


## Situações de crise de saúde mental: o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde\*

Gessner Bravo de Paula<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3430-7460>

Nur Mohamad Ali El Akra<sup>1,4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7265-7736>


Lucas Ferraz Córdova<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3588-4830>

Lucilene Cardoso<sup>6</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9010-4193>

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti<sup>6</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0011-4510>

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8433-6008>

**Destaques:** (1) Atuação manicomial protocolar de identificação e redução de sintomas da crise. (2) Redução da experiência da crise como fenômeno psicopatológico. (3) Utilização de referenciais teórico-críticos alinhados às propostas da atenção psicossocial. (4) Referencial metodológico-analítico validado internacionalmente. (5) Necessidade de atuação político-social por parte da enfermagem.

**Objetivo:** analisar o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde diante de situações de crise de saúde mental. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, subsidiada pelos referenciais teóricos-interpretativos da análise do comportamento e do materialismo histórico-dialético. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com doze enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e analisados pela técnica dedutiva proposta pelo *Theoretical Domains Framework*, referencial metodológico adotado.

**Resultados:** os dados analisados possibilitaram a elaboração de dois temas: "O trabalho do enfermeiro: determinantes materiais e sociais" e "Condições subjetivas do enfermeiro diante de situações de crise de saúde mental". O trabalho do enfermeiro foi pautado pela execução protocolar de etapas "técnicas" relacionadas à clínica psiquiátrica, com compreensão da crise como "surto psiquiátrico".

**Conclusão:** o estudo possibilitou analisar o trabalho do enfermeiro diante das situações de crise, descrevendo as contradições objetivas e subjetivas, sua compreensão do fenômeno da crise e as repercussões emocionais desse trabalho nos profissionais. Evidenciou-se um trabalho atravessado pela alienação e pelo *fetichismo* da técnica, situação que levanta a necessidade de atuação, organização e mobilização político-social da categoria de enfermagem em torno da luta contra o modelo de atenção manicomial e consolidação da perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Enfermeiras e Enfermeiros; Intervenção na Crise; Modelos de Atenção; Saúde Mental; Trabalho.

\* Artigo extraído de dissertação de mestrado "Formas sociais de atuação dos enfermeiros em situações de crise de saúde mental: relato dos profissionais", apresentada à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria do Estado de Saúde, Coordenadoria Estadual do Telessaúde, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>3</sup> Bolsista da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado do Mato Grosso do Sul (FUNDECT), Brasil.


<sup>4</sup> Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>5</sup> Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Faculdade de Ciências Humanas, Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>6</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar este artigo

Paula GB, Akra NMAE, Córdova LF, Cardoso L, Zanetti ACG, Giacon-Arruda BCC. Mental health crisis situations: the nurse's work in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4356 [cited \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_.

Available from: \_\_\_\_\_  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7015.4356>

URL

ano | mês | dia

## Introdução

O comprometimento da saúde mental vem apresentando um crescimento expressivo em nível mundial entre a população geral. Em 2019, estimava-se que, aproximadamente, 13% da população mundial (970 milhões de pessoas) viviam com algum tipo de comprometimento na saúde mental, sendo os mais prevalentes os transtornos de ansiedade (31%), depressão (28,9%) e aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas<sup>(1)</sup>.

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde como um estado no qual o indivíduo consegue funcionar, prosperar, lidar com as dificuldades, conectar-se e contribuir para a melhoria de sua comunidade. Por conseguinte, são problemas intimamente relacionados/determinados pelas condições físicas, biológicas, socioculturais e comportamentais<sup>(2-4)</sup>.

Ademais, a literatura vem destacando como o ambiente político influencia esses determinantes de saúde. Nesse sentido, evidências indicam que a difusão mundial da política de austeridade econômica neoliberal está aumentando drasticamente as taxas de adoecimento mental, diminuindo a expectativa de vida e elevando iniquidades no acesso aos serviços de saúde<sup>(3-5)</sup>.

Em países da periferia do capitalismo, como o Brasil, essa política vem se configurando pela rápida e gradual destruição das capacidades de organização/coordenação dos sistemas de saúde, precarização das condições de trabalho e da qualidade do cuidado. Nos países centrais do capitalismo, a política neoliberal incorporou a lógica da eliminação de restrições ao mercado, com a rápida diminuição, ou mesmo extinção, dos mecanismos de assistência pública à saúde<sup>(3-10)</sup>.

Além disso, a política neoliberal levou a uma desarticulação organizativa e do poder de "barganha" dos trabalhadores, com crescimento alarmante da informalidade e dos planos privados de saúde com alto custo e pouca efetividade<sup>(4)</sup>. É diante desse contexto sociopolítico e epidemiológico que o enfermeiro constrói seu cuidado para usuários em situações de crise, expressão mais marcante dos problemas de saúde mental<sup>(1,4-11)</sup>.

A situação de crise em saúde mental pode ser compreendida de diferentes maneiras. No modelo manicomial, ela é definida como uma situação ou condição aguda sempre decorrente de um transtorno mental, associado à recusa do indivíduo por intervenções e/ou contato, impossibilidade pessoal de enfrentamento, com necessidade de intervenção imediata para diminuição dos sintomas<sup>(12-13)</sup>.

Por outro lado, o modelo psicossocial define a crise como um produto social com repercussões psicológicas, associado à capacidade dos sujeitos em responder a

situações insuportáveis. Tem relação com o repertório psicossocial do indivíduo, resultado de uma interação complexa entre história individual, comportamento do indivíduo e o ambiente social/cultural<sup>(11,14-15)</sup>.

O modelo psicossocial de cuidado se caracteriza como uma forma específica de combinar técnicas, tecnologias e arranjos organizativos para atender aos problemas de saúde, buscando superar o modelo manicomial por meio de práticas comunitárias em meio aberto e para sujeitos ativos. Neste modelo, o enfermeiro tem a seu dispor diversas ferramentas para desenvolver seu trabalho e promover o cuidado nas situações de crise de saúde mental<sup>(16-17)</sup>.

Dentre as ações que esse profissional pode desenvolver, destacam-se: utilizar o acolhimento; desenvolver vínculo por meio de habilidades de comunicação/escuta; realizar avaliação da saúde física; identificar condições sociais e comportamentais de risco; criar planos de cuidados conjuntos; participar de ações de psicoeducação; conduzir e coordenar grupos terapêuticos; construir ações de educação permanente; promover a vinculação e acompanhamento dos usuários aos pontos adequados da rede. Além disso, pode orientar sobre o uso correto, benefícios, efeitos colaterais, duração e importância da adesão ao tratamento farmacológico<sup>(12-13,15,18)</sup>.

Para que essas ferramentas possam ser utilizadas, a literatura destaca a necessidade de que o cuidado de saúde mental de qualidade seja oferecido pela Atenção Primária à Saúde (APS); estratégia mundialmente reconhecida por aumentar o acesso, diminuir lacunas do cuidado e promover assistência integral, longitudinal e efetiva, e que esta esteja integrada a uma rede de serviços<sup>(19)</sup>.

