos independientes y, aún hoy, sus bases teórico-conceptuales se retroalimentan para brindar una atención igualitaria y adecuada a partir de la interlocución de una red de servicios¹².

En el contexto de la implantación de los Protocolos de Conducta, en 1997, se percibió la intención de que los servicios de salud contribuyeran al proceso de desinstitucionalización, lo cual no era sencillo en un municipio donde el poder económico de un grupo médico influyente se basaba en el número de hospitales psiquiátricos privados¹³.

Según la propuesta de conducción de la atención en salud mental implantada por el SMSM/JF, el servicio debe ser planificado y organizado a partir de la consideración de variables multifactoriales que engloban la subjetividad de cada persona. Para ello, era crucial que hubiera una integración de calidad entre los profesionales formaban el equipo de salud, y con el resto de los servicios de la red⁵.

La literatura señala que las especificidades y la amplitud de la atención en salud mental, por medio de la interfaz con la APS, se complementan y engrandecen su papel como prestadora de atención integral, sin embargo, aún es común que la atención se realice a través de la medicalización. Al observar el proceso que se estudió en la presente investigación, cabe señalar la importancia que tuvo crear la red de atención en salud mental junto con la red de apoyo a los profesionales de la atención primaria¹².

El municipio invirtió para brindar atención en salud mental, para que los profesionales contaran con apoyo para llevar a cabo dicha atención, sin embargo, en ese momento, no pudo preparar a los equipos para las acciones de desinstitucionalización, proceso más complejo que sería objeto de inversión más adelante. La aceptación de los equipos de la UBS para seguir los protocolos y la forma en que los reconocen como instrumentos para cualificar la atención en salud mental, eliminando conductas de reproducción de prescripciones y derivaciones, representan un paso transformador en la atención.

El objeto de estudio refleja un cambio de paradigma en el campo de la RP al mostrar que, en la percepción de los profesionales involucrados en la implantación de los Protocolos de Conducta, el conocimiento médico ya no es único en la organización de la atención, y el resto de los miembros del equipo ganaron espacio para contribuir a la gestión de estos protocolos.

Juiz de Fora dio un paso adelante en el campo de la atención de la salud mental, dado que la posibilidad de discusión entre profesionales propició el intercambio de saberes a través de la fundamentación teórica que engloba las diversas especialidades, que cualifica los servicios para la horizontalidad en las relaciones entre profesionales de la salud, acercándolos al concepto de equipo interdisciplinario¹².

A partir del momento en que se produce una transformación paradigmática de la atención en salud mental, se abren caminos para sustituir el modelo hospitalocéntrico y coercitivo por uno multidisciplinario, territorial, comunitario, que da lugar a matices que se destacan y se consideran indisociables de la vida, la salud y los derechos humanos.

El trabajo en equipo es uno de los desafíos para la calidad de la atención y debe ser incrementado mediante la integración y el conocimiento de las posibilidades y los límites del desempeño, que caracteriza el diálogo interdisciplinario, lo que favorece el surgimiento de alternativas que contemplan los derechos humanos en el territorio, a través del intercambio de experiencias en el movimiento de construcción colectiva, lo que genera

una atención integral sin jerarquías¹³.

Se considera una opción científica la posibilidad de incluir conductas institucionalizantes, estigmas y prejuicios sobre la "enfermedad mental", entre paréntesis, con el objetivo de escuchar las voces de estas personas, fuera de interpretaciones estereotipadas y prejuicios, arrojando luz sobre los sujetos cargados de subjetividades, sobre sus familias y sobre el no especialista en Psiquiatría. Esta concepción permite que la relación terapéutica elabore un plan de libertad¹⁴⁻¹⁵.

Para garantizar el acceso a la atención de la salud, como uno de los principios rectores del SUS, es necesario pensar la salud desde un concepto más abarcativo, es necesario valerse de la prevención y la promoción como aliados para garantizarlo. La propuesta de los protocolos fue descentralizar la atención, instaurar la UBS como puerta de entrada, convertirla en un importante dispositivo de atención en red, basándose en la promoción de la atención de base territorial^{2,10}.

Existe una articulación entre la UBS y el resto de los niveles de atención que funcionan en Juiz de Fora, actualmente, y que son reconocidos como apoyo matricial en salud y se enfocan en la producción de salud y la construcción compartida entre las clínicas. Este modelo de atención posibilita la transformación del proceso de trabajo a través de la corresponsabilidad del cuidado entre los equipos que integran las instancias de atención de la salud en el territorio¹⁶.

Los profesionales que crearon los 'protocolos' entendían la salud mental como una especialidad que demandaba atención como cualquier otra clínica. Esto fue posible gracias al fortalecimiento del sistema de derivación y contradervación, ahora denominado articulación en red, que se caracteriza por intentar organizar el acceso al sistema secundario de salud, evaluación, cribado, derivación y ampliación de la atención de las enfermedades.

