



OBJSN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



El acogimiento en la red de atención psicosocial: estudio descriptivo-exploratorio

Aline Barros de Oliveira¹, Valquiria Farias Bezerra Barbosa¹, Ana Carla Silva Alexandre¹, Silvana Cavalcanti dos Santos¹, Dária Catarina Silva Santos¹

¹ Instituto Federal de Pernambuco, PB, Brasil

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas y estrategias del acogimiento a los usuarios con enfermedad mental, desarrolladas en la Red de Atención Psicosocial. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado en el período de diciembre de 2017 a febrero de 2018 con 10 profesionales de la salud, de los servicios de la Red de Atención Psicosocial de un municipio del estado de Pernambuco. Los datos fueron colectados a través de entrevistas semiestructuradas, observación no participativa y registros en diario de campo, analizados según un análisis textual discursivo. **Resultados:** Las prácticas del acogimiento fueron: la escucha calificada, el establecimiento de un vínculo y un diálogo. Se demostró consonancia con la Política Nacional de Humanización y con el Modelo de Atención Psicosocial. **Conclusión:** La formación permanente permite que no sean reproducidas prácticas del modelo biomédico. La escucha calificada y el diálogo son primordiales para conocer la trayectoria del usuario y establecer un vínculo con él mismo.

Descriptor: Acogimiento; Servicios de Salud; Salud Mental; Desinstitucionalización.

INTRODUCCIÓN

El Acoger, es una práctica en la salud comprendida como una forma de comunicarse, escuchar y recibir las demandas de la población, auxiliándola en la busca de resolutivez desde la recepción, agendamiento, atención, hasta la referencia o retorno. De esta manera acogimiento, no es solo recepción y enca minamiento, puesto que en él, está incluido todo el proceso terapéutico del individuo⁽¹⁾.

Como directriz operacional, Acogimiento es la inversión de la lógica de la organización y funcionamiento de los servicios de salud. Tiene como base los principios de universalidad de acceso, resolución de las demandas de salud y cambios de los procesos de trabajo. Su objetivo, es alcanzar la calidad de la relación entre el profesional y el usuario en la construcción de un vínculo. En relación al modo de trabajo con las demandas de salud del usuario, aparece una nueva forma de actuar según la clínica ampliada, en la que el cuidado está centrado en el usuario como un ser integral y no solamente en su patología⁽²⁾. La Política Nacional de Humanización (PNH) o HumanizaSUS, reformulada en 2003 por el Ministerio de la Salud (MS), intensificó las inversiones en la Humanización de las prácticas de gestión y atención, en los modos de administrar y de cuidar en el ámbito de los servicios de la Red del Sistema Único de Salud (SUS)⁽³⁾.

Con la implantación de la PNH se consolidaron marcas específicas como la reducción de las filas y del tiempo de espera; se amplió el acceso con atención acogedora y resolutivez; conocimiento de los usuarios con relación a los profesionales y a los servicios de salud responsables por la referencia en su región; garantía

de gestión participativa de las unidades, incluyendo a profesionales y usuarios; así como, educación permanente de los profesionales⁽⁴⁾. La reforma de la atención psiquiátrica tuvo como base la Lei nº 10216/2001 que dispone acerca de los derechos de los portadores de trastornos mentales, así como también redireccionó el modelo de la asistencia en salud mental. Proporcionó las condiciones para la construcción de una Red de Atención Psicosocial (RAPS) compuesta principalmente, por servicios substitutivos con base comunitaria y de carácter territorial⁽⁵⁾.

