



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



Retos en el trabajo del enfermero en la Red de Atención Psicosocial: estudio exploratorio-descriptivo

Fabrizio Soares Braga¹, Agnes Olschowsky¹, Mariane da Silva Xavier Botega¹

¹ Universidade Federal de Rio Grande del Sur

RESUMEN

Objetivo: identificar factores y obstáculos que interfieren en el proceso de trabajo del enfermero en la Red de Atención Psicosocial. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo realizado en el período de octubre a diciembre de 2017, en los componentes de la Red de Atención Psicosocial de una gerencia distrital de salud de Porto Alegre, RS, Brasil. Participaron 12 enfermeros mediante entrevista semiestructurada. Las informaciones fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido en la modalidad temática. **Resultados:** del análisis emergieron dos categorías temáticas: Ambiente de Trabajo y Obstáculos para Realizar el Trabajo. **Discusión:** violencia, pobreza, desgaste estructural, barreras de desplazamiento urbano, desmotivación, cola de espera y sobrecarga de trabajo forman un sistema de salud pobre para pobres, produciendo descontentamiento en los enfermeros, pues las necesidades de usuarios y trabajadores para realizar el cuidado son desconsideradas. **Conclusión:** se considera cada problema como causa o consecuencia de las dificultades identificadas. El cuidado humanizado debe provenir de la movilización para enfrentar la realidad hostil.

Descriptor: Enfermería Psiquiátrica; Condiciones de Trabajo; Enfermeros; Atención de Enfermería; Salud Mental; Redes Comunitarias

INTRODUCCIÓN

El cuidado en salud mental basado en la directriz de la integralidad, con la consolidación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB), se direcciona hacia el individuo en el territorio y en libertad, proponiendo servicios que se oponen a la psiquiatría tradicional que aisló y excluyó a las personas consideradas locas, dentro de los manicomios⁽¹⁾.

Los trabajadores, al promover el cuidado de salud mental en libertad en el territorio, buscan construir un vínculo con el usuario que posibilite realizar la prevención del agravamiento del trastorno mental; reduciendo la cantidad de crisis agudas, disminuyendo los síntomas; promoviendo tanto la rehabilitación como la promoción de la salud mental a través de estímulos para que los usuarios ejerzan su papel como ciudadanos, su autonomía, su empoderamiento y autocuidado. Así, los usuarios de la salud mental consiguen una mejor participación social, interactuando con los demás elementos del territorio⁽²⁾.

Los servicios de salud mental, substitutivos del modelo de manicomio, tienen como meta trabajar en una articulaba llamada de Red de Atención Psicosocial (RAPS), formada por diferentes servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de salud, y asume los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) como articuladores estratégicos⁽³⁾.

Sin embargo, los trabajadores notan que la articulación entre los servicios de salud mental es un reto complejo y su no efectividad tiene consecuencias para los usuarios y trabajadores.

La falta de articulación y las deficiencias presentes en la RAPS fueron señaladas como causadoras de descontentamiento y de sufrimiento en el trabajo, en un estudio realizado con enfermeros de la salud mental. Ellos revelaron el nivel de ansiedad frente a las expectativas no correspondidas, por causa de las dificultades de

acceso que los usuarios y familiares enfrentan en la atención primaria de salud durante los planeamientos de alta del CAPS, perjudicando la resolución y agilidad necesarias para darle una buena atención y asistencia al usuario; y de la dificultad de romper con el paradigma de psiquiatría tradicional en las instituciones de salud y en la propia asistencia de enfermería⁽⁴⁾.

Considerando esa contextualización, es pertinente reflexionar y profundizar las cuestiones relativas al trabajo del enfermero en la RAPS, enfocando la atención en las contribuciones de ese trabajo para el fortalecimiento de la rede, pues el cuidado en libertad en la salud mental está en permanente tensión con las instituciones de psiquiatría tradicional que perdieron parte del poder después de la RPB. Por tanto, se delineó este estudio a partir de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos del territorio que interfieren en el proceso de trabajo del enfermero en la RAPS? Para responder tal cuestionamiento, se objetivó identificar los factores y obstáculos que interfieren en el proceso de trabajo del enfermero en la RAPS.

