VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

Tratamiento integral en salud mental: análisis documental de la legislación vigente.

Álvarez, Patricia Elizabeth Sanz De y Alchieri, Joao Carlos.

Cita:

Álvarez, Patricia Elizabeth Sanz De y Alchieri, Joao Carlos (2016). *Tratamiento integral en salud mental: análisis documental de la legislación vigente. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-044/258

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eATh/VkR

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

TRATAMIENTO INTEGRAL EN SALUD MENTAL: ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

Álvarez, Patricia Elizabeth Sanz De; Alchieri, Joao Carlos
Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior. Brasil

RESUMEN
En este trabajo se presentan resultados parciales de una tesis de doctorado en curso que investiga la Adhesión al tratamiento de los usuarios adultos del Sistema Único de Salud brasileño, atendidos en cuatro Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de una ciudad capital de la región noreste. Específicamente, se problematiza sobre la complejidad del tratamiento ofrecido y se recurre a la metodología del análisis documental de la legislación vigente con el objetivo de ampliar la comprensión sobre el mismo.

Palabras clave
Adhesión al tratamiento, Salud mental, Tratamiento integral, Análisis documental

ABSTRACT
COMPREHENSIVE MENTAL HEALTH TREATMENT: DOCUMENTARY ANALYSIS OF THECURRENT LEGISLATION
This paper presents partial results of a doctoral thesis investigates ongoing adherence to treatment of adult users of the Unified Health System Brazilian, served in four Psychosocial Care Centers of a capital city of the northeastern region are presented. Specifically, it is problematized on the complexity of the comprehensive treatment offered and the methodology uses documentary analysis of existing legislation in order to broaden understanding on it.

Key words
Adherence to treatment, Mental health, Comprehensive treatment, Document analysis

INTRODUCCIÓN:
Este trabajo expone resultados parciales de una investigación doctoral[i] en curso, que estudia la adhesión al tratamiento de los pacientes adultos atendidos en cuatro Centros de Atención Psicosocial localizados en una ciudad capital del noreste brasileño.
Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son dispositivos estratégicos en la consolidación de los cambios operados a nivel asistencial en la Salud Mental brasileña, cuya propuesta es la de promover la inclusión social de los usuarios del sistema de salud pública con experiencias de sufrimiento psíquico. Como dispositivos substitutivos al modelo manicomial, los CAPS se encuentran amparados por la Ley 10.216/2001 y las políticas públicas de Salud Mental vigentes en el país.
En un trabajo de investigación bibliográfica Alvarez y Alchieri (2013) advirtieron en la literatura la preferencia de la mayoría de los investigadores en apoyarse en el concepto de adherencia presentado por la OMS e identificaron casos aislados de autores que optan por utilizar el término "adhesión" por implicar una participación más activa de los pacientes. Entre esta última categoría de autores, distinguieron los que prefieren utilizar términos derivados, es decir, conservando la primera palabra –adhesión- y utilizando un sinónimo de la palabra tratamiento y en algunos casos hasta aumentando el grado de precisión. Como, por ejemplo, la 'adhesión terapéutica', la 'adhesión a los proyectos terapéuticos' o la 'adhesión al proceso terapéutico de los servicios de salud mental'. Además, y fundamentalmente, advirtieron que las investigaciones realizadas sobre el fenómeno de la adhesión al tratamiento entre los usuarios del Sistema Público de Salud Mental en Brasil se refieren exclusivamente a un tratamiento médico-farmacológico.
Por lo expuesto, y considerando la amplitud y la complejidad del tratamiento ofrecido en los CAPS, que fue diseñado en un modelo que busca superar los límites impuestos por las formaciones académicas de los profesionales (interdisciplina) y habilitar los derechos de los usuarios, inclusive en la construcción de su propio Proyecto Terapéutico, el presente trabajo tiene por objetivo analizar el tratamiento realizado en los CAPS con base en la legislación vigente buscando una mayor comprensión sobre el mismo.