La falta de acogimiento al usuario con enfermedad mental, por los profesionales de salud que actúan en los servicios de atención primaria, establece dificultades para garantizar la universalidad del acceso y la integridad del cuidado, pudiendo ser identificadas en varios municipios sean estos de pequeño, medio o grande porte. Con frecuencia, están relacionadas a la ausencia de capacitación de los profesionales para cuidar de este público. Los usuarios con enfermedad mental, tienen la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como puerta de entrada para el sistema de salud y ejecutora del cuidado; sin embargo, la acogida debe existir en todos los dispositivos de la red de forma integral y resolutivez. Por esto, está justificada la importancia de la realización de este estudio, para fortalecer las ideas de la PNH y proporcionar reflexión referente al acto de acoger, que refuerza la postura profesional frente al cuidado del individuo durante el proceso de enfermedad mental. Por lo aquí expuesto, este estudio tiene como objetivo: Describir las practicas y estrategias para acogimiento a los usuarios en proceso de enfermedad mental desarrolladas en la RAPS.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo que fue desarrollado en los puestos de atención de la RAPS del municipio de Pesqueira, estado de Pernambuco, Brasil, entre diciembre de 2017 y febrero de 2018.

La muestra del estudio fue compuesta por profesionales de salud que actuaban en una ESF, de los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Básica (NASF – AB), un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) II, un Centro de Especialidades y en el Hospital de media complejidad del municipio.

Los participantes de la investigación fueron seleccionados por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: realización de la atención al usuario con enfermedad mental durante el periodo de colección de datos; actuación en el servicio por lo menos de 6 meses, puesto que se entiende que en ese período, el profesional está mejor insertado en el proceso de trabajo, además de que posiblemente tiene mejor vinculación con los usuarios. Fueron incluidos 10 profesionales de salud, dos de cada servicio excepto de las NASF'S – AB, en estos fue seleccionado apenas un profesional de cada unidad.

Se excluyeron los profesionales que no estuvieron en pleno ejercicio de sus actividades laborales debido a vacaciones, permisos médicos o de maternidad. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Fundación de Hematología y Hemoterapia de Pernambuco con el nº 1.803.905. La colecta de los datos fue realizada mediante entrevistas individuales semiestructuradas, observación no participativa y registros en el diario de campo. Los guiones de la entrevista

y de la observación fueron elaborados con base a la referencia teórica de la PNH. Algunos a un pretest con el propósito de analizar la clareza del lenguaje y la reproductibilidad a través de la aplicación a profesionales de la salud de la Red SUS que no forman parte de la muestra del estudio.

El guion de entrevista semiestructurada fue compuesto por preguntas que versaron sobre diez dimensiones relacionadas con la comprensión de los profesionales acerca de acogimiento, incluyendo como el usuario era acogido, aspectos generales de esta práctica y condiciones socio demográficas (función, tiempo de servicio, formación profesional). El guion observacional fue compuesto por la dimensión de como el usuario era acogido. En relación con la práctica de acogimiento en los dos instrumentos había un checklist compuesto por 7 aspectos a ser considerados, siendo estos: ¿Responde por el nombre?, ¿Establece diálogo con él?, ¿Explica el procedimiento que será realizado?, ¿Se interesa en saber cómo está?, ¿Aclara las dudas del usuario/familia?, ¿Utiliza un lenguaje simple y claro?, ¿Se preocupa con la próxima consulta? Estos parámetros fueron agrupados de acuerdo con las respuestas proporcionadas por los entrevistados y la observación del investigador, siendo considerados como comportamiento adecuado, parcialmente adecuado e inadecuado mediante la atención al usuario del SUS.

La colecta de datos en el CAPS II, en los NASF'S – AB y en la ESF sucedió mediante consulta previamente marcada con el equipo. En el CAPS II y en un NASF – AB la observación sucedió en el propio CAPS, durante la asistencia ofrecida por los pro-

fesionales a los usuarios, siendo después aplicada la entrevista. En la ESF la observación de una consulta ocurrió en el propio servicio, y la observación siguiente, así como aquella realizada con el equipo del otro NASF – AB, se efectuó por medio de visita domiciliar. En el hospital y en el centro de especialidades, se observó el proceso de trabajo del equipo mientras esperaba la consulta de un usuario con enfermedad mental. Las entrevistas fueron aplicadas al final de la consulta.

