



## Acolhimento com classificação de riscos em um Centro de Atenção Psicossocial

*Patrícia Bitencourt Toscani Greco<sup>1</sup> Aline Soares da Silva<sup>2</sup> Bibiana Kozorosky Palmeiro<sup>3</sup>  
Camila Milene Soares Bernardi<sup>4</sup> Sandra Ost Rodrigues<sup>5</sup> Fernanda Belle Barichello<sup>6</sup>*

**Resumo:** O objetivo geral foi implantar o Acolhimento com Classificação de Riscos em um Centro de Atenção Psicossocial, a fim de ampliar a resolutividade do serviço. Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação de um instrumento para a realização do Acolhimento e Classificação de Risco em um Centro de Atenção Psicossocial. Ocorreu na região centro oeste do Rio Grande do Sul, no período de agosto à novembro de 2017. Primeiramente, elaborou-se de forma coletiva um instrumento para o Acolhimento e Classificação de Risco e posteriormente aconteceu a implementação da prática, o que viabilizou acolhimento com agenda aberta, bem como, auxiliou na reorganização do fluxo de atendimento do serviço. Possibilitou melhorar o fluxo dos atendimentos aos usuários, e, refletir sobre gestão compartilhada dos cuidados a saúde e sugerir o apoio matricial como estratégia para implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.

**Descritores:** Acolhimento. Classificação. Enfermagem. Saúde Mental.

## Reception with risk classification in a Psychosocial Care Center

**Abstract:** The general objective was to implement the Risk Classified Reception in a Psychosocial Care Center, in order to increase the resolution of the service. It is an experience report about the implantation of an instrument for the accomplishment of the Reception and Risk Classification in a Psychosocial Care Center. It took place in the central west region of Rio Grande do Sul, from August to November 2017. Firstly, a tool was developed for the Reception and Classification of Risk and later the implementation of the practice, which made it possible to be welcomed. open agenda, as well as assisted in the reorganization of the service's service flow. It made it possible to improve the flow of care to users, and to reflect on shared management of health care and to suggest matrix support as a strategy for implementation of Reception with Risk Classification in mental health in Primary Health Care.

**Keywords:** Reception. Classification. Nursing. Mental health.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Santiago (RS) – Brasil. E-mail: pbtoscani@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente na Escola Técnica José Gomes – SEG- São Luiz Gonzaga, (RS), Brasil.

<sup>3</sup> Psicóloga. Mestre pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC - Santa Cruz do Sul (RS) - Brasil. E-mail: bpalmeiro@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Santiago (RS) – Brasil. E-mail: camilabernardi96@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI)- Campus Santiago. Santiago (RS), Brasil. E-mail: sandrinhaost@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Psicóloga. Mestre em Psicologia. Docente Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI)- Campus Santiago. Santiago (RS), Brasil. E-mail: nandabarichello@gmail.com

## Introdução

Com a Reforma Psiquiátrica, próximo a década de 1980, a forma de tratamento e o modelo de atenção à saúde mental tiveram novas experiências, o que refletiu nas abordagens terapêuticas da assistência psiquiátrica (FILHO ALMEIDA et al., 2015). A busca pela superação do modelo manicomial, advinda pela Reforma Psiquiátrica, impactou nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em uma mudança na assistência às pessoas em situação de sofrimento psíquico (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Isso, repercutiu nos serviços de forma que estes necessitaram adapta-se no que se refere aos planos assistenciais, novos modelos de cuidados e de intervenções com os usuários.

Diante a essa nova concepção de saúde mental, a prioridade passa a ser o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, ou seja, pautado na Atenção Psicossocial (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Nesse modelo, compreende-se o cuidado pelo modelo de RAPS, entende-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são como articuladores das necessidades e demandas dos usuários, as quais são norteadoras para as ações desenvolvidas no território, buscando a efetivação de um plano integrado de cuidados em saúde. Assim, a produção do cuidado em saúde mental se dá com trabalho em rede e tem como objetivo potencializar a atuação das equipes de saúde, e favorecer trocas de saberes entre os trabalhadores, e maior articulação da rede de serviços, vislumbrando um cuidado integral e que contemple as demandas dos usuários (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Neste sentido, os CAPS surgem com o intuito de serem um serviço de referência, de caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares. Estes serviços, realizam atendimento aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, ou com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral, sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas. Assim, atentam para situações clínicas que podem impossibilitar os sujeitos de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2015a).

No sentido de fortalecer e efetivar os serviços de saúde mental, o acolhimento surge como uma estratégia que favorece o acesso e o fluxo da rede. Dessa forma o acolhimento deve ter tanto uma capacidade ampliada de escuta quanto uma oferta ampliada de conhecimento para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (OLIVEIRA et al., 2019).

Conforme o Ministério da Saúde (MS), o termo Acolhimento, trata-se de uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual refere que não têm local, nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, e que é inerente aos serviços de saúde. O acolhimento, necessita de uma postura ética, que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo, no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, ainda se necessário a ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher, é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Compreende-se ainda, que o acolhimento é disponibilizar-se a ouvir o outro, e valorizar o usuário como ele se apresenta, estar de portas abertas para receber esse usuário, com capacidade de escuta, entendimento e reconhecimento do outro, quanto suas vivências e seu sofrimento. Destaca-se que, é importante entender que acolher não é apenas uma etapa do serviço ou um procedimento da triagem, portanto, não deve ser agendado (PEGORARO; BASTOS, 2017).

Assim, para agilizar o acesso ao atendimento diante de várias demandas do serviço e dos usuários, a PNH apresenta uma estratégia de avaliação, por meio da Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, o que propicia atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Dessa maneira, são exercidas uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a Classificação de Risco trata-se de uma organização correta de uma “fila de espera”, na qual qualquer profissional que se sentir à vontade para executá-la, pode se responsabilizar pelo acolhimento dos usuários, bem como, organizar e encaminhar adequadamente o usuário. Ressalta que, todos os usuários que procurarem os serviços serão atendidos, porém, uns com urgência, outros não urgentes (SACOMAN et al., 2019). Esta classificação, auxilia para melhorar o acesso e a qualidade da atenção em saúde mental, o que sem dúvida é um dos maiores desafios ainda encontrados no sistema de saúde, com o intuito de cumprir sua real finalidade, que é a de garantir serviços de saúde com qualidade e um atendimento integral inclusivo a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2015b).

Destaca-se que, este processo de acolhimento e classificação de risco, também deveria ser realizado na Atenção Básica, uma vez que muitas experiências exitosas indicam que a

melhor forma de estruturar o sistema é por meio da Atenção Primária à Saúde. Mas para garantir a resolutividade, a organização dos processos de trabalho das equipes, torna-se fundamental o conhecimento do território, a garantia do acesso para atender demandas espontâneas e programadas, assim, o acolhimento com classificação de risco, propiciaria a garantia do acesso e reduziria a sobrecarga de outros níveis de atenção à saúde (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

A Classificação de Risco tem como premissa, proporcionar que todos os usuários sejam atendidos, ela pode ser realizada pelo profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos juntamente com a equipe do serviço, a fim de avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como, o grau de sofrimento do paciente (BRASIL, 2008).

Então, após a vivência em um determinado serviço de saúde mental, o presente estudo justificou-se pela necessidade de reorganizar o acolhimento de um CAPS, propiciando encaminhamentos mais seguros e que correspondessem aos serviços já existentes na RAPS do município. Frente ao exposto, teve-se como objetivo geral implantar o Acolhimento com Classificação de Riscos em um Centro de Atenção Psicossocial, a fim de ampliar a resolutividade do serviço, e como específico construir um instrumento que possibilitasse o acolhimento com classificação de risco de uma unidade do CAPS, localizada no interior do Rio Grande do Sul.

## **Metodologia**

Trata-se de um relato de experiência, referente a um projeto de intervenção vinculado a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Campus Santiago. As ações ocorreram no período de agosto a novembro do ano de 2017, no CAPS I, localizado em um município da região centro oeste do Rio Grande do Sul. Este CAPS I, oferece atendimentos psicológicos, psiquiátricos, de enfermagem, de assistência social, no formato individual, em grupo e por meio de oficinas terapêuticas.

Destaca-se que para o desenvolvimento da prática de Acolhimento com Classificação de Risco, primeiramente realizou-se uma reunião com a equipe de profissionais do serviço do

CAPS I, para discutir a proposta de construir um protocolo, a fim de reorganizar o serviço na lógica de Acolhimento com Classificação de Risco. Posteriormente, elaborou-se de forma coletiva um protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, o qual foi construído entre a equipe do serviço, estudantes de enfermagem e a professora orientadora da disciplina do TCC. Após quatro reuniões, foi possível chegar a uma versão final do protocolo, quando assim, se deu início a implantação do mesmo.

A intervenção realizada direcionou-se aqueles usuários recém-chegados no CAPS I, que foram encaminhados pela Rede de Atenção à Saúde ou por demanda espontânea. Os profissionais que realizaram o acolhimento foram aqueles que compõem a equipe multiprofissional (enfermeiro, psicólogos e assistente social), estudantes de enfermagem, juntamente com a professora orientadora. Entretanto, antes da implantação do protocolo, o acolhimento neste serviço era realizado apenas com agendamento e sem a utilização da Classificação de Riscos.

## **Resultados e discussão**

No município em que ocorreu a intervenção, as demandas de transtornos mentais leves e graves não percorriam o fluxo de atendimento com base em uma classificação de risco, fazendo com que toda a demanda fosse diretamente encaminhada ao CAPS I. Assim, buscou-se melhorar a resolutividade do serviço, bem como o trânsito do usuário pela RAPS e a organização do processo de trabalho. Frente ao exposto, implantou-se o acolhimento e a classificação de risco no CAPS, para que assim, futuramente por meio do apoio matricial, possa ser incorporado na Atenção Básica.

Dessa maneira, compreende-se que o acolhimento é um importante dispositivo para atendimento da demanda espontânea e garante o acesso dos usuários aos serviços. Possibilita ainda, o direcionamento do usuário de modo mais adequado para as atividades do serviço e para os outros pontos da RAPS; além disso, possui potencial de resolutividade quando realizado com escuta qualificada (SILVA; ROMANO, 2015). Nessa perspectiva, faz-se necessário que o acolhimento seja entendido como uma ferramenta que se efetive no cotidiano das práticas de cuidado, o qual deve ser resolutivo com a demanda do usuário, no intuito de que se produza saúde, e que esta, por sua vez tenha impacto no sujeito (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Nas reuniões, construiu-se de forma conjunta com a equipe um protocolo para o acolhimento, para que pudesse atender as necessidades da equipe e auxiliasse na avaliação inicial dos usuários. Assim, discutiu-se os dados que deveriam conter no protocolo, tais como: dados pessoais do usuário em atendimento; procedência; uso de medicações; motivo pelo qual o mesmo procurou o serviço; história pregressa e atual; funções do ego, avaliação do estado mental; histórico familiar; riscos de agressão, fuga ou suicídio; e tratamentos anteriores. Após a construção e ajustes do protocolo, iniciou-se a aplicação da primeira versão aos usuários do CAPS I. Ao utilizar o instrumento, percebeu-se a necessidade de complementá-lo com outras informações referente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) de referência do usuário.

É válido destacar que esse protocolo desenvolvido, teve como base protocolos existentes e disponíveis nas bibliografias do MS, bem como, em literatura referente à avaliação em saúde mental e atenção psicossocial. Nesse sentido, usufruir dos protocolos existentes, dos textos bibliográficos e estar atento naquilo que é de singularidade de cada serviço, é uma forma de facilitar a interação entre a equipe multiprofissional e de valorizar os trabalhadores inseridos neste processo de qualificação ao acesso a saúde (BRASIL, 2008).

O instrumento ampliou-se também para outros aspectos, como o conhecimento acerca das condições crônicas de saúde dos usuários (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, neoplasias e cardiopatia); a forma de adesão das medicações; avaliação de comportamento e auto cuidado, a postura, higiene, aparência e alimentação; avaliação do estado mental, como pensamento, fala, consciência, memória, humor, senso percepção e insight; uso de substâncias psicoativas; riscos de auto/hetero agressão; além de conter questões sobre aspectos psicossociais como renda, socialização com familiares e a comunidade, questões de moradia; hipótese diagnóstica com Código Internacional de Doenças 10 (CID 10) e o encaminhamento conforme Classificação de Riscos, para quando necessário.

Dessa forma, por meio do acolhimento, vínculo e as informações que são dialogadas/coletadas, torna-se possível compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, além de valorizar as experiências e estar atento para as necessidades, bem como os diferentes aspectos que compõem o cotidiano do paciente. Isso, mostra-se como um instrumento facilitador e transformador para o trabalho em saúde mental (MAYNART et al., 2014).

Na medida em que o acolhimento passou a ser reestruturado, observou-se o interesse de otimizar o fluxo do usuário na RAPS e na avaliação das prioridades de necessidades dos casos

acolhidos. Assim, após o instrumento construído e finalizado, obteve-se três categorias para auxiliar na classificação de risco dos usuários, representada por cores, conforme no Quadro 1.

**Quadro 1** – Classificação de risco para o atendimento aos usuários psiquiátricos. Santiago, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019.

<b>Classificação do atendimento</b>	<b>Sinais e sintomas</b>	<b>Encaminhamentos</b>
Vermelho – Atendimento imediato	Usuário com agitação psicomotora extrema, confusão mental, desorientação, gesticulando muito; Sinais de uso abusivo de álcool ou outras drogas psicoativas; Apresentando risco imediato de auto ou hetero agressividade; Ideação com ou sem tentativa de suicídio recente; Depressão grave ou moderada.	Atendimento do usuário no serviço de Urgência/Emergência local, com possível internação; Encaminhamento para o CAPS de referência para avaliação diagnóstica; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); e acompanhamento.
Laranja – Atendimento no mesmo dia	Usuário com agitação menos intensa, porém consciente; Estado de pânico, com alucinação ou delírio; Vítimas de abusos sexuais; Egresso de internação psiquiátrica.	Encaminhamento para o CAPS de referência para avaliação diagnóstica; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS); e acompanhamento. Encaminhamento para ambulatório especializado, mantendo a coordenação do cuidado pela APS.
Amarela – Atendimento em até 15 dias	Depressão leve com impulsividade, insônia ou ansiedade, porém com estado mental normal; Usuários crônicos de benzodiazepínicos; Quadros estáveis de transtornos mentais; Casos brandos de álcool e de outras drogas.	Encaminhamento para ESF para acompanhamento pela Equipe de APS, conforme PTS elaborado. Encaminhamento para CAPS AD para acompanhamento. Encaminhamento para Ambulatório de Saúde Mental.

Frente a isso, ressalta-se a importância da implementação da classificação de riscos, que consiste em um processo dinâmico, que visa identificar os usuários que necessitam de cuidados imediatos, de acordo com o potencial de risco, os agravos a saúde ou o grau de sofrimento, viabilizando um atendimento rápido e efetivo (SILVA; BARROS; TORRES, 2012).

Salienta-se ainda, que este protocolo construído e o instrumento de classificação de risco mantêm-se em uso pela equipe deste serviço de saúde mental até os dias atuais. Isso, nos mostra que os serviços de saúde precisam implementar um espaço físico acolhedor, realizar treinamento aos trabalhadores a fim de humanizar a atenção e promover atividades transversais de acolhimento, para que assim possa-se fortalecer o acolhimento em saúde (PELISOLI et al., 2014).

Durante os primeiros acolhimentos, observou-se uma grande procura pelo serviço por meio da demanda espontânea, além dos usuários que eram encaminhados de outros serviços do

município, como as ESFs, a Secretaria Municipal de Saúde e o hospital. Alguns encaminhamentos solicitavam apenas avaliação psiquiátrica, outros eram situações que poderiam ter sido resolvidas na Atenção Primária, possibilitando assim, o acesso dos usuários no seu próprio território.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, os CAPS vêm ocupando posição estratégica no que se refere a substituição da lógica manicomial. No entanto, destaca-se o CAPS como componente especializado da Rede de Atenção Psicossocial, o qual deve buscar a garantia de que os usuários possam permanecer em seus contextos sociofamiliares e comunitários, favorecendo a territorialização do cuidado e rompendo com o olhar segregador (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Dessa maneira, é necessário destacar o território como espaço de organização do cuidado, o qual possibilita um cuidado pautado no vínculo e nas relações entre profissionais, usuários e familiares.

Observou-se ainda, a dificuldade das equipes de ESF realizarem o acolhimento aos usuários com queixas relacionadas à saúde mental, uma vez que, suas equipes básicas não contemplam profissionais especialistas em saúde mental, diferentemente dos CAPS que possuem em sua equipe esta qualificação. No entanto, é importante romper com a fragmentação do saber e do pensamento tradicional, o qual entendia que somente equipes especializadas tinham responsabilidade sobre a demanda de saúde mental, e buscar a corresponsabilização das equipes seja de Atenção Primária a Saúde, ou de serviço especializado (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Entretanto, é compreensível que na ausência de formação específica em saúde mental, treinamentos e atualizações, a execução deste acolhimento torna-se mais complexa. Porém, entende-se que uma escuta qualificada exige algo para além das formações acadêmicas especializadas, já que deve basear-se em princípios de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação, liberdade e responsabilidade (SUCIGAN; TOLEDO; GARCIA, 2012). Além do mais, é importante enfatizar que os serviços necessitam ampliar o olhar sob as condições de saúde do usuário, potencializando assim a gestão compartilhada dos cuidados em saúde.

Também recebeu-se usuários de álcool e outras drogas, os quais foram conduzidos com referência para o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPSad) do município. Vale ressaltar, que mesmo os encaminhamentos desnecessários ou que deveriam ser

para outros serviços de saúde, foram acolhidos, obtiveram a escuta qualificada, bem como, o redirecionamento ao serviço que poderia atendê-lo com maior resolutividade.

É importante apontar que o CAPS, configura-se como um serviço de portas abertas, ou seja, deve estar preparado para acolher as demandas sejam elas espontâneas, ou encaminhadas da rede (BRASIL, 2015a). Os motivos pela procura do serviço do CAPS I foram diversos, podendo citar sinais e sintomas de depressão, insônia, ansiedade, avaliação de guarda de pais e filhos, usuários com ideações suicidas, isolamento social, depressão pós-parto, pacientes oriundos de internações psiquiátricas, alguns casos de crise situacional, além de usuários com transtorno mental grave, apresentando episódios maníacos, ideias persecutórias, alucinações e delírios.

Sendo assim, repensar as referências dos serviços aos usuários de saúde mental, envolve não apenas encaminhá-lo aquele local que poderá acolhê-lo com maior resolutividade, mas assegurar modos de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde que movimentem o cotidiano dos serviços. Quando os processos de escuta se tornam "surdos", as práticas se amparam em assimetrias de saber e de poder, o que implica diretamente na produção da saúde dos sujeitos. Cuidar da rede de relações que compõem o sistema, envolve um trabalho cooperativo e coletivo entre profissionais e população, no intuito de construir estratégias que tenham como princípio ético a defesa de uma vida digna de ser vivida (BRASIL, 2008).

Esse movimento da implantação do acolhimento com classificação de riscos no CAPS, possibilitou várias mudanças no processo de trabalho desta equipe, por exemplo, o acolhimento passou a ter agenda aberta, ou seja, a qualquer momento em que o usuário chegasse ao serviço haveria algum profissional para realizar o acolhimento. Diante a isso, o acolhimento traz à tona a ideia de relação de ouvir e dialogar, que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011).

Nesse contexto, todo usuário que chegar aos serviços com uma demanda de cuidado em saúde deve ser recebido, escutado e avaliado pela equipe no mesmo dia, preferencialmente no mesmo turno, a fim de que se possa identificar a necessidade e a resposta terapêutica adequada (BRASIL, 2013). Apesar de ter início na porta de entrada do serviço, o acolhimento é uma tecnologia que se estende por todo o processo de produção de saúde, sendo possível sua operacionalização em todos os níveis de atenção à saúde (PELISOLI et al., 2014).

Além disso, a discussão dos casos acolhidos durante as semanas, quando não se caracterizavam como emergência, passaram a ser discutidos em reuniões de equipe do serviço, e de forma interdisciplinar era organizado o plano de cuidados, e/ou encaminhamentos para as necessidades do usuário de forma individualizada. A equipe do serviço, mostrou-se aberta para o novo protocolo e motivada ao presenciar as mudanças no serviço e a resolutividade do mesmo.

Observou-se no decorrer dos acolhimentos, o quanto esta prática desenvolvida melhorou o atendimento aos usuários do serviço, notou-se ainda, a confiança que os mesmos desenvolveram com o profissional que realizava essa primeira escuta, além do vínculo que se estabelecia nesse primeiro atendimento. O acolhimento nas unidades de saúde favorece a construção de uma boa relação de confiança e de compromisso entre equipes de saúde e os demais serviços. Além disso, possibilitam uma melhor compreensão e parceria entre os usuários, os trabalhadores e os gestores da saúde em defesa do SUS, como uma política pública que é essencial para a população brasileira (BRASIL, 2008).

## **Conclusão**

Acredita-se que a prática do acolhimento com classificação de risco neste serviço colaborou para que os encaminhamentos fossem mais resolutivos, além de os acolhimentos passarem a ter agenda aberta. Destaca-se ainda, que houve inúmeros encaminhamentos recebidos no serviço, os quais poderiam ter sido atendidos e resolvidos na Atenção Primária à Saúde. Assim, faz-se necessário que as equipes das ESF saibam reconhecer esses sujeitos no território em que atuam, bem como, usufruir da gestão compartilhada dos cuidados à saúde, com elaboração de projeto terapêutico singular e ampliação do cuidado integral aos usuários.

Nesse contexto, entende-se que o acolhimento com classificação de risco em saúde mental pode ser utilizado também pela Atenção Primária à Saúde do município, tendo em vista que esta prática pode melhorar a assistência ao usuário no próprio território. Para que, este processo seja possível, a equipe do CAPS poderá se apoiar na experiência desta prática e articulá-la com o espaço da Atenção Primária a partir das ações de matriciamento. Esta é uma importante ferramenta, apoiada pelo Ministério da Saúde, que serve, sobretudo, como facilitadora do trabalho em rede de saúde.

Por fim, sugere-se a utilização de ações de matriciamento junto à Atenção Básica à Saúde, pois entende-se como urgente a qualificação do cuidado em saúde, que atenda às necessidades dos sujeitos. Ainda, que estes possam ser acolhidos em seu território, favorecendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado em saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazer dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 4, p. 698-703, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400011>.

FILHO ALMEIDA, A. J.; et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Rev. Enf. Ref.**, v. serIV, n. 4, p. 117-125, 2015.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta de apoio à atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016.

MAYNART, W. H. C.; et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 300-3, 2014.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saude soc.**, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017.

OLIVEIRA, A. B.; et al. Acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial: Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v. 13, n. 45 - SUPLEMENTO 1, p. 318-332, 2019.

PEGORARO, R. F.; BASTOS, L. S. N. Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 3-17, 2017.

PELISOLI, C.; et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estud. psicol.** v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.

SACOMAN, T. M.; et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde debate**, v. 43, n. 121, p. 354-367, 2019.

SILVA FILHO, J. A.; BEZERRA, A. M. Acolhimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 613-627, 2018.

SILVA, P. M.; BARROS, K. P.; TORRES, H. C. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 225-231, 2012.

SILVA, T. F.; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 363-374, 2015.

SOUZA, T. H.; ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 3, e4440015, 2016.

SUCIGAN, D. H. I.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Acolhimento e Saúde Mental: Desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 2-10, 2012.



#### Como citar este artigo (Formato ABNT):

GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani; SILVA, Aline Soares da; PALMEIRO, Bibiana Kozorosky; BERNARDI, Camila Milene Soares; RODRIGUES, Sandra Ost; BARICHELLO, Fernanda Belle. Acolhimento com classificação de riscos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Outubro/2019, vol.13, n.47, p. 1123-1134. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 25/08/2019

Aceito: 28/10/2019.