

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RITA APARECIDA NICIOLI CERIONI

**EXPECTATIVAS DE PACIENTES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
EM UM SERVIÇO-ESCOLA: DA ESCUTA À ADESÃO.**

São Paulo

2014

RITA APARECIDA NICIOLI CERIONI

**EXPECTATIVAS DE PACIENTES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
EM UM SERVIÇO-ESCOLA: DA ESCUTA À ADESÃO.**

(VERSÃO CORRIGIDA e PARCIAL)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, como parte da exigência para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Associada Eliana Herzberg.

São Paulo

2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Cerioni, Rita Aparecida Nicioli.

Expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico em um serviço-escola: da escuta à adesão. / Rita Aparecida Nicioli Cerioni; orientadora Eliana Herzberg. -- São Paulo, 2014.

96f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Expectativas 2. Triagem psicológica 3. Escuta psicológica
4. Clínica-escola 5. Abandono de tratamento I. Título.

BF323.E8

NOME: Rita Aparecida Nicioli Cerioni.

Título: Expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico em um serviço-escola: da escuta à adesão.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Aprovado em: _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura: _____

*À minha mãe Dora, a primeira a me escutar.
Ao meu pai Etoze, sempre na minha memória, por
ter superado minhas expectativas de filha.*

AGRADECIMENTOS:

À professora Dra. Eliana Herzberg por ter me orientado com tanta dedicação e delicadeza, que em momentos tão difíceis pelos quais passei me ajudou e me acalmou com suas palavras de entusiasmo. Nem todas as palavras de agradecimento traduziriam toda a minha gratidão.

Ao meu marido Carlos Eduardo Cerioni, pela ajuda de sempre, por ser uma mãe para nossas filhas quando estive ausente. Pelo amor que me dá todos os dias despreziosamente.

Às minhas filhas Clara Marina e Maria Fernanda, sempre tão tranquilas e autônomas, muitas vezes cuidando mais de mim do que eu delas.

Aos meus irmãos Júlia, Nando e Marici, pelo incentivo que sempre me deram, pelo otimismo, por terem participado tão ativamente com o desenvolvimento do meu potencial de escuta quando “conversavam comigo na hora de dormir”, por serem meus primeiros amigos de infância e permanecerem meus amigos.

À minha amiga professora Dra. Luci Mara Garcez Marin, pela amizade e por ter aberto para mim as portas para o mestrado de forma tão eficaz.

À minha amiga Mônica Marcondes de Paiva Annes, pelos anos de amizade e dedicação, e por enxergar em mim mais do que eu mesma consigo ver.

À minha amiga Iane Glauce Melotti, pelo amor tão genuíno, pelo apoio e incentivo.

À minha analista Inês Gazeta, pela descoberta.

Às professoras Dra. Ianni Scarcelli e Profa. Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo, pelas valiosas e sábias contribuições.

À Universidade Paulista Unip, pela autonomia e confiança que me concedeu para que eu efetuasse o meu trabalho e a partir dele, a oportunidade de realizar essa pesquisa.

À professora Ghislaine Gliosce pelo incentivo, por ter garantido o meu trabalho.

À professora e coordenadora do curso de psicologia e do Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista de Jundiaí, Ms. Katilaine Cristina Erbeta pela compreensão e total disponibilização para a coleta de dados.

Aos meus pacientes, pela oportunidade da escuta.

Aos participantes desta pesquisa, pela generosidade.

Não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores. É preciso também não ter filosofia nenhuma.

Alberto Caeiro

RESUMO

Cerioni, R. A. N. (2014). *Expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico em um serviço-escola: Da escuta à adesão*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, S.P.

A partir da experiência com supervisão de alunos de psicologia que atendiam em psicoterapia breve de orientação psicanalítica em uma universidade no interior de São Paulo, observou-se que a escuta clínica e compreensão das expectativas dos pacientes acerca do atendimento psicológico favorecia o engajamento destes ao processo de psicoterapia. Essa experiência consistiu em orientar os estagiários do quinto ano a perguntarem aos seus pacientes, no primeiro atendimento, o que eles esperavam da psicoterapia. Levantar e analisar esse material junto aos estagiários favoreceu uma redução significativa do índice de desistência. A hipótese desta pesquisa é que a escuta e análise das expectativas podem aproximar a técnica da psicoterapia às necessidades dos pacientes, favorecendo adesão ao tratamento psicológico. Objetivou verificar o índice de desistência, identificar as expectativas dos pacientes que procuram um serviço-escola para atendimento psicológico durante o processo de triagem, analisar possível relação entre a intervenção da escuta clínica dessas expectativas na triagem e adesão ao tratamento psicológico. O delineamento da pesquisa é predominantemente clínico-qualitativo. Foi feita pesquisa documental, por meio de consulta ao sistema informatizado da clínica, comparando os anos de 2009 e 2010 quanto ao índice de desistências. Foram realizadas entrevistas semidirigidas em um, dois ou três encontros, de acordo com a necessidade, com 10 participantes que aguardavam na lista de espera para atendimento psicológico, interlocução com os estagiários designados a atenderem os participantes em psicoterapia breve e análise documental dos prontuários dos participantes um ano após a triagem. Os resultados foram tratados segundo a análise de conteúdo considerando-se as categorias queixa manifesta, queixa latente, expectativas e comportamento não-verbal. Verificou-se uma adesão positiva ao encaminhamento proposto indicando que a escuta e compreensão das expectativas dos usuários do serviço-escola de psicologia podem enriquecer o sentido da busca por atendimento psicológico. A compreensão mais próxima dos desejos e necessidades dos participantes pareceu ter possibilitado uma redução do hiato produzido entre o que o paciente expressava necessitar e o que o estagiário ansiava em oferecer, favorecendo assim uma redução no índice de abandono. As implicações que poderão advir desta pesquisa dizem respeito ao estabelecimento de uma escuta mais acurada das necessidades e expectativas dos pacientes na triagem e um maior cuidado por parte dos supervisores e estagiários em relação à essa escuta não só na triagem, mas também no início da psicoterapia, dado que é frequente existir um intervalo muitas vezes maior do que o esperado entre inscrição, triagem e a psicoterapia.

Palavras-chave: Expectativas, Triagem psicológica, Escuta psicológica, Clínicas-escola, Abandono de tratamento.

ABSTRACT

Cerioni, R. A. N. (2014). Patients' expectations regarding psychological care in a school service: from listening to engaging. Master's degree dissertation, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, S.P.

From the experience supervising Psychology students who provided psychoanalytical short-term psychotherapy at a university in the countryside of São Paulo, we could notice that clinical listening and the thorough understanding of patients' expectations regarding psychological care favored their engagement in the psychotherapeutic process. The experience consisted in orienting fifth-year interns to ask their patients, in the first session, what they expected from the psychotherapeutic treatment. Collecting data and analyzing them with the interns has favored a significant reduction in dropout rates. The hypothesis this research works with is that listening to and analyzing patients' expectations may adjust the psychotherapeutic techniques to patients' needs, favoring engagement in the psychological treatment. This research aimed to check dropout rates, identify the expectations of patients who seek for a school service for psychological care during the screening process, and to analyze the possible relationship between intervention in the clinical listening in the screening process and commitment to the treatment. Our approach is mainly clinical-qualitative and it was based on documents retrieved from the clinic software comparing dropout rates in 2009 and 2010. We have carried out semi-structured interviews in one, two or three meetings, according to necessity, with ten subjects on the waiting list for psychological treatment as well as talks with the interns designated to provide short-term care to these patients. We have also carried out a documental analysis of the subjects' records one year after screening. The results have been dealt with according to content analysis taking into account manifest and latent complaints, expectations and non-verbal behavior. We have observed a positive engagement in the proposed measures, which shows that the listening and understanding of the expectations of the Psychology School services users may enrich the meaning of the search for psychological treatment. A closer understanding of the subjects' wishes and needs seemed to have reduced the gap between what patients claimed they needed and what interns aimed at offering, thus favoring a reduction in dropout rates. The implications that may arise from this research regard listening more accurately to patients' needs and expectations in the screening process as well as more attention from supervisors and interns regarding listening not only during the screening, but also in the beginning of the therapeutic process, since, many times, there is a considerable gap among the processes of enrolling, getting screened and actually starting psychotherapy.

