


Situaciones de crisis de salud mental: el trabajo del enfermero en la Atención Primaria de Salud*


Gessner Bravo de Paula^{1,2,3}

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

Nur Mohamad Ali El Akra^{1,4}

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


Lucas Ferraz Córdova⁵

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


Lucilene Cardoso⁶

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

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti⁶

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

Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda¹

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

Puntos destacados: (1) Protocolo de atención manicomial para identificar y reducir los síntomas de la crisis. (2) Se reduce la experiencia de la crisis a un fenómeno psicopatológico. (3) Uso de marcos teórico-críticos que sigan las propuestas de la atención psicosocial. (4) Marco metodológico-analítico validado internacionalmente. (5) Es necesario que los enfermeros realicen trabajo político-social.

Objetivo: analizar el trabajo del enfermero en la Atención Primaria de Salud en situaciones de crisis de salud mental. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo, basado en los marcos teórico-interpretativos del análisis de la conducta y el materialismo histórico-dialéctico. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada a doce enfermeros de Atención Primaria de Salud y analizados mediante la técnica deductiva propuesta por el *Theoretical Domains Framework*, marco metodológico adoptado.

Resultados: los datos analizados permitieron elaborar dos temas: "El trabajo del enfermero: determinantes materiales y sociales" y "Condiciones subjetivas del enfermero en situaciones de crisis de salud mental". El trabajo del enfermero estuvo guiado por la ejecución protocolar de actuaciones "técnicas" relacionadas con la clínica psiquiátrica, que considera la crisis como un "brote psiquiátrico".

Conclusión: el estudio permitió analizar el trabajo del enfermero en situaciones de crisis, al describir las contradicciones objetivas y subjetivas, la comprensión que tienen del fenómeno de la crisis y las repercusiones emocionales de ese trabajo en los profesionales. Se observó que el trabajo está permeado por la alienación y el *fetichismo* de la técnica, lo que indica que es necesario que la categoría enfermería actúe, se organice y movilice político-socialmente en torno a la lucha contra el modelo de atención manicomial y a la consolidación de la perspectiva de la Reforma psiquiátrica.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Enfermeras y Enfermeros; Intervención en la Crisis (Psiquiatría); Modelos de Atención de Salud; Salud Mental; Trabajo

* Artículo parte de la disertación de maestría "Formas sociais de atuação dos enfermeiros em situações de crise de saúde mental: relato dos profissionais", presentada en la Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

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

² Secretaria do Estado de Saúde, Coordenadoria Estadual do Telessaúde, Campo Grande, MS, Brasil.



³ Becario de la Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado do Mato Grosso do Sul (FUNDECT), Brasil.

⁴ Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

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

⁶ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

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:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7015.4356> 

Introducción

El deterioro de la salud mental presenta un crecimiento significativo en todo el mundo en la población general. En 2019, se estimó que aproximadamente el 13% de la población mundial (970 millones de personas) tenía algún tipo de trastorno de salud mental, y que los más prevalentes eran los trastornos de ansiedad (31%), la depresión (28,9%) y los derivados del uso del alcohol y otras drogas⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado en el que un individuo puede funcionar, prosperar, afrontar dificultades, conectarse y contribuir para mejorar su comunidad. Por lo tanto, son problemas estrechamente relacionados/determinados por condiciones físicas, biológicas, socioculturales y conductuales⁽²⁻⁴⁾.

Además, la literatura ha destacado cómo el entorno político influye en estos determinantes de la salud. La evidencia indica que la difusión global de la política de austeridad económica neoliberal está aumentando drásticamente las tasas de enfermedades mentales, reduciendo la esperanza de vida y aumentando las inequidades en el acceso a los servicios de salud⁽³⁻⁵⁾.

En países de la periferia del capitalismo, como Brasil, esta política se ha caracterizado por la rápida y gradual destrucción de las capacidades de organización/coordinación de los sistemas de salud, precarización de las condiciones laborales y de la calidad de la atención. En los países capitalistas centrales, la política neoliberal incorporó la lógica de eliminar las restricciones del mercado, con la rápida reducción, o incluso la extinción, de los mecanismos de asistencia pública a la salud⁽³⁻¹⁰⁾.

Además, la política neoliberal provocó una desarticulación organizacional y del poder de "negociación" de los trabajadores, que conlleva un crecimiento alarmante de la informalidad y de los planes de salud privados con altos costos y poca efectividad⁽⁴⁾. Es en este contexto sociopolítico y epidemiológico que los enfermeros construyen su atención a usuarios en situación de crisis, la expresión más llamativa de los problemas de salud mental^(1,4-11).

La situación de crisis de salud mental se puede entender de diferentes maneras. En el modelo manicomial, se define como una situación o condición aguda siempre derivada de un trastorno mental, asociada con el rechazo del individuo a intervenciones y/o contacto, incapacidad personal de afrontamiento que requiere intervención inmediata para reducir los síntomas⁽¹²⁻¹³⁾.

Por otro lado, el modelo psicosocial define la crisis como un producto social con repercusiones psicológicas, asociadas a la capacidad de los sujetos para

responder a situaciones insoportables. Está relacionado con el repertorio psicosocial del individuo, producto de una interacción compleja entre la historia individual, el comportamiento individual y el entorno social/cultural^(11,14-15).

El modelo psicosocial de atención se caracteriza por ser una forma específica de combinar técnicas, tecnologías y convenios organizativos para abordar los problemas de salud, que busca superar el modelo manicomial a través de prácticas comunitarias en un ambiente abierto y para sujetos activos. En este modelo, el enfermero tiene a su disposición varias herramientas para desarrollar su trabajo y promover el cuidado en situaciones de crisis de salud mental⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Entre las acciones que dicho profesional puede realizar se destacan: utilizar la recepción; desarrollar vínculos a través de habilidades de comunicación/escucha; realizar evaluaciones de salud física; identificar condiciones sociales y conductas de riesgo, crear planes de atención conjuntos; participar en acciones de psicoeducación, liderar y coordinar grupos terapéuticos; crear acciones de educación continua; promover el vínculo y seguimiento de los usuarios hasta los puntos adecuados de la red. También puede brindar orientación sobre el uso correcto, los beneficios, los efectos secundarios, la duración e importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico^(12-13,15,18).

Para que esas herramientas se puedan utilizar, la literatura destaca que es necesario que la Atención Primaria de Salud (APS) brinde atención de salud mental de calidad; estrategia reconocida mundialmente para aumentar el acceso, reducir las brechas en la atención y promover una atención integral, longitudinal y efectiva, que esté integrada en una red de servicios⁽¹⁹⁾.

Para ello, se creó en Brasil la Red de Atención Psicosocial (RAPS), un convenio organizacional de acciones y servicios de salud mental orientados por el modelo de atención psicosocial. A pesar de las dificultades, la RAPS promovió el crecimiento de las tasas de inversión y cobertura poblacional. Sin embargo, aún hoy alrededor del 77% de la población brasileña todavía vive en regiones donde la asistencia de la RAPS es baja o nula⁽²⁰⁻²²⁾.

Además, las precarias condiciones materiales de trabajo de los enfermeros, la baja articulación e integración de los dispositivos de la RAPS, que incluye la APS, se han vinculado a una producción de cuidados con poca resolución y líneas de atención incapaces de contemplar las necesidades de salud mental de forma integral^(19,21-24).

Por lo tanto, es importante conocer cómo se estructura el trabajo de atención del enfermero a los usuarios en situaciones de crisis de salud mental, es

decir, cuáles son las condiciones objetivas/materiales y subjetivas presentes en el trabajo diario del enfermero.

Por consiguiente, surge la pregunta: ¿el trabajo que realiza el enfermero con personas en situación de crisis de salud mental se desarrolla contemplando todas las posibilidades de acción que tiene en la APS? Esta investigación parte de la tesis de que no lo hace, y propone que el trabajo del profesional se restringe a una acción práctica-técnica enfocada en categorías diagnósticas psiquiátricas, por lo tanto, se realiza de manera alienada y fetichizada.

Por ello, los resultados de este estudio fueron interpretados mediante el materialismo histórico-dialéctico (MHD) y el análisis de la conducta (AC). Para el MHD, el trabajo del enfermero consiste en un trabajo concreto, realizado y construido históricamente para satisfacer las necesidades de salud, que produce valores de uso. Mientras que, en el AC el trabajo del profesional se considera una conducta operante (aprendida) históricamente determinada por una comunidad cultural capaz de instruir, replicar y modelar una infinidad de clases de conductas complejas^(14,25)

Cabe destacar que hay una laguna en la producción de evidencia empírica sobre el trabajo de enfermería en salud mental en la Atención Primaria de Salud, especialmente en situaciones de crisis, con fundamentación crítica y uso de instrumentos validados, como el *Theoretical Domains Framework* (TDF). Eso ocurre principalmente en Brasil, donde el instrumento sobre el tema se implementa poco y es necesario identificar de forma urgente cuáles son las barreras, considerando el significativo aumento de los problemas de salud mental a nivel mundial^(1,26).

Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo analizar el trabajo del enfermero en la APS en situaciones de crisis de salud mental a partir de los relatos verbales de esos profesionales.

Método

Tipo de estudio y diseño teórico-metodológico

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo, en el que se utilizó el AC y el MHD, como marcos teórico-interpretativos, y el TDF, como marco metodológico-analítico.

El TDF es un instrumento compuesto por un conjunto de 14 dominios y sus respectivos constructos, cuyo objetivo es ayudar a identificar las influencias y barreras ("cognitivas", ambientales y sociales) que determinan el comportamiento. Sugiere los siguientes pasos: 1) selección y especificación de la conducta objetivo, el

trabajo de atención del enfermero; 2) selección del diseño del estudio; 3) estrategias de selección de participantes; 4) desarrollo de un formulario de entrevista; 5) recolección y análisis de datos. Para revisar y redactar el informe se utilizaron los *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Para la interpretación y síntesis se utilizaron conceptos clave de marcos teóricos interpretativos. En cuanto al AC, se utilizaron los conceptos de historia de aprendizaje, determinantes históricos de la conducta (filogenia, ontogenia y cultura), eventos reforzadores positivos y negativos y patrones de refuerzo. En lo que respecta al MHD, se utilizaron los conceptos de trabajo (concreto y abstracto), valor (uso e intercambio), capital, mercancías, alienación, conflicto de clases, relaciones de producción, explotación, ideología, precariedad, neoliberalismo, relación centro/periferia y fetiche^(14,25).

Escenario

El estudio se realizó en seis Unidades Básicas de Salud (UBS) y seis Unidades de Salud de la Familia (USF), de una capital de la Región Centro-Oeste de Brasil. La red de atención de salud de la ciudad contaba con 61 USF y 11 UBS, distribuidas en siete regiones sanitarias.

Periodo

La recopilación de datos se realizó entre octubre de 2022 y febrero de 2023.

Criterios de selección

Para la selección y especificación de la conducta se utilizó la estrategia: *Who* (enfermeros), *When* (contacto del usuario en situación de crisis de salud mental), *Where* (Atención Primaria de Salud) y *How* (prácticas y acciones asociadas al trabajo del enfermero)⁽²⁶⁾.

La población de estudio fue definida como: enfermeros con vínculo laboral y que trabajan en la USF y la UBS. Para la selección de los participantes se estipularon los siguientes criterios de inclusión: ser enfermero, estar asignado y haber ocupado el cargo de enfermero en la USF o en la UBS durante al menos seis meses.

El criterio tiempo de trabajo fue elegido arbitrariamente por los autores, mediante una discusión en el grupo de trabajo teniendo en cuenta el tiempo necesario para que el profesional se acostumbre al contexto de trabajo y conozca su comunidad. Se excluyeron los profesionales que estuvieran de licencia y/o de vacaciones.

Participantes

Participó del estudio un enfermero de cada unidad de salud. Cada USF y UBS contaba, en promedio, con dos profesionales enfermeros. Los investigadores optaron por incluir a un profesional de cada unidad para que las entrevistas tuvieran una mayor diversidad de ubicaciones/unidades, sin llegar al criterio de saturación de 10 entrevistas seguidas de tres entrevistas adicionales o hasta que no hubiera presencia de nuevos temas⁽²⁸⁾.

Como estrategia de selección de participantes, las unidades se dividieron en siete grupos (G1 a G7) y se numeraron las UBS y USF de cada región sanitaria (G1:UBS1; G2:UBS2; G1:USF1; G2:USF1, etc.).

A continuación, se ingresó cada grupo de unidades a una herramienta de lotería *online*, para seleccionar una UBS y una USF de cada región sanitaria. La unidad seleccionada era excluida si todos los profesionales de la unidad se negaban a participar. Inicialmente se sortearon catorce unidades de salud, siete UBS y siete USF. El autor principal de la investigación sólo conocía una de ellas. En ese caso la entrevista fue realizada por otro investigador.

Fueron trece los enfermeros que aceptaron participar del estudio, sin embargo, uno de ellos fue excluido porque tenía dificultades para recibir, después de tres intentos, a los investigadores en el día/lugar previsto para la entrevista. Por ende, participaron en el estudio doce profesionales en total, distribuidos en las siete regiones sanitarias de la ciudad.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de una única entrevista semiestructurada, individual, presencial, grabada en soporte de audio, mediante grabadora digital, sin grabación de imágenes, con una duración promedio de cuarenta y cinco minutos.

Para ello, se utilizó un cuestionario semiestructurado con preguntas sobre conocimiento de los profesionales, estrategias y habilidades utilizadas, intenciones y metas, efectividad del manejo, rol del profesional, apoyo social y profesional, barreras, facilitadores y sentimientos. También se utilizó un instrumento para caracterizar a los participantes con edad, estado civil, tiempo de graduado, color/etnia, carga horaria, tiempo en el cargo e ingreso.

La recolección de datos fue realizada por dos investigadores, una estudiante de grado y un enfermero (estudiante de maestría), ambos previamente capacitados.

Procedimiento para la recolección de datos

Para comenzar la recolección de datos, se contactó de forma telefónica el responsable de la unidad y se acordó un horario para

presentar la investigación, de manera que no comprometiera la rutina y la atención que se le brinda a la población.

En esa visita, los investigadores responsables de la recolección de datos presentaron la propuesta de investigación y los procedimientos de recolección de datos a todos los enfermeros de la unidad.

Luego de este primer contacto con los enfermeros, se obtuvieron tres tipos de respuesta: 1) negativa a participar; 2) aceptación con programación de la entrevista; 3) aceptación y realización de la entrevista en el momento. En el primer caso, la unidad fue excluida de la lista y se realizó un nuevo sorteo en el grupo de la unidad visitada. Entre los motivos citados por los profesionales para negarse a participar están la carga de trabajo y la falta de colegas para reemplazar al profesional durante la entrevista.

En la segunda situación, la entrevista se programó en un día/lugar elegido por el participante, y se le informó que podía cancelar o reprogramar en cualquier momento. Cuando alguna situación le impedía a un participante realizar la entrevista, se programaba una nueva fecha, en un plazo de hasta siete días desde la fecha inicial.

En las unidades en las que más de un profesional por unidad manifestó interés en participar, los investigadores brindaron nuevas orientaciones sobre la metodología y el profesional fue incluido en la lista de reserva para cuando fuera imposible entrevistar al profesional seleccionado inicialmente. En la tercera situación, la entrevista se realizó en el momento en el que el profesional aceptó participar.

Procesamiento y análisis de datos

Todos los audios de las entrevistas fueron transcritos íntegramente y las identificaciones de los participantes, personas e instituciones mencionadas fueron reemplazadas por códigos que eran dominio exclusivo de los investigadores. A cada entrevista realizada se le asignó un código que describía el orden de la entrevista realizada y el grupo al que pertenecía (ej.: G1:E1, G2:E2, G3:E3, etc.).

El instrumento TDF (Figura 1) proporcionó una estructura de los factores determinantes (dominios y constructos) del trabajo del enfermero en situaciones de crisis de salud mental, es decir, facilitó identificar los determinantes que establecen, mantienen y modifican la conducta⁽²⁶⁾.

Para el proceso de análisis se utilizó el método deductivo, que comprende cinco fases: 1) lectura y exploración del material; 2) codificación y organización del contenido de los discursos en los constructos y dominios que mejor reflejen el contenido transcrito; 3) distribución absoluta y proporcional del número de discursos; 4) elaboración de temas considerando las intersecciones de los discursos y los marcos teóricos interpretativos; 5) elaboración de un mapa ilustrativo de las relaciones entre temas/dominios^(26,29).

Dominio	Definición	Constructo
1. Conocimiento	Conciencia de la existencia de algo.	-Conocimiento (incluido el conocimiento de la condición/base científica) -Conocimiento procedimental -Conocimiento sobre el contexto de la tarea
2.Capacidad	Habilidad o competencia adquirida a través de la práctica.	-Desarrollo de la capacidad -Competencia -Habilidad -Habilidades interpersonales -Práctica -Evaluación de las capacidades
3.Identidad y rol profesional/social	Conjunto de conductas coherentes y presencia de cualidades personales de un individuo en un entorno social o laboral.	-Identidad profesional -Rol profesional -Identidad social -Identidad -Límites profesionales -Confianza profesional -Identidad de grupo -Liderazgo -Compromiso organizacional
4.Creencia en las capacidades	Aceptación de la verdad, realidad o validez sobre una habilidad, talento o aptitud que una persona puede utilizar de manera constructiva.	-Autoconfianza -Competencia percibida -Autoeficacia -Control conductual percibido -Creencias -Autoestima -Empoderamiento -Confianza profesional
5.Optimismo	Confianza en que las cosas saldrán bien o que se alcanzarán los objetivos deseados.	-Optimismo -Pesimismo -Optimismo poco realista -Identidad
6.Creencia sobre las consecuencias	Aceptación de la verdad, realidad o validez de los resultados de una conducta en una situación determinada.	-Creencias -Expectativas de resultados -Características de las expectativas de resultados. -Arrepentimiento anticipado -Consecuentes
7.Refuerzo	Aumentar la probabilidad de una respuesta estableciendo una relación de dependencia o contingencia entre la respuesta y un estímulo determinado.	-Recompensas (proximales/distales, con valor/sin valor, probables/improbables) -Incentivos -Castigo -Consecuentes -Refuerzo -Contingencias -Sanciones
8.Intenciones	Decisión consciente de tener una conducta o la determinación de actuar de una determinada manera.	-Estabilidad de intenciones -Modelo de etapas de cambio -Modelo transteórico y etapa de cambio
9.Metas	Representaciones mentales de resultados o estados finales que un individuo desea lograr.	-Metas (distal/proximal) -Prioridad de las metas -Meta/Establecimiento de metas -Metas (autónomas/controladas) -Plan de acción -Intención de implementación
10.Procesos de memoria, atención y decisión	Habilidad para retener información, centrarse selectivamente en aspectos del entorno y elegir entre dos o más alternativas.	-Memoria -Atención -Control de la atención -Toma de decisiones -Sobrecarga cognitiva/cansancio
11.Contexto ambiental y recursos	Cualquier circunstancia de la situación o entorno de una persona que desalienta o fomenta el desarrollo de capacidades y habilidades, la independencia, la competencia social y el comportamiento adaptativo.	-Estresores ambientales -Recursos materiales -Cultura/clima organizacional -Eventos destacados/incidentes críticos -Interacción persona vs. entorno -Barreras y facilitadores

(continúa en la página siguiente...)

Dominio	Definición	Constructo
12. Influencias sociales	Procesos interpersonales que pueden hacer que los individuos cambien sus pensamientos, sentimientos o comportamiento.	-Presión social -Normas sociales -Conformidad del grupo -Comparaciones sociales -Normas del grupo -Apoyo social -Poder -Conflicto entre grupos -Alienación -Identidad de grupo -Modelado
13. Emoción	Patrón complejo de reacción, que involucra elementos de la experiencia, conductuales y fisiológicos, mediante el cual un individuo intenta lidiar con un tema o evento personalmente significativo.	-Miedo -Ansiedad -Afecto -Estrés -Depresión -Afecto positivo/negativo -Burnout
14. Regulación de la conducta	Cualquier cosa destinada a gestionar o cambiar acciones observadas o medidas objetivamente.	-Autocontrol -Cambiar hábitos -Plan de acción

Fuente: Extraído de la guía de uso del *Theoretical Domains Framework*⁽²⁶⁾

Figura 1 - *Theoretical Domains Framework*: sus dominios, definición y constructos

Este proceso fue realizado de forma independiente, por dos investigadores capacitados en el uso del instrumento y, posteriormente, los análisis fueron comparados y discutidos hasta llegar a un consenso. Cuando no hubo consenso, el discurso/extracto de la entrevista fue asignado a todos los dominios enumerados por los investigadores⁽²⁶⁾.

Todo el análisis fue guiado por la elaboración de tablas que contienen los discursos/extractos de los participantes. La interpretación de los enunciados se realizó basándose en las definiciones de los constructos descritos en el TDF y comparándolos con los marcos teóricos del AC y MHD. Los datos de caracterización de la muestra y distribución cuantitativa (absoluta y proporcional) se organizaron y analizaron en un documento *Excel* (*Microsoft*).

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos, según CAEE: 59722622.9.0000.0021.

Resultados

Participaron del estudio doce profesionales, siete eran del sexo masculino (58,3%), con una edad promedio de 33 años (máximo 47, mediana 31,5 y mínimo 24), la mayoría era soltero (58,3%), ocho (66,7%) se consideraron morenos, dos (16,7%) blancos y uno negro (8,3%). En cuanto al tiempo en el cargo, osciló entre uno y diez años, con un promedio de tres años y medio. El ingreso familiar promedio de los profesionales era de R\$ 8.550 reales.

A partir del análisis se identificaron constructos de los 14 dominios, con la siguiente distribución (Tabla 1).

A partir del análisis y la interpretación, los datos se agruparon en dos temas, a saber "El trabajo del enfermero: determinantes materiales y sociales (TEMA-01)" y "Condiciones subjetivas del enfermero en situaciones de crisis de salud mental (TEMA-02)" (ver Figura 2).

Tabla 1- Distribución absoluta y proporcional (por dominio y con respecto al total) de constructos y dominios. Campo Grande, MS, Brasil, 2022-2023

Número de eventos	Proporción por dominio (%*)	Constructo	Dominio
61	14,48	Conocimiento (incluido el conocimiento de la condición/base científica)	
74		Conocimiento procedimental	Conocimiento
97		Conocimiento sobre el contexto de la tarea	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

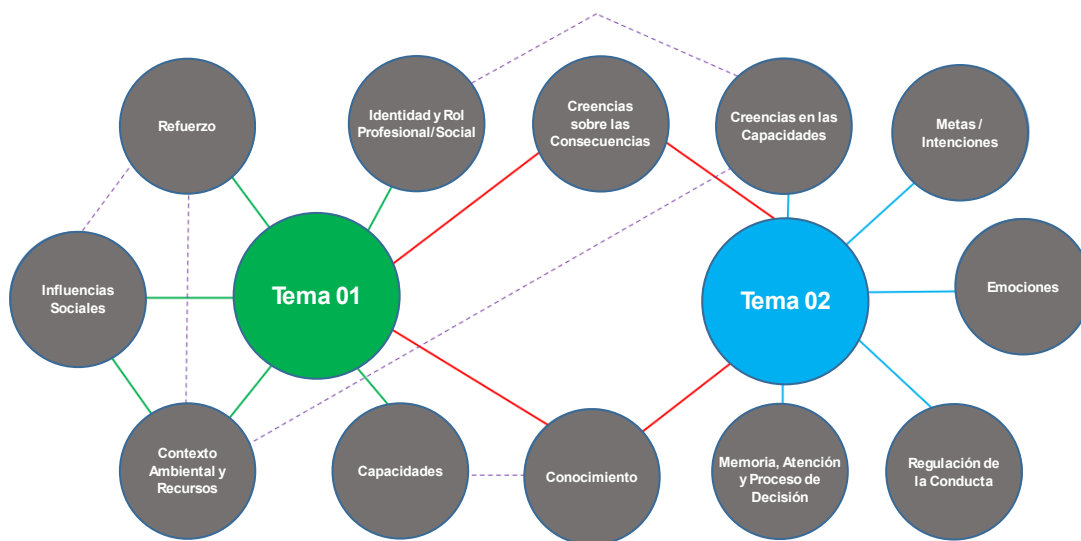
Número de eventos	Proporción por dominio (%*)	Constructo	Dominio
44	17,01	Recursos/recursos materiales	Contexto ambiental y recursos
3		Estresores ambientales	
15		Cultura/clima organizacional	
96		Barreras y facilitadores	
10		Eventos destacados/incidentes críticos	
98		Interacción persona vs. entorno	
9	14,61	Capacidad	Capacidades
15		Desarrollo de la capacidad	
59		Competencia	
20		Capacidades interpersonales	
31		Práctica	
55		Evaluación de las capacidades	
42		Habilidades	
49	9,55	Identidad Profesional	Identidad y rol profesional/social
65		Rol profesional	
3		Liderazgo	
34		Identidad de grupo	
10	8,16	Autoconfianza	Creencia en las capacidades
5		Competencia percibida	
6		Autoeficacia	
43		Creencias	
3		Empoderamiento	
44		Control Conductual Percibido	
18		Confianza profesional	
23	7,21	Creencias	Creencia sobre las consecuencias
25		Expectativa de Resultados	
15		Características de las expectativas de resultados	
9		Arrepentimiento anticipado	
42		Consecuentes	
1	1,20	Identidad	Optimismo
7		Optimismo	
9		Pesimismo	
2		Optimismo irrealista	
17	14,17	Recompensa (proximal/distal, valido o no válido, probable o improbable)	Refuerzo
1		Incentivos	
49		Castigo	
43		Consecuentes	
21		Refuerzo	
92		Contingencias	
1		Sanciones	
8	0,51	Estabilidad de Intenciones	Intenciones

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Número de eventos	Proporción por dominio (%*)	Constructo	Dominio
17	3,92	Metas (distales/proximales)	Metas
5		Metas (autónomas/controladas)	
13		Meta/Establecimiento de metas	
13		Prioridad de las metas	
12		Intenciones de implementación	
2		Plan de acción	
4	2,97	Presión social	Influencias sociales
1		Comparaciones sociales	
1		Conformidad del grupo	
1		Normas sociales	
37		Apoyo social	
2		Conflicto entre grupos	
1		Poder	
2	3,35	Miedo	Emociones
1		Ansiedad	
27		Afecto	
0		Estrés	
17		Afecto positivo/negativo	
6		Agotamiento	
13	0,82	Autocontrol	Regulación de la conducta
1		Cambiar hábitos	
18		Plan de acción	
1	2,02	Memoria	Memoria, atención y proceso de decisión
11		Control de la atención	
8		Atención	
11		Toma de decisiones	
1		Sobrecarga cognitiva/cansancio	

*Valor en porcentaje de la distribución proporcional (relativa) de cada dominio



*Theoretical Domains Framework

Nota: Línea verde: relación única con el Tema 01; línea azul: Relación única con el Tema 02; línea roja: relación entre los dos temas; línea discontinua: relación entre constructos; elaboración propia, basado en la literatura⁽²⁹⁾

Figura 2 - Mapa de los temas y las intersecciones entre los dominios del TDF*

El trabajo del enfermero: determinantes materiales y sociales

Se mencionaron actividades relacionadas con el trabajo asistencial del enfermero en los dominios capacidad y conocimiento procedimental, surgieron prácticas como: derivación de usuarios al Servicio de Urgencia y Emergencia (SUE) o a servicios especializados como el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS), Centros de Apoyo a la Salud de la Familia (CASF); internación; clasificación de riesgo; contención farmacológica y/o mecánica; recepción, visitas domiciliarias en casos excepcionales y búsqueda activa.

(...) dos alternativas, una es llamar a urgencias y emergencias para poder contenerlo, para que no se automutile [...] (E1)

(...) ingresó aquí a la unidad y pasa por un proceso de escucha, es obvio que si está en un momento de gran crisis [...] se trata como una emergencia, la máxima clasificación aquí. [...] será evaluado y enviado a enfermería para realizar una clasificación de riesgo [...] derivamos pacientes a través del sistema de vacantes [...] (E08)

(...) lo derivamos al CAPS, porque allí lo van a evaluar, luego lo envió a consulta con un psicólogo, a veces con un psiquiatra y, si es necesario, a internación. (E10)

Recepción. Las personas necesitan atención y afecto, entender que hay alguien que se preocupa por ellas, sin juzgar. Entonces, creo que este es el punto clave de la Atención Primaria [...] recibir al usuario considerando su individualidad. (E09)

El enfermero se describe (identidad y rol profesional/social) como el profesional que tiene mayor contacto con los usuarios, responsable de la recepción, apoyo y diálogo y de la clasificación/organización de la atención. Además, mencionaron la responsabilidad de articular el equipo, la familia y los componentes de la RAPS.

Enfermería es el primer contacto cuando estoy hablando con el paciente [...] pero tenemos más, digamos, familiaridad incluso con las familias [...] Y para dar apoyo emocional también, tenemos la función de encargarnos de la parte emocional del paciente, brindarle apoyo. (E02)

Si el paciente no está estable, aquí tratamos de estabilizarlo, pasa por la consulta de enfermería, se realiza la clasificación y luego se lo deriva al médico que estabiliza el cuadro con algún fármaco [...]. (E08)

Mire, yo veo al enfermero como una persona que va a organizar la atención, a dirigir bien la atención [...]. (E10)

Nosotros hacemos un relevamiento de la demanda y es el enfermero quien coordina este proceso, incluso con la familia, y somos nosotros quienes estaremos en la casa, para orientarlos y poder llevar los casos al equipo multidisciplinario para discutirlos. (E03)

Nosotros también tenemos un rol, cómo lo puedo decir, para tratar de resolver también estos casos. [...] ...el cuadro que tiene el paciente. (E05)

Las acciones y prácticas que se realizan en la APS, según los profesionales, tienen consecuencias para la adherencia al tratamiento (mejora/empeora); dificultades para monitorear e identificar los casos; ruptura de vínculos y recurrencia de crisis.

Y otra cosa es la adherencia. Adherencia al tratamiento. Entonces, el paciente piensa que está bien y luego ya no cumple con el tratamiento y luego vuelve la crisis. [...]. (E03)

Entonces cuando utilizamos este método de asistencia que es recibir, escuchar, terminamos teniendo una alta adherencia por parte de los pacientes [...]. Cuando puede comprender, entender el proceso de salud y enfermedad, eso le facilita la adherencia al tratamiento [...] le ayuda a cambiar su estilo de vida [...]. (E05)

(...) entonces, el paciente no crea un vínculo con el médico del equipo, no crea un vínculo con el enfermero que representa a todo el equipo. [...] entonces ¿cómo va a crear un vínculo el paciente si cada vez que viene aquí lo atiende un médico diferente? [...]. (E08)

En lo que respecta al contexto ambiental y los recursos, los enfermeros informan: escaso número de vacantes, dificultades para acceder a los servicios (largos tiempos de espera, por ejemplo), desguace de estructuras y espacios de atención adecuados, falta de recursos humanos y alta rotación. Este contexto se relacionó con consecuencias como sobrecarga profesional y reducción del número de profesionales que brindan atención al usuario.

(...) hay mucho desgaste, en las cuarenta horas del profesional, hay mucho sufrimiento por eso en ese proceso con toda esa carga [...]. (E09)

(...) Y mi preocupación también se refiere a veces a la reducción del limitado número de vacantes disponibles para el tratamiento oportuno de estos pacientes. (E02)

(...) luego la persona entra en una lista, espera de 5 a 6 meses para recibir atención [...]. (E01)

(...) la sobrecarga del Sistema Único de Salud (SUS), la sobrecarga del propio sistema y la falta de profesionales, es un desguace del SUS lo que está ocurriendo en el país [...]. (E04)

A veces la estructura física no tiene suficiente espacio, hay una habitación para cuatro enfermeros, por lo que muchas veces no hay dónde llevar al paciente para hablar mejor con él. (E12)

En cuanto a las influencias sociales (apoyo social, presión social, conflicto entre grupos), se describió que había apoyo para realizar la derivación a los servicios especializados (CAPS y CASF) y Servicios de Urgencia y Emergencia (SUE), pero que estaban comprometidas la comunicación y la contradirivación. También se citaron interferencias del equipo médico en la autonomía de los enfermeros.

(...) no hay comunicación, no hay contradicción, no hay una cierta autonomía de que voy a derivar al paciente y tener acceso a todo lo que se está haciendo [...]. Entonces es un bucle infinito porque tenemos que estar todo el tiempo atrás de la información, no la tenemos [...]. (E08)

(...) Y puedo llamar al bombero, puedo llamar al Servicio de Atención Móvil de Emergencias (SAMU) también [...]. (E02)

(...) porque no tengo acceso, o mi categoría no me lo permite, o lo que puedo hacer, a veces, lo deshace otro profesional, por motivos médicos [...]. (E12)

Las actividades mensuales de educación/discusión también se mencionaron como una forma de apoyo social.

Todos los meses tenemos reuniones mensuales que se llevan a cabo en el Centro Especializado Municipal (CEM) con el equipo de salud mental donde se abordan diversos temas relacionados con el flujo de pacientes y demandas regulatorias. Discutimos casos, presentamos casos reales que suceden en las unidades para discutir y ver qué podríamos haber hecho, enumeramos las potencialidades y debilidades de este servicio. (E05)

Condiciones subjetivas del enfermero en situaciones de crisis de salud mental

Los enfermeros reportaron inseguridad/falta de capacidad técnica, además de situaciones donde se expresó estigma hacia los usuarios.

(...) la falta de capacidad técnica [...] Hago lo mejor que puedo como enfermera, todo en base a todo lo que aprendí, pero ¿soy experta en esto? ¡No! ¿Soy parte de un grupo que siempre tiene educación continua sobre esto para saber manejar los casos? ¡No! (E08)

(...) sí, hay algunos prejuicios de orden religioso, de orden social, de orden económico [...] Creo que uno de los factores es la discriminación incluso con paciente con problemas mentales. Muchas veces dicen que es posesión demoniaca [...] dicen que el paciente es "vago". (E12)

La crisis de salud mental (conocimiento de la condición) se asoció con la noción de urgencia/emergencia psiquiátrica y, en ocasiones, se utilizó el término "brote". Además, los participantes, al especificar los tipos de crisis, citaron signos/síntomas de trastornos mentales.

La crisis es el brote psiquiátrico, considero que es una situación en la que el individuo está fuera de sí, hablando en términos de urgencia [...]. (E02)

Puede ser desde un ataque de ansiedad, un ataque de pánico, pacientes con un brote por algún tipo de trastorno, trastorno bipolar, pacientes esquizofrénicos con algún tipo de brote [...]. (E06)

Como excepción, se destacan dos informes que describen una comprensión de la crisis más cercana al modelo psicosocial.

Entonces entiendo la crisis de salud mental como un proceso [...], pero algo inesperado con lo que el paciente por sí solo no es capaz lidiar en ese momento desafiante o incluso algún evento externo [...]. (E04)

(...) Creo que es todo problema que hace que la persona ya no puede tener buen discernimiento, psíquico y mental, que termina afectando las actividades cotidianas, tanto las relaciones familiares como las relaciones con los amigos y el trabajo. Llega al punto en que afecta el proceso de vinculación social de la persona... [...]. (E11)

En cuanto a las creencias (capacidades y consecuencias), los participantes dijeron que creen que reducen los riesgos, pero que su trabajo no contribuye al tratamiento de los trastornos, sino que sólo controla puntualmente las crisis.

(...) no previene un problema mayor, pero logramos minimizar los riesgos de la gravedad de la enfermedad o de un brote en sí o de un intento de suicidio [...] una reducción del daño [...]. (E02)

(...) la causa del problema no se resolvió, ese evento desencadenante, a veces, ni siquiera se resolvió [...] creo que nuestra atención hoy está haciendo al paciente adicto a la medicación, no contribuye a controlar la enfermedad bajo ninguna circunstancia. (E06)

Destacan que buscan con su trabajo (metas): reducción del sufrimiento, adecuación y regularización del tratamiento farmacológico, vinculación a servicios especializados y estabilización de los usuarios para que puedan reinsertarse en la sociedad.

Entonces, el objetivo más grande es reducir el sufrimiento psicológico del paciente, porque no tiene sentido tener una lista vacía, pero tengo usuarios que sufren un dolor psicológico absurdo, les duele más que el dolor físico (E09)

De hecho, cuando utilizamos estas estrategias intentamos que los pacientes sigan un tratamiento regular [...]. (E07)

Cuando se trata de la persona que sufre depresión, evitar que llegue a la etapa de autolesión, de automutilación, de autoexterminio [...]. ...hay que derivarlo al CAPS, al Centro de Apoyo Psicosocial que tenemos en la ciudad. (E11)

Intentar estabilizarlos para que puedan vivir en la sociedad normal [...] ...intentar que pueda volver a tener vida social [...]. (E03)

Por último, los enfermeros informaron que sienten angustia, miedo, inquietud, falta de preparación/incapacidad, frustración, culpa y cansancio.

La frustración creo que es la más fuerte. [...] De ahí viene la frustración de no poder hacer más de lo que hacemos para ayudar. (E11)

Entonces esto le genera mucha angustia al profesional [...]. (E09)

Hay muchos profesionales que no tienen capacidad, tienen miedo, no saben cómo actuar, muchas veces en situaciones de crisis [...]. (E12)

Pero yo no me siento así, no siento placer al atender este tipo de demandas, ¿sabes? No es algo que me llame mucho la atención. (E05)

Discusión

Los resultados refuerzan la tesis de que el trabajo del enfermero se restringe al ámbito “técnico” centrado en diagnósticos psiquiátricos, permeado por contradicciones objetivas y subjetivas que interfieren directa o indirectamente en las estrategias que utilizan en su proceso de trabajo y en la atención de personas en situación de crisis de salud mental.

De hecho, incluso con herramientas y tecnologías para que los enfermeros realicen un trabajo que promueva una experiencia positiva de la crisis, las condiciones y los recursos disponibles terminan incentivando una ejecución protocolizada y exhaustiva, debido a la sobrecarga del profesional, de etapas fijas de atención, clasificación de riesgos, identificación de signos/síntomas y derivación de usuarios a servicios especializados, que, directa o indirectamente, promueven el fenómeno de medicalización y patologización de los problemas de salud mental^(12,16,30).

Además, las condiciones de trabajo aumentan las dificultades para organizar estrategias de educación continua, esenciales para desarrollar habilidades adecuadas para enfrentar las condiciones de salud; situación que se identificó tanto en el presente trabajo como en la literatura nacional e internacional^(16,30).

Por lo tanto, se puede suponer que persiste en la APS una perspectiva manicomial, basada en un proyecto neoliberal de asfixia político-económica, guiado por la austeridad, que en un país como Brasil, se manifiesta en la reducción paulatina del Estado y de su capacidad para implementar políticas de salud pública^(5,21-24).

Para el MHD, este proyecto es fundamental para transformar la salud mental y la crisis en una mercancía. Para lograrlo, es necesario “simplificar” la experiencia del sufrimiento humano y encuadrarla en criterios diagnósticos preestablecidos, en un procedimiento que facilite dirigir las demandas a la industria farmacéutica, a las redes de salud privadas y/o religiosas; a las comunidades terapéuticas^(25,31-34).

Además, también es necesario que el enfermero de la APS, junto con el usuario y sus compañeros, viva en un ambiente precario, marcado por sobrecarga, baja resolución, oferta limitada de servicios, alta rotación, dificultad para construir vínculos, inestabilidad de los

vínculos de trabajo y con el incentivo de la flexibilización/tercerización^(21-23,30-32).

De esta manera, el trabajo del enfermero, esencialmente concreto y dotado de valor de uso intrínseco, acaba alienándose de su función social, que es la producción de salud para el cuidado, y se constituye únicamente como una fuerza de trabajo que realiza actividades estandarizadas e, indirectamente, pasa a formar parte de la cadena de valorización del capital (valor que genera valor), agilizando la circulación y el intercambio de bienes^(25,33).

Por otro lado, como se puede ver en el estudio, a veces la comprensión de la salud mental se vuelve indistinguible de los diagnósticos psiquiátricos y actúa sólo como su negativo (“no tener un trastorno”), y la crisis es vista como la situación aguda grave de un trastorno mental; fenómeno que está presente también en la literatura⁽³⁰⁻³³⁾.

Es la socialización de un fetiche técnico, es decir, lo subjetivo adquiere carácter objetivo, es simplificado, identificado fácilmente, categorizado y controlado; el sufrimiento adquiere una forma más propicia para la dinámica del mercado. La psiquiatría, de esta manera, adquiere poder social y coercitivo, descontextualiza las conductas del entorno (actual y anterior) del individuo, de las variables de refuerzo positivo y negativo y de la historia personal de aprendizaje de cada individuo^(14,25,31-32).

En otras palabras, los comportamientos visibles (públicos) y las emociones (privadas) son explicados por los trastornos mentales y toda la historia de vida -violencia, abandono, maltrato, etc.- se trata, como máximo, como “factores de riesgo individuales no modificables”. Esta forma de “explicación” es diariamente validada y compartida por los aparatos ideológicos del capital, dado que es necesario gestionar constantemente los productos (el sufrimiento) de las contradicciones de las relaciones de explotación laboral. Por lo tanto, el capital se beneficia del sufrimiento que él mismo genera y, es más, individualiza los determinantes de este sufrimiento, culpando a los individuos por los males sociales del modo de producción capitalista^(14,25,31-32).

La comprensión de la salud mental y de las condiciones precarias que enfrentan los profesionales también puede explicar por qué acciones que teóricamente estarían asociadas a la atención psicosocial, como la recepción y el vínculo, se convierten en etapas de un proceso “técnico”, desprovisto de su carácter humanizado que requiere “la dedicación de un tiempo distinto del que llevan las demandas convencionales”^(11,15,18,31).

Cabe destacar, que este panorama no es exclusivo de los países periféricos, como Brasil, sino que está

presente en todos los países, en menor o mayor medida. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la falta de un sistema de salud pública y el crecimiento de las desigualdades sociales han afectado desproporcionadamente a la población más vulnerable, hay un alarmante crecimiento de la población sin hogar, del encarcelamiento masivo y empeoramiento de las condiciones de salud⁽⁵⁾.

En China, a pesar de los esfuerzos por reducir la inequidad en el acceso a la atención médica, la disminución del número de trabajadores de salud mental, incluso de enfermeros, y las dificultades para capacitar a estos profesionales han planteado desafíos para la organización de un sistema comunitario de salud mental. Una situación similar se puede encontrar en otros países de Europa y Oriente Medio^(6,10,35-37)

Además, se destaca que, tanto en Brasil como en otros países, los profesionales de enfermería deben lidiar con las inequidades de los marcadores sociales de género y raza; la mayor parte de la fuerza laboral de enfermería está compuesta por mujeres, y en Brasil, por mujeres negras que enfrentan jornadas de trabajo dobles o triples⁽⁵⁻⁶⁾.

No sorprenden las repercusiones emocionales y afectivas (frustración, miedo, etc.) que mencionaron los enfermeros. Ante posibilidades y acciones limitadas, escaso apoyo social, falta de educación continua, poca resolución y condiciones de vida cada vez más precarias, el sentimiento de frustración del profesional es justificable, dado que las emociones son reacciones al entorno (comportamiento reflejo aprendido)⁽¹⁴⁾.

Por ende, la persistencia de un profesional en construir o no nuevas estrategias, probar nuevas posibilidades, buscar nuevas redes de comunicación, entre otras, se relaciona con un patrón específico de refuerzo en la historia del profesional, es decir, el motivo y los intervalos que llevaron al profesional a probar alternativas y si tuvo éxito o no. Por ejemplo, la cantidad de veces que un profesional intentó crear un proyecto terapéutico único con el CASF por la cantidad de éxitos obtenidos⁽¹⁴⁾.

Además, las repercusiones emocionales/psicológicas también se pueden encontrar en otros países. Los enfermeros se enfrentan a situaciones de violencia, acoso moral, *bullying* por parte de sus compañeros de trabajo y problemas organizativos que minan la capacidad de resolución de la atención. La literatura internacional ha revelado un escenario complejo de enfermedad en el trabajo que en ocasiones conduce a desenlaces como el suicidio⁽³⁷⁾.

Por lo tanto, es problemático responsabilizar sólo al enfermero por los resultados en la atención a las crisis de salud mental, ya que no existen condiciones concretas para crear acciones relacionadas con el modelo psicosocial.

Por ello, individualizar el problema sólo aumentaría el número de situaciones que pueden reforzar emociones "negativas"; frustración/culpa. A eso se le suma las falencias en la estructuración sistemática de acciones de educación continua, la sobrecarga, la baja disponibilidad de tiempo y recursos inadecuados que hacen improbable la aplicación sistemática de las mejores estrategias de atención en situaciones de crisis de salud mental^(14,16,30-31).

No hay duda, y la literatura refuerza este punto de manera exhaustiva, que es necesario invertir en la formación y educación continua de los enfermeros para que afronten situaciones de crisis. Sin embargo, para que las inversiones sean posibles y haya condiciones concretas favorables para el desarrollo de la atención psicosocial por parte del enfermero, el Estado y su población deben superar la política neoliberal, prohibiendo completamente la lógica de la mercancía en el campo de la salud^(5,16,31-32,37).

Como categoría profesional con fuerte poder social, que convive y tiene contacto diario con su comunidad, el enfermero puede contribuir a esta lucha, fortaleciendo su protagonismo político-social con mayor inserción en la lucha de la clase trabajadora. Por lo tanto, debe actuar activamente a través de sindicatos, consejos, partidos de vanguardia, movimientos e iniciativas sociales, luchando por condiciones laborales justas y la superación de la pobreza, la falta de vivienda, saneamiento, trabajo digno, entre otros problemas que aquejan a la sociedad capitalista.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se destaca que la APS es sólo uno de los escenarios de la RAPS donde los enfermeros pueden brindar atención a personas en situaciones de crisis de salud mental. Por ende, es vital que se realicen nuevos estudios para poder analizar todo el contexto de la RAPS, en un proceso que involucre diferentes categorías de profesionales de la salud y otros actores, incluidos los usuarios.

Conclusión

En síntesis, el estudio permitió analizar cómo se estructura el trabajo del enfermero en la APS ante situaciones de crisis de salud mental de los usuarios, y describe sus contradicciones objetivas y subjetivas, una comprensión mayoritariamente manicomial y un trabajo delimitado por el fenómeno de alienación y fetichización de la "técnica" que sirve para insertar indirectamente el trabajo en salud concreto en la cadena de valorización del capital.

El enfermero es consciente de que la atención que brinda en situaciones de crisis puede realizarse de otra manera, pero, dada la sobreexplotación y precariedad de los recursos, hay pocas condiciones para ello e implica

para los profesionales repercusiones emocionales/afectivas de frustración, miedo, entre otras.

Por último, el uso de marcos teóricos críticos y de la sistematización metodológica que permite el instrumento TDF, es fundamental en esta situación, dado que revela que es necesario que haya una mayor comprensión teórico-científica de las limitaciones sociales y materiales del trabajo en salud.

Agradecimientos

Agradecemos la participación y colaboración de los profesionales de la salud de los servicios correspondientes que participaron en la investigación. También a los integrantes de los grupos de investigación: *Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Condições Crônicas* (NEPSMCC) y al *Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul* por su apoyo durante el estudio.

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&empPg=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
- 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>

16. 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
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, Alfraihi 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>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Obtención de datos:** Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra. **Análisis e interpretación de los datos:** Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Redacción del manuscrito:** Gessner Bravo de Paula, Nur Mohamad Ali El Akra, Lucas Ferraz Córdoba, Lucilene Cardoso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido 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. **Otros (Orientación):** Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.


Recibido: 19.09.2023
Aceptado: 23.06.2024

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Gessner Bravo de Paula
E-mail: gessnerstyle09@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-3430-7460>