En todos estos contextos, las observaciones de las consultas y las entrevistas solo fueron desarrolladas, después de leer y firmar el documento de consentimiento informado por las dos partes, usuario y profesional de salud. Los datos obtenidos mediante la realización de las entrevistas y observación no participativa, fueron complementados a través de registros obtenidos del diario de campo de la investigadora. Para preservar el anonimato de los profesionales entrevistados, fueron utilizados códigos para identificarlos en el texto (E1, E2).

Los datos fueron analizados por medio del software ATLAS.ti® versión 8 free demo. El análisis del contenido de las entrevistas fue desarrollado a través del método de Análisis Textual Discursiva, que engloba elementos de análisis de contenido tradicional y de análisis del discurso representando un movimiento interpretativo de carácter hermenéutico⁽⁶⁾. La primera etapa se refiere al proceso de desmontaje de los textos. Seguido por el procedimiento de codificación de los datos. Los códigos fueron utilizados como dispositivos de clasificación en diferentes niveles de abstracción, con el propósito de crear conjuntos

de unidades de información relacionados para fines de comparación.

La última etapa incluyó la formación de redes de sentido entre los códigos que permitan la formación de categorías analíticas⁽⁶⁾.

Fue posible elaborar 8 códigos que computaron la red de sentidos (*Network View*), los cuales expresan relaciones discursivas sobre las prácticas y estrategias de acoger como se puede mencionar: "Concepto de acogimiento"; "Prácticas y estrategias de acogimiento"; "Aspectos importantes en la atención"; "Evaluación de la atención"; "Aspectos que limitan la atención"; "Colaboración entre los puestos de atención de la RAPS"; "Conocimiento de los usuarios en relación a los servicios y profesionales de la RAPS" y "Vínculo profesional/ usuario.

Posteriormente, los códigos fueron agrupados para formar las siguientes categorías analíticas: "I. Concepto de acogimiento", "II. Prácticas y estrategias de acogimiento" y "III. Gestión del cuidado". Estas categorías fueron utilizadas como ejes temáticos para la composición del meta texto que discute las nuevas relaciones discursivas entre los diferentes códigos⁽⁶⁾.

RESULTADOS

De los diez profesionales que participaron en la investigación, una era Agente Comunitario de Salud (ACS), una enfermera, una fisioterapeuta, dos médicos, una nutricionista, dos psicólogas y dos técnicas en enfermería. Solo tres eran especialistas, dos en salud mental y uno en medicina de la familia y comunidad; cuatro hicieron cursos de corta duración en salud mental y los otros tres no presentaron ninguna formación complementaria en salud

mental. El tiempo de trabajo en esta función varió de 2 a 35 años.

Concepto de acogimiento

La concepción que predominó como acogimiento, se refiere a las relaciones de compromiso, vínculo y confianza entre los profesionales de los servicios de salud y el usuario:

[...] se refiere a tener una actitud bastante receptiva, cariñosa y afectuosa con la persona que está llegando; proporcionarle la libertad suficiente para posicionarse y transmitirle confianza, hacerle sentir que usted está allí única y exclusivamente para recibirlo, que el espacio es totalmente de él, que la atención está centrada toda en él, que él es la prioridad. (E3)

Sin embargo, el concepto acogimiento muchas veces es confundido con la recepción o clasificación del usuario en el servicio de salud:

[...] es el primer contacto que tengo con el paciente para poder definir que tipo de servicio puedo ofrecer a esa persona [...] puerta de entrada absorción del servicio de salud con la comunidad o con el individuo. (E7)

Prácticas y estrategias del acogimiento

Con la finalidad de analizar la forma que el usuario con enfermedad mental era acogido por el profesional de salud en la RAPS, se agruparon preguntas que sirven de parámetros comparativos, entre el comportamiento durante la atención al usuario del SUS y la respuesta del profesional participante de la investigación en la entrevista (Figura 1).

Entre los participantes de la investigación, cinco tuvieron su percepción coherente con sus actitudes en todos los aspectos observados y registrados en el checklist, siendo su comportamiento considerado adecuado.