METODOLOGIA
Las traducciones incluidas en el presente trabajo, de citaciones directas o indirectas, provenientes de diversas fuentes, es de exclusiva responsabilidad de los autores del presente trabajo, habiéndose realizado un proceso de traducción basado en el primado del sentido de las palabras en detrimento de su literalidad.
Fue realizado el análisis documental (Minayo, 2004) de las principales leyes y decretos que versan sobre el tratamiento ofrecido en los CAPS. No fue considerado el Decreto 224 de 1992, que establecía normas de actuación para los CAPS, que comenzaban de forma incipiente a surgir en Brasil, optándose por iniciar el análisis con la Ley 10.216 promulgada en 2001 y decretos posteriores. Los documentos son registros escritos que proporcionan informaciones para la comprensión de hechos y relaciones, permitiendo acceder al conocimiento del período histórico y social de las acciones, así como reconstruir los hechos y sus antecedentes al representar registros de aspectos de la vida social de grupos determinados (Oliveira, 2007). El análisis documental debe posibilitar la extracción de un resultado que refleje la fuente original permitiendo la localización, identificación, organización y evaluación de las informaciones obrantes en el documento, además de la contextualización de los hechos en determinados momentos (Moreira, 2005).

RESULTADOS
El análisis documental se inició con la lectura de la Ley de Salud Mental y de 18 Decretos del Ministerio de Salud sobre esa área –posteriores a la promulgación de la ley-. Con base en dicho material fueron seleccionados los que fueron evaluados por ajustarse a los objetivos de investigación, excluyéndose los que no aportaban características del tratamiento ofrecido en los CAPS y los que versaban sobre el financiamiento, excepto el decreto 130/2012, que a pesar de abordar el financiamiento de los mismos también redefine el funcionamiento de los CAPS III AD.
En primer lugar, se identificó la presencia: del término tratamien-

to en la legislación, de las acciones que configuran el tratamiento ofrecido en los Centros de Atención Psicosocial y de sus denominaciones alternativas. Para identificar las características normativas del tratamiento integral fueron revisados los Decretos 336/2002 y 130/2012 que reglamentan y establecen normas para el funcionamiento de los CAPS, habiendo sido demarcadas dos categorías: la de acciones directas y la de acciones indirectas. Las acciones directas son aquellas que siendo de responsabilidad de los profesionales, y pudiendo ser realizadas individualmente o en equipo, se apoyan en la interacción e inciden directamente en el cuidado del usuario. Las acciones indirectas son las relacionadas con el funcionamiento y la dinámica institucional, que siendo de responsabilidad compartida entre la dirección del servicio, el equipo de los profesionales y de otras instituciones (intersectorialidad) inciden indirectamente sobre el cuidado del usuario, propiciando, o no, las condiciones adecuadas para su atención.

Si bien el Decreto 3088/2011 instituye la Red de Atención Psicosocial (RAPS) en los tres niveles de la atención, también se refiere al funcionamiento del CAPS en las modalidades Trastorno Mental y Alcohol y Drogas. En este último Decreto e incluida en la mencionada categoría de acciones directas se encuentra la construcción del Proyecto Terapéutico Singular (PTS) que si bien es aludido por el Decreto 336/2002 el mismo no lo establece con la claridad que le fuera otorgada en el 3088/2011.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El modelo biomédico y mecanicista, basado en el papel del médico como supresor de enfermedades confiriéndole gran autoridad y poder, manifestada en una relación de desigualdad entre él y su paciente (Ballester, Zuccolotto, Gannam, y Escobar, 2010) es discutido con intensidad creciente desde la década del 70 en el Brasil. Pero el término tratamiento, que ha sido tradicionalmente asociado al modelo médico, presenta otras acepciones que permiten redimensionar su alcance. Como sustantivo, *tratamiento* se refiere también a un modo de tratar y de cuidar, y *tratar* -como verbo- no se relaciona a curar, sino que se refiere en una de sus acepciones a dispensar cuidados en salud. (Priberam, 2015).

En ese sentido la Ley 10.216 promulgada en 2001, a lo largo de su texto, incluye en 7 oportunidades el término *tratamiento* significando una forma de cuidado que debe ser ofrecido a los ciudadanos con trastorno mental. En el art. 2 inciso I del párrafo único, que cita los derechos de la persona portadora de trastorno mental: "Tener acceso al mejor *tratamiento* del sistema de salud, de acuerdo a sus necesidades" y en el inciso VII: "recibir el mayor número de informaciones sobre su enfermedad y *tratamiento*". En el art. 4 inciso 1 "El tratamiento tiene como finalidad permanente la reinserción social del paciente en su medio" y en el inciso 2 se refiere al "*tratamiento* en régimen de internación". En el art. 5 se refiere a las "garantías de continuidad del *tratamiento*" para las personas des institucionalizadas. En el art. 7 se refiere a la posibilidad de la persona de solicitar voluntariamente su internación declarando por escrito que es "su elección ese tipo de *tratamiento*".[ii] En el art. 8 para referirse al profesional "especialista responsable por el *tratamiento*".