MÉTODO

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo⁽⁵⁾. El escenario de esta investigación fue compuesto por pontos de atención de la RAPS, ubicados en un territorio regido por una gerencia de Distrito de Salud (DS) en el municipio de Porto Alegre, RS, Brasil, en los que habían enfermeros en el equipo: ocho Unidades de Salud da Atención Básica, un Equipo de Salud Mental Adulto (ESMA), un CAPS II, un CAPS Alcohol y Drogas (CAPSad) y una Unidad de Pronto Atendimento (UPA).

La selección de los participantes ocurrió de forma intencional, a través de la invitación a los enfermeros ubicados en los servicios de salud

escenarios de esta investigación. Participaron en el estudio 12 enfermeros que se encuadraron en el criterio de inclusión establecido: trabajar desde por lo menos tres meses en el servicio, excluyéndose los que estuvieran de apartados de las actividades laborales por vacaciones o licencia.

La selección de los participantes se justificada en el trazo de las técnicas de investigación cualitativa que adopta un estilo de pesquisa que prefiere profundizarse en el detalle en vez de la reconstrucción de un todo, siendo una opción metodológica que guía la complejidad del fenómeno, atribuida a la proximidad ontológica entre el investigador y el investigado. Para eso, la investigación cualitativa sigue el camino de la reducción de la extensión del fenómeno y en el enfoque de pocos casos, de los que se propone individuar y representar los mínimos detalhes⁽⁶⁾.

Las informaciones se recogieron en el período de octubre a diciembre de 2017 a través de una entrevista semiestructurada, en la que el entrevistado tiene la posibilidad de hablar sobre el tema sin prenderse a la indagación formulada⁽⁵⁾.

En este estudio exploratorio-descriptivo, se utilizó el análisis de contenido de las entrevistas a la luz del referencial del Proceso de Trabajo y Psicodinámica del Trabajo⁽⁷⁻⁸⁾. Se optó por analizar según la modalidad temática, cuyo intuito consiste en descubrir los núcleos de comprensión que componen las declaraciones de los entrevistados. Este tipo de análisis se divide en tres etapas: preanálisis; exploración del material; y tratamiento de los datos, inferencia e interpretación⁽⁵⁾. El preanálisis ocurrió con la lectura y conferencia de la transcripción de los audios de las entrevistas. Cada transcripción fue catalogada en el software Nvivo 11 y, a partir de él, se seleccionaron las unidades de registro y las unidades de contexto. En la exploración del

material, la categorización se realizó buscando agregar cada unidad de contexto en núcleos de comprensión, formando, así, las categorías temáticas. Y finalmente, en la etapa de tratamiento de los resultados obtenidos, la categorización de las informaciones producida a través del Nvivo 11 fue exportada para una planilla Microsoft Excel, posibilitando su interpretación a la luz del referencial teórico.

Conforme prevé la Resolución 466/12, las consideraciones éticas fueron respetadas, siendo este estudio aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la Secretaría Municipal de Porto Alegre con parecer nº 2.311.407, en octubre de 2017.

RESULTADOS

A partir del análisis del contenido de las informaciones, emergieron dos categorías temáticas: Ambiente de Trabajo y Obstáculos para Realizar el Trabajo.

Ambiente de trabajo

Esta categoría temática aborda la relación de los enfermeros con su ambiente de trabajo: el territorio donde los profesionales efectivizan si proceso de trabajo en red.

Una de las características presentes en el territorio que interfiere en el trabajo es la **violencia urbana**.

A veces los usuarios no vienen por causa de la violencia. Porque, a veces, la región donde vive está cerrada, hubo tiroteo. [E3]

No hay como estar inserido dentro de eso sin sufrir violencia, imagina despertarse en medio de la noche oyendo tiro,

es una violencia (...) ellos son víctimas diarias de la violencia. [E7]

Y esa violencia no interfiere solamente en el trabajo extramuros, sino también en el trabajo interno de la unidad.

Había una usuaria que el hijo había sido muerto en el tráfico de drogas, no solo muerto, él fue descuartizado. [E3]

Aparecieron solo dos personas para hacer curativo en la unidad durante aquella mañana: una que había tomado una bala perdida y una muchacha embarazada que se había machucado huyendo del tiroteo. [E12]

La violencia en el ambiente de trabajo, muchas veces, se origina de una interacción conflictiva entre enfermero y usuario.

El equipo ya ha pasado por algunos traumas, pero con la organización de los atendimientos nunca más ha sucedido. Yo he conversado con el equipo sobre no dificultar el acceso del paciente de salud mental. [E5]

Los usuarios creen que a culpa de todo es nuestra, si falta insumo, si falta todo. Entonces, ese tipo de violencia verbal siempre ocurre. [E11]

El paciente, y aún más el paciente psiquiátrico, tiene un límite muy pequeño para oír "no" e, infelizmente, ellos llegan aquí 10 u 11 horas de la mañana, cuando todos los turnos de acogida ya fueron dados para niños con fiebre y otros casos más graves de salud. [E7]

La relación entre la violencia y la **condición social de pobreza** de la población del territorio es observada por los enfermeros de los DS estudiados.

Nuestra área es más vulnerable, son casos de niños con trauma después de ver homicidios, despertarse en medio de la madrugada con tiroteo. [E7]

Atendemos a una población bastante carente. Existen varias cuestiones de violencia. A veces, abuso sexual. [E11]

Las demandas de los usuarios están directamente relacionadas a la condición vulnerable en la cual están inseridos.

La mayoría de los pacientes están bastante vulnerables (...). Hasta ropa tenemos que conseguirles. [E1]

Es una zona completamente vulnerable. Tenemos usuarios cuyo problema es puramente social y tenemos mucho cuidado para no medicar esos casos. [E2]

Existe también un proceso de **desgaste de la estructura** de los servicios públicos de salud disponibles por la gestión.

Es un local con tres mesas. Tres pacientes están siendo atendidos al mismo tiempo. La persona generalmente no consigue exponer mucha cosa (...). No tienen ninguna privacidad. [E1]

No hay barandilla en todas las escaleras, no hay antideslizante en la escalera, hay mucho descaso, muy triste la situación. [E2]

Obstáculos para realizar el trabajo

Las **barreras de desplazamiento urbano** son identificadas como obstáculos para realizar el trabajo en red.

Nuestra mayor dificultad es que no tenemos coche para hacer las cosas, entonces es la falta de recurso. [E2]

Tenemos que tener coche, el coche es una de las cosas que nos tranca bastante, yo creo que el apoyo matricial tenía que ser allá en la unidad. [E3]

Los usuarios de los servicios de salud también tienen dificultades para utilizar el transporte público debido al valor de la tarifa.

El CAPS es aquí cerca, da para ir a pie (...). Más el Centro Médico es un poco más lejos, entonces a veces, ellos no tienen el dinero para pagar el autobús, ahí complica. [E11]

Para los pacientes ir al CAPS o a cualquier otro sector de la red es bastante complicado. Muchos no tienen como desplazarse, no tienen el dinero para pagar el autobús o hasta por diversos otros motivos acaban no yendo. [E4]

Una de las propuestas que está siendo tratada entre los profesionales de la red es la división del territorio de alcance entre los equipos del apoyo matricial.

Pensamos dividir el territorio al medio. Nos quedaremos con la mitad más próxima. [E2]

Es un distrito muy grande (...). Empezamos a tratar más este lado para facilitar también el desplazamiento del usuario. [E3]

La **desmotivación** también es señalada como obstáculo y esta entrelazada al sentimiento de tristeza entre los enfermeros.

Lo que me deja más triste es que, cuando yo trabajaba en X, que era una sociedad público-privada, no podía abrir la puerta si faltase alguna cosa y aquí, funciona faltando todo. [E2]

Yo estoy cansada de trabajar aquí, ya he pedido, incluso, para salir (...). La mayoría de los pacientes que viene para acá no quiere mejorar. [E10]

La **cola de espera** para ser atendidos, también identificada como obstáculo, ocurre por el fenómeno de la demanda reprimida de los casos no discutidos en la matriz y no acogidos por los servicios de salud mental que operan a puertas fechadas.

Pienso que los niños son un punto que necesitamos mejorar (...). Pero no nosotros, la red tiene expandirse para poder conseguir comportar toda la demanda. [E8]

Yo tengo mi carpeta con 10 casos y logro pasar cuatro (con apoyo matricial). Entonces, tenemos una demanda reprimida muy grande. [E5]

Se forma también, la cola de espera de los usuarios que ya han sido discutidos en la interconsulta del apoyo matricial y que permanecen aguardando turno en la agenda de acogida de los servicios de salud mental.

Tenemos una cola de espera un poquito grande, demora un mes para que la persona entre desde que viene aquí (acogida). [E2]

El EESCA (Equipo Especializado en Salud del niño y Adolescente) está con la agenda ya marcada para muy adelante, y la nuestra también está. [E3]

Esa cola de espera también es causada, en parte, por la dificultad de desplazamiento en el territorio.

Mandé a la matriz a 25 niños en el año 2016 y nueve no comparecieron. Ellos volvieron a la unidad. Y ahí se hace la misma cosa, se aguarda en la cola de espera. [E12]

La **sobrecarga de trabajo** a la que los enfermeros se sienten sometidos también es un obstáculo. Ella es causada por tres factores. El primero de ellos es el número insuficiente de recursos humanos.

El problema es la superpoblación y la falta de personal en el equipo de enfermería, técnicos. [E1]

Creo que está faltando médico, está faltando enfermero, técnico también está faltando, está faltando personal como un todo, agente comunitario de salud no tenemos. [E6]

El segundo factor de sobrecarga de trabajo es la falta de tiempo para reunirse con el equipo y planificar los atendimientos a ser realizados.

Si tal vez tuviéramos un tiempo mayor para poder organizar acciones, discutir sobre esos asuntos, cosas que

no tenemos (...). nos ahogamos con la demanda espontánea de atender paciente. [E4]

La problemática de atención primaria de salud es que ella acabó recibiendo una sobrecarga muy grande de demandas (...). Entonces, la demanda es muy grande. [E5]

El tercer factor es la percepción de que existe un desfasaje en el dimensionamiento del área de alcance de los equipos de salud de la atención básica.

Nuestro territorio tiene más de 10 mil habitantes. Tengo varias urbanizaciones siendo construidas aquí. Entonces, eso también es un factor que complica. [E5]

El dimensionamiento de la población aquí está subestimado. Nosotros estamos con un equipo que sería para atender como máximo a ocho mil personas, pero tenemos más de 15 mil. [E6]

DISCUSIÓN

Se entiende el territorio como el **ambiente de trabajo** del enfermero en la RAPS, pues es en este espacio de organización de la vida social que ese profesional piensa y actúa el cuidado en libertad del usuario de salud mental, aunque su relación con los factores interferentes dificulten la conducción de las acciones en el proceso de trabajo⁽⁹⁾.

La **violencia urbana** interfiere en el proceso de trabajo de los enfermeros, configurando una barrera de acceso territorial. El cierre de

algunas regiones de los territorios por causa de tiroteos impide que los usuarios accedan a los servicios y compromete algunas acciones de los profesionales, como las visitas domiciliarias y prácticas educativas, resultando en la discontinuidad del cuidado de salud mental⁽¹⁰⁾.

La violencia también se observa en los conflictos entre enfermeros y usuarios, ya que ellos sienten que sus demandas de atención no son atendidas conforme esperado y/o y deseado dentro de la planificación del trabajo del enfermero. Las demandas de los usuarios de la salud mental no se adaptan, por ejemplo, a las restricciones del horario de acogida. La dificultad de los enfermeros aumenta con los usuarios que transforman frustración en agresión, reproduciendo las situaciones de violencia con las que conviven en el territorio.

Coincidiendo con eso, un estudio destacó que el trabajo envuelve cuestiones relacionadas a la comunicación y vivencia de la dinámica interpersonal e intergrupala que, cuando perjudicadas, genera el debilitamiento del vínculo entre el usuario y el profesional⁽¹¹⁾.

Los territorios pobres poseen una población altamente expuesta a la violencia autorrelatada y en esas áreas, la exposición es aún mayor en las poblaciones socioeconómicamente desfavorables, hombres y negros, lo que evidencia la ligación entre la violencia urbana y la pobreza⁽¹²⁾.

La violencia a la cual los usuarios en **condición social de pobreza** está vulnerables es un agravante de los aspectos psíquicos, pues vivir una o varias situaciones de violencia desarrolla en los usuarios síntomas sugestivos de trastornos mentales. A partir de eso, los enfermeros necesitan repensar su proceso de trabajo en una perspectiva ampliada, considerando las condiciones de vida de los usuarios en sus territorios de convivencia, rompiendo, así, con el reduccionismo que entiende salud como ausencia de enfermedad⁽¹⁰⁾.

Esos aspectos están directamente relacionados al sistema político nacional. En Brasil, la democracia formal es reciente, la ciudadanía es incipiente y el sistema político partidario presenta poco comprometimiento para superar las situaciones de vulnerabilidad. Los recursos financieros y estructurales del Sistema Único de Salud (SUS) son selectivos, convirtiéndose en una política de compensación y de acceso limitado, direccionado a las clases sociales más pobres de la población. Por tanto, existe una segmentación de la población, en pobres que acuden solamente al servicio público del SUS y en los que tienen seguros de salud o pagan los servicios privados directamente, existiendo un subsidio gubernamental a los clientes de seguros de salud a través de la renuncia fiscal del impuesto de renta⁽¹³⁾.

Los trabajadores de los servicios públicos de salud del SUS, de esa manera, siguen la política de salud compensatoria implementada por el Estado en respuesta a la vulnerabilidad presente en los territorios, o sea, un SUS pobre para pobres. Trabajar en esa lógica produce un sentimiento de descontentamiento en los enfermeros, pues el **desgaste de la estructura** interfiere en la necesidad de privacidad y accesibilidad a la estructura física para realizar el cuidado de salud. Este contexto lleva a la readaptación del cuidado planeado por enfermero para el usuario, acabando por limitar la potencialidad del trabajo.

Los profesionales de la matriz tampoco tienen el apoyo de la gestión para realizar el **desplazamiento** hasta las unidades básicas y de salud de las familias más lejanas para realizar alguna actividad compartida, como consulta y visita domiciliaria conjunta. Como el tiempo de duración de la interconsulta se extiende por todo el turno, se puede afirmar que los enfermeros de la atención básica utilizan los recursos del abono-transporte, recibido al inicio

del mes, para desplazarse hasta el local donde ocurre la interconsulta del apoyo matricial, pues este será su local momentáneo de trabajo. En el caso de los enfermeros de la matriz, si ellos van a las unidades básicas, utilizan el valor del abono-transporte ofrecido por el municipio solamente en el primer desplazamiento, en los otros desplazamientos utilizarán los recursos de su propio sueldo. Por eso, los enfermeros del apoyo matricial solo van a las unidades que están a una distancia que pueda ser recorrida caminando.

Desde la implementación del SUS, los municipios fueron los que más expandieron sus inversiones en la salud, con reducción proporcional del nivel federal, pero la esfera del gobierno municipal se encuentra estrangulada en su capacidad de aumento de recursos financieros, aún más en el contexto de crisis financiera del capitalismo, pues el SUS no puede ser construido solitariamente⁽¹⁴⁾.

Las adquisiciones de tecnologías duras necesarias para el funcionamiento de los servicios de salud de la atención secundaria y terciaria son mayores que las inversiones en la atención primaria de salud, entonces, el cuidado en salud mental en el territorio tiene un impacto menor en el presupuesto de los gobiernos. De este modo, solo es posible atender a las necesidades sociales y de salud de la comunidad, asegurando el acceso de los usuarios a los servicios de salud de la RAPS, a través de gestores públicos que direccionen las inversiones necesarias para promover el cuidado en la atención básica, donde los costes son menos onerosos, sin perder la calidad de la atención⁽¹⁵⁾.

La **desmotivación** es un factor de sufrimiento en el trabajo y un obstáculo cuando el profesional no vislumbra posibilidades de una transformación en la rutina que lo perturba; sin embargo, según el Dejouriano⁽⁸⁾, ese sentimiento puede ser un factor de impulso para la crea-

tividad en el trabajo, modificando elementos paralizados, mejorando el producto del proceso de trabajo y finalmente causando placer.

Entonces, el enfoque del análisis Dejouriano no aborda solamente el placer-sufrimiento en el trabajo, sino la forma como el trabajador particulariza las experiencias (incluso las de muerte de los usuarios) y utiliza estrategias defensivas individuales y colectivas para superar la situación⁽¹⁶⁾.

La **cola de espera** es producto de la dificultad de acceso, sea por las restricciones en la acogida o por la dificultad del usuario para desplazarse hasta la unidad de salud. Existen limitaciones en el contexto del territorio, distrital y municipal, que exigen que los profesionales de la Atención Psicosocial Especializada se adapten a la acogida. La acogida de los usuarios se realiza mediante la delimitación de horario, después de discutirse los casos en la matriz o en hasta 30 días del alta de la UPA u hospital. La dificultad del usuario en ir hasta la unidad de salud, por falta de recursos para pagar la tarifa del transporte público, acaba ocasionando el alta por abandono y con eso vuelve a la cola de discusión de caso en la interconsulta.

El absentismo en el servicio especializado es al mismo tiempo, causa y consecuencia del aumento de la cola de espera: es causa porque los usuarios del final de la fila podrían ocupar el lugar de los faltosos, facilitando el acceso al servicio de salud, y es consecuencia porque un largo tiempo de espera hace que el usuario olvide o no necesite más el servicio especializado programado.

Intentando amenizar las consecuencias del absentismo, una técnica probada en un ambulatorio fue marcar una cantidad mayor de usuarios de que la cantidad de turnos para atención en aquel día (método conocido como *overbooking* y ya utilizado por compañías aéreas y restaurantes en Brasil) y avisar a los usuarios a

través de un telefonema o de mensaje de texto antes de la fecha de la consulta⁽¹⁷⁾.

La técnica es exitosa para disminuir el número de atenciones no realizadas, pero no es resolutivo para los usuarios faltosos que volverán para el final de la cola de espera. Tal vez esa pueda ser una experiencia a ser probada en los servicios de salud y verificar si sus resultados repercuten en la disminución de las colas de espera.

La **sobrecarga de trabajo** interfiere en el enfermero, porque lo encierra en un ciclo de sufrimiento, que se inicia con la planificación insuficiente de acciones de cuidado, la sobrecarga de trabajo percibida aumenta por la desorganización para satisfacer la demanda y, así, el ciclo se reinicia con la disminución del tiempo para planificar.

Cuando el trabajador utilizó todas las formas que tenía de saber y de poder en la organización del trabajo, cuando no consigue modificar la tarea, cuando existe la certeza de que el grado de insatisfacción no puede reducirse, se reafirma el inicio del sufrimiento. Entonces, el sufrimiento inicia cuando existe un bloqueo en la relación individuo-organización del trabajo⁽¹⁸⁾.

Un trabajo es considerado fatigante si él se opone a la disminución de la carga psíquica, si él permite esta disminución es equilibrado. En el trabajo fragmentado, no existe espacio para la evaluación instintiva de la realidad y por tanto las capacidades imaginarias no se utilizan con el objetivo de contribuir para crear un sentimiento de placer y así el meigo de descarga psíquica es bloqueado. Ocurre, por tanto, la acumulación de energía psíquica, convirtiéndose en fuente de tensión y de sufrimiento, siendo que en el trabajo fatigante, la carga psíquica puede crecer hasta que surja la fatiga, la falta de energía y la patología⁽¹⁹⁾.

Los enfermeros perciben su trabajo como fatigante y señalan como causa la presencia de

una población mayor en el área de alcance de la que el equipo tiene condiciones de ofrecer cuidado.

CONCLUSIÓN

La violencia urbana, la condición social de pobreza, el desgaste de la estructura, las barreras de desplazamiento urbano, la desmotivación, las colas de espera y la sobrecarga de trabajo son factores y obstáculos presentes en el territorio de fueron escenarios del estudio y que interfieren en los modos de pensar y actuar del proceso de trabajo del enfermero en salud mental. Y consecuentemente, interfieren negativamente en la construcción de la RAPS.

Se puede considerar que cada problema es causa o consecuencia de las otras dificultades también identificadas. Por eso, hacer intervenciones direccionadas para solamente uno de esos impasses no resulta en beneficios para la producción de vida y cuidado en la salud mental del territorio. Igualmente, no es ventajoso para el cuidado de salud mental intentar esconder los sufrimientos causados por esos factores, retrocediendo a las políticas públicas manicomiales; institucionalizando los sentimientos de los usuarios y trabajadores; produciendo la atención solamente en unidades cerradas, como los puntos de atención hospitalaria y comunidades terapéuticas.

El esfuerzo creativo de los enfermeros para producir un cuidado humanizado en la salud mental en el territorio, y buscar fortalecer a las RAPS, debe provenir de la movilización para enfrentar la realidad hostil, caracterizando ese movimiento como una verdadera batalla en el sentido de superar los contratiempos y obtener el mejoramiento de la atención en red en el territorio.

Como limitación del estudio se destaca la imposibilidad de incluir los demás componentes

de la RAPS en el estudio (Atención Hospitalaria, Atención Residencial de Carácter Transitorio, Estrategias de Desinstitucionalización y Rehabilitación Psicosocial) debido a la ausencia de estos servicios en el DS.

Se sugiere que se realice investigaciones que tengan como temática el proceso de trabajo de los equipos de enfermería en la salud mental y que utilicen la triangulación de los datos. La observación participante combinada con otras técnicas de investigación, como la entrevista, por ejemplo, puede hacer el diálogo y la profundización de los resultados siempre más ricos, realizando nuevas descubiertas sobre el fenómeno estudiado.

CITAS

- Olschowsky A, Wetzel C, Schneider JF, Pinho LB, Camatta MW. Evaluation of intersectoral partnerships for mental healthcare in the Brazilian family health strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 17]; 23(3):591-599. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001970012>
- Nasi C, Tocantins FR, Camatta MW, Schneider JF. Actions of Workers in a Psychosocial Care Center: a social phenomenological perspective. *Online braz. j. nurs.* (Online) [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 09]; 14(4):481-88. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4531>
- Ministério da Saúde (BR). 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). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2017 Oct 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Braga FS, Olschowsky A. Pleasure and suffering in the work of mental health nurses in the context of the psychiatric reform. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 17]; 9(2):7086-94. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10438>
- Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Cardano M. *Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação*. Petrópolis: Vozes; 2017.
- Marx K. *O capital: crítica da economia política - Livro 1*. São Paulo: Boitempo Editorial; 2013.
- Dejours C, Jayet C, Abdoucheli E. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1993.
- Campos JF, David HMSL, Souza NVDO. Pleasure and suffering: assessment of intensivists nurses in the perspective of work psychodynamics. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2014 [cited 2019 Jan 03]; 18 (1): 90-95. Available from: http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1003
- Benicio LFS, Barros JPP. *Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão*. Sanare (Sobral, Online) [internet]. 2017 [cited 2019 Jan 03]; 16 (Supl 1): 102-112. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146/631>
- Milanez TCM, Soratto J, Ferraz F, Vitali MM, Tomasi CD, Sorato MT et al. Job satisfaction and dissatisfaction in the Family Health Strategy: potentialities to be explored, fragilities to be reduced. *Cad. saúde colet* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Jan 03]; 26 (2): 184-190. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X201800020014&lng=en
- Santilli A, O'Connor Duffany K, Carroll-Scott A, Thomas J, Greene A, Arora A et al. Bridging the response to mass shootings and urban violence: exposure to violence in New Haven, Connecticut. *Am J Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 08]; 107(3):374-379. Available from: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303613>
- Garcia RC. Despesas correntes da união: visões, omissões e opções. In: Cardoso Jr JC, Cunha AS (Org). *Pensamento estratégico, planejamento governamental e desenvolvimento no Brasil contemporâneo - planejamento e*

- avaliação de políticas públicas - Livro 1 [Internet]. Brasília: Ipea; 2015 [cited 2019 Jan 04]. Available from: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3521/1/Planejamento%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf>
14. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saude Soc* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 15]; 24(2):393-402. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200200>
 15. Mielke F. Avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família: com a palavra os coordenadores [Tese de Doutorado] Porto Alegre (RS): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
 16. Santos JL, Mulato SC, Bueno SMV, Robazzi MLCC. Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 08]; 34(3):511-517. Available from: <http://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a10>
 17. Parente CA, Salvatore D, Gallo GM, Cipollini F. Using overbooking to manage no-shows in an Italian healthcare center. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 02]; 18(1):185-197. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2979-z>
 18. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1997.
 19. Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat JF. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1993. p.143-79.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf