

ARTÍCULO ORIGINAL

PRIORIDADES TEMÁTICAS PARA LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

HIGHLIGHTS

1. Deficiencias en la creación de redes y en la cultura de la remisión.
2. La falta de preparación en la atención humanizada reveló una práctica centrada en el médico.
3. El desprecio por el sufrimiento profesional se traduce en desvalorización.
4. Educación basada en los problemas experimentados por los trabajadores.

Helder de Pádua Lima¹ 
Cynthia Fernanda Teles Machado² 
Ana Carolina Saggin Britto² 
Soraia Geraldo Rozza¹ 
Maria Antonia Ramos Costa³ 
Verusca Soares de Souza¹ 

ABSTRACT

Objective: conocer las prioridades temáticas para la educación continuada en salud mental desde la perspectiva de los trabajadores del Sistema Único de Salud. **Método:** estudio exploratorio y cualitativo realizado con 37 trabajadores de la salud de un municipio de Mato Grosso do Sul, en septiembre de 2022. Los datos se recogieron mediante un cuestionario individual autoadministrado y un grupo focal guiado por un guión semiestructurado de preguntas. El material fue sometido a análisis de contenido temático. **Resultados:** Los temas 'Humanización en la atención a la salud mental', 'Salud mental en el contexto de la atención primaria', 'Gestión de situaciones de crisis' y 'Salud mental del personal sanitario y valorización profesional' emergieron como prioritarios para las acciones de educación permanente en salud mental. **Conclusión:** El conocimiento de estas prioridades temáticas permite planificar acciones de formación continua basadas en los problemas cotidianos que experimentan los trabajadores de la salud.

DESCRIPTORES: Educación; Educación Continua; Personal de Salud; Salud Mental; Sistema Único de Salud.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Lima H de P, Machado CFT, Britto ACS, Rozza SG, Costa MAR, Souza VS de. Thematic priorities for continuing education in mental health from the perspective of health workers. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96154>.

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus Coxim, Coxim, MS, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Instituto Integrado de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil.

³Universidade Estadual do Paraná, Campus Paranavaí, Paranavaí, PR, Brasil.

INTRODUCCIÓN

En 2004, el Ministerio de Salud instituyó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud con el objetivo de impulsar acciones educativas que promuevan la reflexión sobre los procesos de trabajo, las prácticas asistenciales y los cambios institucionales¹. Las acciones de Educación Permanente en Salud (EPS) promueven la cualificación del cuidado y fortalecen las políticas públicas de humanización del Sistema Único de Salud (SUS)².

La propuesta de la EPS está anclada en el aprendizaje significativo y se basa en la contextualización de las necesidades locales y regionales de los trabajadores de la salud y de la población. Implica una formación dinámica y participativa dirigida a ampliar los significados sobre el proceso salud-enfermedad y cómo se aborda a través del proceso de trabajo³.

En la EPS, los trabajadores de la salud son protagonistas del proceso educativo que, a su vez, consiste en la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo; participación ampliada; pedagogía de problematización; abordaje estratégico; multidisciplinariedad e interprofesionalidad. En este proceso, es posible analizar el contexto laboral, identificar problemas emergentes, reflexionar y buscar soluciones a las adversidades cotidianas⁴⁻⁵.

La EPS también permite deconstruir prácticas basadas en modelos de atención establecidos, centrados en el trabajo individualizado, fragmentado y mecanizado. También es una estrategia para producir una atención integral, ya que se construye a partir de la reflexión de los trabajadores de la salud sobre sus prácticas⁶.

En el campo de la salud mental, los procesos tradicionales de formación no alcanzan la complejidad de los desafíos cotidianos de los servicios clínicos, el movimiento de Reforma Psiquiátrica y la atención psicosocial, entendida como un modelo innovador que se centra en: la atención en libertad, el trabajo comunitario y territorial, la reinserción social, la autonomía y el ejercicio de los derechos. La EPS surge como una estrategia que posibilita la reflexión y la producción de cuidados en salud mental basados en estos valores⁷⁻⁸.

La literatura científica aún carece de producciones que aborden las prioridades de la EPS en el campo de la salud mental, especialmente en los pequeños municipios brasileños. Estos territorios enfrentan desafíos como la falta de personal calificado y la poca participación de profesionales en las acciones de salud mental en los servicios, especialmente en la atención primaria de salud. En estos escenarios, las acciones de EPS promoverían discusiones sobre la atención psicosocial, resultando en la desnaturalización de conceptos y prácticas hegemónicas en el campo de la salud mental y favoreciendo la escucha acogedora y calificada^{3,9}.

Con base en lo anterior, es fundamental observar las prioridades de la educación continua en salud mental desde la perspectiva de los trabajadores del SUS en pequeños municipios. La experiencia de los autores como docentes e investigadores, comprometidos con el fortalecimiento del SUS y la formación de trabajadores de la salud, motivó este estudio, que se basó en la siguiente pregunta: ¿qué temas relacionados con la salud mental surgen como prioritarios para la EPS desde la perspectiva de los trabajadores del SUS?

Este estudio tuvo como objetivo conocer las prioridades temáticas de la formación continua en salud mental desde la perspectiva de los trabajadores del SUS.

MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, cualitativo, basado en los criterios para la presentación de estudios cualitativos de la lista COREQ - Criterios consolidados para la presentación de investigaciones cualitativas. Fue realizado en un pequeño municipio localizado en el centro-oeste de Brasil, eje de una de las 11 microrregiones del estado de Mato Grosso do Sul. Su Red de Atención a la Salud (RAS) está organizada en niveles de atención: la atención primaria estaba constituida por siete Unidades de Salud de la Familia (USF) y una Unidad de Salud Penitenciaria; la atención secundaria por tres servicios de atención especializada; y la atención terciaria por un hospital y un Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU). El municipio no contaba con un centro o sector responsable de las acciones de EPS, y éstas tenían lugar a través de iniciativas puntuales de los gestores.

Había 494 trabajadores que trabajaban en la RAS. Los participantes se seleccionaron por conveniencia, procurando que estuviese representado al menos un profesional por servicio de salud, respetando los criterios de inclusión: ser profesional que trabaje en la RAS independientemente de su nivel de formación, cargo y antigüedad en la experiencia profesional; y de exclusión: estar de baja por cualquier motivo.

Los datos se recogieron en septiembre de 2022 mediante un grupo focal y un cuestionario individual autoadministrado, ambos diseñados por los investigadores. En el grupo focal se utilizó un guión semiestructurado que contenía las siguientes preguntas: '¿Qué temas considera prioritarios a abordar en las acciones de EPS?', '¿Cuáles son sus principales dudas respecto a los temas prioritarios mencionados?', '¿Cómo permean en su práctica profesional las situaciones relacionadas con los temas prioritarios mencionados y cómo se manejan estas situaciones?'.

A partir de las preguntas orientativas generales, surgieron temas de las respuestas de los profesionales sanitarios, entre los que destacaron los relacionados con la salud mental.

Los grupos de discusión se celebraron durante tres días, cada uno para un nivel asistencial distinto, y el cuestionario se administró al inicio de cada grupo de discusión. Participaron 37 profesionales sanitarios, 15 de los cuales trabajaban en atención primaria, 11 en atención secundaria y 11 en atención terciaria. Además, dos investigadores mediaron en el grupo focal, acompañados por otros tres investigadores encargados de las observaciones. Las reuniones tuvieron lugar en una sala de reuniones facilitada por el Departamento de Salud del municipio. El tiempo medio empleado para administrar el cuestionario fue de cinco minutos y el tiempo medio empleado para celebrar los grupos focales fue de ciento cincuenta minutos.

Las narraciones de los participantes en el grupo de discusión se grabaron en grabadoras digitales, lo que permitió transcribir posteriormente los resultados. Las transcripciones se realizaron mediante un documento electrónico, fueron validadas por un segundo investigador y se conservaron en poder de los investigadores para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los participantes. El material se sometió a un análisis de contenido temático con el fin de identificar unidades de significado y agruparlas en categorías temáticas¹⁰. En este sentido, el análisis se desarrolló en tres fases según el marco: preanálisis; exploración del material y categorización de los datos. Como base conceptual se utilizaron los constructos teóricos 'políticas públicas de salud' y 'atención psicosocial', así como textos científicos que abordan el tema en estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul, bajo el dictamen n.º 5.472.063/2022. Para garantizar el anonimato de los participantes, las citas utilizadas fueron identificadas con la descripción del nivel de atención de salud en que el trabajador se desempeñaba en la RAS.

RESULTADOS

Los participantes en el estudio tenían una edad media de 39,3 años; sus edades oscilaban entre los 19 y los 64 años, y 30 eran mujeres y siete hombres. De los participantes, 15 trabajaban en atención primaria (USF, Unidad de Salud Penitenciaria, Centro de Especialidades Odontológicas, Academia de Salud, Centro de Control de Vectores), 11 en atención secundaria (Servicio Ambulatorio Especializado, Policlínica y Centro de Atención Psicosocial - CAPS) y 11 en atención terciaria (Hospital y SAMU).

Siete participantes trabajaban en la gestión de servicios sanitarios (dirección, coordinación y gestión administrativa); 24 trabajaban en la atención sanitaria al usuario (agente de salud comunitaria, auxiliar de salud bucodental, trabajador social, educador físico, enfermero, farmacéutico, médico, nutricionista, psicólogo, recepcionista, terapeuta ocupacional y técnico de enfermería); y seis trabajaban en funciones de apoyo (recepción, cocina, higiene y auxiliar administrativo). El menor tiempo de trabajo en la RAS fue de dos meses y el mayor de veintidós años.

Según el Cuadro 1, se registraron 13 unidades de significado, de las que surgieron cuatro categorías temáticas relacionadas con las prioridades temáticas de la EPS en el ámbito de la salud mental:

Cuadro 1 - Unidades de significado y categorías temáticas surgidas del análisis de contenido. Campo Grande, MS, Brasil, 2023

	Unidades de sentido	Categorías temáticas
	Reconocimiento de la legitimidad y singularidad de las necesidades sanitarias de las personas con sufrimiento psíquico	
Prioridades temáticas para la educación permanente en salud mental	Preparación profesional para prestar una atención humanizada	
	Sensibilización del personal de la salud sobre la atención a las personas con sufrimiento psíquico	Humanización en la atención a la salud mental
	Articulación entre los servicios de salud de la red de atención psicosocial	
	Corresponsabilidad del personal de salud en el trabajo en red	

Prioridades temáticas para la educación permanente en salud mental	Posibilidades de actuación en materia de salud mental en el territorio	
	Articulación entre atención primaria y otros niveles asistenciales en salud mental	La salud mental en el contexto de la atención primaria
	El apoyo matrival como estrategia para promover la articulación e integración interprofesional	
	Implicación de los trabajadores de atención primaria en la atención a la salud mental	
	Estigmas del personal sanitario sobre las personas en situación de crisis	Gestión de situaciones de crisis
	Intervenciones comunes en la gestión de crisis y responsabilidad asistencial	
	Sufrimiento y enfermedad mental entre el personal de la salud	Salud mental del personal de la salud y valorización profesional
	Relevancia y escasez de acciones de desarrollo profesional y educación permanente en salud	

Fuente: Los autores (2023).

Humanización en la atención a la salud mental

Los relatos de los participantes revelaron la humanización en la atención a la salud mental como un tema relevante para las acciones de EPS. Se constató la necesidad de una mayor implicación y participación del personal sanitario en la atención a la salud mental y en la acogida de las personas con sufrimiento psíquico:

Falta mucho esta acogida por parte de los compañeros de trabajo. El equipo de coordinación es muy solidario, pero tenemos que hacer algo con nuestros compañeros, hacer que sean más acogedores, que se impliquen más. (Trabajador de la atención secundaria de salud).

Fragmentos de los informes muestran que las quejas y angustias de las personas con trastornos psicológicos no se valoran como motivo suficiente para recibir una atención humanizada, es decir, la dificultad para reconocer la legitimidad de las necesidades sanitarias que plantean estos usuarios:

La mayoría de las personas que no tienen este problema [sufrimiento psíquico] no saben cómo afrontarlo, no tienen paciencia. Hay una falta de aceptación por parte de la gente que les rodea, tanto profesionalmente como en la familia. Piensan que es una broma, que estás intentando conseguir un certificado o que no pasa nada. Lo veo mucho. (Trabajador de la atención secundaria de salud)

Algunos relatos sugerían que había dificultades para ofrecer un ambiente acogedor, una escucha cualificada y una comunicación terapéutica, lo que contribuía a que se recurriera a la prescripción de fármacos y a la contención física como prácticas de atención a la salud mental:

No hay profesionales con esta perspectiva [humanizada]. Incluso en nuestra parte de contención y toma de medicación. Los médicos que prescriben la medicación también están un poco perdidos. No están preparados para esta parte psiquiátrica de atender a estos pacientes [de forma humanizada]. (Trabajador de atención terciaria de salud)

Las menciones a la falta de coordinación entre los servicios de salud de los diferentes niveles asistenciales, elemento importante para la humanización y la integralidad en la atención a las personas con sufrimiento psíquico, también aparecieron en los informes de los participantes, revelando debilidades en la actuación de los trabajadores desde las perspectivas del trabajo en red y la corresponsabilidad:

Llega la demanda y ni siquiera me doy cuenta de que también es mi responsabilidad. Ya pienso que es responsabilidad de la otra persona. Ni siquiera les doy la bienvenida, no les escucho, no conozco el flujo de la red. ¿Puedo tratar así a un paciente en atención primaria? Sí. Pero, ¿qué tengo que saber para acoger y escuchar a esta persona? (Trabajador de atención primaria de salud)

Algunos relatos mostraban que la inseguridad y la falta de implicación de los trabajadores de salud en la prestación de atención de salud mental fomentaban una cultura de derivación de personas, a veces innecesaria:

Si puedes ser resolutivo ahí, no llevarás innecesariamente al niño a un sector secundario, un hospital. Es común, debido a la falta de comprensión sobre cómo manejar esto, actuar simplemente sobre la base de "soy tu hijo". Nuestra USF está al lado del CAPS y habitualmente derivamos [a las personas con problemas psicológicos] al CAPS. (Trabajador de atención primaria de salud)

La salud mental en el contexto de la atención primaria

Los informes revelaron la necesidad de desarrollar acciones de EPS sobre la atención a la salud mental en la atención primaria y con articulación entre los demás niveles de atención a la salud. El apoyo matrival surgió como una estrategia de la EPS que promueve la integración entre profesionales de diferentes categorías y especialidades, la producción colectiva de conocimiento y las posibilidades de atención en salud mental:

Tenemos que ser resolutivos en el apoyo matrival, que falta demasiado. Echo de menos reuniones rutinarias con psiquiatras y psicólogos para tratar este tema del flujo, para discutir un caso más complejo e intentamos tener la formación necesaria para resolverlo. (Trabajador de atención primaria de salud).

A pesar de reconocer la importancia del apoyo matrival para la articulación entre la salud mental y la atención primaria de salud y para la formación del personal sanitario en general, los participantes destacaron la discontinuidad en el desarrollo de esta acción de la EPS:

Empezaron a hacer un programa de apoyo matrival. El CAPS empezó a hacer este trabajo en las USF, pero acabó sin seguimiento. Todos los profesionales de la USF tienen que saber cómo manejar una situación así, incluso para saber si pueden intervenir o no. Esta cuestión del apoyo de la matriz es extremadamente importante. (Trabajador de atención primaria de salud).

En los relatos se menciona la necesidad de que los trabajadores de atención primaria se impliquen más en la atención a la salud mental en su territorio, especialmente los trabajadores sanitarios comunitarios, dada su proximidad y conocimiento del territorio en el que vive la persona que padece un trastorno psíquico:

Puedo [en atención de salud primaria] detectar un trastorno depresivo, con la ayuda de los trabajadores sanitarios de la comunidad que están en el domicilio del paciente, resolverlo y no sólo acudir a atención secundaria por ello. Echo de menos el apoyo matrival que he visto en otros lugares y que todavía no he visto aquí. (Trabajador de atención secundaria de salud)

Manejo de situaciones de crisis

El manejo de situaciones de crisis surgió como un tema envuelto en dudas y desconocimiento, lo que nos llevó a considerarlo una prioridad más en las acciones de EPS:

En cuanto al manejo de los brotes psicóticos, prácticamente no tengo forma de dar un ejemplo porque nunca he tenido una situación así. No se dan esos casos, es decir, los hay y no los hay. Cuando surgen casos, surgen dudas. (Trabajador de atención secundaria de salud)

Era necesario desarrollar acciones de EPS que promovieran el conocimiento y la reflexión sobre las prácticas desarrolladas en situaciones de crisis y la expresión de los sentimientos experimentados en estas ocasiones. El estigma de la peligrosidad de las personas en situación de crisis también parecía interferir en las actitudes de los trabajadores, dificultando o imposibilitando la acogida y la escucha de los usuarios:

El hospital es un pasadizo. Los pacientes se pasan días intentando contener su rabia y luego se vuelven amables. El otro día, había una [persona en crisis] en recepción a la que su marido no podía sujetar. Creo que debería haberla acogido, intentar calmarla. El personal no sabía qué hacer. Yo hablé con ella. Creo que faltó conversación con ella, quería hablar, pero ni siquiera la escuchamos. Simplemente se lo tomó. Creo que hubo una falta de acogida. (Trabajador de atención terciaria de salud)

En las narrativas de los participantes, la gestión de las situaciones de crisis emergió como responsabilidad de los equipos médicos y de enfermería, siendo la contención física y la prescripción de fármacos las intervenciones más recurrentes en estas ocasiones. Estos comportamientos se vivían en el día a día con naturalidad, sin apenas reflexión y sin diálogo con profesionales de otros ámbitos y especialidades:

Él [la persona en crisis] quebrará a todos y al hospital. Tú has hecho la contención, el médico no tiene forma de conocer la situación. Cuando se presenta el caso, ¿cómo proceder con este paciente? ¿Cómo contenerlo? Llamamos CAPS, el médico envía al paciente en un arrebato. A veces ella receta la medicación para que el médico la siga aquí [en el hospital], o él toma la medicación que cree que calmará al paciente en urgencias. Pero nosotros no tenemos esa situación de tratar a ese paciente. (Trabajador de atención terciaria de salud).

Algunos de los informes mencionan la importancia de la acogida, la escucha y el diálogo con la persona en situación de crisis, aunque la forma de llevarlos a cabo está impregnada de dudas y desafíos:

En primer lugar, intenta calmar al paciente, averigua qué le pasa, mira a ver si puede dialogar contigo, planifica una manera de acoger la conversación. Eso es lo principal, saber cómo proceder. Nos cuesta más actuar, tenemos que pensar mucho, tenemos que ser muy fuertes. Si no encuentras una solución, llamas a apoyo, llamas al SAMU para intentarlo. (Trabajador de atención primaria de salud)

Salud mental del trabajador de la salud y valorización profesional

Los relatos de los participantes también contenían referencias a las condiciones de trabajo, al sufrimiento psicológico experimentado por los trabajadores sanitarios y a las estrategias utilizadas para cuidar de su propia salud mental. También se mencionó la indiferencia ante la angustia y el sufrimiento psíquico producidos por el propio trabajo:

Falta salud mental. Los empleados están locos [risas]. Todos toman sertralina para sobrellevarlo. Oímos bromas: '¿Te quejas de tu trabajo? ¡Haz sitio a otro! El funcionario que ha dedicado allí toda su vida es desecharo por sus propios compañeros de trabajo. Deberían pensar que un día podrían ser ellos. Lo veo mucho en mi sector.' (Trabajador de atención secundaria de la salud).

Fragmentos de los informes sugieren posibles causas de sufrimiento psíquico entre los trabajadores sanitarios, relacionadas con los contextos laboral, social y familiar. Estos aspectos relacionados con la salud mental de los trabajadores sanitarios podrían abordarse en las acciones de EPS:

Observo a diario este aspecto psicológico, este problema que tenemos [los trabajadores sanitarios] con la salud mental. Especialmente con la pandemia [Covid-19]. Ha aumentado mucho. Mucha gente enferma en nuestro entorno de trabajo” (Trabajador de atención primaria de la salud).

La falta de acciones de valorización del personal sanitario fue otro aspecto presente en las narraciones, tanto por iniciativa de la dirección como por parte de los propios trabajadores. Los participantes también mencionaron la posibilidad de que el rendimiento laboral se viera comprometido debido a esta carencia:

Tenemos una rutina muy tensa y nadie reconoce lo que hacemos. La dirección tiene tendencia a no reconocer a los profesionales. Si a un buen profesional no se le reconoce, se siente infravalorado y empieza a decaer. Lo que se está haciendo aquí es una forma de reconocer lo importantes que somos, cómo trabajamos. (Trabajador de atención primaria de la salud)

Por último, los participantes subrayaron la importancia y la necesidad de acciones de EPS democráticas y participativas que den visibilidad a las experiencias de los trabajadores sanitarios, permitan el diálogo y el empoderamiento colectivo, y promuevan la reflexión y el conocimiento para la acción en los servicios de salud:

En estas reuniones se intercambian experiencias. Estamos tan arraigados en nuestro sector que pensamos que el mundo es así y no nos damos cuenta de los matices de otros lugares. Son situaciones que aportan comprensión de cosas que no hemos vivido, pero que podemos experimentar y ahora sabemos cómo afrontar. Transmitimos la información que tenemos y lo mismo hace nuestro colega. Darse cuenta del punto de vista de cada uno. Cada realidad es diferente. Médico, enfermera, personal de recepción. Cada uno aporta su punto de vista para intentar encontrar un terreno común. Es productivo. (Trabajador de atención secundaria de la salud)

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio corroboran las investigaciones que indican la necesidad de acciones de EPS sobre humanización en la atención a la salud mental. El personal de salud sigue necesitando formación para asumir la responsabilidad de la atención en salud mental, así como prácticas integradas y articuladas que se distancien del modelo asilar y de la psiquiatría tradicional, posibilitando la acogida, la relación terapéutica y la expresión subjetiva de las personas en situación de malestar psíquico¹¹⁻¹².

Las acciones de EPS también son esenciales para sensibilizar a estos trabajadores sobre la legitimidad y la singularidad de las necesidades sanitarias de las personas con trastornos psicológicos. Actuar como agente de atención a los demás es complejo y requiere que los trabajadores sanitarios abracen la alteridad y, al mismo tiempo, lidien con sus propios deseos y con el malestar que provoca la relación con el otro¹³.

Para que las acciones de los EPS transformen la atención a la salud mental, es necesario que los debates y reflexiones sensibilicen y den sentido a los trabajadores sanitarios. Este proceso incluye la problematización de la realidad vivida; el uso de conceptos, términos y nomenclatura adoptados por estos individuos; y la oportunidad de compartir miedos e inseguridades con vistas a construir colectivamente conocimientos y formas de enfrentar las situaciones³.

Otro tema que surgió como prioritario para las acciones de la EPS fue la salud mental en el contexto de la atención primaria, coincidiendo con un estudio en el que los trabajadores de la salud consideraban la atención primaria como un escenario privilegiado de atención que sustituye al modelo biomédico, hospitalario y reduccionista. Los principios y características de la atención primaria sitúan a sus trabajadores como actores clave para el cambio en la atención a la salud mental, requiriendo sensibilidad, discusión de estigmas y prejuicios, y actuación intersectorial e interdisciplinaria¹⁴.

La inclusión de la atención a la salud mental en la atención primaria sigue siendo un reto y se enfrenta a barreras a nivel local y nacional. En el ámbito local, existen dificultades relacionadas con: el trabajo en equipo, la resistencia a discutir y gestionar los casos, la sensación de incapacidad para hacer frente a las demandas de salud mental, las deficiencias en la cualificación de la acogida, el comportamiento biológico, el uso recurrente y excesivo de derivaciones a otros servicios y la falta de acciones de las EPS en materia de atención sanitaria integral. En el contexto nacional, ha habido intentos recientes de desmantelar las políticas públicas de salud y salud mental en términos de desfinanciamiento y retorno a la perspectiva manicomia^{3,9,12}.

El vínculo entre la atención primaria de salud y la Red de Atención Psicosocial (RAPS) es fragmentado y carece de acciones intersectoriales, lo que puede contribuir a la estigmatización, la institucionalización y el funcionamiento de la lógica de asilo. Las acciones de la EPS pueden generar procesos reflexivos sobre la atención a la salud mental en la comunidad que produzcan mayor compromiso, vinculación y corresponsabilidad entre los trabajadores de la atención primaria de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud, en la atención integral de las personas que padecen enfermedades mentales y sus familias, y en la articulación entre los servicios de la RAPS y la RAPS^{4,15}.

Las acciones de EPS dirigidas a problematizar las prácticas de salud desarrolladas en los servicios de atención primaria pueden ser el punto de partida para que los trabajadores de la salud se aproximen y se apropie de los conocimientos y tecnologías desarrollados y

puestos a disposición por el SUS para la práctica cotidiana. El establecimiento de líneas de atención que integren diferentes puntos de atención, así como la definición de tecnologías blandas y formas de organización de las prácticas de los equipos multiprofesionales de salud, pueden ser objeto de acciones de EPS¹⁶.

A pesar de que los participantes en el estudio reconocieron la importancia del apoyo matricial en salud mental, los trabajadores sanitarios siguen teniendo dificultades y resistencias para concebir la atención primaria como la puerta de entrada a la RAPS, comprender que la responsabilidad de la atención en salud mental no recae únicamente en psicólogos y psiquiatras, y hacer del apoyo matricial una práctica cotidiana habitual^{9,14}.

El apoyo matricial en salud mental como estrategia de EPS consiste en una forma de producir salud en la que los equipos proponen intervenciones pedagógico-terapéuticas para los casos elegidos, en una construcción compartida y dialógica. Este modelo puede aumentar la corresponsabilidad en la atención y proporcionar mayor seguridad a los trabajadores de la salud en el manejo de casos que involucran elementos de salud mental¹⁷.

La atención a la salud en la atención primaria requiere de relaciones terapéuticas e interdisciplinarias entre los profesionales, orientadas a un abordaje holístico y a una práctica colaborativa, considerando a la persona con malestar psicológico y a su familia como miembros del equipo de salud. Para ello, son necesarios cambios en el trabajo y la formación en salud, ampliando el alcance epistemológico y político del campo de conocimiento y práctica profesional. La formación interdisciplinaria en salud favorece la convivencia y el intercambio entre las diferentes áreas, además de producir un sentido de pertenencia, posibilitando el diálogo entre las áreas del conocimiento¹⁸.

En el contexto de la EPS, la Educación Interprofesional en Salud (EIS) ha surgido como un enfoque prioritario que debe incorporarse formalmente para reforzar el SUS. La EIS consiste en una intervención en la que trabajadores de más de una profesión sanitaria aprenden juntos de forma interactiva, con el objetivo de mejorar la colaboración interprofesional. Esta estrategia está en consonancia con los elementos constitutivos del SUS, especialmente el modelo de atención centrado en la atención primaria, que incorpora la acción compartida entre distintos profesionales en equipos¹⁹.

La atención anclada en la humanización, la interprofesionalidad colaborativa y centrada en la persona también puede incorporarse al proceso de trabajo de los servicios sanitarios con la implantación del Proyecto Terapéutico Singular (PTS). Se trata de uno de los pilares de la clínica expandida, que busca desarrollar prácticas que descentralicen la enfermedad y acerquen a los profesionales sanitarios a cada usuario/familia. El PTS consiste en un conjunto de conductas terapéuticas articuladas, implementadas a través del trabajo interdisciplinario y el apoyo matricial²⁰.

Los resultados ponen de relieve que la gestión de las situaciones de crisis es otra cuestión prioritaria para las acciones de EPS. La literatura científica muestra que las personas en situación de crisis son a menudo estigmatizadas y tienen otras necesidades sanitarias desatendidas. Los mitos y prejuicios que impregnán las prácticas del personal sanitario que trabaja con estos usuarios pueden contribuir a una atención fragmentada y mal recibida²¹.

Los sentimientos de miedo e incomodidad del personal sanitario ante una persona en situación de crisis provienen, por ejemplo, de los estereotipos de peligrosidad y violencia que aún alimentan el imaginario social asociado a la figura de este usuario. El personal sanitario que no está debidamente preparado para afrontar situaciones de crisis puede verse influido por esta percepción, lo que puede repercutir negativamente en la atención prestada²².

Las estrategias educativas que abordan prácticas exitosas de desinstitucionalización pueden ayudar a hacer frente al estigma de la peligrosidad. Entre estas prácticas, la oportunidad de escuchar y dialogar con la persona con trastornos psicológicos en circunstancias que no la reduzcan a su diagnóstico puede fomentar la solidaridad, el respeto por las diferencias y reducir la distancia social y la creencia en la necesidad de cuidados restrictivos²³.

El estudio reveló que la gestión de las situaciones de crisis seguía siendo responsabilidad de los equipos médico y de enfermería, con escasa discusión en equipo en espacios colectivos. El enfoque en la medicalización denota el contenido médico-hegemónico de las decisiones tomadas por los profesionales involucrados en estas ocasiones y la necesidad de superar esta atención fragmentada a través de intervenciones amplias basadas en el conocimiento de los diversos trabajadores en este contexto¹².

El estigma y los prejuicios, combinados con las deficiencias de la formación profesional en el contexto de la salud mental, son responsables de la reproducción de la cultura de la derivación y de no escuchar las demandas de salud mental de los usuarios. Los trabajadores de la salud suelen asignar al sujeto en malestar psicológico como objeto de la clínica psiquiátrica y sus profesionales, desconociendo su singularidad y atención integral. Este escenario reaviva la discusión sobre la necesidad de reformular los proyectos político-pedagógicos y curriculares de las escuelas de salud, incluyendo la salud mental en la formación de los profesionales de la salud²⁴.

Es necesario también institucionalizar la integración de las Prácticas Integradoras y Complementarias de Salud (PICS) en la formación profesional, lo que podría contribuir a la implementación de currículos que valoricen la atención humanizada de salud, centrada en el sujeto y en la autonomía, y promuevan la integralidad en la atención de salud como principio y derecho. Contenidos relacionados con las PICS podrían ser incluidos en los planes de enseñanza de diferentes asignaturas en los programas de pregrado, con el fin de preparar profesionales de la salud capaces de hacer frente a las demandas y desafíos específicos de la salud mental²⁵.

La literatura científica muestra el uso de la PICS como estrategia de atención a las personas que sufren enfermedades mentales, alineada con el modelo de atención psicosocial, lo que podría ser una propuesta para reorientar las prácticas de atención a la salud mental. Considerando la necesidad de comprender al sujeto en el malestar psicológico en su totalidad, la PICS puede configurarse como un eje estructurador de la atención a la salud mental, especialmente en los servicios de atención primaria²⁶.

También se necesitaban urgentemente acciones de EPS que dieran visibilidad a las experiencias de los trabajadores, incluida la angustia producida por el propio trabajo. Estas personas han sido históricamente infravaloradas como trabajadores del SUS y se les responsabiliza continuamente de resolver los problemas del servicio, al tiempo que hacen frente a la adversidad. Las acciones de EPS podrían ofrecer un espacio de acogida, intercambio emocional, escucha y atención a estos trabajadores³⁻⁴.

Estas acciones de EPS también podrían incluir círculos de terapia comunitaria, masajes terapéuticos, terapia artística, juegos, paseos por parques, picnics y celebraciones de cumpleaños. Momentos como estos, de autocuidado e intercambios emocionales, pueden tener un impacto positivo en las prácticas laborales de los trabajadores de la salud²⁷.

Aunque limitado a una realidad específica de trabajadores de los tres niveles de atención, el método utilizado en este estudio no pretende generalizar los resultados, que representan un producto del contexto investigado, incluida su dinámica y la interacción entre los participantes.

CONCLUSIÓN

La humanización en la atención a la salud mental, la salud mental en el contexto de la atención primaria, la gestión de situaciones de crisis y la salud mental de los trabajadores sanitarios y el desarrollo profesional surgieron como temas prioritarios que deben abordarse en las acciones de EPS. El conocimiento de estas prioridades temáticas representa un primer e importante paso en la planificación y el desarrollo de acciones de EPS alineadas con los problemas experimentados por los trabajadores sanitarios, así como en la realización de futuras investigaciones científicas.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue realizado con el apoyo de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de la Enseñanza Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiación 001 y de la Fundación Universidad Federal de Mato Grosso do Sul y de la Investigación para el Programa SUS: gestión compartida de la salud - PPSUS, con apoyo financiero de Decit/SCTIE/MS, a través de CNPq, FUNDECT y SES-MS.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. 2004 [cited 2023 June 11]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>
2. Rocha DG, Bragé EG, Ribeiro LS, Ramos DB, Vrech LR, Lacchini AJB. (Des)construções de conhecimentos na saúde mental por meio da educação permanente em enfermagem. Enferm. Foco. [Internet]. 2020 [cited 2023 July 10]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3393>
3. Rezio LA, Conciani ME, Queiroz MA. The process of facilitating permanent education in health for mental health education in primary health care. Interface (Botucatu). [Internet]. 2020 [cited 2023 June 23]; 24:e200113. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200113>
4. Faria DLS, Ferreira Neto JL, Silva KL, Modena CM. Permanent health education: narrative of the mental health workers of Betim/Minas Gerais. Physis. [Internet]. 2021 [cited 2023 May 30]; 31(02). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310202>
5. Medeiros BG, Medeiros NSB, Pinto TR. Permanent education in mental health: the suicide on the health care agenda of community health agents. Pesquisas e Práticas Psicossociais. [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr. 19]; 15(2). Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200011&lng=pt&nrm=iso
6. Sousa FMS, Severo AKS, Silva AV, Amorim AKMA. Interprofessional education and permanent health education as a strategy for building comprehensive care in the psychosocial care network. Physis. [Internet]. 2020 [cited 2023 May 20]; 30(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300111>
7. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional socio-clinic. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2019 [cited 2023 June 05]; 27:e3204. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3217.3204>

8. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Training and permanent education in mental health under deinstitutionalization's perspective (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*. [Internet]. 2017 [cited 2023 July 11]; 28(3/4). Available from: <https://doi.org/10.51723/ccs.v28i03/04.277>

9. Figueiredo EBG, Macedo JP, Carvalho DM, Magalhães MA. Mental health observatory as a device of permanent education in primary. *Rev. APS*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 19]; 24(3). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.15653>

10. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Heal*. [Internet]. 2019 [cited 2023 July 05]; 11(4). Available from: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

11. Lima DWC, Paixão AKR, Bezerra KP, Freitas RJM, Azevedo LDS, Morais FRR. Humanization in mental health care: nurses' understandings. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 21]; 17(1). Available from: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2021.164401>

12. Rézio LA, Ceccim RB, Silva AKL, Cebalho MTO, Borges FA. Dramatization as a device for permanent education in mental health: an intervention-research. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 13]; 26:e210579. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210579>

13. Barboza RP, Palombini AL. Laugh-clinic interventions: between clowns and workers on permanent education in mental health. *Fractal, Rev Psicol*. [Internet]. 2022 [cited 2023 June 30]; 34:e5783. Available from: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5783>

14. Calheiros MNTR, Wyszomirska RMAF, Omena KVM, Calheiros DS. Permanent education in the field of mental health and the physician working in primary care. *Rev. APS*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 17]; 25(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35362>

15. Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Permanent education in health: innovative experiences in mental health in primary health care. *Saúde Debate*. [Internet]. 2020 [cited 2023 June 23]; 44(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E318>

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: Orientações*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [Internet]. [cited 2023 June 23]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_planejamento_acoes_educacao_permanente.pdf

17. Garcia GDV, Jeronymo DVZ, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2023 July 11]; 73(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>

18. Marchetti MA, Toso BFG, Marques FRB, Nascimento FGP, Pontes ECD, Mandetta MA. Interdisciplinary training for the Family approach in primary healthcare. *Texto contexto enferm*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr. 30]; 32:e20220178. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0178en>

19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [Internet]. [cited 2024 Apr. 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

20. Guimarães ACR, Pereira QLC, Ferreira AB. Implementation of the singular therapeutic plan in primary care: strengths and potential obstacles. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr. 30]; 12(10). Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43341>

21. Sousa MXS, Oliveira ALPM, Costa AIP, Moura MCOF, Almeida LMN, Marinelli NP. Continuing education with community health agents: difficulties in identifying, welcoming and caring for users with mental health disorders. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 20]; 10(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19361>

22. Rios AS, Carvalho LC. Permanent education in mental health: perception of the nursing team. Rev enferm UFPE on line. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 20]; 15:e245715. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245715>

23. Ferreira MS, Carvalho MCA. Education to face the stigma: An educational intervention with nursing students. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. [Internet]. 2020 [cited 2023 June 30]; 23(15-22). Available from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0268>

24. Reinaldo MAS, Sousa GS, Silveira BV. Psychiatric nursing, mental health and the national curriculum guidelines for the undergraduate nursing course. SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr. 29]; 17(3). Available from: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632>

25. Sousa LA de, Salim NR, Fumincelli L, Teixeira IM de C. Complementary therapies in education, community extension and research in nursing. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr. 30]; 74(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0449>

26. Muricy AL, Cortes HM, Antonacci MH, Pinho PH, Cordeiro RC. Implementation of mental health care with the CIHP approach in primary care. Rev. APS. [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr. 30]; 25(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35392>

27. Silva MRX, Lima ACP, Lira ALS, Souza CAB, Santos IBN, Silva NR. Espaço Estamira: an innovative experience in continuing education with mental health residents. Rev. Baiana Saúde Pública (Online). [Internet]. 2021 [cited 2023 May 26]; 45(4), Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3382>

THEMATIC PRIORITIES FOR CONTINUING EDUCATION IN MENTAL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH WORKERS

ABSTRACT:

Objective: To find out the thematic priorities for continuing education in mental health from the perspective of workers in the Unified Health System. **Method:** an exploratory and qualitative study was carried out with 37 health workers from a municipality in Mato Grosso do Sul, in September 2022. Data was collected using a self-administered individual questionnaire and a focus group, guided by a semi-structured script of questions. The material was subjected to thematic content analysis. **Results:** The themes 'Humanization in mental health care', 'Mental health in the context of primary care', 'Management of crises', and 'Mental health of health workers and professional valorization' emerged as priorities for continuing education actions in mental health. **Conclusion:** Knowledge of these thematic priorities makes it possible to plan continuing education actions based on the daily problems experienced by health workers.

KEYWORDS: Education; Education Continuing; Health Personnel; Mental Health; Unified Health System.

Recibido en: 21/08/2023

Aprobado en: 01/06/2024

Editor asociado: Dra. Cremilde Radovanovic

Autor correspondiente:

Verusca Soares de Souza

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Av. Márcio Lima Nandes, s/n, Coxim - MS

E-mail: verusca.souza@ufms.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio

- Lima H de P, Souza VS de. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Lima H de P, Machado CFT, Britto ACS, Rozza SG, Costa MAR, Souza VS de.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión

o integridad de cualquier parte del estudio - **Lima H de P, Souza VS de.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)