Un año después de la Ley de Salud Mental haber entrado en vigencia, se publicó el Decreto 336/2002 reglamentando las modalidades de los Centros de Atención Psicosocial y estableciendo sus normas de funcionamiento. En su texto se identificaron dos inclusiones del término *tratamiento* para describir/clasificar el "tipo de tratamiento" y sus particularidades: intensivo, no intensivo y semi intensivo. En el párrafo I del Art. 5 se define como tratamiento intensivo el destinado a los pacientes que en función de su cuadro clínico actual necesiten de cuidados diariamente; semi intensivo es el tratamiento destinado a los pacientes que necesitan de cuidados frecuentes pautado en su Proyecto Terapéutico,[iii] pero no precisan estar diariamente en el CAPS y no-intensivo es el tratamiento que en función del cuadro clínico puede tener una frecuencia menor. Caber destacar la importancia que reviste el término *tratamiento* en este caso ya que la descripción de dichas modalidades es llevada en consideración para fijar el límite mensual de atenciones de cada servicio.

En 2009 se advierte un resurgimiento en el uso del término *tratamiento* en el Decreto 1.190 que instituye el Plan de Emergencia para la Ampliación del Acceso al *Tratamiento* y Prevención en Alcohol y otras Drogas en el SUS (PEAD) y define directrices generales, acciones y metas, ya que se registran 16 ocurrencias. En la primera, la palabra *tratamiento* es asociada al plan instituido y en las otras 15 oportunidades refiriéndose al *tratamiento* de los trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

En 2011, el decreto 3088 que instituye la Red de Atención Psicosocial (RAPS) para las personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades decurrentes del uso de crack, alcohol y otras drogas en el contexto del SUS, se registraron 4 apariciones. La primera, en las consideraciones, cuando alude al ya citado Decreto 1190/2009. Las restantes en el art 6, que describe los componentes de la RAPS y las responsabilidades de sus acciones, en los ítems: 1) Atención Básica: el término tratamiento surge aquí dentro del conjunto de acciones individuales y colectivas realizadas: "la promoción y la protección de la salud, la prevención de agravamientos, el diagnóstico, el *tratamiento*, la rehabilitación, la reducción de daños y el mantenimiento de la salud (…)". 2) Atención Psicosocial Especializada: el término es usado para clasificar de acuerdo al régimen en "*tratamiento* intensivo, no intensivo y semi intensivo" y 3) Atención Hospitalaria: el término es usado para referirse al "*tratamiento* hospitalario para casos graves, especialmente abstinencias e intoxicaciones severas".

La disminución en la preferencia del término tratamiento se acentúa en 2012. Ese fenómeno se percibe en el Decreto 130 – que redefine el Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas 24 hs (CAPS AD III) registrándose una única aparición de la palabra *tratamiento* en alusión al decreto 1190/2009 que incluye la palabra *tratamiento* en sus objetivos. A pesar de haber sido desplazado de su texto el término tratamiento, para referirse y dar sentido a las acciones realizadas en el art. 5 del Decreto 130 se utilizan las siguientes expresiones: a) Atención Integral y continua (Inciso I), b) Servicios ofrecidos (adecuados a las necesidades de los usuarios (inciso X) y c) Oferta de cuidados (ítem XI).

Las acciones que componen el tratamiento de acuerdo con la legislación

La Ley de Salud Mental no cita en su texto al CAPS como dispositivo substitutivo del hospital psiquiátrico, aunque se encuentra una directa alusión a su perspectiva de funcionamiento en el párrafo único del art. 2, refiriéndose al ámbito de la salud mental y al derecho de las personas a ser tratadas, preferencialmente, en servicios comunitarios de salud mental. Por lo tanto, no fueron identificados en la Ley aportes a ser incluidos en este apartado sobre las acciones específicas que conforman el tratamiento en los CAPS.

La legislación que con mayor objetividad describe el tratamiento ofrecido en los CAPS, aunque bajo la denominación de Asistencia prestada", es el Decreto 336/2002. Incluidas en la dimensión de acciones directas pueden citarse: a) atención individual (medica-

mentosa, psicoterápica, de orientación, entre otros); b) atención grupal (psicoterapia, grupo operativo, actividades de soporte social, entre otras); c) atención en talleres terapéuticos; d) visitas a domicilio; e) atención a la familia; f) actividades comunitarias enfocando la integración del enfermo en la comunidad y su inserción familiar y social; g) alimentación proporcional al tiempo de permanencia; h) el acogimiento nocturno, en días feriados y fines de semana para reposo y/u observación en el caso de los CAPS III. En la dimensión, además del Régimen de Tratamiento contemplado por los decretos de 2002 y 2012, se identificó en el Decreto 3088/2011 un párrafo referido a que el cuidado será desarrollado por medio de Proyecto Terapéutico envolviendo al equipo, al usuario y a su familia en su construcción. Y entre las acciones indirectas, y al igual que en los anteriores, se identificó el acompañamiento longitudinal del caso garantizando un proceso de cogestión entre el CAPS y la AB conocido como proceso de Matriciamiento.

Al analizar el Decreto 130/2012 se demarcaron dos categorías: la del funcionamiento del servicio, denominadas "características de funcionamiento" y la del *tratamiento* en sí mismo, aunque no se utilice el termino *tratamiento* y sí el de "Atención Integral al usuario". Es llamativa la semejanza entre este Decreto y el Decreto 336, ya que a pesar de no incluir en el texto el término *tratamiento*, en la descripción de las acciones que deberán ser llevadas a cabo para ofrecer la Atención Integral se identifican situaciones de coincidencia y de desdoblamientos de las acciones citadas en el Decreto 336/2002.

A partir de los datos analizados percibimos que en los CAPS debe ser ofrecido un cuidado integral en salud mental, representado y materializado por medio de un **tratamiento integral** entendido como el conjunto de acciones directas e indirectas, que deben ser realizadas individual o colectivamente por el equipo de profesionales de CAPS en articulación con otros dispositivos de la RAPS y otras Redes de asistencia, con el objetivo de dispensar cuidados consensuados en salud a los usuarios con trastorno mental y/o decurrentes del abuso de substancias psicoactivas que así lo requieran. Al mencionar "cuidados consensuados en salud" se considera la decisión y la participación activa del usuario en el trazado de su propio Proyecto Terapéutico, que por ese motivo adquiere la denominación de Singular (PTS), en contraposición a la simple aceptación formal o tácita de un esquema prefijado. En consecuencia, como puede apreciarse en la figura 1 el tratamiento integral ofrecido en el CAPS debería corresponder al PTS o referirse parcialmente a éste último, que podría ser de mayor alcance.

Así, el **tratamiento integral** contempla la dimensión biológica-orgánica, la dimensión psicológica y la dimensión social, atravesadas por un eje de perspectiva comunitaria (ya que el usuario solo puede ser pensado como sujeto en sufrimiento y sujeto de derechos cuando es considerado como ciudadano inserto y en relación a su comunidad) y sustentadas por un marco legal que les otorga sentido (Ver Figura 1)

Figura 1 - Multidimensionalidad del tratamiento integral

Fuente: Autoría propia, información extraída de la legislación vigente.

Al referirnos a las dimensiones que identificamos en el tratamiento integral, nos referimos a las acciones directas que, siendo desarrolladas por los profesionales, actúan en cada una de las dimensiones identificadas debido a los conocimientos específicos en el área que adquirieron durante sus procesos de formación profesional. En la dimensión biológica-orgánica identificamos los cuidados médicos psiquiátricos y clínicos provistos por los médicos mediante consultas individuales y evaluación de los casos de acogimiento nocturno; identificamos también el monitoreamiento clínico y el suministro de medicamentos en los casos de acogimiento nocturno realizado por el cuerpo de enfermeros y técnicos de enfermería; la distribución de la medicación a los enfermeros y a los usuarios que se encuentran en régimen de tratamiento semi intensivo y no intensivo realizada por el farmacéutico, contando con la colaboración de técnicos de farmacia; y por último los cuidados nutricionales, traducidos en la elaboración de menús adecuados a las características y necesidades de los usuarios, realizados por la nutricionista.

En la dimensión psicológica identificamos que los cuidados psicológicos ofrecidos se evidencian sesgados por la perspectiva teórica de los psicólogos, en su mayoría relacionados con la producción de subjetividad, y en menor número con la modificación de padrones conductuales. Entre las intervenciones psicológicas se identificaron las de cuño clínico, realizadas con los usuarios de forma grupal y en ocasiones aisladas, de forma individual.

En la dimensión social identificamos las prácticas de orientación ofrecida por el Asistente Social a los usuarios y sus familiares, sobre cuestiones relacionadas con el acceso a sus derechos: pedido de pensión por invalidez[1], gratuidad de transporte público, medicación de alto costo y realización de exámenes médicos entre otras.

Con relación al Eje, se percibe que desde el momento de la admisión/acogimiento hasta el momento en que ocurra el alta asistida en articulación con la Atención Básica, todas las acciones directas o indirectas, deberían ser realizadas por el equipo técnico del CAPS individual o colectivamente, pero siempre alineadas a la perspectiva comunitaria de reinserción social y garantía de derechos de ciudadanía.

CONCLUSION

Consideramos que la complejidad del tratamiento integral y las diversas dimensiones que lo componen responden a la complejidad del ser humano y su muldimensionalidad biopsicosocial y a las bases históricas, teóricas y legales que dan sustento al modelo de atención psicosocial. En ese sentido, el propio concepto de integralidad trae implícita la unificación de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación-reinserción ya que se atiene a las personas como sujetos en sufrimiento, sujetos de derechos e indica un tipo de atención totalizadora que incluya las dimensiones biológica,

psicológica y social.

Basado en las necesidades individuales de cada usuario el principio de integralidad incluye impostergablemente la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud. Comprendiendo que, individual o colectivamente, los usuarios deben poder contar con una atención organizada, diversificada y humanizada. De modo que, para garantizar la integralidad del cuidado, además de un sistema que proporcione en su estructura las diversas instancias de la atención a la salud (primaria, secundaria y de alta complejidad), es preciso atentar a un proceso de cuidado integral en cada una de las instancias.

En segundo lugar, debemos posicionarnos sobre la lógica de la interdisciplina, entendiendo que un tratamiento integral no se trata de varios tratamientos independientes sino a un único tratamiento, basado y orientado por un Proyecto Terapéutico Singular, un conjunto de actos asistenciales pensado partir de las necesidades de cada usuario, que debe ser construido interdisciplinariamente en un proceso dialógico y relacional establecido entre los profesionales que componen el equipo, el usuario y -cuando sea posible- su familia. Lo que significa decir que en su trazado son tomados como válidos y necesarios los conocimientos aportados por todos los actores sociales que intervienen en esa construcción.

NOTAS

[1] Aqui utilizamos el término pensión por invalidez para adecuarnos a la realidad Argentina, pero resulta necesario aclarar que en este caso nos referimos al Beneficio de Prestación Continuada que en Brasil es garantizado por Ley y otorgado a las personas que atesten deficiencia física, mental, intelectual o sensorial y que no cuente con otros medios de sustento.

[i] Tesis de doctorado en curso, corresponde a la primera autora bajo la dirección de la Dra. Ernestina Rosendo y la co- dirección del Dr. João Carlos Alchieri.

[ii] Con la inclusión de este artículo se establece que la internación es un tipo de tratamiento, entre otros posibles.

[iii] El Proyecto Terapéutico es aludido varias veces en el texto del Decreto 336/2002.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, P.E.S; Alchieri, J.C. (2013). Adhesión Al Tratamiento De Pacientes En La Salud Mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. (pp.09-11). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: http://www.aacademica.com/000-054/273

Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Legislação em Saúde Mental 1990-2004 (5a. ed. ampl., p. 17-19). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 (5a ed., ampl.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 2005-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portaria GM 130, de 26 de janeiro de 2012.

Ballester, D.; Zuccolotto, S.M.C.; Gannam, S.S.A.; Escobar, A.M.U. (2010). A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Revista Brasileira de Educação Médica, 34(4), 598-606. https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400016

Moreira, S.V. (2005). Análise documental como método e como técnica. In: Duarte, J.; Barros, A. (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas. p. 269-279.

Minayo, M. C. S. (2004). El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Oliveira, A. A. P. (2007). Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” no município de São Paulo à luz da promoção da saúde. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2016-06-23, de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-17052007-101339/

Priberam (2015). Dicionário Priberam da língua portuguesa. Disponible en: http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx