

■ Artigo Original

Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum

Application of the therapeutic relationship to people with common mental disorder

Aplicación de la relación terapéutica para personas con trastorno mental común



Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega^a
Marta Francisca Trigo Fernandes
Priscila de Freitas Silva^b

Como citar este artigo:

Nóbrega, MPSS, Fernandes MFT, Silva, PF. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e63562. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>

RESUMO

Objetivo: Descrever o resultado da aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum.

Método: Estudo quantitativo, descritivo, tipo antes e depois, conduzido com 112 prontuários acessados de um projeto de extensão em saúde mental na Atenção Primária à Saúde em Santo André, São Paulo. Utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* para rastreio. Dados coletados em outubro de 2014 e analisados por meio de medidas de frequência simples.

Resultados: O escore de entrada variou entre 07 e 18 pontos, e, quanto maior, mais sessões de relacionamento foram necessárias. Ao final do processo do relacionamento, 55% da amostra apresentaram escore negativado e 45% passaram à pontuação ≤ 3 .

Conclusão: O relacionamento terapêutico como cuidado em enfermagem em saúde mental transcende ao espaço da especialidade. A reavaliação contínua e o redirecionamento do processo conduziram os usuários a ampliar a visão sobre os desencadeadores de sofrimento, construir estratégias de enfrentamento e exercitar mudanças no cotidiano.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Assistência em saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To report the results from applying a therapeutic relationship to people with common mental disorder.

Method: Quantitative, descriptive, before and after study, conducted with 112 records accessed from an extension project in mental health in primary health care in Santo André, São Paulo. Screening was performed using a *Self-Reporting Questionnaire*. Data was collected in October 2014 and analyzed using simple frequency measures.

Results: The entry score ranged between 7 and 18 points, and the higher the frequency, the more relationship sessions were necessary. At the end of the relationship process, 55% had a negative score and 45% passed the score ≤ 3 .

Conclusion: Therapeutic relationship as nursing care in mental health transcends the area of specialty. Continuous review and process redirecting led users to enlarge their view of the suffering triggers, build coping strategies and exercise changes in daily life.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care Nursing. Mental health assistance.

RESUMEN

Objetivo: Describir el resultado de aplicar la relación terapéutica para personas con trastorno mental común.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo tipo antes y después, llevó a cabo con 112 registros a los que se accede desde un proyecto de extensión de la salud mental en la atención primaria de salud en Santo André, Sao Paulo. Se utiliza el *Self-Reporting Questionnaire* de divulgación para el rastreo. Los datos recogidos en octubre de 2014 y se analizaron utilizando medidas de frecuencia simples.

Resultados: La puntuación de entrada osciló entre 7 y 18 puntos y cuanto más alta la relación más sesiones eran necesarias. Al final del proceso de la relación 55% tenían puntuación negativa y el 45% apasó la puntuación ≤ 3 .

Conclusión: La relación terapéutica como cuidados de enfermería en salud mental trasciende el ámbito de la especialidad. La revisión continua y el redireccionamiento del proceso condujeron a los usuarios a ampliar la visión de los factores desencadenantes de sufrimiento, construir estrategias de enfrentamiento y ejercitar cambios en el cotidiano.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Enfermería. Atención en salud mental.

^a Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O transtorno mental comum (TMC) é um conceito sistematizado por Goldberg & Huxley, em 1992⁽¹⁾, para designar queixas somáticas inespecíficas sem apresentação de sinais e sintomas psicóticos, que não preenchem critérios para os transtornos depressivos, ansiosos ou somatoformes, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM IV), mas que produzem incapacidade funcional comparável e, por vezes superior aos transtornos mentais crônicos.

São características do TMC quadros como a insônia, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, esquecimento e queixas somáticas, representando uma das mais importantes causas de morbidade na Atenção Primária à Saúde (APS), indicando a necessidade de implementação de políticas públicas devido ao impacto considerável na qualidade de vida do indivíduo e no sistema de saúde em função da elevada demanda⁽²⁾, gerando sobrecarga em função dos custos, do alto índice de internação e solicitação de exames desnecessários⁽³⁾.

A prevalência de TMC no mundo varia de 24,6% a 45,3% e no Brasil oscila de 28,7% a 50%⁽⁴⁾. Apesar de prevalentes na população geral, estão mais associados ao sexo feminino, idosos, pessoas com baixo nível socioeconômico e escolar, e consta nas projeções para 2030 como uma das perturbações mais incapacitantes⁽⁵⁾. A necessidade de oferecer cuidados em saúde mental, seja em consulta médico-psicológica, aconselhamento ou grupos de orientação, é indicada para cerca de 10 a 12% da população que sofre de TMC⁽⁶⁾.

É na APS que pessoas com TMC procuram ser acolhidas, compreendidas e atendidas em suas necessidades. Entretanto, as queixas inespecíficas, comuns a esse transtorno, não são reconhecidas de imediato pelos profissionais, devido a maior valoração para queixas físicas, legitimadas pelo modelo biomédico⁽⁶⁾. Poucos casos são diagnosticados e muitas vezes subestimados, especialmente quando sintomas físicos não estão presentes, e repercute no inadequado tratamento e na peregrinação dos usuários pelos serviços de saúde⁽³⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a relevância que a APS tem para desenvolver ações de promoção da saúde mental e destaca rastreamento, encaminhamento e monitoramento de pessoas com transtornos mentais⁽⁶⁾.

A incompreensão sobre a expressão de sofrimento em pessoas com TMC está alocada na incompetência técnica das equipes e serviços em reconhecer pessoas nessas circunstâncias. Estereótipos de poli queixosos, pitiáticos, problemáticos e histéricos, comumente utilizados, compromete a prática clínica frente a essa condição de saúde⁽⁷⁾. A APS constitui lócus fértil para oferta de ações de saúde mental em um território geograficamente conhecido e

possibilita aos profissionais de saúde proximidade para conhecer a história de vida de seus usuários⁽⁸⁾.

O redirecionamento do modelo de assistência em Saúde Mental (SM), preconiza a inserção de suas práticas na APS. Entretanto, nesse cenário, ações terapêuticas desenvolvidas pelos enfermeiros, tanto para pessoas com condições graves e persistentes, como aqueles com queixas leves, compatíveis com o TMC, precisam ser consolidadas. Estratégias de Saúde Mental nesse campo são bem-vindas e fortalecem a participação do enfermeiro na pauta da necessária articulação entre essas duas áreas. É nesse escopo que este estudo se apresenta, ao mostrar resultados de um projeto de extensão que conecta o reconhecimento de pessoas em sofrimento mental e ação pragmática de enfermagem ancorada na teoria do relacionamento terapêutico (RT)⁽⁹⁾.

O RT ou relação pessoa-a-pessoa compreende interações planejadas entre enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda, com objetivos definidos e compromisso recíproco. Como terapêutica centrada na pessoa, constitui um repertório de saberes e práticas que possibilita o entendimento do ser humano em sua complexidade e sua aplicação promove crescimento e mudança de comportamento entre os envolvidos.

A teoria do RT contempla quatro fases com características próprias: Pré-interação, o profissional levanta informações necessárias para o desenvolvimento do relacionamento e reconhece sentimentos decorrentes das impressões em relação à pessoa atendida; Introdutória ou de orientação, fase em que os envolvidos firmam compromisso para o RT; Desenvolvimento pleno do RT, com resolução dos problemas identificados pelo usuário, e por Término: fase de análise sobre o alcance dos objetivos traçados e reavaliados durante todo o processo⁽⁹⁾. As fases não são rígidas e podem se sobrepor.

Estudo sobre TMC aponta a necessidade de organização da APS no desenvolvimento de ações de promoção à saúde mental e destaca construção de práticas do enfermeiro para lidar essa clientela⁽⁴⁾. A aplicação do RT a pessoas que apresentam TMC constitui lacuna do conhecimento uma vez que essa tecnologia de cuidado é mais realizada em espaços de especializados em saúde mental e no campo da APS representa algo novo. Portanto, interessa-nos saber: qual o efeito da aplicação da tecnologia do RT em pessoas com TMC? Partindo da questão de pesquisa, este estudo tem como objetivo: descrever o resultado da aplicação do relacionamento terapêutico (RT) a pessoas com transtorno mental comum.

■ MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, do tipo antes e depois, onde o critério de avaliação é subjetivo e pode-se utilizar o

próprio paciente como controle de si mesmo, e/ou questionários específicos e validados para essa finalidade⁽¹⁰⁾. Realizado no Projeto de Extensão de Enfermagem em Saúde Mental, na APS, intitulado Serviço de Enfermagem em Saúde Mental (SESM), desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Santo André, região sudeste do Brasil. O SESM foi desenvolvido no período de julho de 2012 a agosto de 2014, tendo como suporte a teoria do RT⁽⁹⁾, enquanto espaço de ensino-aprendizagem acadêmico.

O SESM é parte de um Projeto de Extensão de Enfermagem em Gerontologia, iniciado em 2010 e finalizado em 2014, no mesmo local, que presta atendimento a pessoas envelhecidas e/ou idosas, bem como a seus cuidadores. Os usuários que chegam ao SESM são encaminhados das consultas de enfermagem em gerontologia, coordenado por docente da disciplina de saúde do idoso. O critério para encaminhar usuários ao SESM está na demanda de saúde mental detectada de forma subjetiva pelo profissional. O usuário vivencia três etapas no SESM:

A 1ª. etapa: Consulta de Enfermagem conduzida por docente, acadêmico de enfermagem da disciplina de saúde mental e enfermeiras integrantes do projeto. Nessa etapa são levantadas questões que vão se somar ao prontuário do paciente no serviço. Abordam dados sócios demográficos, convívio familiar e social, dificuldades/conflitos que o trouxe à consulta, exame do estado mental, contexto da história de vida, todo esse material subsidia o desenvolvimento do RT e a sistematização da assistência de enfermagem.

Também é realizado o rastreio de TMC pelo *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)⁽²⁾, instrumento recomendado pela OMS para estudos em APS. O SRQ-20 contém 20 questões relacionadas à condição de saúde mental relativa aos últimos 30 dias, com respostas tipo sim/não, divididos em quatro áreas (Humor Depressivo/Ansioso, Sintomas somáticos, Decréscimo de energia vital e Pensamentos depressivos). Com Escore final composto pelo somatório de cada resposta afirmativa, que pode variar de 0 (nenhuma probabilidade de TMC) a 20 (probabilidade extrema de TMC). De acordo com o ponto de corte \geq sete (escore considerado para ambos os sexos⁽⁴⁾) a pessoa é inserida na etapa seguinte, onde é acordado o número de três faltas consecutivas, sem justificativa para desligamento. A autonomia foi considerada como critério de inclusão em participar ou não da proposta.

Na 2ª etapa ocorre a realização do RT desenvolvido por enfermeiras generalistas e/ou especialistas em enfermagem de saúde mental, voluntárias do projeto. As interações de RT são conduzidas em ambiente reservado, com encontros semanais e/ou quinzenais, de acordo com o contrato estabelecido entre usuário-enfermeiro, com duração de cinquenta minutos cada. Cada encontro transcorre de acordo com as informações e os objetivos sistematizados na pré-interação e

fases subsequentes⁽⁹⁾. O usuário conta sua história uma, duas, três ou mais vezes. Esse processo de repetição é uma maneira de colocar as peças e cognitivamente organizar o evento que causou o sofrimento, e ajuda o usuário a falar de mesmo. Na condução do RT o enfermeiro fornece suporte para o usuário reestabelecer um senso de controle sobre as pequenas coisas do dia-a-dia. Também permite espaço e tempo para que tome decisões por si só e desenvolva um papel ativo no planejamento de seu futuro. O usuário é conduzido a reconhecer e expressar pensamentos e sentimentos (angústia, aborrecimento, impotência, culpabilidade), avaliar comportamentos egocêntricos, sintomas depressivos, ansiosos, etc.

Com o passar do RT o indivíduo tem a sua tensão diminuída, começa a ver possibilidades reais de mudança em suas relações familiares, sociais e encontrar saídas significativas para a sua vida. Oportuniza-se ao usuário a possibilidade de sentir-se pertencendo a um grupo, reconhecido, valorizado e capaz de enfrentar as exigências do cotidiano mais fortalecido. Nesse processo, aprende coisas novas e passa a fazer uso de novas informações para reorganizar e (re)significar as suas memórias e sua história de vida⁽⁹⁾. A aplicação do RT é tarefa complexa e exige do enfermeiro saberes e práticas para o entendimento da totalidade do ser humano, quanto as suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades⁽¹¹⁾, e autoconhecimento, pois a forma como vivencia a sua relação com o usuário pode influenciar suas condutas e ações no espaço de trabalho⁽¹²⁾.

O RT é uma tecnologia realizada por enfermeiros, sendo restrita sua condução pelos integrantes da equipe de enfermagem. No SESM, o compartilhamento do processo do RT com a equipe de saúde é feito nas discussões de caso. Preservar a história e garantir o acesso às informações somente aos que realmente podem contribuir para a continuidade da assistência constitui uma questão ética do projeto e do próprio RT.

O RT é uma relação de pessoa-a-pessoa ambos (profissional e paciente) se transformam. Ao lidar com a complexidade das demandas do usuário, o enfermeiro precisa se apropriar de conhecimentos sobre a condição humana e de saúde mental. Natural nesse processo se identificar com aspectos da vida do usuário, porém fundamental separar o que é seu daquilo que é do outro, para não comprometer o RT. Para isso precisa trabalhar o autoconhecimento por processo terapêutico ou em supervisão com profissional experiente em RT/saúde mental, caminhos que o fortalece para evitar atitudes e sentimentos como julgamentos moral, raiva, rejeição. No SESM, as enfermeiras recebem supervisão de uma especialista em SM para melhor lidar com as demandas trazidas no processo de cuidado.

De acordo com o transcorrer do processo, a 3ª e última etapa constitui a avaliação para encerramento do

RT, tendo como critério como o usuário avaliava as mudanças e como percebia a constituição de novos padrões de enfrentamento das questões que desencadeavam sofrimento, seguido da reaplicação do SRQ-20. O usuário poderia ser encaminhado para grupos de diferentes modalidades na UBS.

Ao longo do Projeto de Extensão de Enfermagem em Gerontologia foram atendidos 600 pacientes. Os dados, aqui apresentados, foram coletados em outubro de 2014 dos prontuários dos pacientes que foram inseridos no SESM, no período de julho de 2012 a agosto de 2014. Foram digitados no Excel for Windows 2003-2007 e com análise obtida por medidas de frequência simples. Em 2014, a Resolução Nº 466/2012 já havia sido aprovada, mas no período em que os usuários foram inseridos no SESM ainda preconizava a Resolução Nº 196/96, pela qual o estudo foi aprovado de acordo com o protocolo de nº 214/2010. No projeto encaminhado ao Comitê de Ética, foi destacado no termo de confidencialidade que os dados seriam coletados dos prontuários dos usuários inseridos no SESM.

■ RESULTADOS

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva em prontuários e a amostra foi constituída a partir de um Projeto de Extensão com a participação de usuários que preencheram os critérios de inclusão. Refere-se a 112 indivíduos atendidos ao longo de quase três anos no SESM, com idade entre 45 e 82 anos, com média de 65 anos, maioria do sexo feminino (83,93%), casada (52,68%), viúva (24,11%), com única união (85,72%), católica (46,43%) protestante (33,03%), ensino fundamental (56%) e (54,47%) com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (R\$545,00). Ao longo dos atendimentos

no SESM apenas duas usuárias tiveram uma falta cada e não houve perda de seguimento em relação a nenhum usuário. Foi possível constatar com o SRQ-20 que os usuários atendidos no SESM apresentavam escore de entrada entre 7 e 18 pontos (Figura 1).

Na figura 2 destacam-se os aspectos investigados pelo SRQ 20 na entrada para o SESM, antes de receber a intervenção do RT. Observa-se expressiva presença de sintomas relacionados ao TMC nos quatros grupos do SRQ-20 (Humor Depressivo/Ansioso, Sintomas somáticos, Decréscimo de energia vital, Pensamentos depressivos), com afirmativas de 100% em cada grupo, de acordo com a questão.

No grupo correspondente ao “Humor Depressivo/Ansioso”, o percentual de respostas Sim na questão “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)” foi de 100%. Da amostra 82,14% referiram que “tem se sentido triste ultimamente” e/ou “tem chorado mais do que o de costume”. No segundo grupo de “Sintomas Somáticos”, as respostas Sim para “dorme mal” foram de (100%), seguido de “tem falta de apetite 34,82%”. Ainda nesse grupo, 69% responderam Não para “tem dores de cabeça frequentes”.

No terceiro grupo, “Decréscimo de Energia Vital”, a resposta Sim foi de 100% para “dificuldade em pensar com clareza”. Em contrapartida, nesse grupo, 88% responderam Não a questão “cansa-se com facilidade”. No quarto e último grupo “Pensamentos Depressivos”, 100% dos sujeitos responderam Sim para “tem perdido o interesse pelas coisas” e “incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida”. Porém, 85,72% responderam Não para a questão “Tem tido a ideia de acabar com a vida”. Após receberem intervenção pelo RT com 4 a 18 sessões, o resultado aponta mudança no SRQ-20, com melhora no sofrimento emocional e decréscimo do escore em todas as questões (Figura 3).

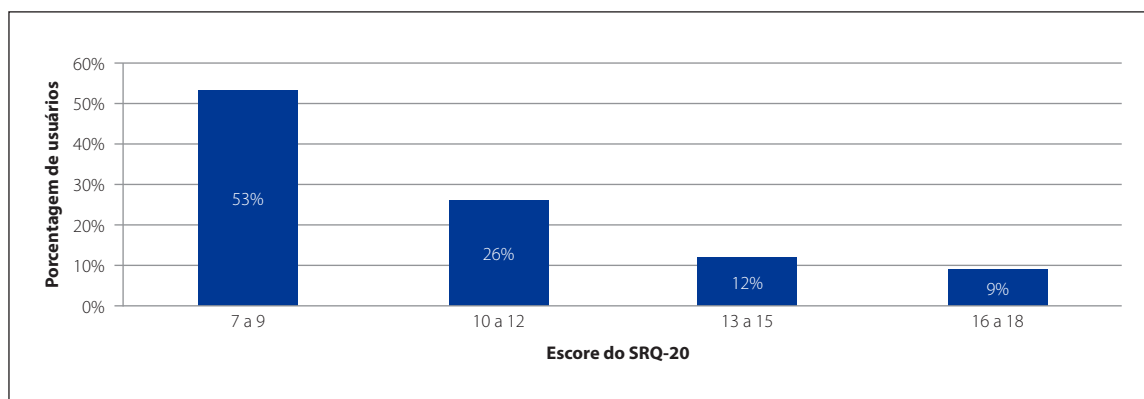


Figura 1 – Escore do SRQ- 20 dos usuários atendidos no Serviço de Enfermagem em Saúde Mental (SESM), Santo André – SP, 2014

Fonte: Prontuários dos usuários atendidos no SESM, 2012-2014.

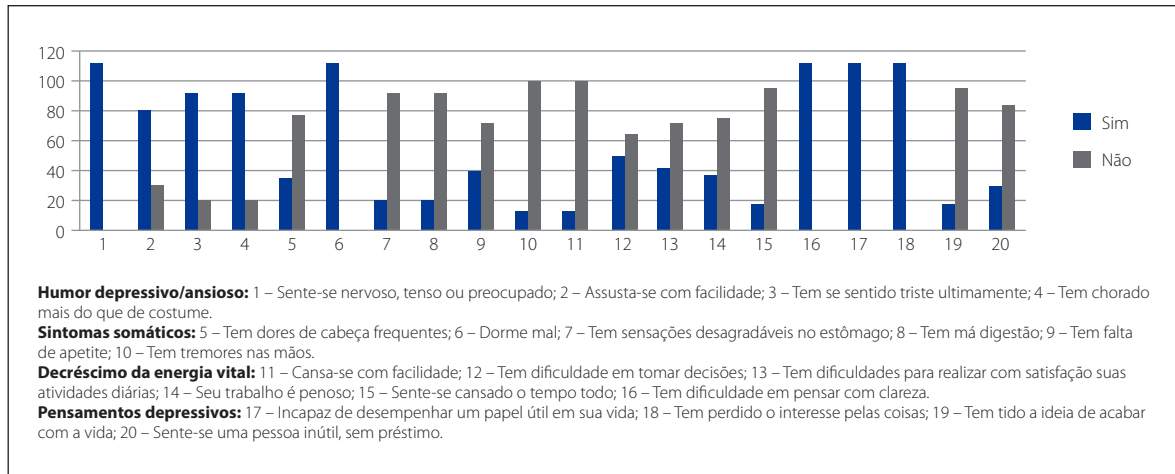


Figura 2 – Escore do SRQ-20 dos usuários atendidos no Serviço de Enfermagem em Saúde Mental (SESM) antes de realizar o RT. Santo André – SP, 2014

Fonte: Prontuários dos usuários atendidos no SESM, 2012-2014.

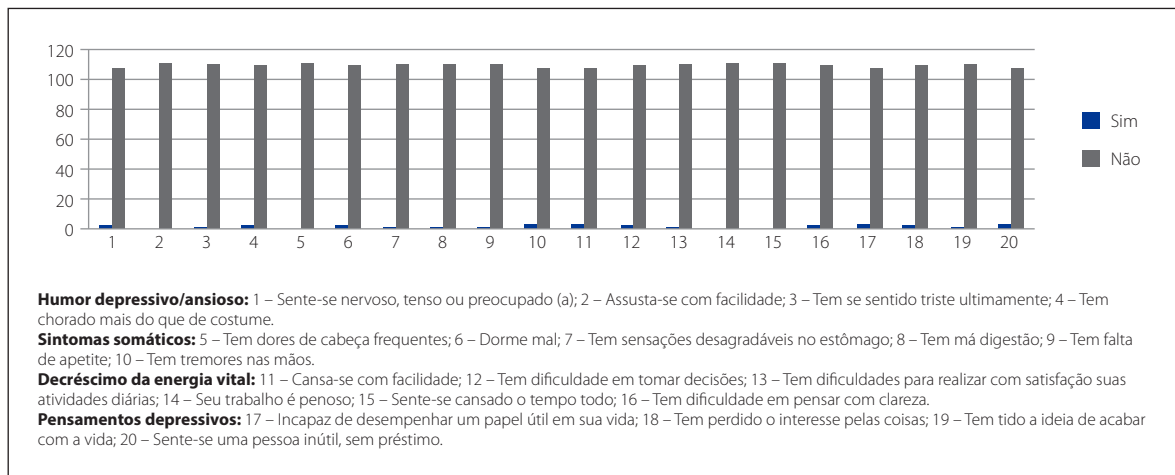


Figura 3 – Escore do SRQ-20 dos usuários atendidos no Serviço de Enfermagem em Saúde Mental (SESM) após realização do RT. Santo André – SP, 2014

Fonte: Dados extraídos de prontuários dos usuários atendidos no SESM, 2012-2014.

Houve 100% de respostas negativas para “assusta-se com facilidade”, “tem dores de cabeça frequentes”, “seu trabalho é penoso” e “sente-se cansada o tempo todo”. Na pergunta “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)” antes do RT, 100% dos usuários responderam que sim e após o RT somente 2,68% mantiveram resposta positiva. Na questão “Tem se sentido triste ultimamente” 82,14% antes do RT responderam que sim, após o RT menos de 1% mantiveram essa resposta. Questionados sobre “Tem chorado mais do que de costume”, 82,14% responderam que sim e após o RT apenas 1,78% mantiveram essa resposta. Na questão “dorme mal” que antes era 100% da amostra,

após o RT 98,21% disseram que não dormia mal. Quanto a “Tem dificuldade de pensar com clareza” antes do RT 100% da amostra queixava desta dificuldade e após 98,21% negaram. Sentir-se “Incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida” após o RT 97,32% disseram que não, e “Ter perdido o interesse pelas coisas” 98,21% afirmaram que não.

Da amostra 73 (65,18%) dos usuários com escore de SRQ-20 entre 7-10 passaram por 5,5 sessões de RT. Para 23 (20,53%) dos usuários com escore 11-14 passaram por 9,5 sessões de RT. Da amostra 16 (14,28%) dos usuários com SRQ-20 entre 15-18 passaram por 14,6 sessões de RT. Detectou-se que, quanto maior o escore do SRQ-20 (1ª.

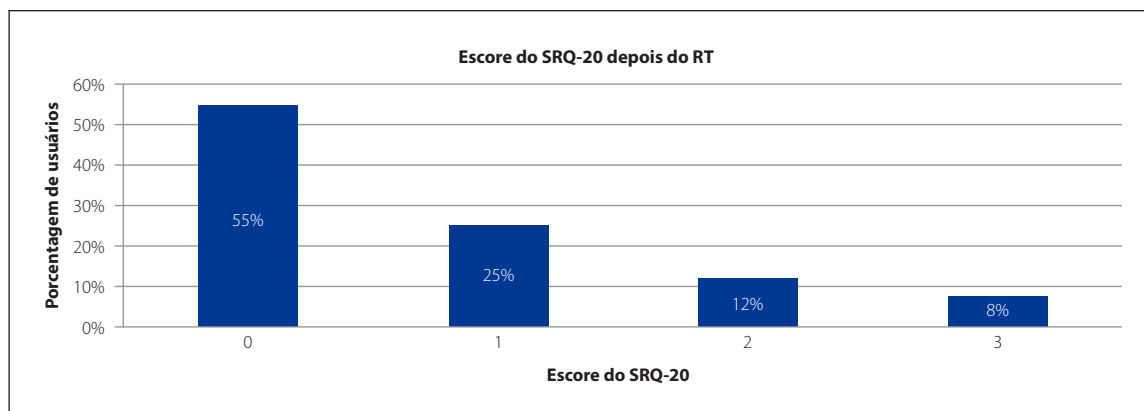


Figura 4 – Escore do SRQ- 20 saída dos usuários atendidos no Serviço de Enfermagem em Saúde Mental (SESM), Santo André – SP, 2014

Fonte: Dados extraídos de prontuários dos usuários atendidos no SESM, 2012-2014.

fase de rastreio), mais sessões de RT foram necessárias para a pessoa entrar em contato com a experiência de sofrimento, encontrar sentido e significados para essa experiência, elaborar meios de enfrentá-lo e estabelecer um estado de equilíbrio. O escore final dos usuários submetidos ao RT foi de 0 para 55%, de 1 para 25%, de 2 para 12% e 3 para 8% da amostra. Para 55% da amostra o SRQ-20 foi negativado e 45% passaram a pontuação ≤ 3 (Figura 4).

Os eventos desencadeadores que pontuaram o SRQ-20 estão ligados às questões da vida cotidiana que foram relatados no decorrer do RT como demanda de entrada e trazidos no decorrer deste. Aspectos como perda de um ente querido “luto” (filho, esposo (a), mãe) 23 (20,54%), “doenças agudo-crônicas consigo” 31 (27,68%), “doenças agudo-crônicas com membros da família” 20 (17,85%), problemas familiares 34 (30,36%) e infidelidade conjugal 11 (32,35%), alguns duplamente citados.

Para lidar com esses eventos “buscavam ajuda divina” (igreja, oravam, cantavam hinos de louvores, conversavam com Deus), “evitavam ficar sozinho” 44 (39,30%), (procuravam sair, passear, conversar com vizinhos, ir ao grupo da terceira idade, fazer caminhada, cuidar dos netos ou pegar um ônibus e ficar dando voltas), 33 (29,46%), “preferiam ficar totalmente isolados” (não viam e tão pouco falavam com outras pessoas) 15 (13,40%), utilizaram “outras estratégias” (aumento do consumo de café e cigarro, ler, assistir televisão, fazer crochê, uso de bebida alcoólica, sair sem destino e automedicação) 14 (12,5%) e não souberam informar 6 (5,36%).

■ DISCUSSÃO

A amostra do estudo origina-se de uma região predominantemente industrial da periferia do ABC Paulista, região

metropolitana da cidade de São Paulo. Este cenário apresenta uma menor variabilidade em suas condições socioeconômicas, com uma população que reside e trabalha em torno de um polo petroquímico. Consistente com a literatura, os achados apontam que o TMC predominou na população feminina^(3,13), em pessoas com idade avançada⁽¹⁴⁾, em crescente progressão de aumento da idade⁽¹⁵⁾, casadas⁽⁴⁾. Distingue-se apenas na variável estado civil, em que prevalece na população de indivíduos viúvos/divorciadas/separados⁽⁴⁾.

A região, cenário desse estudo, apresenta adensamento populacional em área urbana, com parte da população vivendo em clusters de pobreza. Fatores ambientais desfavoráveis, como acesso desigual aos cuidados de saúde, desemprego, condições habitacionais inadequadas, baixa renda familiar, associação da diminuição do poder aquisitivo, que levam a problemas psicológicos devido à redução da contratualidade financeira e desempenho insatisfatório de papéis sociais, aumentam a probabilidade de ocorrência de TMC⁽¹⁶⁾.

Ainda que para alguns profissionais, o RT seja uma ferramenta pouco prestigiada e compreendida apenas como uma relação amistosa de relação com o usuário⁽¹⁷⁾, o mesmo constitui uma tecnologia intersubjetiva de cuidado que possibilita a interferência sobre as necessidades da pessoa em sofrimento. Quando desenvolvido, implica no respeito às particularidades e maneiras de pensar e agir do outro e esforço para ajudar a pessoa a ganhar domínio e enfrentar de forma realística os eventos estressores da vida⁽¹⁷⁾. A autenticidade e a honestidade são qualidades desejadas na terapêutica do RT e úteis para ajudar a pessoa a encontrar soluções reais para os problemas⁽¹⁸⁾.

Na teoria das relações interpessoais considera-se que a partir da concepção de unicidade do ser humano é possível valorizar, compreender e aceitar as pessoas como elas são,

respeitando suas individualidades, limitações e potencialidades⁽⁹⁾. Foi analisando, que cada pessoa tem seu próprio tempo, e mesmo que preconizado as quatro fases do RT, detectou-se melhora significativa a partir da quarta interação, em pessoas que entraram com escore entre 7 e 8 pontos. Possivelmente àqueles que visualizaram o problema como pontual e passível de resolução com breve intervenção terapêutica.

Compreendendo àqueles com menor potencial de enfrentamento do sofrimento e, ainda, sem condições de testar novos padrões de comportamento, foram necessárias até dezoito sessões de RT. Possibilitando, logo que possível, conduzir a elaboração de estratégias objetivas e subjetivas de enfrentamento das vivências relatadas, e constituir perspectiva para o futuro com novas alternativas para aquele momento crítico da vida. Ao lidar com os eventos desencadeadores e construir respostas à ameaça do sofrimento, apegar-se a crenças globais e enraizadas com a religião, consumo de álcool, medicamentos, atividades artesanais, lutar, fugir ou paralisar-se são medidas comuns.

Na tentativa de enfrentar situações de estresse e como estratégia para conseguir lidar com os eventos traumáticos e certas circunstâncias, a maioria das pessoas desenvolve respostas de enfrentamento pouco adaptadas. As diferentes formas de tentar podem ativar mecanismos de proteção, alterando o estado de humor, bem como o comportamento de um indivíduo⁽¹⁹⁾. Foi nesse entendimento que a aplicação do RT possibilitou ao indivíduo, respeitando cada proposição, (re)significar eventos desencadeadores, desenvolver novas habilidades para enfrentá-los, ganhar mais domínio sobre si e projetar o futuro. Destaca-se assim que durante o processo 29 (25,89%), “desejavam sair do sofrimento emocional e melhorar a saúde” e 23 (20,54%) fazem “planos de realizar sonhos como comprar a casa própria, viajar, melhorar o convívio familiar”.

A tarefa do RT é conduzir o outro a discernir problemas e encontrar fios condutores para seguir adiante. Ainda que a meta traçada no processo não tenha sido alcançada, o compromisso de continuar é fundamental na relação pessoa-a-pessoa. Estas necessitam de tempo para processar mudanças, 18 (16,07%) “não conseguiam ser otimistas em relação ao futuro e acreditavam que ficariam cada vez mais sozinhos”. Para 16 (14,28%) “não conseguiam ver-se fora dos problemas, não encontravam alternativas e não tinham perspectiva de melhora” e 11 (9,82%) referiam “medo da solidão” e 15 (13,40%) não souberam responder.

Diante das demandas, o manejo das questões de saúde mental precisa ser expressivo, fugindo da lógica dos encaminhamentos não qualificados a outros serviços. Em virtude da dinâmica e extensão do território nacional e sua população, a APS é idealizada para oferecer práticas de cuidado resolutivas e se responsabilizar pela efetividade do cuidado. A complexidade de cuidados e as necessidades

singulares de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, exigem das ações nesse nível de assistência, promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos, mediante os princípios longitudinalidade e integralidade do cuidado⁽¹¹⁾.

Entretanto, em determinados espaços de cuidados primários, as equipes não apresentam condições para ofertar cuidado de saúde mental e nem sempre entendem o que é o cuidado em saúde mental. Para superar essa lacuna é importante que os profissionais de saúde atuantes na APS compreendam que o sofrimento não significa necessariamente estar doente, ou apresentar alguma enfermidade, da mesma forma que a pessoa pode estar gravemente enferma e não apresentar sofrimento⁽⁸⁾.

Os usuários dos serviços dessa modalidade de cuidado não se sentem compreendidos em suas emoções, e queixam-se que os profissionais não individualizam e não contextualizam as necessidades. Por isso o esforço para atender as demandas de cuidado devido agravos à saúde de origem psicossocial e a inclusão da dimensão subjetiva dos usuários, exigem articulação da SM com a atenção primária. O foco dos cuidados de SM mudou dramaticamente nas últimas décadas, cada vez mais pessoas com necessidades nesse campo são tratados fora do contexto clínico clássico. Enfermeiros que trabalham na APS frequentemente sentem que não possuem habilidades necessárias para lidar com essas demandas, e embora se acredite que os enfermeiros generalistas, expressiva força de trabalho na APS, conheçam os pressupostos do RT, esse não tem sido aplicado como ação de SM⁽²⁰⁾.

Ao reconhecer o RT como ferramenta de cuidado, o enfermeiro, possibilita ao usuário exercer um papel ativo na tomada de decisões e de enfrentamento do seu sofrimento. Para responder a necessidade de SM na APS é preciso reconhecer o potencial do RT em âmbito onde esta precisa ser alicerçado. Igualmente, entender essa tecnologia aplicada na APS pode ser a principal intervenção para promover a sensibilização e trabalhar com as dificuldades da sua população por meio de instrumento central para toda a prática de enfermagem.

Atualmente a articulação da SM com APS representa grande desafio, e o enfermeiro pode se valer do SRQ-20 para reverter a subnotificação dos TMC e planejar intervenções. O SESM surgiu da consonância de suas idealizadoras na crença de que é possível desenvolver ações específicas em um campo destinado a outras demandas de saúde. Ancorado, ainda, na proposição de oferecer condições para as pessoas processarem seu sofrimento, e nessa perspectiva, sensibilizar o enfermeiro a construir uma prática efetiva de SM nesse cenário.

■ CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo descrever o resultado da aplicação do RT a pessoas com TMC. O RT é uma tecno-

logia de cuidado em enfermagem em saúde mental que transcende ao espaço da especialidade. Por meio de reavaliação contínua e redirecionamento da assistência prestada no RT foi possível conduzir os usuários atendidos no SESM a ampliar a visão sobre os desencadeadores de sofrimento, construir estratégias de enfrentamento e exercitar mudanças no cotidiano.

Conclui-se que os participantes do estudo estavam em sofrimento e precisavam de um espaço para compartilhar suas angústias e que a proposta do RT na APS viabiliza a escuta e compreensão do sofrimento emocional em espaço não especializado, e quando aplicado nesse cenário desperta para a práxis do enfermeiro generalista. Apropriar-se do RT na APS conduz o enfermeiro a assumir a posição de intermediar a pessoa a criar novas formas de produzir saúde e representa uma ferramenta importante de promoção à SM à medida que o indivíduo com TMC aprende a lidar com questões do cotidiano e do sofrimento.

A experiência deste estudo foi engrandecedora para toda equipe do projeto de extensão. Valoriza o uso de uma teoria restrita aos espaços de cuidado especializado, e incomum no cenário em que foi aplicada. Demonstra a viabilidade e potencialidade da experiência de um projeto de extensão como o SESM ser conduzida na APS, e possibilitar a plasticidade do trabalho do enfermeiro com vistas a atender o novo paradigma de SM.

Os resultados desse estudo são relevantes para enfermagem na área do ensino reforçando a ênfase que deve ser dada durante a formação de enfermeiros quanto à teoria do RT. Na área de pesquisa, estudos que evidenciem sua aplicação precisam ser mais explorados para sustentar condutas na prática assistencial. Adicionalmente, na área da gestão do cuidado, constitui um instrumento que se articula com a dinâmica de trabalho em equipe. Destaca-se como limitação do estudo a impossibilidade de assegurar a melhora no escore do TMC unicamente ao processo do RT. Ademais, reforça-se o protagonismo do usuário e do enfermeiro na disponibilidade interna para construir estratégias objetivas e subjetivas de enfrentamento ao sofrimento.

■ REFERÊNCIAS

1. Goldberg D, Goodyer I. The origins and course of common mental disorders. London: Routledge; 2005.
2. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad Saúde Colet*. 2016; 24(1):92-8.
3. Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso CS, Scalón JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr*. 2001;60(3): 221-6.
4. Lucchese R, Sousa K, Bonfim SP, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):200-7.
5. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos L, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 2013;13:163.
6. Organização Mundial da Saúde (US). Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde; 2001.
7. Vidal CEL, Yañez BFP, Chaves CVS, Yañez CFP, Michalaros IA, Almeida LAS. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad Saúde Colet*. 2013; 21(4):457-64.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Cadernos de Atenção Básica, 34.
9. Travelbee J. Intervencion en enfermería psiquiátrica. Cali: Universidad Del Valle; 1979.
10. Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. 1. ed. São Paulo: Roca; 2004.
11. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):317-24.
12. Veiga KCG, Fernandes JD, Sadigursky D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18(2):322-5.
13. Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1415-26.
14. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Jr JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):630-40.
15. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1639-48.
16. Ludermir AB. Desigualdade de classe e de gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2008;18(3):451-67.
17. Silveira LC, Aguiar DT, Palácio PDB, Duarte MKB. A clínica de enfermagem em saúde mental. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(2):107-20.
18. Shattell M, Starr S, Thomas S. "Take my hand, help me out": mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs*. 2007;16(4):274-84.
19. Basso, LA, Wainer, R. Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Rev Bras Ter Cogn*. 2011;7(1):35-43.
20. Registered Nurses' Association of Ontario (CA). Establishing therapeutic relationships. Rev. ed. Toronto: RNAO; 2006.

■ Autor correspondente:

Maria do Perpétuo S.S. Nóbrega
E-mail: perpetua.nobrega@usp.br

Recebido: 30.03.2016

Aprovado: 13.03.2017