Com esse objetivo, foi criada no Brasil a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde mental norteado pelo modelo de atenção psicossocial. Apesar das dificuldades, a RAPS promoveu o crescimento do investimento e das taxas de cobertura da população. Contudo, ainda hoje cerca de 77% da população brasileira ainda habita em regiões com baixa ou inexistente assistência da RAPS<sup>(20-22)</sup>.

Além disso, as condições materiais precarizadas de trabalho do enfermeiro, a baixa articulação e integração dos dispositivos da RAPS, dentre ele a APS, vêm se relacionando uma produção de cuidado de pouca resolutividade e linhas de cuidado incapazes de contemplar as necessidades de saúde mental em sua integralidade<sup>(19,21-24)</sup>.

Deste modo, torna-se importante conhecer como está estruturado o trabalho de assistência do enfermeiro ao usuário em situações de crise de saúde mental, ou seja, quais são as condições objetivas/materiais e subjetivas presentes no cotidiano do enfermeiro.

Diante do exposto, questiona-se: O trabalho realizado por enfermeiro diante de indivíduos em situação

de crise em saúde mental vem sendo desenvolvido para contemplar todas as possibilidades de atuação que ele possui na APS? Esta pesquisa parte da tese de que não, propondo que o trabalho do profissional está restrito a um fazer prático-técnico focalizado em categorias diagnósticas psiquiátricas, portanto, sendo realizado alienadamente e de modo fetichizado.

Para isso, os resultados desse estudo foram interpretados pelo materialismo histórico-dialético (MHD) e pela análise do comportamento (AC). Para o MHD, o trabalho do enfermeiro consiste em trabalho concreto, aquele realizado e construído historicamente para atender às necessidades de saúde, produzindo assim valores de uso. Já para a AC, o trabalho do profissional é visto como comportamento operante (aprendido) historicamente determinado por uma comunidade cultural capaz de instruir, replicar e modelar uma miríade de classes de comportamentos complexos<sup>(14,25)</sup>.

Destaca-se a lacuna na produção de evidências empíricas sobre o trabalho de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde, em especial nas situações de crise, com fundamentação crítica e com uso de instrumentos validados, como o *Theoretical Domains Framework* (TDF). Isso ocorre principalmente no Brasil, onde a implementação do instrumento na temática ainda é pequena, necessitando urgentemente de identificação de barreiras, tendo em conta o aumento expressivo dos problemas de saúde mental mundialmente<sup>(1,26)</sup>.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar o trabalho do enfermeiro na APS diante de situações de crise de saúde mental, partindo dos relatos verbais desses profissionais.

## Método

### Tipo do estudo e desenho teórico-metodológico

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, utilização da AC e do MHD como referenciais teóricos-interpretativos, e do TDF, como metodológico-analítico.

O TDF é um instrumento composto por um conjunto de 14 domínios e seus respectivos constructos e visa auxiliar na identificação das influências e barreiras ("cognitivas", ambientais e sociais) que determinam um comportamento. Ele sugere as seguintes etapas: 1) seleção e especificação do comportamento alvo — o trabalho de assistência do enfermeiro; 2) seleção do desenho do estudo; 3) estratégias de seleção de participantes; 4) desenvolvimento de roteiro de entrevista; 5) coleta e análise de dados. Para revisão e escrita do relatório, foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)<sup>(26-27)</sup>.

Para a interpretação e síntese, foram utilizados conceitos-chave dos referenciais teóricos interpretativos. Quanto à AC, foram utilizados os conceitos de história de aprendizagem, determinantes históricos do comportamento (filogenia, ontogenia e cultura), eventos reforçadores positivos e negativos e padrões de reforçamento. Com relação ao MHD, foram utilizados os conceitos de trabalho (concreto e abstrato), valor (uso e de troca), capital, mercadoria, alienação, conflito de classes, relações de produção, exploração, ideologia, precarização, neoliberalismo, relação centro/periferia e fetiche<sup>(14,25)</sup>.

### Cenário

O estudo foi realizado em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis Unidades de Saúde da Família (USF), de uma capital da Região Centro-Oeste brasileira. A rede de atenção à saúde do município continha 61 USF e 11 UBS, distribuídas em sete regiões de saúde.

### Período

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023.

### Crítérios de seleção

Para a seleção e a especificação do comportamento, foi utilizada a estratégia *Who* (enfermeiros), *When* (contato do usuário em situação de crise de saúde mental), *Where* (Atenção Primária à Saúde) e *How* (práticas e ações associadas ao trabalho de enfermeiro)<sup>(26)</sup>.

A população do estudo foi definida como: enfermeiros com vínculo empregatício e atuação nas USF e UBS. Para a seleção dos participantes, foram estipulados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, estar lotado e ter atuação no cargo de enfermeiro na USF ou na UBS por, no mínimo, seis meses.

O critério do tempo de atuação foi escolhido arbitrariamente pelos autores, por meio de discussão em grupo de trabalho considerando o tempo necessário para que o profissional se habitue ao contexto de trabalho e conheça sua comunidade. Foram excluídos os profissionais que estivessem afastados e/ou em período de férias.

### Participantes

Participou do estudo um enfermeiro de cada unidade de saúde. Cada USF e UBS apresentava, em média, dois profissionais enfermeiros. Os pesquisadores optaram pela participação de um profissional por unidade para as entrevistas terem maior diversidade de locais/unidades,

sem atingir o critério de saturação de 10 entrevistas seguidas das três adicionais ou até não haver presença de novos temas<sup>(28)</sup>.

Como estratégia para a seleção dos participantes, as unidades foram divididas em sete grupos (G1 a G7) e se procedeu à numeração das UBS e das USF de cada região de saúde (G1:UBS1; G2:UBS2; G1:USF1; G2:USF1 e assim por diante).

Em seguida, cada grupo de unidades foi inserido em uma ferramenta de sorteio online, para seleção de uma UBS e uma USF de cada região de saúde. A unidade sorteada era excluída se houvesse recusa de todos os profissionais da unidade. Foram sorteadas, inicialmente, quatorze unidades de saúde, sendo sete UBS e sete USF. Dessas, apenas uma era conhecida pelo autor principal da pesquisa. Nesse caso, a entrevista foi realizada por outro pesquisador.

Um total de treze enfermeiros aceitou participar do estudo, entretanto, um deles foi excluído, por dificuldades em receber, após três tentativas, os pesquisadores no dia/local agendado para a realização da entrevista. Assim, um total de doze profissionais, distribuídos nas sete regiões de saúde da cidade, participaram do estudo.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de uma única entrevista semiestruturada, individual, presencial, gravada em mídia de áudio, com o uso de gravador digital, sem a gravação da imagem, com duração média de quarenta e cinco minutos.

Para isso, utilizou-se roteiro semiestruturado com questões sobre o conhecimento dos profissionais, estratégias e habilidades utilizadas, intenções e metas, efetividade do manejo, papel do profissional, apoios sociais e profissionais, barreiras, facilitadores e sentimentos. Também foi utilizado um instrumento de caracterização dos participantes com idade, estado civil, tempo da graduação, cor/etnia, carga horária, tempo no cargo e renda.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores, sendo uma aluna de graduação e um enfermeiro (cursando o mestrado), ambos treinados previamente.

### Procedimentos para a coleta de dados

Para o início da coleta de dados, foi realizado o contato telefônico com o responsável pela unidade, acordando um horário para a apresentação da pesquisa, de maneira que não comprometesse a rotina e os atendimentos da população.

Nessa visita, os pesquisadores responsáveis pela coleta de dados realizaram, para todos os enfermeiros

da unidade, a apresentação da proposta de pesquisa e procedimentos de coleta de dados.

Após esse primeiro contato com os enfermeiros, foram obtidos três tipos de respostas: 1) o não aceite em participar; 2) o aceite com agendamento da entrevista; 3) o aceite com realização da entrevista naquele momento. No primeiro caso, a unidade foi excluída da lista e um novo sorteio foi realizado no grupo da unidade visitada. Dentre as razões citadas pelos profissionais para recusar participar, estão a carga de trabalho e a indisponibilidade de colegas para substituir o profissional durante a entrevista.

Na segunda situação, a entrevista foi agendada em um dia/local escolhido pelo participante, sendo ele informado de que poderia cancelar ou reagendar a qualquer momento. Quando alguma situação do participante impedia a realização da entrevista, foi realizado o agendamento de uma nova data, com o prazo de até sete dias da data inicial.

Nas unidades em que mais de um profissional por unidade manifestou interesse em participar, os pesquisadores realizaram nova orientação quanto à metodologia e o profissional foi inserida na lista reserva para utilização em situações de impossibilidade de realização com o profissional inicialmente selecionado. Na terceira situação, a entrevista foi realizada no momento do aceite.

### Tratamento e análise dos dados

Todos os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra e as identificações dos participantes, de pessoas e instituições mencionadas foram substituídas por códigos de domínio apenas dos pesquisadores. Para cada entrevista realizada, foi atribuído um código que descrevia a ordem da entrevista realizada e o grupo ao qual ela pertencia (ex: G1:E1, G2:E2, G3:E3, e assim por diante).

O instrumento TDF (Figura 1) forneceu uma estrutura dos fatores determinantes (os domínios e constructos) para o trabalho do enfermeiro diante de situações de crise em saúde mental, ou seja, facilitando a identificação dos determinantes que estabelecem, mantêm e modificam o comportamento<sup>(26)</sup>.

Para o processo de análise foi utilizado o método dedutivo, envolvendo cinco fases: 1) leitura e exploração do material; 2) codificação e emparelhamento do conteúdo das falas nos constructos e domínios que melhor refletisse o conteúdo transcrito; 3) distribuição absoluta e proporcional do número de falas; 4) elaboração dos temas considerando as intersecções das falas e os referenciais teóricos interpretativos; 4) construção de um mapa ilustrativo das relações entre os temas/domínios<sup>(26,29)</sup>.

Domínio	Definição	Constructo
1. Conhecimento	Uma consciência da existência de algo.	-Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/fundamentação científica) -Conhecimento processual -Conhecimento do contexto da tarefa
2. Capacidade	Uma habilidade ou proficiência adquirida através da prática.	-Desenvolvimento de capacidades -Competência -Habilidade -Capacidades interpessoais -Prática -Avaliação de capacidades
3. Identidade e papel profissional/social	Um conjunto de comportamentos coerentes e a exibição de qualidades pessoais de um indivíduo num ambiente social ou de trabalho.	-Identidade profissional -Papel profissional -Identidade social -Identidade -Limites profissionais -Confiança profissional -Identidade de grupo -Liderança -Comprometimento organizacional
4. Crenças sobre capacidades	Aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode usar de forma construtiva.	-Autoconfiança -Competência percebida -Autoeficácia -Controle comportamental percebido -Crenças -Autoestima -Empoderamento -Confiança profissional
5. Otimismo	A confiança de que as coisas acontecerão da melhor forma ou de que os objetivos desejados serão alcançados.	-Otimismo -Pessimismo -Otimismo irrealista -Identidade
6. Crenças sobre consequências	Aceitação da verdade, realidade ou validade dos resultados de um comportamento em uma determinada situação.	-Crenças -Expectativas de resultados -Características das expectativas de resultados -Arrependimento antecipado -Consequentes
7. Reforço	Aumentar a probabilidade de uma resposta pelo estabelecimento de uma relação de dependência ou contingência entre a resposta e um determinado estímulo.	-Recompensas (proximais/distais, com valor/sem valor, prováveis/improváveis) -Incentivos -Punição -Consequentes -Reforço -Contingências -Sanções
8. Intenções	Uma decisão consciente de desempenhar um comportamento ou uma determinação para agir de certa maneira.	-Estabilidade de intenções -Estágios de modelo de mudança -Modelo transteórico e estágio de mudança
9. Metas	Representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar.	-Metas (distais/proximais) -Prioridade das metas -Meta/Definição de metas -Metas (autônomas/controladas) -Plano de ação -Intenção de implementação
10. Processos de memória, atenção e decisão	Habilidade para reter informações, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas.	-Memória -Atenção -Controle da atenção -Tomada de decisão -Sobrecarga cognitiva/cansaço
11. Contexto ambiental e recursos	Qualquer circunstância da situação ou do ambiente de uma pessoa que desencoraja ou encoraja o desenvolvimento de capacidades e habilidades independência, competência social e comportamento adaptativo.	-Estressores ambientais -Recursos materiais -Cultura/clima organizacional -Eventos salientes/incidentes críticos -Interação pessoa x ambiente -Barreiras e facilitadores

(continua na próxima página...)

Domínio	Definição	Constructo
12.Influências sociais	Aqueles processos interpessoais que podem fazer com que os indivíduos mudem seus pensamentos, sentimentos ou comportamento.	-Pressão social -Normas sociais -Conformidade de grupo -Comparações sociais -Normas de grupo -Suporte social -Poder -Conflito entre grupos -Alienação -Identidade de grupo -Modelagem
13.Emoção	Um padrão de reação complexo, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, pelo qual o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo.	-Medo -Ansiedade -Afeto -Estresse -Depressão -Afeto positivo/negativo -Burnout
14.Regulação comportamental	Qualquer coisa destinada a gerenciar ou mudar ações objetivamente observadas, ou medidas.	-Automonitoramento -Quebrando hábitos -Plano de ação

Fonte: Retirado do guia de utilização do *Theoretical Domains Framework*<sup>(26)</sup>

Figura 1 - *Theoretical Domains Framework*: seus domínios, definição e constructos

Esse processo foi realizado de maneira independente, por dois pesquisadores treinados no uso do instrumento e, posteriormente, a análise foi comparada e discutida até o consenso. Quando o consenso não pode ser alcançado, a fala/trecho da entrevista foi alocada em todos os domínios elencados pelos pesquisadores<sup>(26)</sup>.

Toda essa análise foi guiada pela construção de quadros contendo as falas/trechos dos participantes. A interpretação das falas foi realizada tendo como base as definições dos constructos descritas no TDF e contraposição aos referenciais teóricos da AC e do MHD. Os dados de caracterização da amostra e a distribuição quantitativa (absoluta e proporcional) foram organizados e analisados em um documento de *Excel* (*Microsoft*).

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme CAAE: 59722622.9.0000.0021.

### Resultados

Participaram do estudo doze profissionais, sete eram do sexo masculino (58,3%), com média etária de 33 anos (máximo 47, mediana de 31,5 e mínimo 24), a maioria solteiros (58,3%), oito (66,7%) identificaram-se como pardos, dois (16,7%) como brancos e um como negro (8,3%). Quanto ao tempo no cargo, houve variação entre um e dez anos, com uma média de três anos e meio. A renda média familiar dos profissionais foi de R\$ 8.550 reais.

Com a análise, foram identificados constructos dos 14 domínios, com a seguinte distribuição (Tabela 1).

Com a análise e interpretação, os dados foram agrupados em dois temas, sendo eles "O trabalho do enfermeiro: determinantes materiais e sociais (TEMA-01)" e "Condições subjetivas do enfermeiro diante de situações de crise de saúde mental (TEMA-02)" (ver Figura 2).

Tabela 1- Distribuição absoluta e proporcional (por domínio e em relação ao total) dos constructos e domínios. Campo Grande, MS, Brasil, 2022-2023

Número de eventos	Proporção por domínio (%*)	Constructo	Domínio
61	14,48	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/fundamentação científica)	
74		Conhecimento processual	Conhecimento
97		Conhecimento do contexto da tarefa	

(continua na próxima página...)

*(continuação...)*

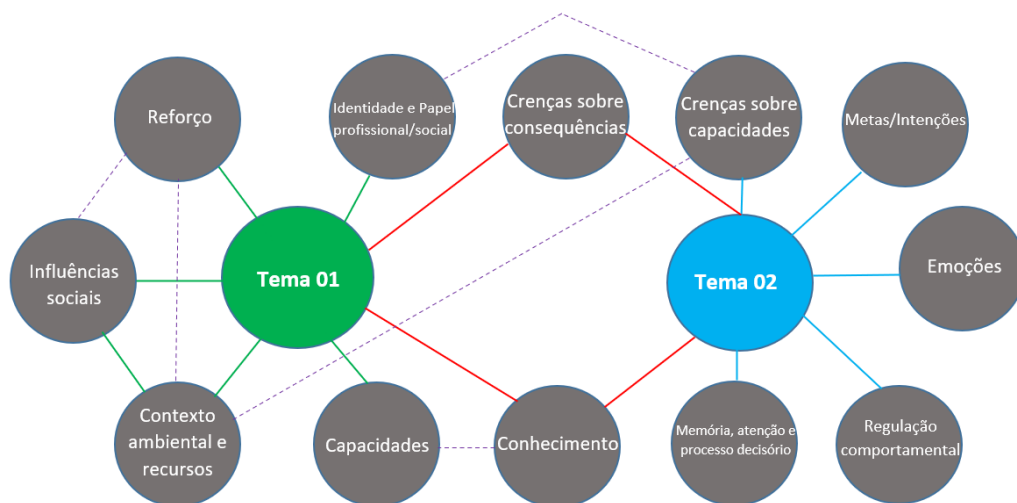
Número de eventos	Proporção por domínio (%*)	Constructo	Domínio
44	17,01	Recursos/recursos materiais	Contexto Ambiental e recursos
3		Estressores ambientais	
15		Cultura/clima organizacional	
96		Barreiras e facilitadores	
10		Eventos salientes/incidentes críticos	
98		Interação pessoa X ambiente	
9	14,61	Capacidade	Capacidades
15		Desenvolvimento de capacidade	
59		Competência	
20		Capacidades interpessoais	
31		Prática	
55		Avaliação de capacidades	
42		Habilidades	
49	9,55	Identidade Profissional	Identidade e Papel profissional/social
65		Papel profissional	
3		Liderança	
34		Identidade de grupo	
10	8,16	Autoconfiança	Crenças sobre capacidades
5		Competência percebida	
6		Autoeficácia	
43		Crenças	
3		Empoderamento	
44		Controle Comportamental Percebido	
18		Confiança profissional	
23	7,21	Crenças	Crenças sobre consequências
25		Expectativa de Resultados	
15		Características das expectativas de resultados	
9		Arrependimento antecipado	
42		Consequentes	
1	1,20	Identidade	Otimismo
7		Otimismo	
9		Pessimismo	
2		Otimismo irrealista	
17	14,17	Recompensa (proximal/distal, válido ou não válido, provável ou improvável)	Reforço
1		Incentivos	
49		Punição	
43		Consequentes	
21		Reforço	
92		Contingências	
1		Sanções	
8	0,51	Estabilidade de intenções	Intenções

*(continua na próxima página...)*

(continuação...)

Número de eventos	Proporção por domínio (%*)	Constructo	Domínio
17	3,92	Metas (distais/proximas)	Metas
5		Metas (autônomas/controladas)	
13		Meta/Definição de meta	
13		Prioridade de metas	
12		Intenções de implementação	
2		Plano de ação	
4	2,97	Pressão social	Influências sociais
1		Comparações sociais	
1		Conformidade grupal	
1		Normas sociais	
37		Suporte social	
2		Conflito entre grupos	
1		Poder	
2	3,35	Medo	Emoções
1		Ansiedade	
27		Afeto	
0		Estresse	
17		Afeto Positivo/Negativo	
6		Esgotamento	
13	0,82	Automonitoramento	Regulação comportamental
1		Quebrando hábitos	
18		Plano de ação	
1	2,02	Memória	Memória, atenção e processo decisório
11		Controle de atenção	
8		Atenção	
11		Tomada de decisão	
1		Sobrecarga cognitiva/cansaço	

\*Valor em porcentagem da distribuição proporcional (relativa) de cada domínio



\*Theoretical Domains Framework

Notas: Linha verde: relação única com Tema 01; Linha azul: Relação única com Tema 02; Linha vermelha: relação de entre os dois temas; Linha tracejada: relação entre constructos; elaboração própria, baseada na literatura<sup>(29)</sup>

Figura 2 - Mapa dos temas e as intersecções entre os domínios do TDF\*



## O trabalho do enfermeiro: determinantes materiais e sociais

As atividades relacionadas ao trabalho de assistência do enfermeiro foram relatadas nos domínios de capacidade e de conhecimento processual, emergindo práticas como: encaminhamento dos usuários para o Serviço de Urgência e Emergência (SUE) ou especializados como o CAPS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); internação; classificação de risco; contenção medicamentosa e/ou mecânica; acolhimento, visita domiciliar em casos excepcionais e busca ativa.

*(...) duas alternativas, uma é acionar o atendimento de urgência e emergência para poder conter o próprio, para ele não se automutilar [...]. (E1)*

*(...) entrou aqui na unidade, ele passa por uma escuta, se é óbvio que ele está num momento de muita crise [...] é tratado como uma urgência mesmo, a maior classificação daqui. [...] ele será detectado e será mandado para o consultório de enfermagem para ele fazer uma classificação de risco [...] encaminhamos os pacientes via sistema de vagas [...]. (E08)*

*(...) encaminhamos para o CAPS, porque ele vai ser avaliado lá, já passo para o atendimento com psicólogo, às vezes com psiquiatra e se for o caso de internação. (E10)*

*Acolhimento. As pessoas vêm precisando de atenção e afetividade, entendendo que alguém esteja olhando por ela, sem julgar. Então, acho que esse é o ponto-chave da Atenção Primária [...] acolher o usuário dentro da sua individualidade. (E09)*

Descreve-se o enfermeiro (identidade e papel profissional/social) como o profissional com maior contato com os usuários, responsável pelo acolhimento, apoio e diálogo e pela classificação/organização do atendimento. Ademais, foi citada a responsabilidade pela articulação entre equipe, família e com componentes da RAPS.

*A enfermagem é o primeiro contato quando eu estou falando com o paciente [...] mas a gente tem mais, vamos dizer assim, familiaridade até com as famílias [...] E de dar apoio emocional também, a gente tem essa função de tratar o emocional do paciente, ofertar o apoio. (E02)*

*Se o paciente não está estável tentamos estabilizá-lo aqui, passa pela consulta de enfermagem, faz-se a classificação e aí é encaminhado para o médico que estabiliza o quadro com alguma medicação [...]. (E08)*

*Olha, o enfermeiro eu o vejo como uma pessoa que vai organizar o atendimento, direcionar bem o atendimento [...]. (E10)*

*Levamos a demanda e é o enfermeiro quem articula esse processo, inclusive com a família, sendo que nós é que estaremos na casa para orientar e conseguir trazer a equipe multidisciplinar para discutir os casos. (E03)*

*Temos o nosso papel também, como posso te dizer, tentar trazer a resolutividade também para esses casos. [...] ...para esse quadro que o paciente vem apresentando. (E05)*

As ações e práticas realizadas na APS, segundo os profissionais, têm consequências na adesão ao tratamento (melhoria/piora); dificuldades no seguimento e na identificação dos casos; quebra de vínculo e recorrência de crises.

*E a outra coisa é a adesão. Adesão ao tratamento. Então, o paciente acha que está bom e aí não adere mais ao tratamento e aí vem de novo a crise. [...]. (E03)*

*Então, quando a gente utiliza esse método de assistência que é acolher, escutar, acabamos tendo uma adesão muito grande dos pacientes [...]. Quando ele consegue perceber, ter a percepção do processo saúde e doença, isso facilita a adesão ao tratamento [...] auxilia na mudança de estilo de vida [...]. (E05)*

*(...) então, assim, o paciente não cria o vínculo com seu médico da equipe, não cria vínculo com o enfermeiro que representa a equipe inteira. [...] então, como que o paciente criará vínculo se toda vez que ele vier aqui é um médico diferente? [...]. (E08)*

Em relação ao contexto ambiental e de recursos, os enfermeiros relatam: número insuficiente de vagas, dificuldades de acesso aos serviços (tempo de espera prolongado, por exemplo), sucateamento das estruturas e de espaços adequados de atendimento, recursos humanos insuficientes e alta rotatividade. Esse contexto foi relacionado a consequências como sobrecarga profissional e diminuição do número de profissionais para atendimento ao usuário.

*(...) um desgaste muito grande, no profissional de quarenta horas, tem muito sofrimento com isso dentro desse processo, com toda essa carga [...]. (E09)*

*(...) E a minha preocupação também se refere às vezes à diminuição da oferta pequena de vagas para tratamento oportuno desses pacientes. (E02)*

*(...) aí a pessoa entra numa fila, demora 5 a 6 meses para conseguir um atendimento [...]. (E01)*

*(...) a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) mesmo, sobrecarga do próprio sistema e a falta de profissionais, um sucateamento do SUS mesmo que está acontecendo no país [...]. (E04)*

*Às vezes, a estrutura física não tem sala o suficiente, é uma sala para quatro enfermeiros, então muitas vezes não tem para onde levar esse paciente para conversar com melhor. (E12)*

Sobre as influências sociais (suporte social, pressão social, conflito entre grupos) foi descrita a presença de apoio para direcionamento aos serviços especializados (CAPS e NASF) e aos Serviços de Urgência e Emergência (SUE), mas com comprometimento na comunicação e contrarreferência. Interferências da equipe médica na autonomia do enfermeiro também foram citadas.

*(...) não conversa, não tem contrarreferência, não tem aquela certa autonomia de que mandarei o paciente e terei acesso a tudo que está sendo feito [...]. Então é um looping infinito que temos que ficar indo atrás, não tem isso [...]. (E08)*

*(...) E posso ligar para o bombeiro, posso ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) também [...]. (E02)*

*(...) porque eu não tenho acesso, ou minha categoria não permite, ou o que posso fazer, às vezes, é desmanchado por outro profissional, pela questão médica [...]. (E12)*

As atividades de educação/discussão mensais também foram relatadas como uma forma de suporte/apoio social.

*Todo mês temos reuniões mensais que acontecem lá no Centro Especializado Municipal (CEM) com a equipe de saúde mental, onde são abordados vários temas referentes ao fluxo de pacientes e demandas da regulação. Fazemos discussão de caso, levamos casos reais que acontecem nas unidades para discutir para ver o que poderíamos ter realizado, elencamos as potencialidades e as fragilidades desse atendimento. (E05)*

### **Condições subjetivas do enfermeiro diante situações de crise de saúde mental**

Os enfermeiros relataram insegurança/falta de capacidade técnica, além de situações onde foi expresso um estigma direcionado aos usuários.

*(...) a falta de capacidade técnica mesmo [...] tento o melhor enquanto enfermeiro, tudo baseado em tudo que apreendi, mas, eu sou uma especialista nisso? Não! Faço parte de um grupo que sempre tem educação permanente sobre isso para saber manejar os casos? Não! (E08)*

*(...) É, tem alguns preconceitos de caráter religioso, de caráter social, caráter econômico [...] acho que um dos fatores é a discriminação ainda com paciente mental. Muitas vezes falam serem possessões demoníacas [...] falam que o paciente é "vagabundo". (E12)*

A crise de saúde mental (conhecimento da condição) foi associada à noção de urgência/emergência psiquiátrica, e, por vezes, o termo "surto" foi utilizado. Ademais, os participantes, ao especificarem os tipos de crise, citaram sinais/sintomas de transtornos mentais.

*A crise é o surto psiquiátrico, eu considero ser uma situação em que o indivíduo está fora de si, isso falando em termos de urgência [...]. (E02)*

*Pode ser desde uma crise de ansiedade, uma crise de pânico, pacientes em surto por conta de algum tipo de transtorno, transtorno bipolar, pacientes esquizofrênicos em algum tipo de surto [...]. (E06)*

Como exceção, destacam-se dois relatos que descreveram uma compreensão da crise de forma mais alinhada ao modelo psicossocial.

*Então, eu entendo a crise em saúde mental como um processo [...], mas algo inesperado que o paciente por si só não tem condições de estar lidando com aquele momento desafiador ou ainda algum acontecimento externo [...]. (E04)*

*(...) Acho que é todo aquele agravo que a pessoa não consegue mais ter um bom discernimento, psíquico e mental, que acaba interferindo nas atividades diárias, tanto em relação familiar como na relação de amigos e de trabalho. Acaba que a pessoa acaba tendo comprometimento no seu processo de vínculos sociais... [...]. (E11)*

Em relação às crenças (capacidades e consequências), os participantes relataram acreditar que reduzem os riscos, mas que seu trabalho não auxilia no tratamento dos transtornos, mas sim, apenas controla pontualmente as crises.

*(...) não que evita um problema maior, mas conseguimos minimizar os riscos de gravidade da doença ou de um surto em si, ou de tentativa de suicídio [...] uma redução de danos [...]. (E02)*

*(...) a causa do problema ela não foi solucionada, aquele evento desencadeante, às vezes, nem foi resolvido [...] eu acho que a nossa assistência hoje está fazendo o paciente ficar viciado em medicação, não está auxiliando o controle da doença em hipótese alguma. (E06)*

Eles destacam que buscam com seu trabalho (metas): redução do sofrimento, adequação e regularização do tratamento medicamentoso, vinculação a serviços especializados e estabilização dos usuários para retornarem ao convívio em sociedade.

*Aí, a maior meta é reduzir o sofrimento psíquico do paciente, porque não adianta nada eu ter uma fila zerada, mas tenho usuário sofrendo absurdamente a dor psicológica, ela dói mais do que a dor física (E09).*

*Na verdade, quando usamos essas estratégias, tentamos trazer os pacientes para o tratamento regular [...]. (E07)*

*Na questão da pessoa em depressão, evitar que ela chegue ao estágio de realizar um autoflagelo, automutilação, o autoextermínio [...]. ... Fazer o encaminhamento para o CAPS, o Centro de Apoio Psicossocial que temos na cidade. (E11)*

*Tentar estabilizar para eles poderem ter um convívio na sociedade normal [...] ...intenção de conseguir ingressá-lo na vida social de novo [...]. (E03).*

Por fim, os enfermeiros relataram emoções de angústia, medo, receio, despreparo/incapacidade, frustração, culpa e cansaço.

*Frustração, acredito que seja o mais forte. [...]. Daí vem a frustração de não poder fazer mais do que aquilo para ajudar. (E11)*

*Então, isso gera bastante angústia no profissional [...]. (E09)*

*Tem muito profissional que não tem capacidade, tem medo, tem receio, não sabe como agir, muitas vezes na hora da crise [...]. (E12)*

*Mas eu não me sinto assim, eu não sinto prazer em atender esse tipo de demanda, entendeu? Não é uma coisa assim que me chama muita atenção.* (E05)

## Discussão

Os resultados reforçam a tese de que o trabalho do enfermeiro está restrito ao âmbito “técnico” focado em diagnósticos psiquiátricos, permeado por contradições objetivas e subjetivas que interferem direta ou indiretamente nas estratégias utilizadas em seu processo de trabalho e no cuidado para indivíduos em situações de crise de saúde mental.

Desse modo, mesmo com ferramentas e tecnologias para o enfermeiro executar um trabalho que promova uma vivência positiva da crise, as condições e recursos disponíveis acabam por estimular uma execução protocolar e exaustiva, visto a sobrecarga do profissional, de etapas fixas de assistência; classificação de risco, identificação de sinais/sintomas e direcionamento dos usuários a serviços especializados; que, direta ou indiretamente, promovem o fenômeno da medicalização e patologização dos problemas de saúde mental<sup>(12,16,30)</sup>.

Além disso, as condições de trabalho ampliam as dificuldades na organização de estratégias de educação permanente, essenciais para o desenvolvimento de habilidades adequadas para se atender as condições de saúde; situação identificada tanto neste trabalho como também visto na literatura nacional e internacional<sup>(16,30)</sup>.

Nesse sentido, pode-se supor que persista na APS uma perspectiva manicomial, sustentado por um projeto neoliberal de asfixia político-econômica, pautado pela austeridade, que em um país como o Brasil, se configura pela diminuição gradual do estado e na sua capacidade de implementar políticas públicas de saúde<sup>(5,21-24)</sup>.

Para o MHD, esse projeto é essencial para a transformação da saúde mental e da crise em mercadoria. Para isso, a experiência de sofrimento humana precisa ser “simplificada” e colocada em critérios diagnósticos pré-estabelecidos, procedimento que facilita o direcionamento de demandas para a indústria farmacêutica, redes de saúde privadas e/ou religiosas; as comunidades terapêuticas<sup>(25,31-34)</sup>.

Ademais, é necessário ainda que os enfermeiros da APS, juntamente com o usuário e seus colegas, convivam com um ambiente de precarização, demarcado pela sobrecarga, baixa resolatividade, oferta limitada de serviços, alta rotatividade, dificuldade de construção de vínculos, instabilidade dos vínculos de trabalho e o incentivo à flexibilização/terceirização<sup>(21-23,30-32)</sup>.

Desse modo o trabalho do enfermeiro, essencialmente concreto e dotado de valor de uso intrínseco, acaba por

torna-se alienado de sua função social; a produção de saúde pelo cuidado, e se constitui somente enquanto força de trabalho que executa atividades padronizadas, integrando a cadeia de valorização do capital (valor que gera valor) indiretamente, agilizando a circulação e a troca de mercadorias<sup>(25,33)</sup>.

Ademais, como visto no estudo, por vezes a compreensão da saúde mental se torna indistinguível dos diagnósticos psiquiátricos, atuando apenas como seu negativo (“não estar com um transtorno”), e a crise é vista como a situação aguda grave de um quadro de transtorno mental; fenômeno também presente na literatura<sup>(30-33)</sup>.

Trata-se da sociabilização de um *fetichismo* técnico, ou seja, o subjetivo adquire um caráter objetivo, sendo simplificado, facilmente identificado, categorizado e controlado; o sofrimento adquire uma forma mais propícia para a dinâmica do mercado. A psiquiatria, desse modo, adquire poder social e coercitivo, descontextualizando os comportamentos do ambiente (atual e antecedente) do indivíduo, das variáveis reforçadoras e aversivas e da história pessoal de aprendizagem de cada indivíduo<sup>(14,25,31-32)</sup>.

Ou seja, os comportamentos visíveis (públicos) e as emoções (privadas) passam a ser explicados pelos transtornos mentais e toda história de vida — violência, negligência, maus tratos, etc. — é tratada, no máximo, como “fatores de risco individuais não modificáveis”. Essa forma de “explicação” é diariamente validada e compartilhada pelos aparelhos ideológicos do capital, visto a necessidade constante de gestão dos produtos (sofrimento) das contradições das relações de exploração do trabalho. O capital lucra, portanto, com o sofrimento que ele próprio gera, e mais, individualiza os determinantes desse sofrimento, culpabilizando os indivíduos pelas mazelas sociais do modo de produção capitalista<sup>(14,25,31-32)</sup>.

A compreensão sobre a saúde mental e as condições precárias que os profissionais enfrentam podem explicar ainda por que ações que teoricamente seriam associadas a atenção psicossocial, como o acolhimento e vínculo, se tornam etapas de um processo “técnico”, descaracterizadas de seu caráter de humanização, critério que requer “dispêndio de tempo diferenciado em comparação às demandas convencionais”<sup>(11,15,18,31)</sup>.

Esse panorama, cabe reforçar, não é exclusiva dos países periféricos, como o Brasil, sendo presente em todos os países, em menor ou maior nível. Por exemplo, nos Estados Unidos da América, a inexistência de um sistema público de saúde e o crescimento das desigualdades sociais vêm atingindo desproporcionalmente a população mais vulnerável, com o crescimento alarmante da população

desabrigada, encarceramento em massa e agravamento de condições de saúde<sup>(5)</sup>.

Na China, apesar de esforços para diminuição da iniquidade do acesso à saúde, a diminuição do número de trabalhadores da saúde mental, inclusive de enfermeiros, e as dificuldades no treinamento desses profissionais vêm trazendo desafios para a organização de um sistema comunitário de saúde mental. Situação similar pode ser encontrada em outros países da Europa e do Oriente Médio<sup>(6,10,35-37)</sup>.

Além disso, destaca-se que, tanto no Brasil como em outros países, os próprios profissionais de enfermagem precisam lidar com as iniquidades de marcadores sociais de gênero e raça; a maioria da força de trabalho de enfermagem é composta por mulheres, e no Brasil, por mulheres negras que enfrentam dupla/tripla jornada de trabalho<sup>(5-6)</sup>.

Não surpreendem as repercussões emocionais e afetivas (frustração, medo, etc.) relatadas pelos enfermeiros. Diante das possibilidades e ações limitadas, baixo apoio social, ausência de educação permanente, pouca resolutividade e das condições de vida cada vez mais precárias, é justificável o sentimento de frustração do profissional, visto que as emoções são reações ao ambiente (comportamento reflexo apreendido)<sup>(14)</sup>.

Nesse sentido, a persistência de um profissional em construir ou não novas estratégias, tentar novas possibilidades, buscar novas redes de comunicação, dentre outras, está relacionada a um padrão específico de reforçamento na história do profissional, ou seja, a razão e os intervalos que levaram o profissional a tentar alternativas e se obteve ou não sucesso. Por exemplo, o número de vezes que um profissional tentou construir com o NASF um projeto terapêutico singular pelo número de sucessos obtidos<sup>(14)</sup>.

Ademais, as repercussões emocionais/psicológicas também podem ser encontradas em outros países. Os enfermeiros vêm enfrentando situações de violência, assédio moral, *bullying* de colegas de trabalho e problemas de organização que minam a resolutividade do seu cuidado. A literatura internacional vem revelando um cenário complexo de adoecimento no trabalho que, por vezes, leva a desfechos como o suicídio<sup>(37)</sup>.

Desse modo, torna-se problemático responsabilizar apenas o enfermeiro pelos resultados no cuidado à crise de saúde mental, visto que não há condições concretas para a construção de ações relacionadas ao modelo psicossocial.

Nesse sentido, individualizar a problemática apenas aumentaria o número de situações capazes de reforçar emoções "negativas"; frustração/culpabilização. Adiciona-se a isso a fragilidade na estruturação sistemática de

ações de educação permanente, a sobrecarga, a baixa disponibilidade de tempo e recursos inadequados que tornam improvável a aplicação sistemática das melhores estratégias de cuidado nas situações de crise de saúde mental<sup>(14,16,30-31)</sup>.

Não há dúvidas, e a literatura reforça esse ponto exaustivamente, da necessidade de investimento na formação e educação permanente dos enfermeiros para lidar com situações de crise. Contudo, para os investimentos serem possíveis, e para existirem condições concretas favoráveis ao desenvolvimento do cuidado psicossocial pelo enfermeiro, o estado e sua população precisam superar a política neoliberal, banindo completamente a lógica da mercadoria do campo da saúde<sup>(5,16,31-32,37)</sup>.

Enquanto categoria com forte poder social, que convive e tem contato diário com sua comunidade, o enfermeiro pode contribuir nessa luta, por meio do fortalecimento de um protagonismo político-social com maior inserção na luta da classe trabalhadora. Deve, portanto, atuar ativamente por meio de sindicatos, conselhos, partidos de vanguarda, movimentos e iniciativas sociais, lutando por condições justas de trabalho e pela superação da pobreza, falta de moradia, saneamento, trabalho digno, dentre outros diversos problemas que assolam a sociedade capitalista.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se que a APS é apenas um dos cenários da RAPS onde o enfermeiro pode desenvolver o cuidado de indivíduos em situações de crise de saúde mental. É vital, portanto, que novos estudos sejam conduzidos para que todo o contexto da RAPS possa ser analisado em sua completude, em um processo que envolva diversas categorias de profissionais da saúde e outros atores, inclusive os usuários.

## Conclusão

Em síntese, o estudo possibilitou analisar como está estruturado o trabalho do enfermeiro na APS diante de situações de crise de saúde mental de usuários, descrevendo suas contradições objetivas e subjetivas — uma compreensão majoritariamente manicomial e um trabalho cercado pelo fenômeno da alienação e fetichização da "técnica" que serve para a inserção indireta do trabalho concreto em saúde na cadeia de valorização do capital.

O enfermeiro tem conhecimento de que seu cuidado em situações de crise pode ser executado de outra forma, mas, diante da superexploração e precariedade de recursos, restam poucas condições para essa construção, implicando repercussões emocionais/afetivas de frustração, medo, dentre outras, nos profissionais.

Por fim, a aplicação de referenciais críticos, bem como a sistematização metodológica possibilitada pelo instrumento TDF, revela-se vital diante dessa situação, por esclarecer a necessidade de uma maior compreensão teórico-científica dos condicionantes sociais e materiais do trabalho em saúde.

## Agradecimentos

Agradecemos a participação e colaboração dos profissionais de saúde dos serviços correspondentes que participaram da pesquisa. Também, aos membros dos grupos de pesquisa: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e em Condições Crônicas (NEPSMCC) e ao Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul pelo apoio durante a realização do estudo.

## Referências

- Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Mar 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Barnett P, Oshinowo I, Cooper C, Taylor C, Smith S, Pilling S. The association between social class and the impact of treatment for mental health problems: a systematic review and narrative synthesis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58:581-603. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02378-9>
- Moitra M, Owens S, Hailemariam M, Wilson KS, Mensa-Kwao A, Gonese G, et al. Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. *Curr Psychiatry Rep*. 2023;25:301-11. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Zeira A. Mental Health Challenges Related to Neoliberal Capitalism in the United States. *Community Ment Health J*. 2022;58:205-12. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00840-7>
- Li B, Chen J. Barriers to Community-Based Primary Health Care Delivery in Urban China: A Systematic Mapping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12701. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912701>
- Souza HS, Trapé CA, Campos CMS, Soares CB. The Brazilian nursing workforce faced with the international trends: an analysis in the International Year of Nursing. *Physis*. 2021;31(1):e310111. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310111>
- Parker SM, Paine K, Spooner C, Harris M. Barriers and facilitators to the participation and engagement of primary care in shared-care arrangements with community mental health services for preventive care of people with serious mental illness: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:977. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09918-2>
- Clinton-McHarg T, Gibson L, Bartlem K, Murray S, Ryall J, Orr M, et al. Barriers to the Provision of Preventive Care to People Living with Mental Health Conditions: Self-Report by Staff Working in an Australian Community Managed Organisation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4458. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084458>
- Hajebi A, Sharifi V, Abbasinejad M, Asadi A, Jafari N, Ziadlou T, et al. Integrating Mental Health Services into the Primary Health Care System: The Need for Reform in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2021;16(3):320-8. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6258.22>
- Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental [Internet]. Brasília: MS; 2013 [cited 2023 Jun 01]. 173 p. Available from: <https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuiid=@gtf-escriba-sesa@eab52cdc-d1eb-4bc0-9ae6-0f770d9584f4&emPg=true>
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 678/2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica [Internet]. Brasília: COFEN; 2021 [cited 2023 Jul 13]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021\\_90358.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-678-2021_90358.html)
- Oliveira LC, Menezes HF, Oliveira RL, Lima DM, Fernandes SF, Silva RAR. Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180214. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>
- Baum WM. Compreender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 320 p.
- Kinker FS, Moreira MIB. Opening up possibilities in mental health care, in times of crisis. *Saúde Debate*. 2021;45(128):178-90. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112814>
- Hurley J, Lakeman R, Linsley P, Ramsay M, Mckenna-Lawson S. Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles

- and identities. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;31:796-822. <https://doi.org/10.1111/inm.12983>
17. Coelho VAA, Gama CAP, Andrade LI, Silva MA, Guimarães DA, Guimarães EAA, et al. Community mental health care network: an evaluative approach in a Brazilian state. *Int J Ment Health Syst.* 2023;17:9. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00578-7>
  18. World Health Organization. *MhGAP Intervention Guide for Mental Neurological and Substance-use Disorders in Non-specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) - Version 2.0* [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549790>
  19. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev.* 2018;7:211. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7>
  20. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2023 Dec 20]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
  21. Nunes MO, Lima JM, Portugal CM, Torrenté M. Psychiatric reform and counter-reform: an analysis of a socio-political and sanitary crisis at national and regional level. *Cien Saude Colet.* 2019;24(12):4489-98. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
  22. Fernandes CJ, Lima AF, Oliveira PRS, Santos WS. Healthcare Coverage Index in the Psychosocial Care Network (iRAPS) as a tool for critical analysis of the Brazilian psychiatric reform. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00049519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>
  23. Sampaio ML, Bispo JP Júnior. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cad Saude Publica.* 2021;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
  24. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica.* 2017;51(0):19. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>
  25. Marx K. *O capital: crítica da economia política.* 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.
  26. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017;12(1):77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
  27. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
  28. Francis JJ, Johnston M, Robertson C, Glidewell L, Entwistle V, Eccles MP, et al. What is an Adequate Sample size? Operationalising Data Saturation for theory-based Interview Studies. *Psychol Health.* 2010;25(10):1229-45. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
  29. Griffith J, Marani H, Monkman H. COVID-19 vaccine hesitancy in Canada: a content analysis of Tweets using the Theoretical Domains Framework. *J Med Internet Res.* 2021;23(4):e26874. <https://doi.org/10.2196/26874>
  30. Almeida ACS, Freitas CKAC, Menezes AF, Almeida MS, Almeida APS. Nurses' performance in the management of the mental health crisis: An integrative review. *Res Soc Dev.* 2021;10(9):e31010918030. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18030>
  31. Coelho L, Neves T. Psychic suffering in neoliberalism and the political dimension of the mental health diagnosis. *Saude Soc.* 2023;32(3):e220850pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220850pt>
  32. Cavalcanti FMS, Amaral MVB. Technique fetishism and value production in the health professional's work. *Rev Katálysis.* 2020;23(3):658-66. <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n3p658>
  33. Barcelos KR, Wandekoken KD, Dalbello-Araujo M, Quintanilha BC. The standardization of conducts carried out by the Therapeutic Communities. *Saude Debate.* 2021;45(128):130-40. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>
  34. Alvarenga R, Dias MK. Epidemic Of Psychiatric Drug: Typologies Of Use In The Burnout Society. *Psicol Soc.* 2021;33:e235950. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33235950>
  35. Cecil DP, Ziaucyna K. A Theoretical, Historical, and Socio-Economic Case for Saving Lives through Strategic Improvement of Mental Health Systems around the World. *Ment Health Glob Chall J.* 2023;2(1):16-28. <https://doi.org/10.56508/mhgcj.v6i1.145>
  36. Almadami AH, Altheyab ES, Alkheraiji MA, Alfraiji AF, Albrekkan F, Alkhamis AS, et al. Perceptions and Attitudes of Mental Health Professionals toward the Mental Health Care Law in Saudi Arabia. *Healthcare.* 2023;11(20):2784. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202784>
  37. Cranage K, Foster K. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *Int J Ment Health Nurs.* 2022;31(3):665-76. <https://doi.org/10.1111/inm.12986>

---

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Obtenção de dados:**

Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra.

**Análise e interpretação dos dados:** Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Redação do manuscrito:**

Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:**

Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda.

**Outros (Orientação):** Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 19.09.2023

Aceito: 23.06.2024

Editora Associada:

Sueli Aparecida Frari Galera

**Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.


Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:

Gessner Bravo de Paula

E-mail: gessnerstyle09@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3430-7460>