Participante de la investigación	¿Desenvuelve prácticas de acogida?	
	Respuesta del entrevistado	Observación de la investigadora
E1	SI	SI
E2	SI	SI
E3	SI	PARCIAL
E4	SI	NO SE OBSERVÓ
E5	SI	SI
E6	SI	PARCIAL
E7	SI	SI
E8	SI	NO
E9	SI	SI
E10	SI	PARCIAL

Figura 1 - Desarrollo de prácticas de acogimiento por los profesionales de salud de la RAPS al usuario con enfermedad mental. Pesqueira, PB, Brasil, 2018

Fuente: Elaborado por los autores, 2018.

Por otro lado, tres participantes tuvieron su conducta parcialmente coherente con su respuesta. No se pudo observar a la profesional E3 en algunos aspectos como: si la misma explicaba o aclaraba el procedimiento que era realizado, si respondía a las dudas del usuario o del familiar y si ella se preocupaba con la próxima consulta. Estos aspectos no fueron observados, por qué no se puede entrar en el consultorio durante la consulta debido al sigilo profesional. Los otros factores fueron observados en la recepción.

La no obtención de estos datos refleja el *Ethos* del profesional, así como de la investigadora, una vez que se respetó al sigilo profesional asociado a los principios bioéticos de la autonomía y la no maleficencia.

El profesional E6 también tuvo su conducta parcialmente correcta, con relación a su respuesta: No llamó al usuario por el nombre y no se interesó en saber como estaba. Finalmente, el profesional E10, no llamó al usuario por el nombre, no se interesó en saber cómo estaba y no aclaró las dudas del usuario o familiar.

Apenas E8 no tuvo postura coherente con sus respuestas en casi todos los aspectos, su comportamiento fue considerado inadecuado pues apenas se interesó en saber cómo la usuaria se sentía mientras era administrada la medicación. Este hecho observado en la asistencia realizada por el profesional no está de acuerdo con PNH, así como, con los principios éticos que rigen las profesiones de las áreas de salud. Sin embargo, muchas veces estas actitudes son potencializadas por la alta demanda del servicio en que el profesional actúa, que juntamente con el cansancio profesional ocasionan prejuicios

para proporcionar una asistencia calificada. En el texto a seguir, se demuestra que en la práctica de acogimiento se dá todo el énfasis al usuario, sin excluir a la familia como participante directa en su proceso de cuidado.

[...] nosotros nos sentamos y escuchamos al usuario, escuchamos al familiar, a veces el usuario no quiere venir, pero la familia viene y nosotros la acogemos [...]. (E2)

La práctica de acogimiento más referida por los participantes fue escuchar:

[.] escuchar sin juzgar y no enfatizar diagnósticos y si [...] en el cuidado con la persona, cada persona tiene una estrategia diferente de actuación, dentro del SUS nosotros entendemos como PTS (Proyecto Terapéutico Singular). Para nosotros esto también es importante y creo que también es fundamental la interdisciplinaridad [...]. (E4)

Escuchar es una herramienta fundamental. A partir de ella se crea un plano de intervención con el usuario, también se establece el diálogo y el vínculo entre el usuario y el profesional de salud.

El cuidado de la profesional E4 está centrado en la persona con enfermedad mental y sus particularidades. En este sentido, la misma citó el PTS, instrumento de la clínica ampliada, una de las directrices de la PNH.

El vínculo profesional/usuario fue observado en muchas consultas, por ejemplo, en la asistencia dada por E9. La profesional ya tenía el vínculo establecido con la usuaria e

hizo diversas preguntas sobre la situación de salud, realización de ejercicios físicos que ella mismo había propuesto en la última consulta, solicitó analizar los exámenes y la encaminó para otro servicio, respondiendo las dudas y auxiliando en la reinserción social después del trauma sufrido.

Este estudio muestra que la postura de la participante camina aliñada con la PNH y con el modelo de atención psicosocial, una vez que escucha a la usuaria sin juzgarla, responde las dudas existentes en relación con los servicios y no enfatiza en la patología, observando a la usuaria como un todo y respetando su autonomía.

