

Original

El acogimiento realizado por profesionales de la atención primaria de salud a personas en sufrimiento mental

RANAIA LUMA VITALINO DA SILVA, SCHAIANNY RODRIGUES DE SOUZA, LARISSA DE ALMEIDA REZIO, PATRÍCIA CRISTIANE GIBBERT, LUANNE MARCELLE VAZ FIGUEIREDO, MARINA NOLLI BITTENCOURT

RANAIA LUMA VITALINO DA SILVA
Estudiante de Enfermería.
Facultad de Enfermería,
Universidad Federal de
Mato Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

SCHAIANNY RODRIGUES DE SOUZA
Estudiante de Enfermería.
Facultad de Enfermería,
Universidad Federal de
Mato Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

LARISSA DE ALMEIDA REZIO
Doctora en Enfermería.
Facultad de Enfermería,
Universidad Federal de Mato
Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

PATRÍCIA CRISTIANE GIBBERT
Estudiante de Medicina.
Facultad de Medicina,
Universidad Federal de
Mato Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

LUANNE MARCELLE VAZ FIGUEIREDO
Estudiante de Enfermería.
Facultad de Enfermería,
Universidad Federal de
Mato Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

MARINA NOLLI BITTENCOURT
Doctora en Enfermería.
Facultad de Enfermería,
Universidad Federal de
Mato Grosso (UFMT).
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil.

FECHA DE RECEPCIÓN: 09/02/2021
FECHA DE ACEPTACIÓN: 09/03/2021

CORRESPONDENCIA
Patrícia Cristiane Gibbert.
Rua Vinte e Quatro, nº 89,
Bairro Boa Esperança,
CEP: 78068-625.
Cuiabá, MT, R. F. de Brasil;
patriciagibbert123@gmail.com

Objetivo: analizar el acogimiento realizado por los profesionales de la atención primaria de salud (APS) a la persona en sufrimiento mental y a su familia. **Método:** se trata de un estudio exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo, correspondiente a la primera etapa de una investigación-intervención vinculada al Programa de Educación para el Trabajo en Salud (*PET Saúde*), realizado con 15 profesionales de dos unidades de la APS, ubicados en el municipio de Cuiabá, de marzo a junio de 2020. **Resultados:** se identificó que la mayoría de los profesionales caracterizó el acogimiento como basado en el diálogo, la postura y la escucha atenta y cualificada, se percibió que las acciones del acogimiento son importantes para la construcción y fortalecimiento de los lazos. Sin embargo, estos profesionales experimentan dificultades para acoger a las personas en sufrimiento mental, debido a que la atención de salud mental está todavía basada en el modelo biomédico-psiquiátrico. **Conclusión:** se evidenció que la mayoría de los profesionales se mueven entre la atención psicosocial y el modelo biomédico-psiquiátrico, ya que realizan el acogimiento dirigido a la integralidad y singularidad de la persona en sufrimiento mental, pero bajo la constante influencia de la mirada de la medicalización. Por lo tanto, son necesarias las prácticas de educación permanente en salud para promover cambios significativos en los servicios de la APS.

Palabras clave: Acogimiento – Atención de Salud Mental – Salud Mental – Descentralización – Red de atención.

The Embrace given by Primary Health Care Professionals to People in Mental Distress

Objective: analyze the embrace provided by Primary Health Care (PHC) professionals to persons in mental distress and their families. **Method:** a descriptive exploratory study of qualitative approach, corresponding to the first stage of a research-intervention linked to the Programa de Educación para el Trabajo de Salud (*PET Saúde*), performed with 15 professionals from two PHC units, located in the municipality of Cuiabá, from March to June 2020. **Results:** it was possible to identify that most of the professionals characterized the reception based on dialogue, stance and attentive and qualified listening, and in their actions were perceived as important for building and strengthening bonds. However, those professionals experience difficulties in taking in people in mental distress, due to the fact that mental health care is still based on the biomedical-psychiatric model. **Conclusion:** It was shown that most professionals move between psychosocial care and the biomedical-psychiatric model, since their aim is directed to the integrality and singularity of the person in mental distress, but under constant influence of the medicalization gaze. Thus, permanent Health Education Practices are necessary to promote significant changes in PHC services.

Keywords: User Embrace – Mental Health Care – Mental Health – Decentralization – Care network.