Keywords: Expectations, Psychological screening, Psychological listening, School-clinics, Treatment dropout

Lista de Tabelas:

Tabela 1- João.....	43
.....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 3 - Catarina.....	45
Tabela 4 - Mariana.....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 5 – Patrícia.....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 6 - Laura	49
Tabela 7 – Lívia	51
Tabela 8 - Solange	52
Tabela 9 - Sônia	53
Tabela 10 - Maria.....	55
Tabela 11 - Prevalência de respostas a partir das categorias propostas para análise de conteúdo.....	56
Tabela 12 - Tempo entre triagem e início de Psicoterapia Breve (PB), número de sessões realizadas, faltas e status atual.....	57

Lista de Gráficos:

Gráfico 1 - Índice de desistência 2009 - Triagem e Plantão.....	40
Gráfico 2 - Índice de desistência 2009 - Psicoterapia Breve. Sem a intervenção da escuta das expectativas.....	40
Gráfico 3 - Índice de desistência 2010 - Psicoterapia Breve com a intervenção da escuta das expectativas.....	41

Sumário

1. APRESENTAÇÃO: PONTO DE PARTIDA	12
2. A ENTREVISTA DE TRIAGEM PSICOLÓGICA: O ENCONTRO DE UM SENTIDO	15
3. DA BUSCA À DESISTÊNCIA	20
4. A ESCUTA DO DESEJO E PSICANÁLISE	24
5. O SERVIÇO-ESCOLA: APRENDENDO A FAZER	26
4. 5.1. O Serviço-Escola da Universidade Paulista UNIP	27
6. JUSTIFICATIVA	32
7. OBJETIVOS	33
7.1. Geral	33
7.2. Específicos.....	33
8. MÉTODOS	34
8.1 Participantes.....	35
8.2. Critérios de exclusão	35
8.3. Instrumento.....	35
8.4 Procedimentos.....	36
8.4.1 A Entrevista.	36
8.5. Análise dos dados.....	37
8.6. Cuidados Éticos.....	38
9. RESULTADOS	39
9.1 Dados quantitativos: Índice de desistência 2009 e 2010	39
9.2 Apresentação dos participantes.....	41
10. ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO	58
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	88

1. APRESENTAÇÃO: PONTO DE PARTIDA.

Esta pesquisa é fruto da minha experiência como supervisora do estágio de psicoterapia breve de orientação psicanalítica, no serviço-escola de uma universidade particular de Jundiaí (SP).

Ingressei neste serviço em 2005, como psicóloga responsável pela triagem dos pacientes, ano em que o serviço foi inaugurado. Passei então a estudar o processo de triagem interventiva, a partir da proposta de Ancona-Lopez S. (1996) compreendendo que esse momento deveria ser significativo para o paciente, e não só um procedimento para decidir por um ou outro encaminhamento.

Em 2007 fui convidada para ser supervisora do estágio de psicoterapia breve de orientação psicanalítica. Desde então, atuo nos dois momentos: triagem e psicoterapia. No primeiro, diretamente com os pacientes, e no segundo, com os estagiários. Foi como supervisora do estágio em que me deparei com uma questão que muito me angustiou: o alto índice de desistência das pessoas que iniciavam o processo de psicoterapia e interrompiam nas primeiras sessões.

Em 2010 realizei um levantamento que revelou que 69% dos pacientes que iniciaram atendimento psicológico no serviço em 2009 desistiram no início do processo. Despertava a atenção que geralmente eles ficavam meses na lista de espera, compareciam à triagem ou plantão com suas expectativas, e algo os desmotivava. As variáveis eram muitas. Desde dificuldades financeiras para chegar até o serviço, dada à precária condição econômica de grande parte dos inscritos, o tempo entre a triagem e a psicoterapia – em média oito meses de espera, e provavelmente uma distância entre o ideal do estagiário que queria aplicar sua teoria e o paciente que buscava aliviar sua dor.

Uma atitude simples por mim adotada no estágio em Psicoterapia Breve no primeiro semestre de 2010, pareceu ter sido responsável pela grande redução do índice de desistência. Os estagiários foram orientados a perguntar, na primeira entrevista de psicoterapia (os pacientes já tinham sido triados), o que eles esperavam dos atendimentos psicológicos. Trabalhar com esse material em supervisão junto aos estagiários favoreceu um engajamento no tratamento de 75%

dos pacientes nesta modalidade de estágio naquele semestre, e o índice desistência foi de 25%. Comparado com 2009, em que a desistência foi de 69%, e considerando que uma das variáveis entre um ano e outro foi a escuta das expectativas e a análise destas, a hipótese é que esta intervenção possa ter influenciado positivamente a adesão à psicoterapia.

Meu percurso profissional foi, desde a graduação, voltado para a clínica. Mas o que é a clínica?

Para Foucault (2004), o nascimento da clínica se deu na França entre os séculos XVIII e XIX. O médico pré-revolução francesa era um ser dotado de saber sobre o outro, um saber inquestionável e um olhar privilegiado. Para o autor, as mudanças de paradigma decorrentes da revolução francesa impõem uma construção de um saber científico que nasce da dúvida e não da certeza.

Clinicar torna-se então, um ato de desdobrar-se, inclinar-se diante de um paciente munido de um olhar específico, que possibilite a construção de um saber. Não é um olhar qualquer, desprezioso, mas é um olhar de quem ainda não sabe. Então, a clínica é soberana, pois é a partir dela que é possível construir algum saber sobre aquele sujeito que sofre.

E o que confere um caráter clínico à prática psicológica? O fato de ela ser a clínica do sujeito, e não das patologias. Sustenta-se na relação entre pessoas, e nesta relação o psicólogo está interessado em sua radical singularidade, como esse sujeito articula seu sofrimento, o vivencia, constrói os seus significados. A presença da prática clínica nas diversas áreas, mesmo nos diferentes estágios dos Serviços-escola¹ contribui para o não apagamento do sujeito, para que a técnica não prevaleça sobre essa singularidade.

Faz parte da minha formação o estudo sistemático da teoria psicanalítica, grupos de estudo, supervisão, análise pessoal e a prática de 21 anos de atendimento clínico em consultório e em instituições. Uma experiência que vivi quando era recém-

¹O termo serviço-escola, ao invés de Clínica-Escola, passou a ser utilizado a partir do 12º. Encontro de Clínicas-Escola do Estado de São Paulo em 2004, organizado pela Faculdade de Filosofia e Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Melo-Silva, Santos & Simon, 2005, p. 25) para se referir aos centros de psicologia aplicada das Universidades.

formada, no meu primeiro emprego como psicóloga em uma instituição que atende crianças portadoras de deficiência mental, foi marcante. Fui trabalhar no setor de estimulação precoce. Atendia crianças de zero a quatro anos, com objetivo de estimular o desenvolvimento. Ao atender um bebê com síndrome de Down comecei a orientar a mãe. Dizia a ela da importância de começar a colocar o bebê para engatinhar. Insistia nesta orientação e percebia que a criança não evoluía. Perguntava-me se eu não estava conseguindo orientar a mãe devidamente ou se ela não estava investindo o suficiente na criança. Seguia todas as orientações do programa. Mas sem resultado. Um dia chamei a mãe para conversar e disse que percebia que ela não o colocava para engatinhar. Perguntei a ela o que ela esperava dos atendimentos, do trabalho que realizávamos com a criança. Ela me disse, emocionada, que antes de esperar que ele engatinhasse, esperava que ele sobrevivesse, pois ele tinha como comorbidades uma cardiopatia e problemas pulmonares, o que a impedia de colocá-lo para engatinhar, já que morava em uma casa de chão batido que estava sempre úmido. Esta experiência foi a semente da compreensão de que, ao atender um paciente, devo antes de tudo escutar, não só as suas necessidades muitas vezes por mim inferidas, mas suas expectativas, para daí pensar o que aquela pessoa precisa e espera, e o quanto é possível então fazer.

2. A ENTREVISTA DE TRIAGEM PSICOLÓGICA: O ENCONTRO DE UM SENTIDO.

A entrevista de triagem psicológica traz uma discussão acerca do seu objetivo. Quais são as características da entrevista de triagem psicológica? O que se pode esperar desse momento? Quais os elementos necessários para que ela exista não só como mais um acontecimento na vida das pessoas, mas sim como uma experiência vívida e vivida?

O foco desta pesquisa foi, a partir da triagem desenvolvida em um serviço escola, delinear as expectativas dos participantes acerca do atendimento psicológico que esperavam receber. Todos os pacientes atendidos nos estágios na disciplina Intervenções clínicas passam antes pela entrevista de triagem realizada pela psicóloga responsável ou por um estagiário, que não necessariamente atende aquele paciente na modalidade de psicoterapia. A literatura que embasa esse estudo é primordialmente aquela produzida no Brasil, dada às suas especificidades. Não se pretende aqui comparar as diferenças existentes na organização e efetividade desse serviço com outros países.