Administración del cuidado

La administración del cuidado será analizada sobre los aspectos limitantes de la atención, colaboración entre los puestos de atención de la RAPS y conocimiento de los usuarios acerca de los servicios y profesionales de la RAPS. La profesional E1 fue acompañada durante las consultas que se iniciaban con preguntas de cómo el usuario se estaba sintiendo y otras derivadas de este abordaje inicial. En su mayoría eran concluidas con la prescripción de medicamentos, una vez que los usuarios iban justamente con este propósito. La demanda excesiva de usuarios y la acumulación de varios vínculos de trabajo puede haber comprometido la calidad de las consultas, ya que fueron realizadas de manera rápida y de forma automática.

En relación con los aspectos limitantes de la atención, fue mencionado que la rotación de los profesionales compromete el establecimiento de un vínculo, tal es el caso del profesional E9 que va a cambiar de equipo,

perjudicando la continuidad del cuidado. Sin embargo, hubo predominio de preguntas como falta de infraestructura y falta de recursos materiales. Esto se manifiesta en los textos a seguir:

Una dificultad que nosotros tenemos es infelizmente el asunto de la estructura [...] el tema sigilo estamos medio perjudicados, ahora está mejor, antes la persona escuchaba afuera, el sonido no era bloqueado, si alguien hablaba alto, el sonido salía [...]. (E3)

[...] en una sala [...], en donde se tendría mejores instrumentos [...] necesitaría de instrumentos más específicos, letras, juegos [...]. (E4)

Fueron expuestos no solo aspectos referentes a la estructura física sino también recursos materiales. Estos factores, según los entrevistados, terminan complicando y dificultando la ejecución de una asistencia calificada.

Con relación al conocimiento de los usuarios sobre los profesionales y servicios existentes en la RAPS, el entrevistado 7 enfatiza el desgaste durante el turno por demandas que no deberían ser atendidas en un servicio de urgencia:

No [...] porque si ellos supieran que deberían ir al puesto de salud, al CAPS, al Núcleo de Atención a la Familia, ellos no vendrían aquí para pedir una receta, para pedir un encaminamiento, por una enfermedad crónica que no está descompensada [...] casos de urgen-

cia y emergencia nosotros vemos poquísimos. Lo que más desgasta en el turno, lo que más consume recursos, son pacientes que tienen perfil de atención primaria. (E7)

Otra profesional diverge del entrevistado anterior, cuando dice que los usuarios tienen conocimiento de los profesionales y de los servicios existentes en la RAPS:

Tienen, ellos prefieren ir para el CRAS e a veces al hospital, no les gusta mucho ir a la atención básica, ya estoy trabajando en esto con ellos [...] pero ellos no se sienten cómodos de ir para allá por que no son muy bien vistos por la población [...]. (E2)

Cuando se les pregunta sobre prácticas y estrategias de acogimiento específicas para personas con enfermedades mentales, siete participantes relatan que no hay un padrón específico para este público. Afirmaron que las prácticas de acogimiento son iguales para todos los usuarios. Sin embargo, cuando preguntados sobre los aspectos importantes en la atención de estas personas, mencionaron varios factores que se relacionan con la PNH.

DISCUSIÓN

Realizar el acogimiento contempla la recepción y selección; sin embargo va más allá de esos momentos, comprende todo el periodo de convivencia entre el equipo y los usuarios⁽²⁾. El Acogimiento es construido de forma colectiva y tiene como objetivo establecer relaciones de compromiso, vínculo y confianza entre los equipos de los servicios de salud y sus usuarios⁽⁴⁾.

Se confunde muchas veces con la recepción y selección del individuo, es comprendido de varias formas (puerta de entrada, consulta externa) que ultrapasa el límite del propio concepto⁽⁷⁾.

Tanto la especialización como la formación complementar son de extrema importancia, principalmente cuando el trabajador proporciona asistencia a personas con enfermedades mentales. El proceso de capacitación en salud mental otorga grandes contribuciones a los profesionales, dando más seguridad para ofrecer asistencia de calidad a ese público. Una de las marcas que la PNH quiere alcanzar, es la educación permanente para los trabajadores, cabe a los administradores analizar las demandas para actualización de conocimiento y ofrecer la capacitación de los equipos⁽⁵⁾.

En los servicios de salud, el acogimiento es considerado como tecnología leve que ejerce una gran influencia en el proceso de trabajo. Representa una estrategia de cambios. Mediante las relaciones establecidas entre profesionales, usuarios y familiares es posible ofrecer una atención de calidad resolviendo sus necesidades de forma humanizada⁽⁸⁾.

En este contexto, el respeto a la autonomía del sujeto refuerza el vínculo entre el profesional y el usuario⁽⁹⁾. Contribuye para la superación de las dificultades encontradas en los servicios públicos hospitalarios en los cuales los profesionales sufren con sobrecarga de trabajo, debido a la cantidad reducida de profesionales frente a la alta demanda asistencial, provocando como resultado una asistencia con baja calidad⁽¹⁰⁾.

En el campo de la salud mental, a partir del proceso de desinstitucionalización, la familia

paso a ser la principal proveedora de cuidados de estos individuos. De esta manera todo el proceso terapéutico ocurre en los servicios de salud con base comunitaria, en estos los equipos intentan dar todo el soporte necesario al individuo con sufrimiento mental y sus familiares⁽¹¹⁾.

Desde esta visión, se espera que el profesional sea resolutivo al depararse con las quejas traídas por los individuos y que demuestre actitud de responsabilidad con su tratamiento considerando la trayectoria familiar e histórica. Antes de organizar cualquier intervención, es necesario estar atento a lo que el usuario trae⁽¹²⁾.

La capacidad de escuchar a los usuarios es considerada de mucha importancia, puesto que el ser oído hace que el individuo se sienta respetado durante el proceso de comunicación entre profesional y usuario. Las habilidades de comunicación del profesional, proporcionarán la construcción del vínculo con el usuario desde que también tome en consideración en sus recursos comunicativos la relevancia de su historia de vida y la percepción del mundo⁽¹³⁾.

Los usuarios deben trabajar en conjunto con los profesionales de salud con la finalidad de construir su plan de cuidados. El principio de la toma de decisión compartida, favorece a que los usuarios de los servicios de salud, se responsabilicen conjuntamente con el equipo para alcanzar sus objetivos⁽¹⁴⁾.

La práctica de acogimiento está presente en todas las relaciones de cuidado, en la unión entre profesionales de salud y usuarios, en los actos de recibir y escuchar a los individuos, pudiendo suceder de varias maneras conforme cada escenario profesional⁽⁷⁾.

El vínculo, es un dispositivo decisivo entre el profesional de salud y el usuario, una vez que engloba la idea del usuario como sujeto autónomo, participante del proceso de salud posibilitando la responsabilidad acordada y compartida⁽⁵⁾.

En este sentido, para alcanzar las metas acordadas en el proceso terapéutico, una de las estrategias indispensables es el vínculo establecido entre usuarios y el equipo de salud, garantizando un trabajo en conjunto con estrategias e intervenciones de cuidados planificados acordes con las necesidades del usuario⁽¹⁵⁾.

Para que el acogimiento sea una práctica indisoluble en la atención a la salud en todos los niveles de complejidad, es necesario dimensionar adecuadamente a los profesionales para que la atención y las consultas, no sean realizadas con prisa, así como no se centren en la prescripción de medicamentos⁽¹⁶⁾.

Existen otros aspectos que deben ser explorados, entre estos, las necesidades individuales y sociales del usuario que deberían ser priorizadas en las consultas⁽¹⁷⁾.

Además de este, otros factores limitan la calidad de la consulta como la escasez de recursos materiales y didácticos, que acaban generando perjuicios en la realización de talleres terapéuticos así como también, la estructura física inadecuada de los servicios⁽¹⁸⁾. Un estudio realizado en Minas Gerais enfatiza que cuanto más efectiva es la atención básica, menor es el flujo hospitalario. Por lo tanto, adecuar la demanda en cada uno de los niveles de atención a la salud, estimula un ambiente propicio para el desenvolvimiento de las prácticas de acogimiento. Conforme sus características, los servicios de atención

primaria a la salud, serían los más apropiados para responsabilizarse por la coordinación del proceso terapéutico del individuo. Actuando como puerta de entrada, las estrategias de coordinación pueden ser determinadas con base en una comunicación efectiva entre los niveles de atención. En este sentido, la información se presenta de manera benéfica para el usuario y satisfactoria para los profesionales⁽¹⁹⁾.

La ESF es considerada importante para crear formas que permitan a las personas relacionarse con diversas dimensiones de la salud, entre ellas la mental. Por eso, es necesario trabajar para evitar pensamientos negativos y estigmas de muchos usuarios y profesionales sobre la enfermedad mental, pues el derecho de usar el servicio de salud es de todos⁽⁵⁾. Por esta razón, existen algunas dificultades en la atención primaria que limitan el cumplimiento de este papel, entre ellas la fragilidad en la formación de algunos profesionales que actúan en este nivel de atención. Muchas veces no fueron capacitados para trabajar con esta demanda y terminan prestando una atención de baja calidad.

En el campo hospitalario, fue creada una estrategia para alcanzar una de las marcas preconizada por la PNH, que es la organización de la fila de espera. Además de proponer un orden prioritario en la atención, el Acogimiento con Evaluación y Clasificación de Riesgo (AACR), es un proceso dinámico de identificación de los usuarios que necesitan de cuidados inmediatos conforme su gravedad y no por orden de llegada, como anteriormente implantado en los servicios de emergencia⁽²⁰⁾.

El AACR está en proceso de implantación en el hospital integrante en esta investigación. Esto

es importante tanto para la población cuanto para los profesionales que podrán prestar asistencia inmediata a las personas con un nivel más elevado de gravedad, actuando de acuerdo con el principio de equidad del SUS.

CONCLUSIÓN

Las prácticas y estrategias del Acogimiento a los usuarios con enfermedad mental que fueron identificadas en la RAPS del municipio investigado, en su mayoría están en consonancia con la PNH y con el modelo de atención psicosocial. Estas prácticas son fundamentales para prestar una asistencia de calidad. A pesar de todavía haber posturas centradas en el modelo biomédico, este no predominó en el estudio.

Los profesionales no tienen un padrón específico de acogimiento a ser aplicado durante la asistencia a personas con enfermedad mental. A pesar de eso, sus conductas son humanizadas y para eso utilizan herramientas de escucha calificada y diálogo, primordiales para conocer la trayectoria del usuario y con esto establecer un vínculo con el mismo.

Se recomienda una mayor cooperación de la gerencia con los servicios y los profesionales que en ellos actúan, principalmente en lo que se refiere a estructura física, recursos materiales y capacitaciones, puesto que, para trabajar con la demanda de salud mental, es necesario que los equipos estén actualizados para que no reproduzcan prácticas que van contra los principios de la reforma psiquiátrica.

Es necesario igualmente, analizar posibilidades de redireccionamiento en el proceso de trabajo de los equipos, que contemplen estrategias de reducción en la demanda ex-

cesiva de los servicios, ya que la sobrecarga de los profesionales en una gran mayoría de veces inviabiliza la realización de una asistencia de calidad.

AGRADECIMIENTO

Al CNPq por el apoyo en la concesión de la beca de iniciación científica.

REFERENCIAS

1. Anjos MA, Carvalho PAL, Sena ELS, Ribeiro RMC. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental na atenção básica para além do encaminhamento. *Cad Bras Saúde Ment* [Internet]. 2015 [cited 2017 set 05];7(16):27-40. Available from: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1936/4325>
2. Souza SL, Melo LG. The hosting of crack users at a Psycho-Social Care Center: the meanings attributed by workers. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2015 [cited 2017 set 05];11(4). Available from: http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/smad/v11n4/pt_02.pdf doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p181-189>
3. Santos ST, Lima FAC. Interfaces da política nacional de humanização de assistência à saúde de pessoas com transtorno mental. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 set 05];7(3):65-77. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/261>
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 jun 30]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-aco-es-e-%20programas/40038-humanizasus>
5. Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM, Leite MT, Piovesan MS. Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2016 [cited 2017 set 05];10(4):3548-3559. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11129/12619> doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11129p3548-3559-2016>
6. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. rev. Ijuí: Editora UniJuí; 2016.
7. Filho JAS, Bezerra AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line Rev Mult Psic* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 15];12(40):613-27. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1138/1731>
8. Lisbôa GLP, Brêda MZ, Albuquerque MCS. Noises of the work process and welcoming the family in psychosocial care on alcohol and other drugs. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog (Online)* [Internet]. 2016 [cited 2018 jun 15];12(2):75-83. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80346851003.pdf> doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p75-83>
9. Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva JJA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Mai 15];10(1):e617. Available from: http://www.scielo.org/co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100211&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>
10. Vasconcelos RO, Rigo DFH, Marques LGS, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensioning of hospital nursing personnel: study with brazilian official parameters of 2004 and 2017. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 18];21(4):1-8. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022037> doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0098>
11. Rheinheimer IL, Koch S. O papel da família no cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental. *Rev Psicol Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 ago 18];(11):49-

61. Available from: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/2457/2171>
12. Salles DB, Silva ML. Mental health professional perception of the embracement towards psychoactive substance user in CAPSad. *Cad Bras Ter Ocup* [Internet]. 2017 [cited 2018 jun 15];25(2). Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1516/850> doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0803>
13. Salles MP, Santos VSJ, Reinaldo MAS. Analysis of scientific literature on therapeutic communication in health, mental health and alcohol and other drugs. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 30];96(4):232-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836>
14. Small N, Brooks H, Grundy A, Pedley R, Gibbons C, Lovell K, Bee P. Understanding experiences of and preferences for service user and carer involvement in physical health care discussions within mental health care planning. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2018 ago 30];17(1):138-149 2017. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390472/pdf/12888_2017_Article_1287.pdf
15. Coffey M, Hannigan B, Meudell A, Hunt J, Fitzsimmons D. Study protocol: a mixed methods study to assess mental health recovery, shared decision-making and quality of life (Plan4Recovery). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [cited 2018 ago 30];16(1):392-398. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988045/pdf/12913_2016_Article_1640.pdf
16. Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. The role of primary attention in health on the constitution of the network care in mental health. *Res.: fundam. Care Online* [Internet]. 2017 [cited 2018 jun 15];9(3):659-668. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523/pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v9.5523>
17. Kaite CP, Karanicola MN, Vouzavali FJD, Koutroubas A, Merkouris A, Papathanasoglou EDE. The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2018 ago 30];16(1):343-359. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5053043/pdf/12888_2016_Article_1051.pdf
18. Brandão TM, Brêda MZ, Nascimento YCM, Albuquerque MCS, Albuquerque RS. The practices of the nurse in psychosocial care: vulnerabilities and present potentialities. *Rev Enferm. UFPE on line* [Internet]. 2016 [cited 2018 jun 15];10(6):4766-4777. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/view/11255/12874> doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11255p4766-4777-2016>
19. Lima DP, Leite MTS, Caldeira AP. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2018 jun 15];39(104):65-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00065.pdf> doi: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040348>
20. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci JÁ, Inoue KC, Sales CA. Admittance of Risk-Classified Cases: Assessment of Hospital Emergency Services. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 jun 15];19(3):491-497. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127741627014.pdf> doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150065>

Recibido: 24/03/2020

Revisado: 07/05/2020

Aprobado: 18/05/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.