Introducción

La atención primaria de salud (APS), también llamada atención primaria (AP), es la puerta de entrada preferida a la red de atención psicosocial (RAPS) y representa un espacio privilegiado para el seguimiento completo, longitudinal y cercano del usuario y la familia, gracias a que tiene conocimientos epidemiológicos de su población inscrita [18] y la posibilidad de promover la atención en el territorio de los sujetos [23]. En este sentido, constituye la oportunidad de construir un vínculo entre el profesional y el usuario, garantizando una atención eficaz de acuerdo a las necesidades del sujeto y la construcción de la corresponsabilidad para la promoción del autocuidado [28].

La APS se ha destacado, a nivel internacional, por el enfoque integral, la continuidad y la longitudinalidad, con un enfoque familiar y comunitario [37]. En Brasil, la primera edición de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAP) fue en 2006, la segunda edición en 2011 y la tercera en 2017, con orientación hacia los principios de universalidad, accesibilidad, vinculación, continuidad de la atención, integralidad de la atención, responsabilidad, humanización, equidad y participación social [11, 12, 13, 22].

Incluso ante el revés que se enfrenta actualmente, desde la PNAP de 2017, debido a la congelación del gasto relacionado con la salud y la educación durante 20 años, prediciendo ajustes sólo basados en la inflación —Enmienda Constitucional n.º 9520 en 2016— y el intento de dismantelar la Estrategia de Salud Familiar (ESF), en lugar de hacer frente a sus problemas, en una coyuntura en la que sería deseable mantener lo que se había logrado hasta entonces [22], entendemos la importancia de fortalecer la APS y la atención en el territorio de los sujetos.

Por lo tanto, la Unidad de Salud Familiar (USF), como uno de los servicios que representan a la APS, es un espacio para la práctica y la creación de diferentes modos de atención de salud mental, de acuerdo con los principios de integralidad, intersectorialidad, interdisciplinariedad y territorialidad [3, 1].

Desde esta perspectiva, el término sufrimiento mental implica la idea de la persona que sufre, dentro de su experiencia de vida como sujeto, con el fin de eliminar la carga estigmatizante de las palabras «enfermedad», «trastorno», que se refieren a una carga limitada, inseparable, inherente y dependiente de su «portador» [1, 2]. Por lo tanto, es necesario entender a la persona y a la singularidad de sus problemas cotidianos, a su familia y su red social, además de sus intenciones futuras [6, 2].

En este contexto, se entiende que el seguimiento de la persona en sufrimiento mental por la APS comienza con el acogimiento, que valora las necesidades de salud individuales y las demandas del sujeto. Así, el acogimiento debe llevarse a cabo a través de una escucha terapéutica con interés en la persona, con el fin de construir una relación de vínculo y confianza, siendo uno de los conceptos que guían la Política Nacional de Humanización (PNH) [26].

La PNH, publicada en 2003, busca implementar los principios del SUS (Sistema Único de Salud) en la vida diaria de los servicios de salud, produciendo cambios en las formas de gestión y cuidado, y actúa sobre la base de directrices clínicas, éticas y políticas [26]. La PNH presenta el acogimiento como parte de todas las etapas del servicio, que no deben tener un tiempo y hora predeterminados, y considera que el acogimiento es un acto de legitimar al otro y sus necesidades.

Entre las tecnologías más utilizadas para la atención de salud mental en la APS, el acogimiento es lo que más necesita ser fortalecido y ampliado, de modo que se desarrolle una atención integral y multidimensional capaz de entender la subjetividad del sujeto [7]. Así, el acogimiento es un dispositivo que corrobora la construcción del vínculo entre la persona en sufrimiento mental y el profesional, de modo que se establece la confianza para la realización del seguimiento y cuidado de esta persona [32, 33].

Por lo tanto, se cree que el acogimiento puede proporcionar una atención integral a la persona en sufrimiento mental, porque

propicia que los profesionales dirijan su mirada a la singularidad e individualidad del sujeto [25, 2], a las que el acogimiento considera como parte de su postura y actitud profesional, y que la calidad del acogimiento proporcionado determinará la continuidad de la búsqueda y la confianza en el servicio de salud por parte de las personas en sufrimiento mental [39, 19].

Por lo tanto con el fin de ampliar el debate sobre el acogimiento de la persona en sufrimiento mental y su familia en el contexto de la APS y que sea posible entender las dificultades a las que se enfrentan los profesionales. En vista de esto, la pregunta fue: ¿Cómo es el acogimiento por parte de los profesionales de atención primaria a la persona en sufrimiento mental y a su familia? ¿Qué dificultades identifican los profesionales al acoger a la persona y su familia en sufrimiento mental?

Objetivo

Analizar el acogimiento realizado por los profesionales de la atención primaria en salud a la persona en sufrimiento mental y familiar.

Materiales y métodos

Tipo de investigación

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de enfoque cualitativo, que se caracteriza por la comprensión de hechos y significados, estudio de la historia, creencias, valores y representaciones, además de incluir la interpretación e investigación de pensamientos y sentimientos, es decir, se refiere a cuestiones sociales y que no se pueden cuantificar, siendo un método que considera la forma en que el sujeto se relaciona con el medio ambiente, con los demás y consigo [24, 34]. Este estudio es parte de una investigación-intervención vinculada al Programa de Educación para el Trabajo en Salud (*PET Saúde*) Interprofesionalidad y Salud Mental, se trata de la primera etapa de la investigación.

La investigación-intervención busca producir conocimiento y práctica en el mismo momento en el que el investigador es un productor de nuevos significados, sujeto y objeto de conocimiento [35].

Lugar, población y periodo de estudio

El estudio se realizó en dos USF ubicadas en la región Este del municipio de Cuiabá de marzo a junio de 2020. El estudio incluyó 15 profesionales: dos enfermeras, un técnico de enfermería, 11 agentes de salud comunitarios y una recepcionista. Todos los trabajadores fueron invitados a participar en este estudio, excluyendo únicamente a los que estaban de licencia médica u otro tipo de licencia.

Instrumentos y fuente de datos

Se utilizó la entrevista semiestructurada como instrumento para la recogida de datos y las declaraciones transcritas como fuente de datos. Las preguntas fueron dirigidas al modo cómo el equipo identifica y acoge a las personas en sufrimiento mental y sus familiares, y a las dificultades que encuentra en este proceso. Teniendo en cuenta el contexto de la pandemia, las entrevistas se realizaron individualmente, a través de la plataforma de comunicación en línea, también utilizada para grabar y almacenar en nube.

Tratamiento y análisis de datos

Utilizamos la técnica de análisis de contenido temático de Bardin [4], que se caracteriza por un conjunto de técnicas analíticas de comunicación y descripción de mensajes de una manera sistematizada, para descubrir núcleos de significado y, desde su presencia y frecuencia, entender su significado para el objeto analizado [24]. Así, operativamente, el análisis de contenido temático se desarrolla en tres etapas: preanálisis, exploración del material y, por último, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. En la etapa de preanálisis, se realiza la lectura flotante del material, considerando la hipótesis inicial y teorías relacionadas con el objeto de estudio, iniciando la identificación de frases y fragmentos de discursos similares. Durante la exploración del material, surgieron dos categorías centrales del análisis que fueron «Acogimiento en la rutina diaria de las prácticas: postura, escucha y diálogo» y «Las dificultades experimentadas por los profesionales de la APS en la realización del acogimiento a la persona en sufrimiento mental».

Para interpretar los datos, se utilizó el marco teórico-conceptual de la PNH, que define el acogimiento como un acto de legitimación del otro y sus necesidades, teniendo en sus principios a la transversalidad como un instrumento para la apertura comunicativa intra e intergrupo [25]. Además del modelo de cuidado psicosocial, construido e implementado durante la reforma psiquiátrica, que dirige la mirada a la singularidad e individualidad del sujeto, buscando la expansión de la autonomía de los sujetos, la rehabilitación psicosocial y la atención en libertad [2].

Limitaciones del estudio

Las limitaciones encontradas para el estudio estuvieron relacionadas con la situación de pandemia que hizo imposible contactar directamente a los participantes.

Aspectos éticos de la investigación

El estudio es parte de una investigación más amplia llamada «Interprofesionalidad y atención en salud mental» aprobada y regulada por el Comité de Ética en Investigación con seres humanos (CEP-Saúde), número de opinión 3.958.579, CAAE 29310620.1.0000.8124, de la Universidad Federal de Mato Grosso, en conformidad con la Resolución N.º 466 [14], de 12 de diciembre de 2012, y la Resolución N.º 510 de 7 de abril de 2016 [15].

Tras la aprobación del CEP, las entrevistas se programaron con los trabajadores durante su horario de trabajo, sin perjuicio a la asistencia. El profesor responsable de la investigación entregó el Formulario de Consentimiento Informado (FCI), en dos copias de igual contenido, firmadas por la investigadora y por el participante al comienzo de cada entrevista. Una copia se entregó al participante y otra se destinó al archivo de la investigación.

Las entrevistas se transcribieron sin cambios y se guardaron en una plataforma de almacenamiento en línea del tipo nube. Para garantizar el anonimato de los participantes, los discursos fueron identificados aleatoriamente por códigos (Profesional, P1, P2, etc.), las transcripciones se separaron en carpetas con contraseñas puestas a disposición únicamente del grupo participante del estudio.

