

Cuidado centrado en la persona en la atención psicosocial: ¿qué piensan, sienten y hacen los profesionales?

Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: o que pensam, sentem e fazem os profissionais?

Person-centered care in psychosocial care: What do professionals think, feel, and do?

Johnatan Martins Sousa^I ; Marciana Gonçalves Farinha^{II} ; Roselma Lucchese ^{III} ;
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá^{IV} ; Fernanda Costa Nunes^I ; Ana Lúcia Queiroz Bezerra^I 

^IUniversidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil; ^{II}Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil;

^{III}Universidade Federal de Catalão. Catalão, GO, Brasil; ^{IV}Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

RESUMEN

Objetivo: comprender las percepciones y vivencias de profesionales sobre el cuidado centrado en la persona en la atención psicosocial. **Método:** investigación-intervención cualitativa, guiada por el referencial del Método Clínico Centrado en la Persona, realizada con 30 profesionales de dos Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de la región central de Brasil. Se utilizaron talleres vivenciales, técnicas grupales, notas en diario de campo y cuestionario profesiográfico para la recolección de datos, sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** existe una ambivalencia entre pensar y actuar, con algunos profesionales basando sus pensamientos en la lógica manicomial y otros en el modelo de atención psicosocial. El contraste entre sentimientos positivos (amor, esperanza, fe) y sentimientos negativos (tristeza, miedo, peligro y juicio de los usuarios) interfiere en la práctica profesional. **Consideraciones finales:** acciones como comprender y respetar a las personas atendidas, desarrollar su protagonismo, individualizar el tratamiento, construir el Proyecto Terapéutico Singular, resocializar y ofrecer educación en salud favorecen el cuidado centrado en la persona.

Descriptor: Salud Mental; Grupo de Atención al Paciente; Educación Continua; Práctica Profesional; Atención Dirigida al Paciente.

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções e vivências de profissionais sobre o cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial. **Método:** pesquisa-intervenção qualitativa, norteada pelo referencial do Método Clínico Centrado na Pessoa, realizada com 30 profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial da região central do Brasil. Oficinas vivenciais, técnicas grupais, anotações em diário de campo e questionário profissiográfico foram utilizados para coleta de dados, submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** há uma ambivalência entre pensar e agir, com alguns profissionais com pensamentos baseados na lógica manicomial e outros no modelo de atenção psicossocial. O contraste entre sentimentos positivos, amor, esperança, fé e sentimentos negativos como tristeza, medo, perigo e julgamento dos usuários interferem na prática dos profissionais. **Considerações finais:** ações como compreender e respeitar as pessoas assistidas, desenvolver o protagonismo, individualizar o tratamento, a construção do Projeto Terapéutico Singular, ressocializar e oferecer educação em saúde favorecem o cuidado centrado na pessoa.

Descritores: Saúde Mental; Equipe de Assistência ao Paciente; Educação Continuada; Prática Profissional; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT

Objective: to understand professionals' perceptions and experiences regarding person-centered care in psychosocial care. **Method:** This is a qualitative intervention research study guided by the Person-Centered Clinical Method framework and conducted with 30 professionals from two Psychosocial Care Centers in central Brazil. Experiential workshops, group techniques, field diary notes, and a professional questionnaire were used to collect data, which were then subjected to thematic content analysis. **Results:** there is an ambivalence between thinking and acting, with some professionals' thinking based on asylum logic and others on the psychosocial care model. The contrast between positive feelings (e.g., love, hope, faith) and negative feelings (e.g., sadness, fear, danger, and judgment of patients) influences professionals' practice. **Final considerations:** actions such as understanding and respecting patients, developing protagonism, individualizing treatment, developing the Singular Therapeutic Project, resocializing, and offering health education promote person-centered care.

Descriptors: Mental Health; Patient Care Team; Education, Continuing; Professional Practice; Patient-Centered Care.

INTRODUCCIÓN

Para un cuidado centrado en la persona es fundamental estar atento a las necesidades y preferencias del individuo atendido. Es necesario prestar atención a los cambios que experimenta el usuario durante el proceso de cuidado. El término "persona" se utiliza para resaltar el enfoque holístico del cuidado, considerando al individuo de manera integral, sin limitarse a la enfermedad o a síntomas específicos y contemplando, también, su bienestar, deseos y el contexto sociocultural más amplio¹.

En el escenario brasileño, la evidencia científica en el contexto de la atención psicosocial señala la persistencia de la institucionalización y prácticas basadas en el modelo psiquiátrico clásico, sustentado en un modelo territorial de atención psicosocial. Aunque no existe encierro físico de usuarios en la Red de Atención Psicosocial (RAPS), estos permanecen vinculados a servicios con fuerte énfasis biomédico, centrados en prescripciones farmacológicas².

En esta dirección, investigadores destacan la importancia de romper con los modelos biomédicos y asilares mediante reuniones semanales que fomenten la colaboración interdisciplinaria en servicios comunitarios de salud mental. Esto busca reducir las barreras impuestas por las prácticas manicomiales, enfatizando la importancia del trabajo colaborativo desarrollado por los equipos. Este proceso tiene como objetivo la colaboración colectiva y la discusión amplia sobre los hábitos de salud³.

Estudio transversal, realizado con 220 enfermeros de salud mental de Corea del Sur, que identificó los predictores del cuidado centrado en la persona de estos profesionales, incluida la sensibilidad moral, reveló que los enfermeros necesitan educación permanente para implementar el cuidado centrado en la persona, lo cual requiere apoyo organizativo y político para materializar estas prácticas en el entorno laboral⁴.

Además, un estudio realizado en Países Bajos señaló desafíos para incorporar el cuidado centrado en la persona basado en el diálogo abierto en el contexto de salud mental, como: comprender y transmitir el concepto de cuidado centrado en la persona en entornos prácticos, sabiendo que requiere procesos de gestión del conocimiento; dificultades en procesos interpersonales ya que transformar paradigmas arraigados en prácticas de salud mental puede generar malestar emocional y; necesidad de involucrar a diversos actores vinculados al fenómeno del cuidado centrado en la persona⁵.

En el ámbito de la formación profesional, un estudio cualitativo de análisis documental que examinó programas nacionales suecos de medicina, enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia, indicó que no se encontró contenido relacionado con el cuidado centrado en la persona en los documentos orientadores a nivel nacional. Sin embargo, en programas locales se identificó este contenido con mayor frecuencia en enfermería que en medicina, requiriéndose una estandarización en la oferta curricular en carreras universitarias de salud⁶.

En el contexto de los servicios comunitarios de salud mental en Brasil, investigadores señalan que algunos miembros de los equipos continúan actuando bajo la lógica del modelo biomédico⁷. Aunque parte de los profesionales implementan una asistencia basada en el modelo de atención psicosocial centrado en la persona, esto aún no es suficiente para superar las prácticas hospitalocéntricas y segregadoras⁸, ya que otros miembros preservan el modelo biomédico que dificulta la consolidación de prácticas interdisciplinarias en el escenario de atención psicosocial⁹, evidenciando retrocesos en la Política Nacional de Salud Mental¹⁰.

Frente a estos desafíos, para materializar el cuidado centrado en la persona en salud mental, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró lineamientos sobre servicios comunitarios de salud mental para promover enfoques centrados en la persona y basados en derechos. En la actualidad, las personas con necesidades de cuidado psicosocial aún sufren prejuicios, negligencia y son sometidas a prácticas coercitivas y malos tratos¹¹.

Además, una reflexión teórica que buscó identificar los principios éticos y marcos teóricos de la práctica centrada en la persona reveló que la transformación paradigmática hacia este modelo involucra dominios como: conocimiento filosófico, referentes teóricos para la práctica clínica, enseñanza e investigación, enfoques de implementación y regulación, los cuales deben interconectarse para operativizar sistemáticamente este cuidado centrado en la persona¹².

Una herramienta para sistematizar prácticas centradas en la persona, utilizable por equipos multiprofesionales, es el Método Clínico Centrado en la Persona (MCCP). Este método integra cuatro componentes: 1. explorando la salud, la enfermedad y la experiencia de enfermedad; 2. comprendiendo a la persona integralmente; 3. elaborando un plan conjunto de manejo de problemas y; 4. fortaleciendo la relación entre la persona y el médico/profesional de salud¹³.

Considerando lo anterior, esta investigación constituye un estudio pionero sobre el cuidado centrado en la persona en servicios comunitarios de salud mental en Brasil. Combina procesos de Educación Permanente en Salud (EPS) para cualificar y transformar las prácticas de los profesionales para fortalecer el modelo de atención psicosocial y centrado en la persona. Esto alinea con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud¹¹.

Además, permitirá contestar a vacíos de conocimiento sobre cómo el cuidado centrado en la persona impacta en la satisfacción de usuarios y la calidad de la atención a la salud¹⁴. Por tanto, busca responder: ¿Cuáles son las percepciones y vivencias de profesionales de dos Centros de Atención Psicosocial sobre el cuidado centrado en la persona en su práctica cotidiana? Por lo tanto, el objetivo del estudio fue comprender las percepciones y vivencias de profesionales sobre el cuidado centrado en la persona en la atención psicosocial.

MÉTODO

Se trata de una investigación-intervención de enfoque cualitativo¹⁵, guiada por el marco teórico del Ciclo de Aprendizaje Vivencial (CAV)¹⁶ y del Método Clínico Centrado en la Persona¹³. Este tipo de investigación busca intervenir en la realidad sin enfocarse en cambios inmediatos derivados de la acción implementada, ya que genera una nueva relación entre teoría y práctica, así como entre sujeto y objeto para posibilitar transformaciones institucionales¹⁵. El informe del estudio siguió los criterios de la guía *Consolidated Criteria on Reporting Qualitative Research (COREQ)*¹⁷.

El aprendizaje vivencial se desarrolla mediante un ciclo de cuatro etapas secuenciales: 1. actividad (implementación de vivencias mediante juegos, dramatizaciones u otros recursos); 2. análisis (discusión amplia de lo experimentado en la etapa de la actividad para construir diagnósticos mediante exposición de ideas, percepciones, opiniones, emociones y sentimientos del grupo); 3. conceptualización (sistematización de la experiencia mediante conceptos y fundamentos teóricos para desarrollar "mapas cognitivos" individuales); 4. conexión (vinculación de lo experimentado y reflexionado con la práctica profesional y vida en general)¹⁶.

La intervención consistió en un proceso formativo vivencial sobre el cuidado centrado en la persona, realizado entre octubre y diciembre de 2022. Se realizaron cuatro encuentros grupales quincenales en formato taller, cada uno con duración de tres horas, siguiendo la secuencia CAV: actividad, análisis, conceptualización y conexión¹⁶.

El primer encuentro del proceso formativo tuvo como propósito introducir la temática del cuidado centrado en la persona a los profesionales, para comprender sus percepciones sobre este fenómeno en su cotidianidad laboral. El segundo encuentro buscó estimular reflexiones a los miembros del grupo sobre el primer componente del MCCP: 1. explorando la salud, la enfermedad y la experiencia de enfermedad. El tercer encuentro trabajó el segundo y tercer componentes del MCCP: 2. comprendiendo a la persona integralmente y; 3. elaborando un plan conjunto de manejo de problemas. Finalmente, el cuarto encuentro problematizó con los equipos el cuarto componente del MCCP: 4. Fortaleciendo la relación entre la persona y el profesional de salud¹³.

Participaron 30 profesionales de dos Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de un municipio de la región central de Brasil: un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas tipo III (CAPSad III) y un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSi). Los encuentros se realizaron en el CAPSad III y el equipo del CAPSi se desplazaba para asistir a los encuentros.

De los 30 profesionales, 15 pertenecían al CAPSi y 15 al CAPSad III. Se incluyó a profesionales que brindaban atención directa a usuarios de los servicios y fueron excluidos los miembros con licencias, vacaciones o que solo realizaban actividades administrativas.

Este proceso formativo vivencial se registró como proyecto de extensión titulado "Taller educativo para el cuidado centrado en la persona en atención psicosocial". Todos los encuentros fueron planificados y mediados por dos investigadores especialistas en Dinámica de Grupos, Gestión de Equipos, Consultoría Grupal y Salud Mental.

El primer momento de construcción de datos fue precedido por una merienda para favorecer la interacción entre equipos. Posteriormente, se presentó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Tras su firma, los participantes completaron un cuestionario profesiográfico para caracterización sociodemográfica y de formación profesional. Finalizado este paso, se entregó material de papelería para que cada uno elaborara su gafete poniendo el nombre por el cual le gustaría que lo llamaran.

Los datos de este estudio provienen del primer encuentro del proceso formativo vivencial que estuvo enfocado en comprender las percepciones de profesionales de salud mental sobre el cuidado centrado en la persona. Para ello, en la etapa de actividad del CAV, se empleó la técnica del muñeco vacío¹⁸. Los profesionales se dividieron en tres grupos en orden aleatorio, según el conteo uno, dos y tres. Las personas a las que se les asignaban el mismo número se agruparon para componer el grupo. Cada grupo recibió cartulina y materiales para dibujar un muñeco vacío que debían completar con frases, dibujos, collages u otros recursos según su creatividad.

Cada encuentro grupal tuvo duración de tres horas, contabilizando, en total, 12 horas. Se registraron mediante grabaciones de audio, anotaciones en diario de campo con las percepciones de los facilitadores del proceso grupal lo que contribuyó el proceso de análisis de datos, así como registros fotográficos de las producciones de los profesionales.

Los facilitadores instruyeron a los participantes en el sentido de que cada grupo se hiciera responsable de responder una pregunta relacionada con la temática del cuidado centrado en la persona: Grupo uno - ¿Qué pienso sobre el cuidado centrado en la persona?; Grupo dos - ¿Qué siento en relación con este cuidado?; Grupo tres - ¿Qué hago respecto al cuidado centrado en la persona?

Al finalizar la construcción del muñeco vacío y dando cumplimiento a la segunda etapa del CAV, el análisis, se utilizó el recurso de la rueda de conversación donde cada grupo eligió un representante para ser el portavoz y explicar su producción a los demás, con aportes complementarios de otros integrantes del grupo.

Para la etapa de conceptualización del CAV, se empleó la estrategia de exposición dialogada mediante presentación de diapositivas sobre aspectos introductorios del cuidado centrado en la persona. Finalmente, para evaluar el encuentro se aplicó la técnica "El baúl y la basura". Los facilitadores distribuyeron dos tarjetas a cada miembro del grupo para registrar: en una, lo que guardarían en el baúl y, en la otra, lo que descartarían en la basura.

Los datos se sometieron a análisis de contenido temático siguiendo tres etapas secuenciales: 1. preanálisis; 2. exploración del material y; 3. procesamiento de resultados (inferencia e interpretación)¹⁹. Inicialmente se realizó la selección y lectura flotante de los materiales analizados: los dibujos de los tres subgrupos, las transcripciones de los representantes de cada grupo (P1, P2 y P5) que presentaron las producciones de los profesionales del muñeco vacío y los registros de las tarjetas de la técnica "El baúl y la basura" en el cierre del taller. Posteriormente, se codificaron los datos mediante identificación de unidades de registro y contexto, que se organizaron y agruparon por similitud, lo que permitió construir núcleos de sentido. Finalmente se establecieron las categorías temáticas.

La investigación está vinculada al proyecto ancla aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Todos los participantes firmaron el TCLE según las recomendaciones de la Resolución nº 466/2012, se les codificaron con la letra P, se numeraron del 1 al 30 según su orden de intervención oral en los encuentros grupales.

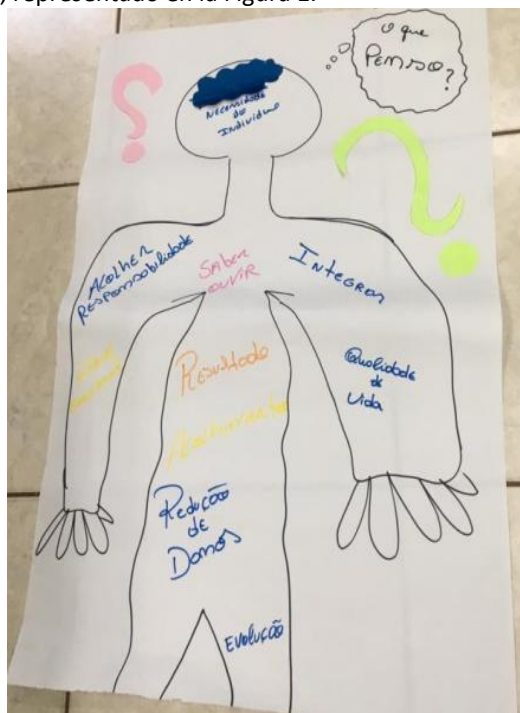
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio involucró a 30 profesionales: 19 pertenecían al grupo etario de 30-49 años y 28 eran del sexo femenino. Respecto a formación, los participantes incluían tres enfermeros, once psicólogos, un asistente social, ocho técnicos de enfermería, dos farmacéuticos, un pedagogo, dos fisioterapeutas, un musicoterapeuta y un educador físico.

El análisis de contenido de la producción de los grupos (dibujos y narrativas) visibilizó las percepciones y vivencias de los profesionales sobre el cuidado centrado en la persona, permitiendo construir la categoría temática: "Cuidado centrado en la persona en atención psicosocial: ¿qué pienso, siento y hago?". Esta integró tres categorías: 1. cuidado centrado en la persona: ¿qué pienso?; 2. Cuidado centrado en la persona: ¿qué siento? Y; 3. Cuidado centrado en la persona: ¿qué hago? Estas categorías ponen en evidencia las percepciones, emociones y vivencias de los profesionales respecto al cuidado centrado en la persona en su práctica cotidiana.

Cuidado centrado en la persona: ¿qué pienso?

Esta categoría explica las percepciones de los profesionales sobre lo que consideran cuidado centrado en la persona en su práctica en los CAPS, representado en la Figura 1.



Notes: "O que penso" = "¿Qué pienso?"; "Necessidade do indivíduo" = "necesidades personales"; "Acolher / responsabilidade" = "Bienvenida / responsabilidad"; "Saber ouvir" = "Saber escuchar"; "Qualidade de vida" = "Calidad de vida"; "Resultado" = "Resultado"; "Redução de danos" = "Reducción de daños"; "Evolução" = "Evolución".

Figura 1: Producto de la técnica del muñeco vacío, representando la pregunta '¿Qué pienso sobre el cuidado centrado en la persona?' Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2022.

En la actividad "¿Qué piensan?", los profesionales reconocieron una falta de alineación entre sus pensamientos y acciones, lo que los lleva a actuar sin reflexionar sobre su práctica. Esto ocurría porque, en su cotidianidad, frecuentemente planeaban realizar algo de cierta manera, pero terminaban ejecutándolo de otra forma. Esta discrepancia entre pensar y actuar también se observó en el dibujo del muñeco vacío, donde los brazos aparecieron representados más grandes y robustos en comparación con la cabeza.

Esta representación visual sugiere que la forma de presentar la prominencia de los brazos sobre la cabeza podría asociarse a una acción más intensa que la preocupación con la reflexión crítica o la fundamentación teórica en la práctica diaria de los profesionales en los CAPS, lo cual, según los relatos de los participantes, corresponde a una actuación instintiva:

"[...] nosotros usamos el término 'qué pienso', pero dentro de un servicio, qué pienso y qué hago, en nuestra experiencia van muy de la mano, porque son dos conceptos donde a veces pensamos una cosa y ya estamos haciendo otra. Puede dar lugar a malentendidos: 'esto no es lo que pienso, es lo que hago', pero es que a veces es algo medio instintivo [...]" (P1)

Existe una complejidad en la praxis sanitaria que trasciende el "reflexionar" para "aplicar". Este hallazgo plantea un llamado contundente a reconsiderar el potencial de los espacios formativos, tomando la práctica cotidiana como objeto de análisis, como en la EPS. Además, el testimonio del participante evidencia el dinamismo de la acción diaria en un CAPS, donde las decisiones se toman *in situ* durante los encuentros.

La desconexión entre pensar y actuar puede comprometer la clínica psicosocial basada en el pensamiento crítico y reflexivo. Una alternativa para revertir este fenómeno consiste en implementar, durante la formación, prácticas docentes que lleven en consideración la realidad de la comunidad para dotar de sentido los contenidos enseñados. Así, los docentes deben ejercer una práctica de forma crítica y reflexiva que desarrolle profesionales mediante una enseñanza basada en situaciones sociales²⁰.

El grupo señaló la consideración de las necesidades del usuario como siendo un aspecto relacionado al cuidado centrado en la persona en atención psicosocial:

"[...] entonces cómo pensamos en el cuidado con el individuo. En especial, creo que pensamos principalmente en sus necesidades, en que él venga a buscar el servicio. Pensamos por qué ese individuo busca el servicio, qué lo trajo hasta aquí [...]" (P1)

En la representación del dibujo se registró el verbo integrar que, según los participantes, significa integrar las necesidades que los usuarios presentan a los equipos de servicios comunitarios de salud mental:

"[...] integrarlo en las necesidades que él está buscando. (P1)"

Algunos participantes asociaron el cuidado centrado en la persona con la atención a las necesidades de los usuarios de los CAPS. Un estudio científico señala que persiste una lógica jerárquica en la atención sanitaria donde el saber técnico, caracterizado por acciones puntuales, lineales y muchas veces descontextualizadas de la realidad del usuario, prevalece sobre la relación profesional-usuario. Esta dinámica refleja un interés por mantener el poder hegemónico de los profesionales más que abrir espacios de discusión y negociación junto a los usuarios sobre sus demandas y necesidades de cuidado para fortalecer su autonomía para el autocuidado²¹.

Con frecuencia, al usuario no se le escucha ni acoge en sus necesidades reales de salud. Además, muchas veces no se le incentiva a desarrollar su propio protagonismo en el autocuidado. Esto sugiere una falta de empoderamiento de los usuarios en el proceso de cuidado de su salud, con pocas oportunidades para que participen activamente en las decisiones relacionadas a su bienestar y para que se les estimule a asumir un papel activo en su tratamiento y mejoría²¹, lo que va en contra del cuidado centrado en la persona que estimula la participación activa de los usuarios en todo el proceso de rehabilitación, incluyendo su involucramiento en su Proyecto Terapéutico Singular (PTS)

Se evidenció que saber escuchar al usuario es esencial para la efectivización del cuidado centrado en la persona, ya que es mediante la escucha que el profesional crea expectativas sobre el tratamiento de los usuarios.

"De cierta forma necesitamos saber, bueno, nosotros pensamos en cómo escuchar, en saber escuchar a ese paciente, y ese saber escuchar ya sería una acción [...]" y entonces como a veces creamos esa expectativa sobre el paciente; pues a veces escuchamos algo de él y ya vamos generando ciertas expectativas buscando resultados, buscando un buen acogimiento [...]" (P1)

La escucha calificada es una estrategia potente para el acogimiento de personas con necesidades de cuidado en salud mental. Es esencial para comprender las demandas asistenciales cuando buscan atención²², lo que favorece la aproximación a la experiencia del usuario en el proceso de rehabilitación psicosocial.

El grupo también señaló que acoger con responsabilidad mediante una escucha apropiada a las demandas que los usuarios presentan, para posteriormente abordarlas integralmente, es un aspecto vinculado al cuidado centrado en la persona:

[...] pienso en tener un acogimiento con responsabilidad, lo que difiere de hacer un acogimiento de un triaje... Porque en un triaje, solo voy a recopilar datos y derivarlos; en el acogimiento no: voy a recopilar esa información y voy a trabajar con ella. Sería la responsabilidad que asumo al hacer una escucha adecuada de ese usuario, para determinar cuál es realmente su demanda y proveer una atención integral [...]" (P1)

Acoger con responsabilidad, diferenciando este procedimiento del triaje, fue destacado como una acción importante para identificar las necesidades de atención de los usuarios, lo que favorece un cuidado centrado en la persona y no únicamente en la psicopatología. Un estudio que evaluó los resultados del acogimiento integral en dos CAPSad tipo III de la región central de São Paulo identificó que esta práctica no cumplió satisfactoriamente con los estándares de calidad para la protección y el respeto de los derechos humanos²³.

Se relató el apoyo emocional para evidenciar las contradicciones de los profesionales entre la razón y la emoción, la cual interfiere en la asistencia ofrecida a los usuarios y sus familiares:

El apoyo emocional también sería una acción, pero el apoyo emocional... somos movidos por emociones, y ahí, dentro de lo que pienso, lo emocional muchas veces va a contradecir lo que pienso, porque estoy viendo una situación, pienso de forma coherente que tengo que hacer algo y lo emocional me impulsa a hacer otra cosa, y son esas contradicciones que encontramos dentro del servicio. (P1)

Este hallazgo revela una dimensión importante de los conflictos en el momento de tomar decisiones sobre cómo actuar; ello va más allá de una dicotomía razón/emoción. Por lo tanto, el dispositivo de supervisión clínico-institucional es esencial para ayudar a los profesionales en los procesos de toma de decisiones, dado que la supervisión clínico-institucional ya ha tenido un historial de garantía a través de convocatorias del Ministerio de Salud.

Según el grupo, el apoyo emocional ofrecido a los usuarios muchas veces se ve influenciado por las propias contradicciones entre el pensar y el sentir de los profesionales, revelando en algunos momentos un cuidado centrado en el profesional. Una investigación cualitativa realizada con 16 usuarios de un CAPS reveló que las relaciones que brindan apoyo emocional fueron asociadas por los participantes con términos como ayuda, apoyo, compromiso, cuidado y disponibilidad. Estas palabras clave atraviesan dichas relaciones y, al buscar atención, las personas recurren a quienes representan estos valores²⁴.

También mencionaron que el pensamiento sobre la Reducción de Daños (RD) representa la asistencia del CAPSad, sin embargo, no todos los miembros del equipo comparten esta visión, como expresan los relatos:

La reducción de daños es lo que pensamos del servicio aquí, específicamente, en lo que se refiere a alcohol y drogas, ¿correcto? La reducción de daños es la propuesta que el servicio plantea, pero ¿realmente es lo que yo pienso? [...] Entonces, es algo para reflexionar: ¿es lo que el usuario nos plantea en el momento del acogimiento? Por eso a veces ese término, 'reducción de daños', se vuelve muy confuso dentro del servicio, porque cuando el usuario llega, no dice que quiere reducir, dice que quiere dejar y, a lo largo del tratamiento, él ve la posibilidad de reducir [...] (P1)

[...] pero ¿qué es lo que realmente pensamos?, ¿queremos que él solo reduzca o queremos que deje por completo?, ¿es algo que pienso para el servicio o que pienso para él? ¿No? Son preguntas que nos llevan verdaderamente a reflexionar sobre la reducción de daños. (P1)

Cuestionamientos en relación con el enfoque de Reducción de Daños (RD) para los usuarios del CAPSad fueron planteados por el representante del grupo, al preguntarse si esa conducta es, de hecho, lo que las personas desean durante el proceso de rehabilitación psicosocial. Este hallazgo llama la atención ya que, en los servicios especializados de atención psicosocial, las prácticas de cuidado basadas únicamente en la abstinencia remiten al modelo biomédico, dado que no todos los usuarios logran interrumpir el uso de sustancias psicoactivas de forma abrupta.

Las estrategias de RD tienen como objetivo atenuar los daños derivados del consumo de alcohol y otras drogas, teniendo en cuenta incluso el deseo de las personas de continuar consumiendo la sustancia, o la imposibilidad de dejarla durante cierto período. Por lo tanto, el principio de la RD no es reforzar el uso, sino brindar una asistencia integral, tanto colectiva como individual, a la persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad²⁵.

Además, a pesar de las potencialidades de las acciones de RD para los usuarios de alcohol y otras drogas, una investigación cualitativa con seis profesionales de salud de un CAPS AD señaló que los participantes presentaban dificultades para actuar de acuerdo con las recomendaciones de la RD²⁶, lo que corrobora los hallazgos de este estudio.

Se planteó pensar en mejorar la calidad de vida de los usuarios como la finalidad del cuidado centrado en la persona:

[...] pienso en el usuario como el foco central y en mejorar su calidad de vida; ese es un pensamiento que todos los que trabajamos en el área de la salud, ya sea en salud mental o en la salud en general, compartimos: pensamos en cómo mejorar su calidad de vida. ¿Y cómo podemos hacerlo? Creo que mejoramos su calidad de vida cuando empezamos a integrar, a poner en práctica todo eso que venimos discutiendo y logramos percibir una mejora en la calidad de vida de ese individuo. (P1)

El grupo señaló la promoción de una mejor calidad de vida a los usuarios y a sus familiares como algo relacionado con el cuidado centrado en la persona en el contexto de la atención psicosocial. Son varios los factores que contribuyen a la calidad de vida de la población, entre ellos, el mantenimiento de áreas verdes urbanas²⁷. Por lo tanto, es importante que los profesionales de los CAPS estimulen la reinserción social de los usuarios a través de prácticas en el territorio que incluyan espacios verdes, para que las personas con demandas de atención en salud mental ocupen los espacios de la comunidad y no permanezcan aisladas dentro de los servicios comunitarios.

Cuidado centrado en la persona: ¿qué siento?

Esta categoría revela los sentimientos y emociones de los participantes que atraviesan la atención en salud mental centrada en la persona, demostrando contrastes entre sentimientos positivos y negativos, como se representa en la Figura 2.



Notes: "Medo" = "Miedo"; "Insegurança" = "inseguridad"; "Felicidade" = "Felicidad"; "Frustração" = "Frustración"; "Gratidão" = "Gratitud"; "Raiva" = "Enojo"; "Empatia" = "Empatía"; "Aversão" = "Aversión"; "Impotência" = "Impotencia".

Figura 2: Producto de la técnica del muñeco vacío, representando la pregunta: '¿Qué siento sobre el cuidado centrado en la persona?'. Aparecida de Goiânia, GO, Goiás, Brasil, 2022.

El sentimiento en relación con el cuidado centrado en la persona también se expresó a partir de la ambivalencia entre la razón y la emoción, lo cual repercute en la práctica profesional:

[...] colocamos varias emociones, es lo que dijo el compañero, porque a veces queremos actuar de una forma, pero... nuestras emociones gritan (P2)

Para no actuar de forma impulsiva, movidos por las emociones, es importante que los profesionales de salud mental desarrollen la inteligencia emocional para gestionar de manera eficaz sus propios sentimientos. La inteligencia emocional puede entenderse como la capacidad de reconocer, comprender y gestionar las emociones propias y ajenas. En el ámbito de la salud, los profesionales se enfrentan frecuentemente a situaciones de gran presión, estrés y

emociones intensas, tanto por parte de los usuarios como de los colegas del equipo. Tener inteligencia emocional puede favorecer mejores resultados en el cuidado de los usuarios, ya que los profesionales estarán más capacitados para manejar las tensiones que se viven en el entorno laboral²⁸. Además, la inteligencia emocional puede contribuir al perfeccionamiento de las competencias en las relaciones interpersonales, ayudando a los profesionales de la salud a comunicarse de forma más eficaz, a colaborar mejor en equipo y a establecer relaciones empáticas y de confianza con los usuarios. Ello, a su vez, puede llevar a una experiencia de cuidado más positiva para todos los involucrados.

Cabe resaltar la potencia de los espacios formativos y de supervisión clínico-institucional para que los equipos puedan lidiar con sus emociones, sentimientos, miedos y dudas en lo que respecta a su actuación. El objetivo no es presentar una “receta lista”, ya que la vida profesional es, de hecho, conflictiva y compleja; la finalidad es ofrecer un soporte a los profesionales para mejorar su práctica cotidiana.

Según el grupo, el amor es un sentimiento presente en el quehacer de los profesionales en los servicios comunitarios de salud durante la atención a los usuarios, especialmente a niños y adolescentes:

[...] allá en nuestro servicio, representamos los corazoncitos en los ojos, porque el primer sentimiento que tenemos al tratar con el usuario es el amor, de verdad, no sé si es por tratarse de niños y adolescentes...(P2)

El sentimiento de amor aplicado a lo que se hace en la práctica profesional fue mencionado por un participante como siendo un elemento importante para el cuidado centrado en la persona. Una investigación que buscó comprender el significado del amor para diferentes actores sociales, en diversos contextos, reveló que las personas lo asocian con un sentimiento positivo, el más importante de la vida. Además, el amor permite la expresión de la subjetividad de cada individuo y desvía el foco de atención del mundo exterior y de los sentimientos negativos, lo cual favorece relaciones interpersonales más productivas²⁹.

En el dibujo del muñeco vacío, los profesionales incluyeron signos de interrogación, que según ellos simbolizan las confusiones frente a determinadas situaciones que enfrentan en el ambiente laboral y en las cuales no saben cuál es la mejor manera de actuar:

Las interrogaciones sobre los sentimientos de confusión, de no saber realmente qué pensar en ese momento...(P2)

Las confusiones frente a determinadas situaciones durante la práctica clínica en la atención psicosocial también aparecieron en el dibujo del muñeco vacío realizado por los profesionales, revelando los desafíos que enfrentan los equipos. Se resalta la necesidad de que los profesionales de la salud se adapten y se reinventen, especialmente cuando se enfrentan a una formación académica que muchas veces no está alineada con los principios fundamentales del Sistema Único de Salud (SUS). Estos profesionales enfrentan el desafío de conformar equipos que promuevan la inclusión del usuario y construyan redes de cuidado intersectoriales, con el objetivo de garantizar la integralidad de la atención.

En esta perspectiva, la Educación Permanente en Salud (EPS) puede ser una estrategia importante para estimular el intercambio de experiencias, el trabajo colaborativo y la integración de diversos actores sociales. Este enfoque contrasta con el modelo tradicional de Educación Continua, la cual se basa principalmente en la transmisión de conocimientos y que, muchas veces, resulta en pocos cambios en las prácticas de los profesionales de salud³⁰.

Por lo tanto, la reinención de los profesionales de la salud incluye la adopción de enfoques más colaborativos e integradores que promuevan la construcción de redes de atención más amplias y la inclusión de los usuarios como protagonistas de su propio cuidado, en consonancia con los principios del SUS³⁰.

También se representaron rayos en el dibujo del muñeco vacío, lo que, según el grupo, ilustran el miedo que los profesionales sienten hacia los usuarios:

[...] los rayos son de miedo, porque nosotros también tenemos miedo al lidiar con ellos [usuarios] [...] (P2)

El sentimiento de miedo hacia los usuarios fue expresado por un participante del estudio, lo que demuestra la presencia de estigmatización hacia las personas con necesidades de cuidado psicosocial, incluso dentro de los servicios especializados. Esto puede dificultar la realización de una atención centrada en la persona y requiere acciones para transformar esta realidad.

Un estudio del tipo relato de experiencia que divulgó una intervención mediante el uso de metodología activa en el campo de práctica de la Red Comunitaria de Salud Mental de la región sudeste de Brasil, perteneciente a una escuela médica privada, señaló que la inserción de los estudiantes en el campo de práctica, especialmente al inicio del curso, para favorecer la convivencia con personas con trastornos mentales, es un factor que contribuye a la disminución de la estigmatización³¹.

El grupo trajo el dibujo de un cierre (cremallera) en la boca del muñeco para expresar el deseo que algunos de ellos de decir algo a las personas atendidas, pero no poder decir lo que realmente piensan:

[...] la boca es un cierre, ¿quién le puso el cierre? (P2)

“Yo, porque a veces uno quiere hablar, pero hay que hablar y uno no puede decir lo que piensa.” (P3)

Surgió en el grupo la cuestión del deseo de decir algo a los usuarios, pero no lo hacen. Es importante problematizar si ese no dicho está cargado de juicios de valor respecto a la vida de las personas atendidas, ya que no solo existe la palabra como forma de comunicación; el lenguaje no verbal, como la postura corporal frente a las personas, también puede expresar juicios. Así, esta conducta va en contra de la comunicación terapéutica y puede inhibir que los usuarios se expresen de forma auténtica y verdadera, ya que la actitud del profesional puede estar cargada de un posible moralismo y autoritarismo, especialmente en el cuidado de personas que abusan o son adictas a las drogas, lo que dificulta la realización exitosa de las prácticas de RD.

La comunicación es esencial en el contexto de la atención en salud. Desempeña un papel crucial en el intercambio de información entre los profesionales de salud y los usuarios, facilitando la comprensión mutua y contribuyendo a una atención integral, calificada y humanizada. Una comunicación eficaz en el entorno sanitario no se limita únicamente a la transmisión de información, sino que también implica la capacidad de escuchar activamente, demostrar empatía, crear vínculos con el usuario y brindar apoyo emocional, aspectos fundamentales para el acogimiento y recuperación de los usuarios. Por otro lado, la falla en la comunicación puede resultar en una serie de efectos negativos, desde errores en la administración de tratamientos, falta de adherencia al plan de cuidados, insatisfacción del usuario con la atención recibida e incluso conflictos dentro del equipo de salud³².

Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud desarrollen y/o mejoren habilidades comunicativas y estén atentos no solo a los aspectos técnicos, sino también a los aspectos relacionales de la interacción con los usuarios en tratamiento. En este sentido, invertir en el perfeccionamiento de la comunicación en el contexto de la atención en salud es esencial para garantizar una atención de calidad y promover mejores resultados tanto para las personas en tratamiento como para todo el equipo.

Surgió en los relatos que las lágrimas presentes en el dibujo hacen alusión al sentimiento de tristeza del equipo multiprofesional al acoger a los usuarios y sus familias, y enfrentarse a la dura realidad de sus vidas:

Las lágrimas son de tristeza, porque realmente, así, voy a hablar particularmente de mí, incluso porque con las chicas no hay un momento en el CAPS en que yo sienta, al acogerlos, alegría o felicidad [...] en todo momento del tratamiento es más un momento de tristeza, ¿sabes?, por el sentimiento, por la situación que ellos viven como familia, en la sociedad [...] (P2)

Un estudio de caso único, con un enfoque mixto, realizado con profesionales de seis CAPS, utilizando la Escala de Evaluación de Daños Relacionados con el Trabajo del Itra, señaló la presencia de daños psicológicos como la tristeza, con una clasificación crítica³³, lo que corrobora los hallazgos de esta investigación y evidencia la importancia de acciones de cuidado dirigidas a los profesionales.

Frente a esta realidad, una estrategia para el cuidado de los profesionales de salud mental son las Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud, que favorecen la integralidad del cuidado y contemplan la subjetividad de cada persona, teniendo en cuenta las voluntades y deseos de quien está siendo cuidado³⁴.

El sentimiento de esperanza destinado a los usuarios en el proceso de rehabilitación psicosocial fue expresado en el dibujo a través de la figura del trébol:

[...] lo que pusimos en el bolsillo fue el trébol, que no significa suerte, sino esperanza, que a veces está guardadito en el bolsillo para entregárselo a ellos [usuarios] [...] (P2)

Según evidencias científicas, la promoción de la esperanza es una estrategia de cuidado esencial que debe ser desarrollada por enfermeros especialistas en salud mental y psiquiátrica, en donde la relación terapéutica asume un papel destacado en este proceso, considerando los sentimientos de las personas atendidas³⁵. Sin embargo, esta competencia debe extenderse a todos los integrantes de los equipos multiprofesionales de los CAPS.

Se expresó el sentimiento de aversión ante cuestiones que los usuarios presentan, lo que desencadena una falta de comprensión de la persona en su subjetividad, a través de juicios previos por parte de los profesionales, lo que remite al moralismo y a los valores de quienes atienden a la persona que busca ayuda en los CAPS, lo cual puede interferir en la atención:

[...] la cuestión de la aversión hacia una situación que él presenta, y nuestro primer sentimiento es no entender lo que él y su familia traen, y eso... también puede producirse como un juicio, el juicio de esa aversión. (P2)

Tal como fue expresado por los participantes, el sentimiento de aversión ante las situaciones que los usuarios presentan es una realidad vivida por ellos, lo que genera juicios y falta de comprensión de la persona de manera integral, revelando un desajuste en relación con lo que propone el modelo de cuidado centrado en la persona. Este hallazgo no es un fenómeno aislado de los servicios investigados. Una investigación cualitativa realizada en un CAPS tipo III señaló que la atención de enfermería a usuarios de alcohol y otras drogas está marcada por desafíos para poner en práctica un cuidado singular, integral y libre de juicios³⁶.

El grupo 2 registró en el dibujo la palabra “fe”, es decir, la fe que depositan en los usuarios en el sentido de que puedan evolucionar durante el proceso de rehabilitación psicosocial:

Y por último pusimos en las piernas la palabra ‘fe’, es lo que tenemos, creer que ellos van a mejorar. (P2)

Los profesionales mencionaron que la fe en el sentido de que los usuarios puedan mejorar contribuye positivamente en la rehabilitación psicosocial. Creer y demostrar esa confianza, especialmente a los usuarios de alcohol y otras sustancias, es de extrema importancia para una mayor efectividad de la atención y la construcción de vínculos con los profesionales para el desarrollo de la autonomía, ya que las evidencias científicas indican que la falta de proyectos de vida influye directamente en recaídas y en la intensificación del consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol³⁷.

Se planteó la cuestión del peligro, especialmente en relación con el comportamiento agresivo de niños autistas y de usuarios que practican la autolesión o intentan la autoeliminación:

Está lo del peligro ahí, el peligro es porque atendemos a niños autistas, y hay algunos que son muy agresivos, entonces muerden, pegan, pellizcan, empujan. (P4)

También el peligro, está el peligro de la autolesión, [...] autoeliminación, lo que realmente tenemos mucho en el CAPS, por eso tenemos que estar muy atentos a ellos. (P2)

El sentimiento de peligro en relación con los niños autistas señalado por el participante deja en evidencia la falta de preparación de los equipos para abordar a este público, siendo necesaria la Educación Permanente en Salud (EPS) para cualificar la práctica de los profesionales que actúan en la atención psicosocial, abarcando temas como la Reducción de Daños (RD), personas dentro del espectro autista, lesiones autoinfligidas, entre otras cuestiones importantes.

Un estudio del tipo revisión integrativa de la literatura sobre la atención de enfermería a niños con trastorno del espectro autista (TEA) evidenció desafíos como el escaso conocimiento de estos profesionales y la falta de momentos de capacitación del equipo de enfermería para el cuidado de este grupo³⁸, lo que debilita la consolidación del modelo de cuidado centrado en la persona.

El peligro también fue asociado a los usuarios que practican autolesiones e intentos de autoeliminación, lo cual exige de los profesionales una ampliación de conocimientos sobre esta temática para actuar de forma asertiva en dichas situaciones, atendiendo a las necesidades de las personas. Una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis que identificó la prevalencia de la autolesión en adolescentes y los factores que la influyen, señaló que los principales factores asociados a esta práctica son: ser adolescente del sexo femenino, mayor edad, condición económica desfavorable, vivencia de conflictos familiares, padres con bajo nivel educativo, sufrir violencia, acoso escolar (bullying) y tener contacto con amigos con comportamientos suicidas³⁹, lo que demuestra la complejidad del fenómeno de la autolesión en la adolescencia.

Por último, la bombilla presente en el dibujo simboliza los conocimientos necesarios para que el equipo pueda viabilizar la atención psicosocial:

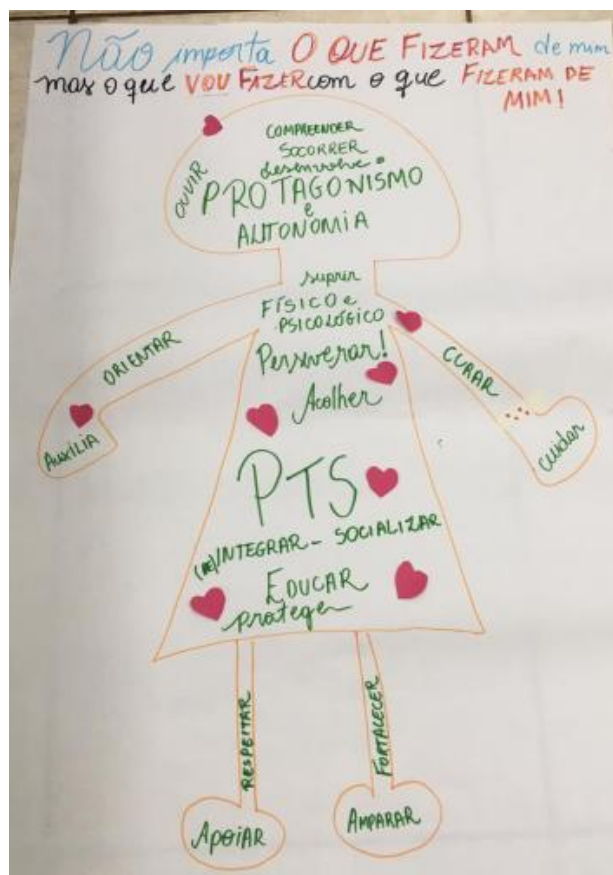
[...] y la bombilla es idea, ideas, conocimientos. (P2)

Los profesionales representaron en el dibujo una bombilla que hace alusión a los conocimientos necesarios para su actuación en el escenario de la atención psicosocial. Por lo tanto, es importante no solo la adquisición de conocimientos, sino también de habilidades y actitudes para el desarrollo de competencias, de modo que la atención en salud mental esté alineada con el modelo de atención psicosocial y centrada en la persona.

En un mercado laboral cada vez más competitivo, independientemente del lugar o área de actuación, el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes (CHA) por parte de los profesionales es esencial para el progreso de las organizaciones y exige de estos trabajadores dinamismo en la construcción del conocimiento, así como en la habilidad para ponerlo en práctica, y requiere voluntad para actuar, ejecutar las tareas e ir más allá de ellas⁴⁰.

Atención centrada en la persona: ¿qué hago?

Esta categoría presenta las acciones de los equipos multiprofesionales en relación con la atención centrada en la persona en su cotidiano en los servicios comunitarios de salud mental, ilustrado en la Figura 3.



Notes: "Compreender" = "Comprender"; "Socorrer" = Ayuda; "Protagonismo e autonomia" = "Protagonismo y autonomía"; "ouvir" = "escuchar"; "Auxilia" = "Asistir"; "Orientar" = "Guía"; "suprir" = "oferta"; "físico e psicológico" = "físico y psicológico"; "perseverar" = "perseverar"; "curar" = "curar"; "cuidar" = "cuidar"; "acolher" = "bienvenido"; "integrar - socializar" = "integrar - socializar"; "educar" = "educar"; "proteger" = "proteger"; "respeitar" = "respeto"; "fortalecer" = "fortalecer"; "apojar" = "apoyar"; "amparar" = "ayudar".

Figura 3: Produto de la técnica del muñeco vacío, representando la pregunta '¿qué hago sobre el cuidado centrado en la persona?' Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2022.

En la presentación del dibujo se explicó que la individualización de la atención para cada persona atendida es una acción asociada al cuidado centrado en la persona:

Como es centrado en la persona, intentamos pensar de forma más individual, cómo podríamos individualizar la atención, para que sea más personal, más relacionada con esa persona. (P5)

En el escenario de la atención psicosocial, una herramienta que posibilita la individualización del cuidado es la construcción del Plan Terapéutico Singular (PTS) junto con los usuarios y sus familiares; sin embargo, existen desafíos que deben superarse, como señala un estudio realizado en un CAPS-ad de la región central de Brasil que reveló contradicciones tanto en la ejecución, como en los presupuestos teóricos que involucran el PTS, evidenciando que el equipo de salud actúa a veces de acuerdo con el modelo manicomial y otras veces con el modelo de atención psicosocial⁴¹, lo que debilita el modelo de cuidado centrado en la persona.

La dualidad entre el modelo biomédico y el modelo de atención psicosocial dentro de los servicios comunitarios de salud mental es un dilema que requiere estrategias de formación para equipos y gestores para deconstruir una atención psicosocial que etiqueta a los usuarios con sus psicopatologías y que valora la terapia medicamentosa por encima de otras estrategias de cuidado no farmacológicas. Por lo tanto, la individualización de un plan terapéutico para cada usuario, como señaló el grupo, es una herramienta que contribuye al cuidado centrado en cada persona.

En la presentación del grupo quedó visible que la acción de comprender está vinculada al cuidado centrado en la persona, ya que esta acción contribuye a la práctica de la escucha de los usuarios y favorece la prestación de ayuda:

Entonces hablamos sobre comprender, sobre socorrer, sobre escuchar [...] (P5)

La acción de comprender a las personas atendidas por el CAPS para auxiliarlas fue mencionada por uno de los participantes como una actitud relacionada al cuidado centrado en la persona. De acuerdo con la literatura rogeriana que trata del Enfoque Centrado en la Persona, la comprensión de las diferencias es uno de los valores que debe ser cultivado por el profesional que desea ofrecer atención centrada en la persona, así como ideas de apertura y consideración, junto con la enseñanza teórica y práctica en el proceso de formación⁴².

Se destacó que las acciones para promover el desarrollo del protagonismo y la autonomía de las personas atendidas por los servicios comunitarios de salud mental son un factor que contempla el cuidado centrado en la persona:

[...] desarrollar un protagonismo y autonomía, -que es lo que intentamos mucho aquí-, estoy seguro de que allá ustedes también intentan desarrollar en las diferentes áreas [...] (P5)

Se mencionó que desarrollar el protagonismo de los usuarios es una acción vinculada al cuidado centrado en la persona. Por lo tanto, es importante que los profesionales de los CAPS utilicen estrategias asistenciales que tengan como objetivo estimular el protagonismo y la autonomía de las personas atendidas. Un estudio cualitativo realizado con usuarios de un CAPS evidenció que un taller de música que utilizaba recursos musicales, artísticos y culturales dejaba a los usuarios como protagonistas en el proceso y facilitaba la construcción de vínculos y la rehabilitación psicosocial⁴³.

En el contexto de la atención psicosocial, el grupo mencionó que acciones como dar una nueva oportunidad a los usuarios, perseverar y continuar creyendo en la recuperación durante el proceso de rehabilitación psicosocial favorecen el cuidado centrado en la persona:

Al usuario hablamos sobre suplir lo físico y lo psicológico, perseverar, al menos aquí es lo que más hacemos: perseverar, continuar creyendo, dar una nueva oportunidad, intentar de nuevo. (P5)

Dar una nueva oportunidad al usuario es un movimiento que contribuye al establecimiento de la relación terapéutica, ya que posibilita que la persona pueda creer en sí misma y en su propio potencial para, junto con el equipo y su familia, transformar su realidad y rescatar sus proyectos de vida, volviéndose más autónoma dentro y fuera del servicio comunitario de salud mental.

Crear en el usuario remite al cuidado capacitante, el cual es un atributo vinculado al cuidado centrado en la persona. Este enfoque valora la individualidad de cada uno, reconociendo que deben considerarse sus necesidades, valores y preferencias en la planificación del cuidado. Los profesionales de salud deben estar abiertos a escuchar y comprender lo que es importante para cada persona en tratamiento, permitiendo que participen activamente en las decisiones sobre su propio cuidado y tratamiento¹.

Desde esta perspectiva, la relación no debe ser jerárquica, en la que se considera al profesional el especialista y al usuario del servicio el receptor de instrucciones. En cambio, debe establecerse una alianza colaborativa en la que ambos trabajen juntos para la mejora del usuario. Esto implica involucrarlos en la discusión de opciones de tratamiento, explicar las posibles consecuencias y alternativas, y respetar sus elecciones y preferencias. Además, es importante ayudarlos a identificar y definir sus propios objetivos de salud, apoyándolos en el proceso para alcanzarlos.

En última instancia, la alianza entre profesionales de salud y usuarios del servicio promueve un cuidado más centrado en la persona, más eficaz y satisfactorio para ambas partes. Este enfoque los capacita para asumir un papel activo en su propio cuidado y fomenta una mayor colaboración y confianza entre profesionales de salud y usuarios. El equipo de salud debe ayudar a las personas a desarrollar capacidades, aptitudes y confianza para participar activa y plenamente en esta alianza¹.

Se manifestó que la construcción del Plan Terapéutico Singular (PTS) es una acción que contribuye a la concreción del cuidado centrado en la persona:

Y hablamos sobre el PTS, que es un modelo más, que entendemos más sobre eso de singularizar la atención, hacer aquello centrado en la persona, vamos a mantener el proyecto terapéutico. (P5)

Según el grupo, la construcción del PTS es una herramienta para concretar el cuidado centrado en la persona, pues particulariza la asistencia para cada usuario. Un estudio del tipo revisión de alcance identificó que, aunque el PTS se utiliza en diversos escenarios y por varias áreas del conocimiento, destaca especialmente en el campo de la salud mental, ya sea con objetivos clínicos, de gestión o de formación de profesionales. Además, señaló que este recurso se practica como una forma de desarrollar el protagonismo del usuario mediante una atención interdisciplinaria⁴⁴.

La resocialización de los usuarios de los servicios también se representó en el dibujo del muñeco vacío como una acción relacionada con el cuidado centrado en la persona en la atención psicosocial, a partir de los verbos integrar y socializar:

[...] aquí hablamos de integrar y socializar, y pusimos un (Re) allí, porque en nuestro caso hacemos mucho la (re)integración y la (re)socialización de personas que enfrentan la adicción [...] (P5)

En el contexto de la atención a la salud mental de usuarios de alcohol y otras drogas, los participantes indicaron que la resocialización de las personas es una acción estrechamente ligada al cuidado centrado en la persona. Un estudio cuantitativo que evaluó la influencia de las asambleas realizadas en el CAPS II de Boa Vista en la humanización en salud mental señaló que dichas asambleas contribuyen al debilitamiento de prácticas hospitalocéntricas y favorecen la resocialización de los usuarios, así como de sus familiares⁴⁵.

Asimismo, el grupo señaló educar tanto a los usuarios, como a sus familiares, sobre cuestiones relacionadas con los trastornos mentales o con el abuso y la dependencia de drogas como siendo una acción asociada al cuidado centrado en la persona:

[...] educar principalmente sobre el trastorno, sobre la adicción, sobre la discapacidad, educar para poder empoderar a esas personas... entonces creo que la información es algo que cualquiera necesita, especialmente en su dificultad, en sus necesidades. (P5)

Educar a los usuarios y a sus familiares sobre el trastorno mental y la dependencia de drogas son acciones que los participantes asociaron al cuidado centrado en la persona. Es importante resaltar que la dimensión de esta práctica pedagógica debe tener en cuenta los valores de las personas atendidas y no debe estar influenciada por estereotipos, prejuicios ni juicios de valor por parte de los profesionales de salud. Solo así, basándose en las vivencias de los usuarios, el aprendizaje será más significativo, ya que para poner en práctica el cuidado centrado en la persona, el profesional necesita socializar sus conocimientos, presentando los riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas y explorar las creencias y valores de los usuarios¹.

En el contexto de la atención psicosocial, la práctica de procesos de educación en salud ha sido señalada como una estrategia de cuidado importante, como lo demuestra una investigación realizada en un CAPS de la región noreste de Brasil que utilizó recursos de la música en un grupo, con la finalidad de educación en salud. Esta intervención demostró ser capaz de generar una mayor adhesión de los usuarios a las actividades grupales, mejorar la autoestima, la comunicación, las relaciones interpersonales y el compromiso de los miembros del grupo en la búsqueda de información relacionada con el cuidado⁴⁶.

Para viabilizar una asistencia psicosocial integral y singular a los usuarios y sus familiares, se informó que respetar a las personas atendidas es fundamental:

Proteger, respetar, fortalecer, -lo que también mencionamos-, es lo que nos proponemos hacer: el cuidado integral y singular, lo que necesitamos hacer: ofrecer apoyo y amparo, auxiliar [...] (P5)

En el cuidado centrado en la persona, es primordial garantizar que se trate a las personas en todo momento con dignidad, compasión y respeto¹. Por lo tanto, el respeto a la subjetividad de cada persona es esencial para la construcción del vínculo con el terapeuta de referencia y con el servicio comunitario de salud mental, y propicia una relación de confianza que favorece la expresión, por parte del usuario, de sus necesidades asistenciales, promoviendo así un cuidado psicosocial y centrado en la persona.

Surgió en el testimonio de la profesional que la acción de curar, tanto en el ámbito físico como emocional, es una acción conectada al cuidado centrado en la persona en la atención psicosocial:

[...] cuidar y curar sería de la forma más manual, física, como también de lo emocional. (P5)

Enfocarse en el momento presente y la búsqueda por fortalecer al usuario, sin importarle qué sucedió en el pasado, también fueron acciones asociadas al cuidado centrado en la persona:

Entonces, para finalizar, pusimos una frase, que olvidé, perdóneme, fue de Sartre... Que dice que no importa lo que hicieron de mí, sino lo que yo voy a hacer con lo que hicieron de mí [...] Principalmente aquí en el CAPS, intentamos reforzar que no importa el pasado, no importa lo que hicieron en su historia o el estigma que se le impone a esa persona, lo que importa es el presente, lo que se va a hacer, y para eso, realmente, tenemos que considerar la parte más individual de cada persona. (P5)

La acción de curar física y emocionalmente fue un deseo verbalizado por uno de los profesionales y está relacionada con el cuidado centrado en la persona. A pesar de que la curación de los signos y síntomas de las patologías es importante, cuando se trata de cuestiones relacionadas con la salud mental, muchos casos son crónicos, y el objetivo debería ser el rescate de la autonomía para proporcionar una mejor calidad de vida a los usuarios. Una investigación que averiguó cómo se da la atención psicológica en el ámbito de la salud complementaria evidenció que la asistencia prestada por los profesionales de la psicología se basa en la atención clínica individual y curativa, con foco en la remisión de los síntomas, y no queda claro si consideran otras esferas y contextos de la vida de las personas, como los aspectos sociales, económicos y políticos, reforzando la concepción de que la salud es la ausencia de enfermedades⁴⁷, lo que va en contramano del cuidado centrado en la persona.

Al final del encuentro, como forma de evaluación, se utilizó la técnica “el baúl y la basura”, que permitió visualizar que la intervención realizada proporcionó a los profesionales momentos de construcción del conocimiento de forma colectiva e interactiva, favoreciendo intercambios, reflexiones, motivación, acogimiento y una nueva mirada sobre su práctica.

Además, hizo que los participantes percibieran lo que no estaba siendo tan exitoso en relación con su actuación, dejando de lado prejuicios, estigmas, miedo, el actuar sin pensar, inseguridad, frialdad, conformismo, entre otros, como se ilustra en la Figura 4.

Qué llevo en el baúl	Qué dejo en la basura
<i>Me llevo el conocimiento sobre el cuidado centrado en la persona”; “Reflexión”; “Intercambio”; “Esperanza y motivación”; “Me llevo la confirmación de que mis inversiones profesionales me permiten ampliar la mirada más acogedora y respetuosa ante el dolor del otro ser humano que viene a mí solicitando ayuda”; “Adquirir nuevos conocimientos, se abrió una nueva visión sobre el verdadero significado de la salud mental”; “Me llevo más conocimiento”; “Me llevo que somos facilitadores y que debemos ponernos en el mismo nivel de la otra persona”; “Me llevo acogimiento”; “Conocimiento”; “Sabiduría y experiencia”; “Me llevo aprendizajes y reflexiones sobre mi rol en el cuidado centrado en la persona”; “Me llevo aprendizaje y conocimiento”; “Llevándome aprendizajes sobre el cuidado al usuario”; “Me llevo una nueva mirada y confianza”; “Cuidado”; “Me llevo aprendizaje y conocimiento”; “Me llevo la decisión de buscar más conocimientos en el área en la que actualmente actúo”; “Me llevo aprendizaje, entusiasmo, actualización de los procesos de trabajo en la red de salud mental, involucramiento con el equipo”; “Aprendizaje”; “Me llevo una reflexión sobre mi actuación: acogimiento, conducta en los grupos e individuales”; “Me llevo conocimiento”; “Me llevo más conocimiento sobre el cuidado centrado en la persona, confirmando que estoy en el camino correcto”; “Dejo mis palabras como una reivindicación”; “Dejo aportes e información”; “Dejo mi participación”; “Equidad”; “Posibilidades”; “Dejo sugerencias para la capacitación del equipo (educación permanente), dudas que fueron respondidas por los facilitadores”.</i>	<i>“Dejo la visión de que las cosas no funcionan”; “Conceptos y comportamiento”; “Dejo de hacer sin pensar. La prisa perjudica el buen trabajo”; “El prejuicio”; “Dejo de actuar por impulsos y negatividad”; “Dejo mis dudas y mis percepciones sobre el cuidado integral, y mi desmitificación sobre las atenciones integrales”; “Estoy dejando estigmas, prejuicios, miedo”; “Miedo al CAPS AD III y prejuicio”; “Inquietud”; “Dejo la inseguridad”; “Dejo la antipatía y la frialdad”; “Inseguridad y una nueva mirada”; “Desconocimiento”; “Reflexión y gratitud”; “Que cuando buscamos el resultado de ‘mejoría’ del usuario, estamos considerando nuestro propio resultado. Y en realidad, debemos enfocarnos en el usuario y no en nosotros mismos”; “Dejo la comodidad y la impotencia”.</i>

Figura 4: Producto de la técnica ‘el baúl y la basura’ registrado en las tarjetas. Aparecida de Goiânia, GO, Brasil, 2022.

Mediante la técnica ‘El baúl y la basura’ se evidenció que la acción formativa de EPS en formato de taller vivencial logró sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de transformar sus prácticas hacia un cuidado más humanizado y centrado en la persona. Además, la técnica reveló que muchos participantes aún mantenían prejuicios, estereotipos, desconfianza sobre el modo de funcionamiento de los CAPS, inseguridades, comodidad profesional, y otras barreras que obstaculizan la resolutiveidad asistencial en salud mental.

La formación de los profesionales de salud frecuentemente se guía por un enfoque tradicional centrado en la enfermedad, siendo fragmentada, sustentada en el paradigma biomédico, y que no favorece el desarrollo de la integralidad del cuidado ni la participación comunitaria en los procesos de salud⁴⁸.

En este contexto, las acciones de EPS se vuelven fundamentales. Deben enfocarse en lo colectivo y el escenario del proceso de trabajo, promoviendo prácticas reflexivas, éticas, críticas y humanistas. La EPS busca, además de cualificar los servicios, contribuir a la transformación de las prácticas sanitarias alineándolas con necesidades sociales y promoviendo una visión más amplia e integrada del cuidado⁴⁹.

La Educación Permanente en Salud favorece la capacitación continua de los profesionales de salud, brindándoles más recursos para abordar la complejidad y diversidad de las demandas sanitarias, además de incrementar la seguridad en sus prácticas. Esto contribuye a una actuación más humanizada y eficaz, en consonancia con los principios del Sistema Único de Salud (SUS): integralidad, participación social y salud como derecho universal⁴⁹.

Limitaciones del estudio

La realización de la investigación en una realidad particular, circunscrita a una ciudad del Centro-Oeste brasileño, puede considerarse una limitación del estudio. Por lo tanto, es posible afirmar que únicamente en esa realidad la práctica del cuidado centrado en la persona no está consolidada en los servicios comunitarios investigados, lo que requiere futuras investigaciones en otros escenarios de la RAPS, tanto con los equipos multiprofesionales como con los gestores y usuarios de los servicios.

CONSIDERACIONES FINALES

El proceso formativo vivencial realizado brindó a los equipos momentos de reflexión sobre su práctica profesional, siendo el primer paso para desmitificar prejuicios, estereotipos y prácticas manicomiales, con el fin de implementar el cuidado centrado en la persona en el contexto de la atención psicosocial. Sin embargo, permitió evidenciar que el cuidado centrado en la persona en los equipos investigados aún no es una práctica consolidada ni estandarizada, revelando que pensamientos, sentimientos y acciones individuales interfieren en la práctica del cuidado centrado en la persona. Entonces, los participantes evidenciaron, a través de sus dibujos y relatos, que muchas veces actúan de forma automática, sin reflexionar sobre su práctica, y que la manifestación de sentimientos como miedo, peligro y juicio por parte del equipo hacia los usuarios son fenómenos que interfieren en la forma de actuar de los profesionales durante su ejercicio profesional.

En los equipos investigados existe una ambivalencia entre pensar y actuar, donde muchas veces los profesionales actúan sin pensar, lo que puede generar prácticas carentes de pensamiento crítico y reflexivo y una actuación automatizada. En cuanto a los sentimientos, se observa un contraste entre sentimientos y emociones positivas y negativas que, en ciertos momentos, refuerzan la marginación de los usuarios dentro del servicio comunitario de salud mental. A pesar de estas cuestiones, en lo que respecta a las acciones, los profesionales se esfuerzan por brindar una atención resolutive y humanizada. Así, acciones como comprender y respetar a las personas atendidas, fomentar el protagonismo, individualizar el tratamiento, construir el Proyecto Terapéutico Singular, promover la resocialización y ofrecer educación en salud favorecen el cuidado centrado en la persona.

El estudio aporta contribuciones al campo asistencial en salud mental, ya que demuestra que los procesos formativos que utilizan metodologías vivenciales, alineando la intersección entre el conocimiento teórico, trabajando con emociones y sentimientos, así como las acciones de los integrantes del grupo, contribuyen al desarrollo de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) y hacen que el aprendizaje sea más significativo, ya que parte de situaciones reales vividas por los equipos de salud mental, fortaleciendo así las prácticas laborales basadas en el modelo de atención psicosocial.

REFERENCIAS

1. Proqualis. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. Fiocruz. Simplificando o cuidado centrado na pessoa. Brasília (DF): Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>.
2. Feitosa JBA, Lima ICS, Galiza DDF, Santos SD, Sampaio JJC. Modelos e paradigmas orientadores do trabalho multiprofissional em Centros de Atenção Psicossocial em um município brasileiro. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 28:1-19. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.343>.
3. Bessa SSO, Melo LG, Peixoto MT, Souza SL, Carvalho RC. User embracement in a psychosocial care center (caps): experience report of a doctor in training. Rev. bras. educ. med. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 46(3):e122. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210402>.
4. Jang SJ, Kim EH, Lee H. Moral sensitivity and person-centred care among mental health nurses in South Korea: a cross-sectional study. J Nurs Manag. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 30(7):2227-35. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13554>.
5. Lorenz-Artz, K.; Bierbooms J, Bongers I. Unraveling complexity in changing mental health care towards person-centered care. Front Psychiatry. 2023 [cited 2024 Sep 18]; 14:1250856. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1250856>.
6. Wallengren C, Billig H, Björkman I, Ekman I, Feldthusen C, Kjellberg IL, et al. Person-centered care content in medicine, occupational therapy, nursing, and physiotherapy education programs. BMC Med Educ. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 22(1):492. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03502-8>.
7. Rissato D, Monteiro AD, Campos MC, Arcoverde MAM. Atenção integral à saúde mental dos adolescentes em conflito com a lei em privação de liberdade: uma avaliação sob a perspectiva dos profissionais do centro de atenção psicossocial infantojuvenil de Foz do Iguaçu. Rev. Pesq. Qual. 2024 [cited 2024 Sep 18]; 12(29):19-44. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2024.v.12.n.29.639>.
8. Sousa JM, Farinha MG, Landim JSS, Lucchese R, Paranaguá TTB, Nunes FC, et al. Welcoming practice in psychosocial care for the person-centered care. Cogitare Enferm. 2023 [cited 2024 Sep 18]; 28:e92034. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92034>.
9. Alves CSB, Santo TBE, Casanova EG. Conceptions of interdisciplinarity in Psychosocial Care Centers among nurses who completed residency. Rev. enferm. UERJ. 2021 [cited 2024 Sep 18]; 29:e55570. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.55570>.
10. Passarinho JGN. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. Revista Em Pauta. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 20(49):65-80. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63451>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. Brasília (df): OPAS, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275726440>.
12. Ventura F, Moreira IMPB, Raposo V, Queirós PJP, Mendes A. Person-centered practice: from idiosyncrasy of care to health innovation. Cad. Saúde Pública. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 38(10):e0027812. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT278121>.
13. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
14. Mendonza DS, Delgado LR. La implementación de prácticas de cuidado centrado en el paciente y su impacto en la satisfacción del paciente y la calidad de atención. Vitalia. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 3(2):96-110. DOI: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v3i2.38>.

15. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicol. cienc. prof.* 2003 [cited 2024 Sep 18]; 23(4):64-73. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.
16. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 17 ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2008.
17. Souza VR, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021 [cited 2024 Sep 18]; 34: eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>.
18. Moraes DX, Moreira ES, Sousa JM, Vale RRM, Pinho ES, Dias PCS, et al. "The pen is the blade, my skin the paper": risk factors for self-injury in adolescents. *Rev. Bras. Enferm.* 2020 [cited 2024 Sep 18]; 73(Suppl 1):e20200578. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0578>.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2018.
20. Andrade MAS, Conrado DM, Almeida RO. Desenvolvimento do pensamento crítico de licenciandos em Pedagogia a partir de uma questão sociocientífica sobre proliferação de escorpiões em Amargosa, Bahia. *ID.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 15(1):59-71. DOI: <https://doi.org/10.34624/id.v15i1.32120>
21. Backes DS, Zinhani MC, Erdmann AL, Backes MTS, Büscher A, Marchiori MRT. Nursing care as a systemic and entrepreneurial phenomenon. *Rev. esc. enferm. USP.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 56:e20220249. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0249pt>.
22. Kuse EA, Taschetto L, Cembranel P. O cuidado na saúde mental: importância do acolhimento na Unidade de Saúde. *Espac. Saúde.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 23:e874. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e874>.
23. Boska GA, Oliveira MAF, Seabra PRC. Integrated embracement in psychosocial care centers for alcohol and drugs in the perspective of the protection of human rights. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 27(6):2417-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>.
24. Amadei GN, Barbosa GC, Pinho PH. Structural and functional analysis of the social network of users of the Psychosocial Care Center: the pathways of Psychosocial Care. *Interface.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 27:e220163. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.220163>.
25. Borges VLG, Cardoso ARR, Silva MRF, Cabral LMS. Damage decrease in tobacco consumption. *Physis.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 32(4):e320401. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320401>.
26. Oliveira JC, Bertoni LM. Usos de Drogas: Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental de um CAPS AD do Nordeste do Brasil. *PSSA.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 14(2):175-190. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1181>.
27. Londe PR, Mendes PC. A influência das áreas verdes na qualidade de vida urbana. *Hygeia.* 2014 [cited 2024 Sep 18]; 10(18):264-72. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1026487>.
28. Nunes-Valente M, Monteiro AP. Inteligência emocional em contexto escolar. *Revista Eletrônica de Educação e Psicologia.* 2016 [cited 2024 Sep 18]; 7: 01-11. Available from: https://www.researchgate.net/publication/315037489_Inteligencia_Emocional_em_Contexto_Escolar
29. Andrade MA, Andrade LF, Sampaio PYS, Melo MSS, Hernandez RS. Amor: múltiplos significados por diferentes atores sociais. *Res. Soc. Dev.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 11(2):01-18. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25927>.
30. Iglesias A, Garcia DC, Pralon JA, Badaró-Moreira MI. Educação Permanente no Sistema Único de Saúde: Concepções de Profissionais da Gestão e dos Serviços. *Psicol. cienc. prof.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 43:e255126. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>.
31. Pereira AA, Silva ER, Gilberd L, Costa AN. Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para a formação médica do século XXI. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 25(2):383-406. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7>.
32. Silva DL, Valladares-Torres ACA. A comunicação terapêutica em enfermagem - revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 2(3):01-16. DOI: <https://doi.org/10.56166/remici.2023.5.v2n3.1.15>.
33. Lima ICS, Sampaio JJC, Ferreira Júnior AR. Work and illness risks in Territorial Psychosocial Care: implications for mental health care management. *Saúde debate.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 47(139):878-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313911>.
34. Muricy AL, Cortes HM, Pinho PH. Experiência das práticas integrativas e complementares no cuidado em saúde mental em terras baianas. *Hygeia.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 19:e1925. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia1967244>.
35. Mendes L, Ramos L, Nicolau C, José S. Intervenções de enfermagem promotoras de esperança na reabilitação psicossocial orientada para o recovery - revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 28:1-19. DOI: <https://doi.org/10.19131/rpesm.357>.
36. Metello IG, Santos TM, Silva TCS, Ferreira RGS, Queirós PJP, Peres MAA. Atuação da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 18(2):79-87. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.181264>.
37. Pereira CAA, Risso ET, Pucci SHM. Contribuições da psicologia na elaboração do Projeto de Vida com usuários de álcool. *REASE.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 9(10):2321-2334. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i10.11792>.
38. Nascimento AS, Gomes AM, Santos BCC, Neves WC, Barbosa JSP. Atuação do Enfermeiro na assistência à criança com Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão integrativa. *REAenf.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 19:e10523. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e10523.2022>.
39. Bezerra KA, Nascimento FP, Nóbrega IS, Araújo-Monteiro GKN, Santos-Rodrigues RC, Marcolino EC. Self-mutilation among adolescents: a systematic review with meta-analysis. *Texto contexto - enferm.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 32:e20220219. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0219pt>.

40. Martins LSS, Nascimento GM, Tavares MPA, Barbosa AS, Santos ISS, Souza JNS, et al. CHA recomendado por profissionais de marketing: uma análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes de interessados pela área. *Rev. Foco*. 2023 [cited 2024 Sep 18]; 16(1):e841. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n1-113>.
41. Costa CN. Práticas de cuidado em saúde mental a partir do Projeto Terapêutico Singular. *SANARE*. 2023 [cited 2024 Sep 18]; 22(1):41-49. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v22i1.1682>.
42. Abreu ACV, Vieira EM, Castelo-Branco PC. Formação do psicoterapeuta centrado na pessoa: ética e figuras de alteridade. *Rev. Subj.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 22(2):e10260. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e10260>.
43. Magalhães JLB, Braga FW. Música, cultura e arte: percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre uma oficina terapêutica. *REAS*. 2023 [cited 2024 Sep 18]; 23(4):e11974. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e11974.2023>.
44. Depole BF, Marcolino TQ, Oliveira GN, Cunha GT, Ferigato SH. Projeto Terapêutico Singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cad. Bras. Saúde Ment.* 2022 [cited 2024 Sep 18]; 14(38):1-25. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/73119>.
45. Formiga WDD, Zanin L, Flório FM, Oliveira AMG. O impacto das assembleias na humanização em saúde em um centro de atenção psicossocial. *Cad. saúde colet.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 31(1):e3101021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331010210>.
46. Machado DG, Guimarães JMX, Moraes APP, Mendes LCB, Sampaio JJC. “MusiCAPS”: a música como estratégia de educação em saúde no Centro de Atenção Psicossocial. *Dialog Interdis Psiq S Ment.* 2023 [cited 2024 Sep 18]; 2(1):45-51. DOI: <https://doi.org/10.59487/2965-1956-2-8163>.
47. Nagel DGF, Lasta LL, Areosa SVC. SUS e saúde complementar: a experiência da saúde mental em Venâncio Aires/RS. *Revista de Psicologia*. 2022 [cited 2024 Sep 18]; 13(2):198-212. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=702173204017>.
48. Lima JVC, Turini B, Carvalho BG, Nunes EFPA, Lepre RL, Mainardes P, et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. *Trab. educ. saúde*. 2010 [cited 2024 Sep 18]; 8(2):207-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000200003>.
49. Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2014 [cited 2024 Sep 18]; 16(3):604-11. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>.

Contribuciones de los autores

Concepción, J.M.S., F.C.N. y A.L.Q.B.; metodología, J.M.S., F.C.N. y A.L.Q.B.; validación, J.M.S., M.G.F., R.L., T.T.B.P., F.C.N. y A.L.Q.B.; análisis formal, J.M.S. y F.C.N.; investigación, J.M.S. y F.C.N.; curadoria de datos, J.M.S. y F.C.N.; redacción, J.M.S., M.G.F. y F.C.N.; revisión y edición, J.M.S., M.G.F., R.L., T.T.B.P., F.C.N. y A.L.Q.B.; visualización, J.M.S., M.G.F., R.L., T.T.B.P., F.C.N. y A.L.Q.B.; supervisión, J.M.S., F.C.N. y A.L.Q.B.; administración del proyecto, J.M.S., F.C.N. y A.L.Q.B. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se han utilizado herramientas de inteligencia artificial en la elaboración del manuscrito “*Cuidado centrado en la persona en la atención psicossocial: ¿qué piensan, sienten y hacen los profesionales?*”