Juiz de Fora innovó en el campo de la atención de la salud mental al incluir el sufrimiento psíquico en el marco de las necesidades de atención que satisface la UBS, identificada como política pública en la década de los 90. Ello ratifica la reflexión de que la atención en salud mental es efectiva cuando favorece la libertad de convivencia social y amplía el intercambio a través del pleno ejercicio de la democracia en el territorio, promoviendo la producción de sentidos¹⁷.

Los Protocolos de Conducta fueron relevantes para promover la recepción en el área habitacional de las personas, posibilitando la humanización del cuidado y la promoción del vínculo como factor fundamental para la continuidad del tratamiento. La desinstitucionalización prevalece en su dimensión asistencial, lo que abre espacio en el territorio para llevar a cabo la atención más allá de la enfermedad mental, ampliando las acciones que ponen, como prioridad, la subjetividad de cada ser humano en el centro de la escena⁵.

Las notas confirman lo discutido en los últimos 20 años, en los que más de la mitad de los servicios de atención de la salud mental buscan trabajar en red, mediante la articulación con la APS, utilizando estrategias de consulta, algunas relacionadas con intervenciones puntuales (consultas) y otras enfocadas en acciones de atención pedagógica en las que el equipo tiene la posibilidad de discutir casos y garantizar la continuidad de la atención¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰.

El proceso de regulación de la atención de la salud mental tiene lugar en Brasil desde la década de 1990. Sin embargo, recién en el año 2001 se ratifica su dimensión jurídico-política a través del marco legal establecido por la Ley N.º 10.216, que transformó la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), basada en el territorio y en la atención en libertad, en una política de Estado. La atención psicosocial, por medio del concepto de integralidad, establece la desinstitucionalización como guía de la atención de las personas con sufrimiento psíquico y reconoce sus derechos como ciudadanos⁴.

La experiencia discutida en el presente trabajo refleja el desafío de construir una

práctica continua, no siempre lineal, de un recorrido por los derechos humanos y por la ciudadanía de las personas con sufrimiento psíquico. A pesar de sus limitaciones en el contexto de la complejidad de las intervenciones multidimensionales, presentó las estrategias que se utilizaron en un contexto histórico para la construcción continua de una clínica antimanicomial cuyo territorio es el espacio que genera posibilidades²¹⁻²².

Las limitaciones de este estudio se restringen a nuevas fuentes históricas, que pueden ser descubiertas o localizadas a lo largo del tiempo y que pueden llegar a relacionar nuevos hechos y hacer ajustes a esta historia de lucha social, dado que los movimientos sociales están vivos y provienen de diferentes interlocutores.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio es un registro de cómo Brasil avanza hacia la atención reformada en salud mental y la importancia de los gestores, profesionales y usuarios en el avance de la conquista del territorio como lugar de cuidado y atención psicosocial. El diálogo entre la salud mental y la atención primaria, ampliado por la implantación de los Protocolos de Conducta, logró cumplir con el paradigma en el que se basa la RP y con las prerrogativas asistenciales del SUS.

La reflexión final es que, incluso antes del marco de la Ley N.º 10.216/01, que en el año 2021 cumplió 20 años, la RP se desarrolló frente al anhelo del movimiento antimanicomial, que deseaba ponerle fin a la hospitalización indiscriminada y permanente de las personas con sufrimiento psíquico en Juiz de Fora, y en otros municipios, para la conquista de los derechos humanos en la sociedad. Para, de hecho, conocer la RP brasileña, es necesario fomentar la realización de estudios en todas las regiones del país para registrar y divulgar la gran cantidad de luchas que fueron y están siendo libradas en el campo de la salud mental desde los primeros pasos de la Lucha Antimanicomial y que hoy son amenazadas por el movimiento contrarreformista.

Los resultados permiten reflexionar sobre los desafíos para contemplar una atención equitativa, dado que la cultura de la institucionalización no es exclusiva de los ambientes de hospitalización psiquiátrica, sigue presente en la sociedad, y es necesario comprender la construcción histórica y sus tensiones para que las prácticas coercitivas no se escondan en espacios que apunten a la rehabilitación psicosocial.

REFERENCIAS

1. Heckert U. Reforma do sistema assistencial psiquiátrico de Juiz de Fora e região. Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Juiz de Fora, Juiz de Fora. 2015;1(15):62-78.
2. Cordeiro GFT, Ferreira RGS, Almeida Filho AJ, Santos TCF, Figueiredo MAG, Peres MAA. Mental health care in primary health care during the psychiatric pre-reform period. Rev Min Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 11 ago 2021]; 23:e-1228. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051102>.
3. Instituto de Saúde Mental (BR). Protocolos de Conduta do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora; 2000.
4. Poço JLC, Amaral AMM. Mental health care in the primary health care system in a system of reference and counter-reference: the case of the Padre Roberto Spawen basic health unit - SUS/Juiz de Fora. Revista APS. [Internet]. 2005 [acesso em 01 abr 2021]; 8(1):25-37. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/InsercaoSmental.pdf>.

5. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
6. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). [Internet] 2017 [acesso em 02 abr. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resolu-o-cit-n-32.pdf/view>.
7. Ferreira MM. História, tempo presente e história oral. Topoi. [Internet]. 2002 [acesso em 02 abr. 2021]; 3(5): 314-332. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-101X003006013>.
8. Barros JDA. A fonte histórica e seu lugar de produção. Cad. Pesq. Cdhis. [Internet]. 2012 [acesso em 02 abr. 2021]; 25(2):407-429. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321016619>.
9. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2013.
10. Amarante P, Nunes MO. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2018 [acesso em 02 abr. 2021]; 23(6):2067-2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
11. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil. Rev Med Minas Gerais. [Internet] 2015 [acesso em 02 abr. 2021]; 25(4):469-475. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>.
12. Garcia GDV, Zanoti-Jeronymo DV, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 02 abr. 2021]; 73(1):e20180201. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>.
13. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 02 abr. 2021]; 72(6):1609-1617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>.
14. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamound; 2010.
15. Santos LC, Domingos TS, Braga EM, Spiri WC. Mental health in primary care: experience of matrix strategy in the rural area. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 02 abr. 2021]; 73(1): e20180236. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0236>.
16. Dantas NF, Passos ICF. The matrix support in mental health in the health unified system of Belo Horizonte: perspective of workers. Trab. Educ. Saúde. [Internet]. 2018 [acesso em 02 abr. 2021]; 16(1): 201-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00097>.
17. Saraceno B. A reabilitação como cidadania. In: Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá; 2001. p. 111-42.
18. Fernandes L, Basilio Nuno, Figueira S, Nunes JM. Saúde mental em medicina geral familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2017 [acesso em 02 abr. 2021]; 22(3):797-805. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33212016>.
19. Longden E, Read J, Dillon J. Improving Community Mental Health Services: the need for a paradigm shift. Isr J Psychiatry Relat. Sci. [Internet]. 2016 [acesso em 02 abr. 2021]; 53(1):22-30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856876/>.
20. Franco SO, Büchele, F, Coelho EBS. Os profissionais de saúde mental e a reforma psiquiátrica. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 02 abr. 2021]; 13:2. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12490>.
21. Pitta AMF, Guljor AP. The violence of the counter-psychiatric reform in Brazil: on attack on democracy in times of struggle for Human Rights and social justice. Cad. CEAS. [Internet]. 2019 [acesso em 02 abr. 2021].

2021]; 246:6-14. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>.

22. Silva L, Beck C, Gobatto M, Dissen C, Silva R, Freitas N. Desafios na construção de uma rede de atenção em saúde mental. Cogitare Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 02 abr. 2021]; 17(4):649-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i4.30361>.

PROTOCOLS FOR MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY-LEVEL SERVICES: SUBSIDIES FOR TRANSFORMING THE ASSISTANCE PROVIDED

ABSTRACT

Objective: to analyze the repercussions on mental health care due to the implementation of Care Conduct Protocols in a Basic Health Unit from Juiz de Fora (Minas Gerais – Brazil). Method: a historical-social study carried out in 2018, having as direct sources written documents and oral testimonies analyzed according to the assumptions of the Psychiatric Reform. Results: the following categories are presented: a) Reorganization of mental health care through the implementation of Conduct Protocols; b) Referral and counter-referral process between Basic Health Units and specialized mental health care services; and c) Transformation of mental health care. Conclusion: the protocols organized the mental health care network, supporting multiprofessional training, introducing Primary Health Care as a gateway to welcoming, treatment and monitoring in territorial mental health.

DESCRIPTORS: Community Mental Health Services; Primary Health Care; Health Centers; Mental Health Care; Patient Care Team.

*Artículo extraído de la tesis de máster/doctorado. "Reformulação da Assistência em Saúde Mental em uma Unidade Básica de Saúde de Juiz de Fora (1997-2001), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Recibido en: 30/08/2021

Aprobado en: 16/07/2022

Editor asociado: Dra. Luciana Kalinke

Autor correspondiente:

Gisele Fernandes Tarma Cordeiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Anna Nery

R. Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, 20211-130

E-mail: gisele_fernandes123@hotmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Cordeiro GFT, Peres MA de A. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Cordeiro GFT, Santos TM dos, Ferreira RG dos S, Guljor APF, Peters AA, Peres MA de A. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Cordeiro GFT, Peres MA de A. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).