Resultados

Acogimiento en la rutina diaria de las prácticas: postura, escucha y diálogo

Se evidenció que la mayoría de los entrevistados se referían al acogimiento como un cuidado humanizado y fundamental, presente en las prácticas diarias, hacia los sujetos. Estar atento a los sujetos/usuarios, tener una actitud de inclusión, de estar efectivamente «con» el otro, durante todo contacto con el paciente. En las entrevistas fueron mencionados comportamientos como el diálogo, la postura y la escucha como fundamentales para la construcción del vínculo y la permanencia de la persona en el servicio.

El acogimiento ocurre desde el momento en que vas allí da un «buen día», pregunta cómo es la Doña María [nombre utilizado como ejemplo por el entrevistado], lo que sucedió en la vida de Doña María [...]. (P1)

[...] acoger es cuando la persona llega a la unidad, usted presta atención, escucha, conoce, da esa mirada a esa persona, una mirada cuidadosa a sus necesidades [...] Traerla a la unidad, traerla al equipo, trabajar con ella, hasta resolver esta situación. (P2)

[...] Si le acogemos bien, tenemos una buena comunicación con él, una buena explicación [...] el acogimiento es el punto de todo, sin él el paciente no se siente acogido en ese lugar, sea paciente de salud mental o cualquier otro paciente, no va a volver [...]. (P3)

Los profesionales también relacionaron el acogimiento con la postura profesional, en la que se expresaron las actitudes acogedoras a través de un lenguaje corporal dirigido al sujeto, mirada atenta, escucha cualificada, postura ética, tacto terapéutico, palabras amables, legitimación y valorización de las quejas, lo que lleva a la comprensión de que el significado del acoger/acogimiento se materializa en la práctica diaria y se presenta durante el cuidado de la persona en sufrimiento mental.

[...] escuchar, parar a escuchar, saber lo que necesita, a veces necesitamos sólo un afecto, un abrazo, una atención, [...] eso es acogedor. [...] Mirar al paciente como un todo, traerlo a la unidad, ver las

posibilidades que podemos hacer, cómo podemos hacerlo vincularse y regresar. (P2)

[...] Mira a los ojos, creo que tenemos que hacer la pregunta de lo que está pasando, el servicio que quieres, y atender con la máxima calma y mirando a los ojos. (P9)

Entre las actitudes acogedoras, se mencionó la escucha cualificada como una posibilidad para la construcción y fortalecimiento de los vínculos, a medida que los profesionales informaron atención y mirada a las necesidades y singularidades específicas de los sujetos en sufrimiento mental y sus contextos. Esta actitud también se vuelve terapéutica cuando el usuario puede verbalizar su sufrimiento y su historia. Por lo tanto, la forma de llevar a cabo la atención y la comunicación puede fortalecer el vínculo con la persona en sufrimiento mental y promover la confiabilidad en el servicio de salud.

[...] prestar atención, escuchar, parar a escuchar las necesidades del paciente, a veces es un anciano, a veces viene solo, quiere una atención, una mirada, y cuando le das atención, una mirada, a veces satisfaces sus necesidades allí, en ese momento. Escuchar lo que el paciente tiene a decir. (P2)

Cuando vienen hablamos, hacemos esa orientación, él dice lo que está sintiendo, lo que causó, lo que lo motivó a pasar por eso, si fue una pérdida, entonces salen más aliviados [...]. (P5)

Los profesionales refieren como otra actitud importante el acogimiento dirigido a la familia de la persona en sufrimiento mental en la atención y seguimiento en la Unidad, y, por lo tanto, la familia también recibe atención, es escuchada, orientada y se hace corresponsable del proceso de tratamiento.

Cuando fui a la casa del paciente, hablé mucho con su familia, y traje la información al equipo y el equipo programó una visita a casa y fuimos allí [...], y conseguimos acercar al paciente [...]. (P2)

[...] Hijo, padre, madre, hermano. Mostrar la importancia de ello, la importancia de la familia [...] La comunicación con la familia, comprensión con la familia. (P3)

[...] guiar a la familia, porque a veces la persona está pasando por un momento como este, y la familia por falta de comprensión, falta de comprensión de aquel momento, termina llevando a la persona más abajo. [...] (P7)

Las dificultades experimentadas por los profesionales de la APS en la realización del acogimiento a la persona en sufrimiento mental

Entre los aspectos que pueden obstaculizar el acogimiento de personas en sufrimiento mental en la APS está la consideración por parte de algunos profesionales de la USF de que los servicios de APS no son lugares de prácticas de producción de salud mental, afectados por posturas y prácticas vinculadas al modelo biomédico, centradas excesivamente en la medicación, con poco seguimiento de casos, lo que puede perjudicar la atención integral y en red.

[...] [el doctor responde], pero ¿quién es su médico? Tienes que decirle a regresar a su médico porque no puedo hacer mucho por ella aquí. [...] Veo que la salud mental no tiene un campo muy bueno dentro de la USF. (P7)

[...] como fragilidad también veo algunos profesionales [...] que no tienen un perfil, pero que están dentro de la atención primaria, creo que este es un punto de fragilidad. (P8)

[...], pero como te dije, no hay mucho que hacer aquí en la unidad, entonces pasa, por lo general intentan obtener una receta, [...] tienen alguna receta, la médica termina renovando. Pero para hacer un seguimiento, [...] no, que debería ser un psiquiatra y aquí no tenemos. (P9)

Se observa que la dificultad que se presenta al acoger a la persona en sufrimiento mental está relacionada con la fragilidad en la educación inicial (curso de graduación y/o técnico) y en el servicio de la atención de salud mental. La formación en servicio no fue

entendida por ellos como una práctica permanente en la unidad, en la que son coproductores de espacios de aprendizaje.

Las propuestas de espacios de entrenamiento, cuando las hay, se dirigen a la formación puntual con la presencia y autorización a sólo unos pocos miembros del equipo. Sin embargo, la mayoría de los profesionales reconocieron que la presencia de formación para todos los miembros del equipo sería un potenciador de las prácticas realizadas en el servicio.

Creo que debería haber una capacitación a todos; al vigilante, al limpiador, a todos, porque desde el momento en que entras en un establecimiento como este, tienes que tener conocimiento. (P1)

Creo que la falta de conocimiento [...] Creo que tal vez con cursos, cursos con todos los profesionales, incluyendo técnicos, recepción, agentes, incluyendo todos en la unidad. (P9)

A veces, cuando ellos [Departamento Municipal de Salud] envían, no tenemos autonomía para salir de la unidad, estamos en dos aquí, si uno deja el otro no puede salir, si uno hace el curso, el otro no, que sería una orientación a nosotros dentro de la unidad, para no salir de la unidad. (P3)

Discusión

El acogimiento permite la formación de redes vinculares ya que se produce en un espacio de intercambio y escucha cualificada al sujeto y a su familia y facilita la exposición de angustias, dudas e historias [20, 25]. Así, el acogimiento propicia la construcción de una alianza terapéutica, e implica reconocer el papel de la persona y establecer la corresponsabilidad en el proceso de salud y enfermedad. Esta relación permite a la persona en sufrimiento mental rescatar y (re)construir su autonomía, con el objetivo de devolverle la ciudadanía y reintegrarlo socialmente [29].

El acogimiento se desarrolla en tres dimensiones: diálogo, postura y reorganización de los servicios. El acogimiento-diálogo promueve la integración entre profesionales y usuarios, y la articulación entre los diferentes

campos de la producción sanitaria. El acogimiento-postura se produce a través de la manifestación proactiva de la escucha y las posturas acogedoras frente a las demandas de los sujetos [19], como se manifiesta en las declaraciones de los profesionales a la hora de valorar la escucha activa/cualificada frente a las necesidades sanitarias de los usuarios y la atención de acuerdo con la individualidad de cada demanda. Además, está el acogimiento-reorganización de los servicios, que ocurre en el ámbito de la gestión, cuando se aprecia la resolución en la asistencia en el servicio [19], no mencionada en las declaraciones.

Así, el acogimiento a la persona en sufrimiento mental, como diálogo, postura y reorganización de los servicios, está interconectado con la forma en que el profesional actúa al recibir la persona en el momento en que llega a la APS, consiste en actitudes acogedoras, que incluyen la acción de acoger, desde actos, postura profesional y escucha activa/cualificada, escuchando atendiendo a su queja, permitiendo al sujeto expresar sus preocupaciones con garantía de atención resolutoria y articulación con otros servicios [25, 21].

Desde esta perspectiva, aunque el profesional no conozca la definición de la palabra «acogimiento», su significado es intrínseco a sus actitudes al atender a la persona en sufrimiento mental de una manera empática, respetuosa e integral, con el fin de entender lo que la hace sufrir y proporcionarle apoyo. Estas actitudes acogedoras, mencionadas por los profesionales entrevistados, favorecen la maduración personal y permiten comprender las individualidades de cada ser humano y acogerlo como tal, lo que favorece la permanencia, la participación y la continuidad del tratamiento [21].

En este sentido, es necesario considerar que la estigmatización del sufrimiento mental puede obstaculizar no sólo una atención de calidad y basada en la autonomía, la reinserción social y la libertad, sino también perjudicar el acogimiento, el cuidado y el tratamiento singular adecuado [40, 38]. Así, la atención cualificada, libre de prejuicios y actitudes estereotipadas, establece la relación terapéutica [39].

Por lo tanto, para la construcción y fortalecimiento del vínculo entre profesional y usuario en sufrimiento mental, es necesario conocer la historia de vida de quienes se cuida y esto depende de la confianza mutua depositada en la relación entre el profesional y el usuario [31]. Por lo tanto, es esencial que la persona en sufrimiento mental se sienta acogida y comprendida, en sus diferencias y singularidades.

En este escenario de investigación, los profesionales demostraron incluir, en la construcción del acogimiento y del cuidado, el círculo social de la persona, compuesto por la familia y otros miembros de su red de apoyo. Se entiende que la orientación que se hace a la familia sobre las demandas y el cuidado relacionados con la persona en sufrimiento mental, así como la escucha de los anhelos de los miembros de la familia y/o acompañantes, son prácticas esenciales para la confiabilidad en el servicio [32].

Por lo tanto, el acogimiento a la red de apoyo de la persona que recibe atención mejora la formación del vínculo, fortalece las prácticas de atención de salud mental y las oportunidades de la asiduidad de la persona en sufrimiento mental y la participación conjunta en las decisiones sobre el tratamiento [32]. También los profesionales señalan en sus declaraciones que el usuario del servicio/sujeto en sufrimiento mental, sintiéndose escuchado y acogido, crea un vínculo y regresa más fácilmente al servicio, expresando sus quejas en busca de tratamiento/solución [5].

Sin embargo, se evidencia en las entrevistas que algunas prácticas en salud mental en la APS se basan en la perspectiva del modelo biomédico, que está centralizado en la figura del médico y en la medicalización, y considera que los otros profesionales deben ser sumisos a la práctica del médico [36]. Se percibe, por lo tanto, que muchas prácticas de atención realizadas por profesionales se mueven entre el modelo de atención psicosocial y el modelo biomédico-psiquiátrico, es decir, hay un acogimiento basado en la integralidad de la persona en sufrimiento mental, dirigido a la escucha, el respeto y el diálogo, pero las soluciones raras veces se constru-

yen junto con el usuario, y se piensan considerando la medicalización como el principal instrumento de trabajo.

Sin embargo, Coelho [9] señala que la sistematización del acogimiento puede cambiar el flujo unidireccional de atención, que reenvía el usuario al médico, es decir, todo el equipo se hace responsable de participar en la asistencia directa al usuario. Por lo tanto, la escucha, el diagnóstico, las intervenciones (con medicaciones o no), la atención compartida, son el resultado de la integración de categorías profesionales, que no ocurren a través de operaciones aisladas, sino articuladas [9].

Además, el no reconocimiento de las responsabilidades de la APS en la atención de salud mental, resultante de la perspectiva biomédica-psiquiátrica todavía presente en la formación y la práctica de la atención, lleva a una rutina diaria de prácticas basadas en encamamientos hacia especialistas (psiquiatría), reproduciendo el modelo biomédico-psiquiátrico, limitando la atención a la sintomatología, excluyendo cualquier participación del usuario y la población, y también basadas en la medicalización y hospitalización [10]. Por lo tanto, esta lógica produce la «externalización de la atención», ya que el profesional de la APS no se siente responsable de la continuidad de la atención a la persona después de encaminarla a otros servicios [17].

Por lo tanto, es necesario mirar a la persona, reconociéndola como un ser integral, considerar sus singularidades, su contexto, su territorio/territorio de relaciones, redes vivas y existenciales, es decir, mucho más allá de una simple delimitación geográfica [23]. Desde esta perspectiva de una mirada ampliada a las personas en sufrimiento mental y sus relaciones, sus experiencias/existencia, se abre el camino a la atención en salud mental dirigida a la rehabilitación psicosocial [1, 29]. La rehabilitación psicosocial se basa en la autonomía y la reinserción social con el propósito de una atención singular. Por lo tanto, el acogimiento se utiliza como un diálogo, por lo que la postura se convierte en una consecuencia de esta práctica. Por lo tanto, para promover el acogimiento, a través del diálogo y la postura, no son necesarias tecnologías sofisticadas y grandes transformaciones en el espacio de

trabajo. El enfoque de la atención, que tiene como uno de sus instrumentos el acogimiento, consiste en entender las responsabilidades profesionales en la APS y compartirlas con todo el equipo [17, 30].

Así, se entiende que la formación en servicio proporciona la expansión de la mirada de los profesionales al sujeto y su integralidad, a la atención de la salud mental y al acogimiento de la persona en sufrimiento mental, de una manera adecuada, además de permitir un camino de deconstrucción del pensamiento del modelo biomédico.

Aunque la mayoría de los profesionales entrevistados mencionan la formación como estrategia de aprendizaje, sin embargo, cuando se basan en la realidad del servicio, se entiende que la formación no tiene repercusiones en el cambio [8]. Por lo tanto, es importante que la formación se lleve a cabo en el contexto del servicio, a través de la articulación del aprendizaje a las experiencias diarias del trabajo, basada en los fundamentos de la Política Nacional de Educación Permanente para la Salud (PNEPS), ya que la Educación Permanente en Salud (EPS) fortalece la potencialidad de las reuniones, y el aprendizaje en y a través del trabajo [8].

En este sentido, para construir cambios en las prácticas de acogimiento y, por lo tanto, de gestión y cuidado, es necesario dialogar con las actividades y concepciones actuales, a través de la problemática del/en el entorno laboral en cada servicio, con el fin de acercar el equipo al contexto de reforma del sistema de salud/reforma psiquiátrica y, cada vez más, a los principios del SUS [8].

Así, a través de la formación en servicio, basada en la lógica y los fundamentos de la EPS, es posible generar un movimiento instituyente en la APS, de acuerdo con la realidad del trabajo diario en sí, de manera participativa y colectiva en la construcción del conocimiento, con el fin de producir reflexiones para cambios efectivos en la práctica profesional, que busca modificaciones positivas en el desempeño profesional y produce una atención y un acogimiento de calidad, de manera integral, que responde a las singularidades de las personas en sufrimiento mental [27, 16].

Conclusión

Al analizar el acogimiento realizado por los profesionales de la salud en la APS a personas en sufrimiento mental y sus familias, se identificó que la realización del acogimiento está relacionada con la comprensión de este como un instrumento de trabajo que favorece la atención y el vínculo de la persona en sufrimiento mental. Además, la identificación de factores que obstaculizan la sistematización y la práctica del acogimiento permite a los profesionales procurar colectivamente mejorar la atención de salud/salud mental que se realiza en función de las necesidades de las personas.

Por lo tanto, se evidenciaron las actitudes de acogimiento de los profesionales de la APS a través de la escucha cualificada, involucrando también la red social de la persona, en la que fue posible promover el vínculo con los profesionales de la APS y fortalecer la relación terapéutica.

Se evidenció que las dificultades para acoger a la persona en sufrimiento mental están relacionadas con algunas prácticas todavía basadas en la perspectiva del modelo biomédico-psiquiátrico, que perjudica la visión ampliada del profesional de la salud a las personas en sufrimiento mental y, por lo tanto, impide que el acogimiento satisfaga las necesidades sanitarias reales y singulares, es decir, que esté de acuerdo con el contexto en el que vive el sujeto e implica la red de apoyo de este.

La mayoría de los profesionales busca atención centrada en las demandas y necesidades de los sujetos, sin embargo, el modelo biomédico-psiquiátrico todavía está presente en la formación y la atención, es decir, muchos profesionales se mueven entre una práctica de atención basada en el modelo de atención psicosocial y el modelo biomédico-psiquiátrico, desde el acogimiento, incluso empíricamente, está dirigido a la integralidad y singularidad de la persona en sufrimiento mental, pero bajo la influencia constante de la mirada de la medicalización. Por lo tanto, es necesario formarse en el servicio a partir de las bases de la Educación Permanente en Salud (EPS) y, por consiguiente, llevado a cabo de forma dialogada y contextualizada, en la que los

profesionales son agentes de transformaciones en su lugar de trabajo y la educación se produce en y a través del trabajo.

Agradecimientos

Al Ministerio de la Salud por la promoción de becas otorgadas a los participantes del Programa de Educación para el Trabajo en Salud (*PET Saúde*) Interprofesionalidad y Salud Mental.

A la Universidad Federal de Mato Grosso, Campus Cuiabá, sede del *PET Saúde* Interprofesionalidad. A todos los participantes de *PET Saúde* Interprofesionalidad y Salud Mental, incluyendo estudiantes de graduación, preceptores y tutores. A los profesionales de las Unidades de Salud Familiar que participaron en el *PET Saúde* Interprofesionalidad y en la investigación-intervención.

Referencias

1. Amarante P, Torre EHG. "De volta à cidade, sr. cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Pública* [internet]. 2018;52(6):1090-107. DOI: 10.1590/0034-761220170130.
2. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4ta ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Aosani TR, Nunes KG. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos profissionais de saúde. *Rev Psicol Saúde* [internet]. 2013;5(2):71-80.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
5. Borges LDM, Maniglia FP. Uso da auriculoterapia em um grupo da saúde mental na atenção primária: um relato de experiência. *Psicol Saúde Debate* [internet]. 2019; 5(supl):20-20. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/496>
6. Botega NJ. *Crise Suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
7. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl. 5):2101-08. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0478
8. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):161-68. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100013
9. Coelho VF. *Acolhimento em saúde mental na Unidade Básica: uma revisão teórica* [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
10. Costa-Rosa A. O Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-168.
11. Diário Oficial da União. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil. 22 Set 2017; Seção 1:68.
12. Diário Oficial da União. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil. 30 dez 2011; Seção 1:59.
13. Diário Oficial da União. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil. 28 Mar 2006; Seção 1:71-76.
14. Diário Oficial da União. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Governo Federal do Brasil. Junho 13, 2013.
15. Diário Oficial da União. Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ministério da Saúde, Conselho

- Nacional de Saúde, Governo Federal do Brasil. Maio 24, 2016.
16. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2019;43(120):223-39. DOI: 10.1590/0103-1104201912017
17. Gonçalves JM, Tobias GC, Teixeira CC. Saúde mental na atenção primária à saúde. *Rev. Aten. Saúde*. 2019;17(60): 101- 116.
18. Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(3):249-58. DOI: 10.1007/s00127-017-1341-9 PMID: 28144713
19. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):132-40. DOI: 10.1590/S0104-07072013000100016
20. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*. 2015;39(104):114-23. DOI: 10.1590/0103-110420151040563
21. Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toletto VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2016;15 (2):177-87. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201/html>
22. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(nºspe1):38-51. DOI: 10.1590/0103-11042018s103
23. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate*. 2019;43(nºspe6):70-83. DOI: 10.1590/0103-11042019s606
24. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34th ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
25. Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil. Política Nacional de Humanização – Humanizassus. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília DF: Editora MS; 2008.
26. Ministério da Saúde, Governo Federal do Brasil. Política Nacional de Humanização [Internet]. 2013. [acesso em 2020 dez 8]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
27. Rezio LA, Fortuna CM, Borges FA. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:1-10. DOI: 10.1590/1518-8345.3217.3204
28. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis*. 2018;28(2):1-18. DOI: 10.1590/s0103-73312018280206
29. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2th ed. Belo Horizonte: Te Corá; 2001.
30. Scheneid JL, Amaral LROG, Mucari TB. Acolhimento realizado pelo enfermeiro ao paciente com transtorno mental na estratégia de saúde da família: uma revisão sistemática. *Rev Cereus*. 2019;11(4):154-62. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2909>
31. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Junior HS, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários - guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:1-14. DOI: 10.1590/interface.170627
32. Silva AF, Florencio RMS, Queiroz AM, Santos EM, Carvalho LC, Pereira A, Lima VLA. Acolhimento a pessoa em sofrimento mental na Atenção Básica. *Rev Enfermagem UFPE*. 2018;12(9). DOI: 10.5205/1981-8963-v12i9a234705p2459-2469-2018
33. Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva-Júnior JA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev Cuid*. 2019; 10(1):e617. DOI: 10.15649/cuidarte.v10i1.617
34. Silveira DT, Córdova FP. A pesquisa Científica. In: Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009. p. 31-42.
35. Silveira F, Mishima SM, Matumoto S, Fortuna CM, Bistafa MJ, Bregagnolo JC, et al. *Interação de saberes para articulação de*

- ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(12):4879- 88. DOI: 10.1590/1413-812320141912.20012013
36. Sousa SB, Costa LSP, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2019;43(1):151-64. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3024
 37. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
 38. Thyloth M, Singh H, Subramanian V. Increasing burden of mental illnesses across the globe: Current status. *Indian Journal of Social Psychiatry.* 2016; 32(3): 254-6. DOI: 10.4103/0971-9962.193208
 39. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad Saúde Colet.* 2013;21(2):108-14. DOI: 10.1590/S1414-462X2013000200002
 40. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171-8. PMID: 26851330 DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2