O termo triagem traz no seu escopo a ideia de escolher, separar, discriminar (Houaiss & Villar, 2001). De acordo com a literatura sobre triagem, tradicionalmente a triagem psicológica tem como objetivos coletar dados, levantar hipóteses diagnósticas e verificar que tipo de atendimento a pessoa necessita a fim de encaminhá-la da forma mais adequada possível (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; Ancona-Lopez, 1996; Herzberg, 1996; Macedo, Falcão & Werlang, 2009; Marques, 2005; Romaro, 2010; Salina & Santos, 2002). Herzberg (1996), menciona que “a função básica da triagem, que pode ser feita em uma ou mais entrevistas, é se chegar a uma conclusão, na medida do possível, quanto ao(s) ‘melhor’ encaminhamento(s) do(s) cliente(s)” (p. 148).

Estudos mostram que a triagem é por si só uma intervenção psicológica, cujo significado é dado no campo relacional que se estabelece entre paciente e o profissional (S. Ancona-Lopez, 1996; Perfeito & Melo, 2004). Um momento de acolhimento da demanda de cada um, e não de resposta. Cria-se assim, um efeito

de escuta dessa demanda que permite que o paciente possa se ver responsável por ela. Falando de si à instituição, recebe de volta uma pergunta sobre o que quer, o que deseja, o que espera (Salinas & Santos, 2002).

A entrevista de triagem é a primeira entrevista de um processo. A porta de entrada não só para a instituição, mas também para a possibilidade de um encontro consigo mesmo. Momento importante, que deve ser cuidado e que tem influência no desenvolvimento do trabalho posterior. Fiorini (2008) destaca o papel crucial que desempenha o primeiro contato com o paciente, e afirma que “a maneira pela qual o terapeuta maneja essa primeira entrevista pode ter uma influência decisiva na continuidade ou abandono do tratamento e, caso este seja mantido, na eficácia que o processo terapêutico possa vir a alcançar.” (p. 63).

A partir de um estudo sobre triagem estendida, Herzberg & Chammas (2009) discutem a importância deste processo pela possibilidade de oferecer às pessoas que procuram atendimento nos serviços-escola, a vivência de uma experiência terapêutica, o que permite que ele possa refletir sobre o que deseja e se aproprie, em certa medida, de suas questões. Assim, segundo as autoras, a triagem não necessariamente leva a um encaminhamento, podendo ser conclusiva em si mesma.

A triagem psicológica é uma entrevista clínica, portanto exige a construção de um raciocínio clínico desde o primeiro contato, o que significa que este encontro é pautado não apenas na escuta, mas em uma compreensão que leve a uma atitude por parte do psicólogo. A entrevista clínica é um instrumento que configura uma relação de ajuda, em que os envolvidos desempenham papéis e funções diferentes, como destacam Macedo & Carrasco (2005):

O paciente busca uma ajuda e atribui ao terapeuta a capacidade de auxiliá-lo em suas dificuldades. No que se refere ao terapeuta cabe-lhe situar a entrevista clínica no domínio de uma relação profissional. Se por um lado ao assumir as responsabilidades profissionais que têm com o paciente implica reconhecer a assimetria presente na relação terapêutica, por outro essa constatação confere ao terapeuta a responsabilidade sobre a condução do processo. (p. 26).

A entrevista clínica pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de tempo delimitado, objetivando a investigação que descrevam e avaliem aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um

processo que possibilite recomendações, encaminhamentos, propor alguma intervenção em benefício da pessoa entrevistada (Tavares, 2000). A entrevista de triagem psicológica pode ser realizada a partir de diferentes instrumentos e procedimentos (Moura, 1995), sendo que o instrumento mais utilizado é a entrevista semiestruturada, o que implica em uma liberdade para que o paciente exponha suas ideias, seus problemas, começando por onde preferir e incluindo o que desejar (Ocampo, Arzeno & Piccolo, 1987).

Por se tratar de um processo que utiliza a entrevista semiestruturada, algumas questões se tornam imprescindíveis: o motivo da consulta, a queixa manifesta, a história dessa queixa (desde quando, fatores que a pessoa associa com o início da queixa), a compreensão que a pessoa tem sobre a isso, as relações familiares, sociais, laborais, dados sobre família de origem, tratamentos anteriores, ideias acerca do atendimento psicológico, e outras informações relevantes em cada caso.

Cabe ao psicólogo que conduz a entrevista de triagem, ajudar o paciente a ter alguma clareza sobre seu sofrimento e necessidades, procurar informar e esclarecer sobre as possibilidades de atendimento e ao mesmo tempo lidar com as fantasias e ansiedades do paciente (Aguirre, 1987). A entrevista psicológica é uma relação, em que um dos integrantes é o técnico em psicologia e o outro é aquele que necessita de sua intervenção técnica. Consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo com o outro e deve encaminhar a entrevista segundo esse conhecimento (Bleger, 1998). Para que um psicólogo ou estagiário de psicologia realize uma entrevista psicológica consistente, é necessário que este tenha um profundo interesse nos fenômenos psíquicos e no sofrimento humano.

Para conduzir uma entrevista deste tipo é necessário que o entrevistador tenha clareza de seus objetivos e dos dados que são relevantes para atingi-los (Marques, 2005). São elementos essenciais da triagem, segundo Herzberg (1996), a escuta da demanda e expectativas dos pacientes, se a pessoa precisa de atendimentos emergencial ou não e realização do que autora chama de mini anamnese, para coleta de dados importantes que não foram referidos espontaneamente.

O psicólogo clínico deve ser um bom observador. Ao entrevistar uma pessoa, a forma como a pessoa se apresenta, sua postura corporal, seus gestos, como cuida ou não do corpo podem revelar não só o manifesto, o consciente, mas também o latente, aspectos inconscientes.

Freud (1895/1976), desde os estudos sobre a histeria descrevia com detalhes as observações que fazia sobre o comportamento não verbal de seus pacientes. Foi a partir destas observações que ele teorizou, por exemplo, sobre a *“belle indifference”* das histéricas.

Como descreve Nasio (2002):

Contrariamente à imagem caricatural do psicanalista mudo, distante e passivo, concebo a presença do analista como uma presença plena, ativa, inteiramente focalizada na pessoa do paciente. Na minha opinião, o clínico deve ser um observador minucioso, atento não somente às falas e aos silêncios do analisando, mas também às suas manifestações corporais. De fato, uma boa escuta começa por uma boa observação. A partir do momento em que recebo o paciente na sala de espera, toda minha sensibilidade fica despertada, seja minha sensibilidade visual, auditiva, olfativa, até mesmo tátil, quando, por exemplo, aperto sua mão e a sinto fria, mole ou úmida. Da mesma forma, presto uma atenção particular aos pacotes e objetos que, às vezes, traz consigo...fico atento às expressões distraídas do rosto e às mensagens sutis dos olhos. Em suma, um psicanalista não escuta exclusivamente com seus ouvidos, sendo receptivo a todos os sinais pelos quais um ser comunica sua vida. (p. 13-14).

A linguagem não se restringe às palavras, mas principalmente à relação entre essas e o corpo ao qual pertence a boca que fala. “A fala emerge enquanto um gesto de um corpo que é todo uma relação de sentido com o mundo.” (Furlan & Bocchi, 2003, p. 444). Portanto em uma entrevista de triagem psicológica deve-se pensar que o corpo precipita as palavras e essas ganham sentido quando associadas ao comportamento não verbal.

No serviço em que essa pesquisa foi realizada, a proposta da triagem é a interventiva. Segundo S. Ancona-Lopez, (2005):

As entrevistas de triagem, pensadas como um processo interventivo, propõem que o psicólogo se coloque disponível às diferentes demandas, procurando transformar estes encontros em um processo que dê ao cliente a oportunidade de engajar-se no seu próprio atendimento, tornando-se responsável pelo seu problema e avaliando com ele qual o alcance de uma intervenção imediata ou quais as possibilidades de encaminhamento, evitando a postura tradicional de ignorar as intervenções possíveis e enviar o cliente para a psicoterapia, desconhecendo suas necessidades. (p. 244).

Isto significa que a triagem interventiva não visa apenas coleta de dados, identificação da demanda e encaminhamento adequado. Além destas funções, constitui-se também como cuidado, abrindo sua escuta para aquilo que o paciente tem a dizer, o que o mobilizou a procurar ajuda psicológica (Rocha, 2011). Interventiva porque tem o objetivo de oferecer às pessoas que buscam atendimento psicológico uma posição de quem pode se beneficiar desse processo, se apropriar de sua demanda, e não só o de oferecer o lugar de um “objeto de estudo” (Barbieri, 2008).

A triagem, sendo a primeira entrevista, o primeiro contato, é também o início de um possível tratamento, e revela um conteúdo que deve ser considerado e analisado. Freud (1913/1976), que já se interessava sobre a forma e o conteúdo em relação às primeiras falas de seus pacientes, fazia sobre esse início de tratamento, uma analogia com o jogo de xadrez, afirmando que a forma como o jogador movimenta a primeira peça vai conduzir todo o resto daquela partida. Assim, por onde e a forma como a pessoa começa a falar de si em uma entrevista psicológica, revela parte de como ela se coloca ou não se coloca no mundo, nas relações consigo e com o outro.

3. DA BUSCA À DESISTÊNCIA.

A procura por atendimento psicológico parece ser sempre motivada por um sofrimento, um momento de dor, de dúvida e de esperança. Ligar em um serviço, se inscrever para atendimento psicológico caracteriza um pedido de ajuda. Nos serviços-escola, via de regra, há listas de espera como mostram os estudos de M. Ancona-Lopes (1981), Campezzatto e Nunes (2007), Guerrelhas e Silveiras (2000), Herzberg e Chammas (2009) e Peres (1997). No serviço-escola em que esse estudo foi realizado, os pacientes frequentemente entram em contato para saber em quanto tempo serão chamados. Há explicitamente um desejo de atendimento psicológico. No entanto, dos pacientes que são atendidos em triagem e encaminhados à psicoterapia, um alto índice não adere ou desiste do atendimento nas primeiras entrevistas.

Segundo Fiorini (2008), de cada 100 pacientes que comparecem às primeiras entrevistas em instituições, entre 30 e 65 abandonam de imediato o processo. O autor afirma que o fenômeno da desistência é multifatorial, devendo-se considerar tipo de paciente, grupo familiar, condições culturais e socioeconômicas, características da instituição e do terapeuta. Mas dá um enfoque importante para o papel particular que pode desempenhar a condução da primeira entrevista na determinação da adesão ou desistência em relação à psicoterapia.

Frequentemente a triagem é realizada de modo breve e superficial podendo levar ao abandono em função de um encaminhamento pouco indicado à demanda (Herzberg & Chammas, 2009). O abandono precoce do tratamento é um entrave importante no desenvolvimento da aliança terapêutica. Refletir sobre o abandono, e não apenas aceitá-lo como um problema ou resistência do paciente, permite o aprimoramento técnico dos terapeutas, especialmente dos iniciantes, como é o caso dos estagiários (Benetti & Cunha, 2008). É importante ressaltar aqui qual é o conceito de abandono que está sendo utilizado nesta pesquisa.

Em algumas pesquisas considera-se abandono tanto pessoas que nem iniciam a psicoterapia, como aqueles que interrompem após um número de sessões, por considerarem ter havido uma melhora e não necessitarem mais de atendimento

(Renk & Diger, 2002; Bueno et. al., 2001). Outros estudos consideram abandonantes aqueles que não retornaram após a primeira consulta (Melo & Guimarães, 2005; Lhuller et. al., 2006; Maramba & Hall, 2002; Garfield, 1989). O critério de abandono adotado nesta pesquisa é o de Bueno et. al. (2002) e Weisz et. al. (1987), que consideram abandono o não comparecimento dos pacientes que passaram por acolhimento (triagem), e também aqueles que iniciaram psicoterapia e não deram continuidade. Os casos inscritos apenas, que não passaram por nenhum tipo de atendimento no serviço e que não comparecem à triagem não são computados como abandono.

Assim, considera-se abandono o não comparecimento definitivo da pessoa, após uma consulta no mínimo, com ou sem justificativa. Quando há justificativa, várias são as causas explícitas: dificuldades de condução, imprevistos na vida de forma geral, incompatibilidade de horário, remissão da queixa inicial, insatisfação com o atendimento, dentre outros. Mas pode haver algo implícito nesta desistência do atendimento psicológico: o hiato entre o que o paciente deseja e o que ele encontra realmente nos atendimentos.

De um lado, a expectativa do paciente é sempre pelo alívio de seu sofrimento, de sua dor consciente que o afeta de forma direta e para ele de forma concreta. Sua dor é real. De outro, o estagiário de psicologia com teorias construídas durante os quatro primeiros anos da faculdade que precisam agora ser integradas e aplicadas. No momento em que o estagiário começa a atender sua atenção fica muito concentrada em si. Como se sente diante do paciente, se está fazendo certo ou errado, se fala ou se cala. Essa tensão gera ansiedade e sua condição para ouvir e estar disponível fica prejudicada por ter que ouvir e acalmar a si mesmo (Tavora, 2002). Esse é o momento dos estagiários sedimentarem o desenvolvimento de atitude clínica, conforme descreve Aguirre et. al (2000):

Consideramos que atitude clínica é uma experiência subjetiva que é objetivada na relação com o cliente. É, portanto, a representante de um fenômeno interno complexo, na medida em que muitas variáveis concorrem para sua produção: o conhecimento teórico, as experiências pessoais, as diversas identificações, as fantasias sobre o papel do psicológico, as possibilidades de experimentação e investigações de vivências anteriores, e a

capacidade de conter as ansiedades e de preservar os limites da própria identidade no contato com o cliente. Para empatizar com o cliente é necessário poder colocar-se no lugar deste, sem, porém confundir-se com ele. (p. 54).

Empatizar com o paciente é antes de qualquer coisa, empatizar com o sofrimento, mola propulsora de sua procura por atendimento psicológico. Esse sofrimento pode ou não gerar uma demanda para psicoterapia. Origina-se daí a necessidade de escutar o desejo do paciente, suas expectativas em relação ao trabalho de um psicólogo, e no caso do serviço-escola, do estagiário de psicologia. O estagiário é um dos atores que compõe o cenário de um serviço-escola de psicologia. É necessária uma atitude ativa por parte do estagiário no processo, o que significa que ele não deve apenas absorver passivamente o que aprende, as técnicas, as teorias, mas sim deve reformular sua condição profissional, seu saber específico e em uma relação com quem atende e quem o supervisiona. (Milagre & Dias, 2012).

A construção da identidade profissional é realizada, segundo Bazon et al (2005), a partir de três dimensões: o saber em si, o saber-ser, que se refere à postura profissional frente à clientela, e o saber-fazer que se relaciona à própria atuação e adequada utilização de técnicas e teorias.

Segundo Dimenstein, (2000), outro hiato que se estabelece entre o psicólogo e paciente diz respeito à diversidade cultural. Geralmente pertencentes a diferentes grupos sociais, essas diferenças definem os modelos de subjetividade de cada um. Para o psicólogo, a representação do sujeito psicológico, individual, único, com uma interioridade psicológica. Para as classes populares o sujeito é compreendido em sua coletividade, com suas tradições e costumes, onde as redes de reciprocidade e de solidariedade condicionam as existências individuais.

As palavras que compõem este lugar - estagiário e psicologia – parecem despertar uma representação para quem busca o atendimento psicológico em um serviço-escola. Mas que representação é essa? Estagiário se confunde com o lugar de um saber acadêmico, professor, que tem atualizado dentro de si os estudos mais recentes sobre a psicologia e, portanto aquele que vai saber como aliviar a dor

psíquica? Ou é alguém que está aprendendo e, portanto, o cliente é aquele que irá dar mais do que receber, já que será instrumento de conhecimento para aquele estudante? Qual é a expectativa do paciente que se inscreve no serviço-escola em relação ao atendimento que irá receber? O que se espera em termos de resultados? Quais as fantasias subjacentes à busca pelo profissional de psicologia, pois quanto a isso parece não haver dúvida: as pessoas esperam do estagiário uma atitude profissional.

Escutar o desejo dos pacientes não significa satisfazê-lo, já que, se tomarmos o termo desejo no seu sentido psicanalítico, ele é impossível de ser realizado, dada à sua onipotência e ao seu desacordo com as exigências da nossa cultura (Freud, 1930/1976).

4. A ESCUTA DO DESEJO E PSICANÁLISE.

Escutar em psicanálise é escutar o desejo. Como escrevem Macedo e Falcão (2005): “A situação analítica é, por excelência, uma situação de comunicação: nela circulam demandas, nem sempre lógicas ou de fácil deciframento, mas as quais, em seu cerne, comunicam o desejo e a necessidade de ser escutadas.” (p. 65).

Porém, como diz Rubem Alves (2004), parafraseando Alberto Caeiro: “Não é bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma.” (p. 67). Esse silêncio pode ser compreendido a partir do que Freud (1911/1976; 1912a/1976; 1912b/1976; 1913/1976; 1914/1976) chamou de neutralidade. Freud só chegou à técnica da associação livre ao silenciar, como relata Gay (2004):

Ouvir, para Freud, tornou-se mais do que uma arte; tornou-se um método, uma via privilegiada para o conhecimento, à qual os pacientes lhe davam acesso. Um dos guias a quem Freud sempre foi grato era Emmy von N...que Freud atendeu em 1889 e 1990 e tratou com a técnica hipno-analítica de Breuer...ela proporcionou uma veemente lição prática ao seu médico. Quando Freud a interrogava com insistência, ela se aborrecia ‘muito rispidamente’, e pedia que ele parasse de ‘lhe perguntar de onde veio isso ou aquilo, mas que a deixasse me contar o que ela tinha a dizer’. Ele já havia reconhecido que, por mais tediosas e repetitivas que fossem suas narrativas, ele não ganhava nada com suas interrupções, mas que tinha que ouvir as histórias dela até o fim, com todos os seus minuciosos detalhes. (pp. 80-81).

É importante ressaltar que nesta pesquisa a escolha pelo verbo escutar não foi aleatória. Entende-se que há uma diferença importante entre ouvir e escutar. De acordo com Macedo e Carrasco (2005), essa diferença, embora amplamente difundida em psicanálise, transcende uma teoria. Enquanto ouvir é uma condição fisiológica ligada aos órgãos sensoriais, escutar diz respeito a uma disponibilidade integral e não só sensorial àquele que fala de sua dor, dor que traz consigo um significado próprio e singular: “A verdadeira escuta precisa estar desprovida de preconceitos e, principalmente, excluir qualquer possibilidade de um pré-conhecimento a respeito daquele que chega e, agora, fala.” (p. 29). Um debruçar-se sem saber a priori, sentido essencial da escuta clínica. De acordo com Figueiredo (2013), a escuta clínica psicanalítica é uma escuta do sofrimento, do padecimento do

sujeito, por ser clínica, e é uma escuta das dimensões inconscientes das experiências do sofrimento. A escuta não só é condição para o que se faz em psicanálise, como muitas vezes é disto que o sujeito necessita em primeira instância. Uma escuta sensível e diferenciada, sem a qual nada pode ser feito.

Um estudo sobre triagem estendida (Herzberg & Chammas 2009), aponta para algumas expectativas dos pacientes em relação ao atendimento psicológico, tanto positivas, como alta expectativa em receber ajuda, quanto negativas, como por exemplo receber rótulo diagnóstico, dúvidas quanto a receber ajuda de psicóloga jovem ou mulher. De qualquer forma, a escuta da expectativa leva o terapeuta a uma escuta do seu desejo, ainda que parcialmente e, portanto, de seu funcionamento.

Assim, escutar as expectativas é de alguma forma, escutar o desejo, pois as expectativas do paciente revelam como aquele sujeito se articula com o desejo e com o sofrimento, portanto escutá-las significa também escutar e compreender parcialmente essa articulação. É uma porta de entrada. Mas prioritariamente, escutar as expectativas é dar voz e legitimar o desejo, e só a partir daí poder esclarecer e ajudar o paciente a entrar em contato com uma parte de si muitas vezes desconhecida. Isso por si, já caracteriza uma intervenção psicológica.

Winnicott (1962/1983) propõe que no início, certa adaptação por parte do terapeuta deva ser feita no sentido de ir ao encontro do que o paciente busca, a fim de que esse momento seja significativo. Compreender o que aquela pessoa necessita é adotar a posição de um analista suficientemente bom, que identifica as necessidades básicas de seu paciente e objetiva seu vir-a-ser-alguém.

A relação que se estabelece na entrevista inicial é o encontro entre duas pessoas que chegam a essa relação com uma cosmovisão, experiências e informações muito diferentes. Ambos precisam chegar a uma zona de encontros das diferenças de perspectiva, localizar as discrepâncias e enfrenta-las (Fiorini, 2008).

5. O SERVIÇO-ESCOLA: APRENDENDO A FAZER.

De acordo com o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (2010):

Os Serviços-Escola caracterizam-se como espaços apropriados que aliam a formação profissional e a consolidação das competências propostas pelas Diretrizes Curriculares à prestação de serviços à comunidade. Os objetivos dos Serviços-Escola são oferecer condições físicas, materiais, administrativas e pedagógicas para a realização de estágios obrigatórios do curso de Psicologia, prestar serviços à comunidade e propiciar pesquisas nos diversos campos de atuação do psicólogo. (p. 7).

Estudos apontam que há um consenso geral de que os Serviços-Escola das faculdades de psicologia existem para cumprir três objetivos: ensino, formando profissionais para contextos regionais e culturais diversificados, que se integrem à rede pública e privada de saúde, às comunidades carentes, às organizações e às instituições e extensão, promovendo, a partir de atuação fundamentada em conhecimentos teóricos e em princípios éticos e humanistas, a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo através do atendimento à comunidade e pesquisa, desenvolvendo estudos de relevância social e científica (S. Ancona-Lopez, 2005; Campezzatto & Nunes, 2007; Melo-Silva, Santos & Simon, 2005; Romaro & Capitão, 2003; Silvaes, 1998).

É geralmente a partir do sétimo semestre, ou quarto ano do curso de Psicologia que os alunos iniciam suas atividades nos serviços-escola, e encontram finalmente, uma prática bem próxima daquilo que geralmente almejam desde o ingresso na faculdade: o contato com o paciente. Esse é um momento de angústia para os alunos, agora estagiários, pois essa busca pela prática é sempre, ou na maioria das vezes, uma busca idealizada. O real que se apresenta é um caminho difícil, cheio de percalços e frustrações. Estar diante do outro, escutando seu sofrimento e suas necessidades, coloca o estagiário frente às limitações de um saber, não necessariamente teórico, mas sobre esse humano que se manifesta como um enigma a ser decifrado. Pelo menos é assim que o estagiário sente, como

se ele tivesse que desvendar os motivos e as soluções para o sofrimento humano a partir das teorias.

Ávidos por textos que traduzam exatamente o paciente que eles atendem, os estagiários parecem buscar respostas, *insights* que os ajudem a compreender e auxiliar aqueles que procuram os serviços, para que assim se sintam competentes no que fazem. Em muitas situações, a ansiedade do aluno em aprender se sobrepõe em relação à necessidade daqueles que procuram atendimento psicológico. É nesta prática psicológica que se abre a possibilidade de repensar a teoria, contextualizá-la e ao mesmo tempo atualizá-la (Morato et al, 2000).

5.1. O Serviço-Escola da Universidade Paulista Unip.

O serviço-escola no qual essa pesquisa foi desenvolvida foi inaugurado em 2005, com o nome de Centro de Psicologia Aplicada (CPA), quando a primeira turma deste campus universitário chegou ao sétimo semestre e iniciou o estágio psicodiagnóstico interventivo.

Os CPAs desta universidade têm dupla função: a formação de futuros psicólogos desenvolvendo habilidades e competências imprescindíveis ao bom desempenho profissional, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais, e o acolhimento da demanda de atendimento psicológico da comunidade onde a universidade está inserida. Os estágios oferecidos buscam atender demandas diversas a partir de estratégias específicas objetivando uma amplitude na formação profissional com ações de maior abrangência social (Instituto de Ciências Humanas [ICH] da Universidade Paulista [UNIP], 2011).

Segundo Moreira (1999), os CPAs são organizados como serviços de saúde a partir de objetivos que os sustentem como tal. Esses objetivos foram definidos para nortear a organização dos estágios no que se refere à fundamentação teórica e prática com avaliações sistemáticas de sua eficácia. Os objetivos descritos sucintamente pela autora são os seguintes:

1. Habilitar o psicólogo – considerando-o como um profissional da área da saúde – para um atendimento psicológico que vise a integralidade da atenção a saúde, objetivando o desenvolvimento do potencial biológico e psicossocial dos usuários dos serviços de Psicologia;
2. Incluir o psicólogo e o usuário – sendo eles agentes de transformação social, na medida em que estão inseridos na construção social da realidade – nas ações e reflexões desenvolvidas nos atendimentos psicológicos;
3. Planejar ações de saúde que reflitam as necessidades da população da região da Zona Leste;
4. Estabelecer as prioridades e as orientações programáticas das intervenções psicológicas através de estudos loco-regionais usando como critério o método epidemiológico;
5. Garantir a gratuidade das ações e serviços psicológicos prestados garantindo-se a igualdade de atendimento;
6. Incentivar o trabalho integrado de profissionais que atuam na área de saúde, promovendo o reconhecimento, em favor da qualidade e da resolutividade do serviço psicológico prestado;
7. Estabelecer um contrato de trabalho que atenda à proposta de uma ação dirigida a saúde com a participação e acompanhamento de todos os envolvidos;
8. Avaliar os procedimentos de intervenção psicológica adotados, através do estudo dos resultados obtidos;
9. Definir, a partir da análise sistemática dos elementos comuns às situações-problema apresentadas pelos usuários, programas de atenção primária à saúde. (p. 56).

Os estágios supervisionados do 9º e 10º semestres são estruturados a partir de duas ênfases: psicologia clínica e psicodiagnóstico, a qual concentra teoria e prática que integram conhecimentos, competências e habilidades referentes à prática clínica em seus diferentes níveis de atenção: promoção, diagnóstico e tratamento e psicologia, e relações humanas em processos institucionais que se relaciona à atuação do psicólogo em processos institucionais no âmbito educacional, organizacional, judiciário, comunitário e assistencial (penitenciárias, asilos, creches, hospitais, unidades básicas de saúde) relativos à dimensão das relações humanas.

Dentro dessas duas ênfases, os estágios específicos são organizados em disciplinas que se tornam mais complexas do 9º para o 10º semestres. No 9º semestre as disciplinas são: Intervenções clínicas breves que abrange os estágios de atendimento clínico de orientação psicanalítica, atendimento clínico na abordagem fenomenológico-existencial, psicologia comportamental: análise funcional do comportamento, abordagem sistêmica: fundamentos teóricos e intervenção

psicológica a famílias e casais, atendimento clínico na abordagem cognitiva; Práticas psicológicas, abrangendo os estágios plantão psicológico, acompanhamento terapêutico: teoria e prática; psicologia jurídica: práticas e referências teóricas e oficina de criatividade e a disciplina estratégia de intervenção psicológica, organizada a partir dos estágios psicologia educacional no contexto Escolar; atuação psicológica em contextos de atenção à saúde, diagnóstico e planejamento nas organizações, grupos e comunidades: Planejamento Psicossocial.

No 10º semestre há um aumento no grau de complexidade. As disciplinas são: psicoterapias, composta pelos estágios psicoterapia de orientação psicanalítica, psicoterapia na abordagem fenomenológico-existencial, psicoterapia comportamental, atendimento clínico a famílias e casais na abordagem sistêmica; psicoterapia cognitiva; práticas psicológicas em contextos específicos abrangendo os estágios plantão psicológico, acompanhamento terapêutico, atendimento psicológico no âmbito judiciário e intervenção psicoeducativa; e a disciplina estratégias específicas de intervenção psicológica, envolvendo os estágios intervenções psicológicas em escolas, psicologia da saúde: intervenções clínico-institucionais, Intervenções Psicológicas e Desenvolvimento Humano nas Organizações, Grupos e Comunidades: Intervenção Psicossocial.

O estágio em triagem interventiva é realizado para compor as horas dos demais estágios, não fazendo parte da grade curricular como disciplina específica. Mas a experiência neste serviço mostra uma adesão consistente dos estagiários que se dizem beneficiados com essa modalidade de estágio. Por ser opcional, os alunos de nono e décimo se inscrevem para participar desse estágio. Atendem na modalidade individual ou grupo. Se em grupo, atendem em dupla de estagiários. Realizam duas experiências ao longo do semestre a fim de que todos atendam. Fazem uma entrevista, seguida de supervisão com a psicóloga responsável pela triagem, uma entrevista devolutiva com a compreensão que tiveram após a supervisão e para esclarecimentos, orientações e encaminhamentos. No caso de triagem de crianças há uma entrevista com os pais, um encontro com a criança pautado pela observação lúdica e devolutiva com os pais e criança. A triagem pode

ser realizada em mais sessões de acordo com a necessidade, não ultrapassando o total de quatro encontros.

As opções pelos estágios obrigatórios são feitas ao final do 8º semestre. Os alunos optam por três áreas de atuação, uma de cada disciplina, formando os grupos que devem ter no mínimo 10 e no máximo 15 estagiários para que o estágio seja efetivado.

No ano de 2013 houve, neste serviço, nove estágios em funcionamento: na área clínica, o estágio em psicoterapia breve psicanalítica e fenomenológica para atendimentos individuais e psicoterapia sistêmica que atende famílias e casais; houve ainda estágios em organizacional, psicologia da saúde, intervenções em grupos e comunidades, plantão psicológico, oficina de criatividade e psicologia jurídica. Duas recepcionistas se revezam entre recepção e sala de aluno. O serviço funciona das 7:00 às 22:30 de segunda à sexta e das 8:00 às 14:00 aos sábados, o que possibilita uma amplitude de horários para os pacientes e estagiários.

Há duas formas de inserção da comunidade nos serviços oferecidos: inscrição prévia que pode ser feita via telefone, e atendimento imediato quando se trata da busca pelo plantão psicológico. Uma intensa divulgação sobre o serviço de plantão é realizada anualmente no município através dos meios de comunicação de massa (rádio, televisão e jornais impressos) além da divulgação via cartazes e *folders* em centros de grande circulação, como postos de saúde e terminais de ônibus, mediante autorização das secretarias de saúde e transporte.

O serviço de plantão psicológico tem procura significativa e prescinde a inscrição. Atende adolescentes a partir de 12 anos, desde que acompanhados pelo responsável, e adultos. Não há atendimento de plantão para crianças. Para os demais atendimentos clínicos é necessária inscrição e, a partir da inscrição faz-se a triagem.

Situado em uma cidade do interior de São Paulo, é um dos serviços que compõe a rede de saúde mental. A cidade possui 357.096 habitantes, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, um CAPS infantil, um CAPS álcool e drogas (AD), um ambulatório de saúde mental para maiores de 18 anos. Existem mais duas universidades que oferecem o curso de psicologia e, portanto, mais dois serviços-

escola. São esses os serviços gratuitos do município, o que leva a uma sobrecarga nas listas de espera para atendimento psicológico.

Segundo a OMS (2001), a cada quatro famílias, uma possui ao menos um familiar com alguma demanda de atendimento psicológico ou psiquiátrico. A partir dessa estimativa, podemos dizer que em média, 89 mil pessoas num município como este necessitariam de atendimento na saúde mental.

Exceto para o plantão, cujo atendimento é imediato, sem necessidade de inscrição e espera, os outros estágios clínicos funcionam da seguinte forma: os interessados devem ligar no serviço, se inscrevem e aguardam para serem chamados para triagem. Geralmente, no início do ano, há um escoamento da fila de espera. Porém, a lista aumenta quando os estagiários já estão atendendo seus pacientes, momento que pode ser chamado de “entressafra”. As pessoas que procuram atendimento neste período esperam meses, às vezes um ano para serem chamados, sem perspectiva de serem atendidos em outro serviço. Programas são desenvolvidos todos os anos, como por exemplo, grupos temáticos de orientação aos pais, grupos de crianças, a própria triagem em grupo de crianças, adolescentes e adultos, com o objetivo de dar vazão à lista. Estes programas produzem uma redução na lista de espera, mas não resolvem a questão, pois a demanda por atendimento é sempre maior do que a oferta de vagas.

6. JUSTIFICATIVA:

A partir dos levantamentos realizados no serviço, que indicavam um alto índice de desistência, e do trabalho de escuta das expectativas realizado junto aos estagiários em 2010 que favoreceu uma queda neste índice, fez-se necessário sistematizar uma pesquisa em torno deste tema a fim de investigar essa possível relação.

O grupo em que se deu essa experiência em 2010 contava com 14 estagiários. De março até o dezembro deste ano houve desistência de quatro pacientes, cujos motivos possivelmente apontavam para uma dificuldade da estagiária, pois dos quatro desistentes, três foram atendidos pela mesma pessoa.

A proposta desta pesquisa foi a de que essa escuta fosse feita na triagem, primeiro contato do paciente com a instituição, pois o número de pacientes triados e os que se engajam no processo ainda apresenta significativa defasagem. De acordo com Mannoni (1980), “A primeira entrevista com o psicanalista é antes de tudo um encontro com nosso próprio eu, que procura sair da falsidade. O analista está presente para devolver ao sujeito, como dádiva, a sua verdade.” (p.103). E a expectativa faz parte dessa verdade, tem um sentido singular. Ainda que várias pessoas possam ter a mesma expectativa em relação ao atendimento psicológico, para cada um essa expectativa estará circunscrita em uma história pessoal vivida em um cenário particular e social ao mesmo tempo.

Desta forma, levantou-se a hipótese que uma primeira entrevista que levasse em consideração as expectativas do paciente em relação ao que ele desejava encontrar nos atendimentos poderia possibilitar que a triagem fosse enriquecida de sentido, favorecendo uma melhor adesão ao encaminhamento proposto. Levar em consideração aqui quer dizer escutar, acolher, analisar, esclarecer e ajudar o paciente a se apropriar de suas próprias esperanças acerca da ajuda que buscou. A escuta clínica das expectativas do paciente acerca do atendimento psicológico pode favorecer uma melhor compreensão de sua dinâmica psíquica e de sua demanda, potencializando a aproximação entre sua necessidade e a modalidade de prática oferecida.

7. OBJETIVOS:

7.1. Geral:

Conhecer e analisar as expectativas das pessoas que procuram atendimento psicológico em um Serviço-Escola, e os possíveis efeitos desta escuta na adesão à psicoterapia.

7.2. Específicos:

1. Apresentar e descrever de forma resumida as entrevistas de triagem dos participantes.
2. Relacionar as expectativas com o contexto histórico-social dos participantes.
3. Refletir sobre os benefícios da escuta das expectativas na formação clínica de futuros psicólogos.
4. Identificar e analisar o índice de desistência no período compreendido entre 2009 e 2010.

8. MÉTODO:

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem clínico-qualitativa. Sobre a pesquisa-ação, define Minayo (2004):

A pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (pg. 26).

Na pesquisa-ação o pesquisador tem, a priori, uma participação ativa e planejada, não só objetivando a pesquisa em si, mas atuando na promoção de transformação da realidade observada, a partir da compreensão, conhecimento e compromisso do pesquisador (Fonseca, 2002). Segundo esse autor:

O objeto da pesquisa-ação é uma situação social situada em conjunto e não um conjunto de variáveis que se poderiam analisar independentemente do resto. Os dados recolhidos no decurso do trabalho não têm valor significativo em si, interessando enquanto elementos de um processo de mudança social. O investigador abandona o papel de observador em proveito de uma atitude participativa e de uma relação sujeito a sujeito com os outros parceiros. O pesquisador quando participa na ação traz consigo uma série de conhecimentos que serão o substrato para a realização de sua análise reflexiva sobre a realidade e os elementos que a integram. A reflexão sobre a prática implica em modificações no conhecimento do pesquisador (p. 35).

Sobre o método clínico-qualitativo, Turato (2010) salienta que se trata de uma abordagem que considera a natureza psicológica e psicossocial no sentido de conhecer e interpretar suas significações no campo da saúde-doença:

Nesta abordagem metodológica, o pesquisador deve procurar criar um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afetivas mobilizadas e escutando a fala do sujeito (com foco sobre tópicos ligados à saúde-doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou, principalmente, sobre como lidam com suas vidas) e, ainda, observando o global de sua linguagem corporal/comportamental durante a entrevista (p. 241).

Turato (2010) afirma ainda que esse método se dá a partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, já que estas propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano.

O pesquisador, ao utilizar o método clínico-qualitativo, precisa ter conhecimento teórico e prático, vivências no campo de estudo que gere uma aproximação pautada em um rigor científico. Deve ter contato antes e depois da

coleta de dados, a fim de apreender evidências que possam ajudá-lo a atingir os objetivos propostos pela pesquisa (Campos, 2004).

8.1. Participantes: 10 participantes de ambos os sexos, acima de 18 anos, inscritos no Serviço-Escola, em lista de espera para triagem cuja demanda analisada após a triagem fosse para psicoterapia no próprio serviço. Eram sujeitos da comunidade local, que se inscreveram a partir de encaminhamentos diversos, indicações, ou por iniciativa própria e foram chamados seguindo a ordem de inscrição.

8.2. Critério de exclusão:

1. Pessoas que já tivessem sido atendidas na modalidade de plantão psicológico ou psicoterapia individual neste ou em qualquer outro serviço, mesmo que particular.
2. Pessoas que não tivessem recebido encaminhamentos para psicoterapia no serviço-escola em que a pesquisa foi desenvolvida, permitindo um acompanhamento da adesão através de consulta aos prontuários.

8.3. Instrumentos:

1. Levantamento estatístico de desistências a partir de consulta ao sistema informatizado do serviço referente aos anos de 2009 e 2010. Esse levantamento foi o motivador dessa pesquisa.
2. Técnica de entrevista de triagem psicológica semiestruturada a partir da entrevista clínica, envolvendo questões referentes ao motivo da procura, queixas manifestas, latentes, breve histórico de vida, história clínica, dinâmica familiar, aspectos sociais, finalizando com uma questão referente às expectativas em relação ao atendimento. O momento em que os temas eram abordados variou de acordo com a dinâmica dos participantes.

3. Anotação na ficha de triagem para o estagiário que atende os pacientes contendo as informações necessárias e as expectativas dos participantes acerca do atendimento psicológico.
4. Análise documental dos prontuários dos participantes após um ano da triagem para verificar quais foram os desdobramentos depois da triagem (*follow-up*).

8.4. Procedimentos:

Os participantes inscritos para atendimento no Serviço-escola foram contatados, via telefone pelas secretárias do serviço, agendando horário para triagem com a psicóloga/pesquisadora (pesquisa-ação). Na recepção do serviço o participante preencheu um questionário, aplicável a todos os pacientes que são atendidos (anexo V). O processo de triagem foi realizado em um ou dois encontros, de acordo com a necessidade. Após a triagem foi realizado o encaminhamento para psicoterapia individual no próprio serviço. Na ficha de triagem (anexo VI), além da queixa, acrescentaram-se as expectativas do paciente e um aviso para que o estagiário que fosse atendê-lo realizasse uma interlocução com o pesquisador sobre essas expectativas. Após um ano da triagem foi realizada consulta ao prontuário para verificar adesão ao processo de psicoterapia.

8.4.1. A entrevista:

1º passo: A pesquisadora esclareceu sobre a pesquisa e pediu permissão para gravar através de um termo de consentimento para gravação (anexo VII).

2º passo – Triagem através de entrevista semiestruturada, com duração de 50 a 90 minutos dependendo da dinâmica do participante, contemplando questões que indagassem sobre as expectativas do sujeito em relação ao atendimento psicológico. As entrevistas foram realizadas nos consultórios disponíveis no serviço-escola, em horários pré-agendados.

3º Passo: Devolutiva da compreensão da demanda e encaminhamento.

4º Passo: Esclarecimento mais detalhado sobre a pesquisa e apresentação do termo de consentimento para utilização dos dados. Optou-se em não apresentar o termo a priori para não interferir na triagem e por entender que o objetivo primeiro dessa entrevista seria a triagem, e não a pesquisa. Os casos triados que não concordaram em participar da pesquisa não foram utilizados. Foram entrevistados 11 participantes. Apenas um não autorizou a utilização dos dados.

8.5. Análise dos dados:

Os dados coletados nas entrevistas foram tratados por meio de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010). A análise de conteúdo consiste em uma codificação do material a partir do texto em sua forma bruta. Essa transformação é realizada segundo regras precisas que por recorte, agregação e enumeração possibilita que do conteúdo surja uma representação, um significado, um sentido e uma expressão.

Nesta pesquisa efetuou-se primeiro uma pré-análise, que constitui na exploração do material selecionado para análise baseado na “leitura flutuante”, em analogia à atitude do psicanalista (Bardin, 2010, p.122), da qual pode-se extrair quatro temas principais: queixa manifesta, queixa latente, expectativa e comportamentos não verbais.

Em um momento posterior, destacamos as categorias de análise, compostas por elementos comuns (subcategorias), consideradas por relevância e/ou repetição de temáticas. Dentro das categorias assinaladas, abriram-se as seguintes subcategorias de análise:

1. A queixa manifesta:

- 1.1. Depressão.
- 1.2. Inibição.
- 1.3. Irritação.

2. Queixa latente:

- 2.1. Desvalorização de si.
- 2.2. Rigidez/Severidade superegóica/Onipotência
- 2.3. Sentimento de abandono.

3. Expectativa:

- 3.1. Encontrar respostas.
- 3.2. Conversar.
- 3.3. Compreender-se.

No terceiro momento, conforme orienta Turato (2010, p. 449), realizou-se a validação externa dos dados, procedimento que se caracteriza pela supervisão dos resultados com o orientador da pesquisa e com os pares, e apresentação e debate dos resultados. Finalmente discutiram-se os resultados utilizando o referencial psicanalítico para interpretação dos achados da pesquisa.

8.6. Cuidados Éticos:

O projeto de pesquisa foi cadastrado no Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) , cadastrado sob n. 417605 (anexo I) e submetido ao comitê de ética da Universidade Paulista, tendo sido aprovado em 12/05/2011 (anexo II) a partir de parecer emitido pela vice-reitoria de pós-graduação em pesquisa (anexo III) . O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e explicado pelo entrevistador (Anexo IV).

9. RESULTADOS:

Os resultados serão apresentados em dois tópicos: O primeiro diz respeito aos dados quantitativos a partir de gráficos que indicam o índice de desistência em 2009, antes da orientação aos estagiários de que escutassem as expectativas dos pacientes e 2010, quando houve a intervenção dessa escuta. Esse levantamento foi realizado antes da formulação desta pesquisa, tendo se constituído como o disparador da mesma. Em seguida serão apresentados os casos clínicos através de tabelas (1 a 10) que incluem as categorias de análise de conteúdo, a saber, a queixa manifesta, queixa latente e expectativa. Na tabela 11 a prevalência dos achados nas categorias e subcategorias, e na tabela 12 a relação de tempo entre triagem e o início da Psicoterapia Breve (PB), número de sessões realizadas, faltas e status atual.

9.1. Dados quantitativos: Índice de desistência 2009 e 2010.

O gráfico 1 mostra o levantamento realizado em 2009, referente ao índice de desistência dos pacientes que foram atendidos no processo de triagem ou no plantão e qual foi a conclusão dos casos. Nota-se um índice de desistência de 53% antes de terminarem o processo, portanto antes de receberem qualquer tipo de encaminhamento.

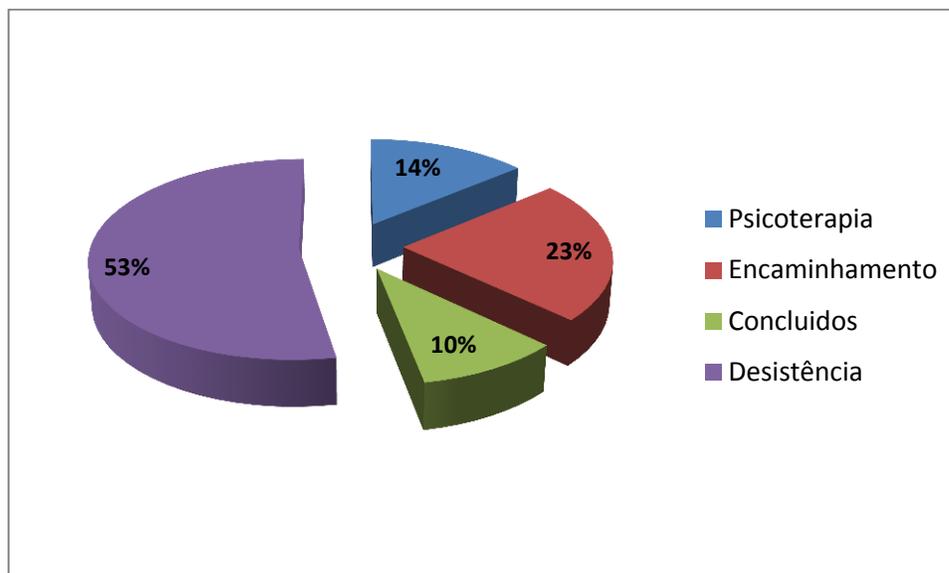


Gráfico 1 - Índice de desistência 2009 - Triagem e Plantão.

Os gráficos 2 e 3 permitem uma comparação entre os casos atendidos em psicoterapia breve em 2009, sem a intervenção da escuta das expectativas e em 2010 com a intervenção da escuta, apontando para uma importante redução no índice de desistência.

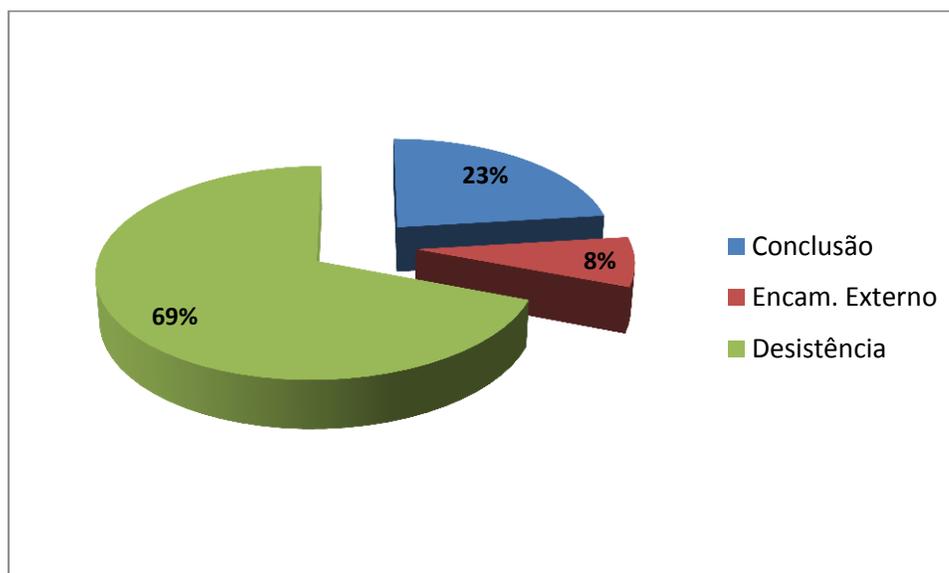


Gráfico 2 - Índice de desistência 2009 - Psicoterapia Breve. Sem a intervenção da escuta das expectativas.

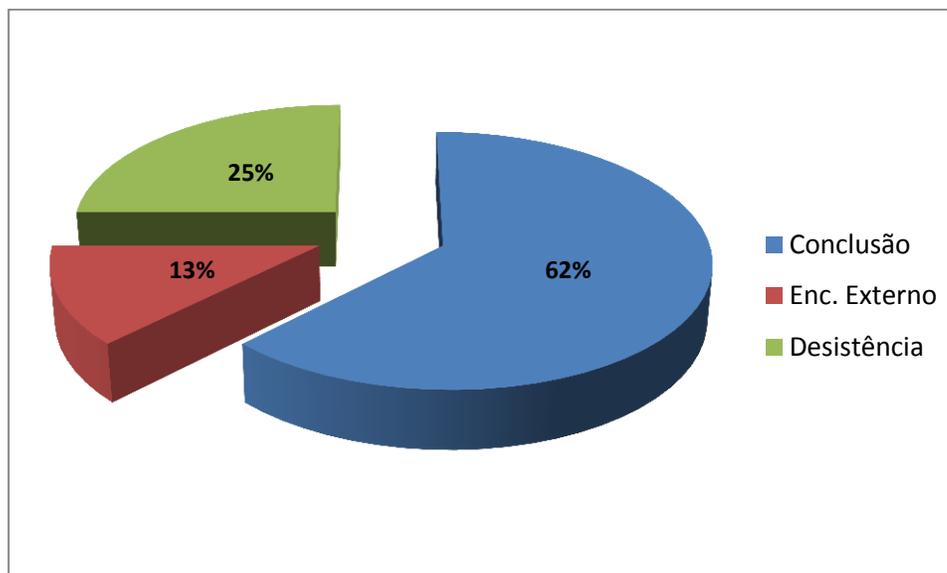


Gráfico 3 - Índice de desistência 2010 - Psicoterapia Breve com a intervenção da escuta das expectativas.

A partir dos gráficos apresentados, considera-se que a partir dessa intervenção das escutas e análise das expectativas, houve uma significativa queda no índice de desistência. Não há um detalhamento da desistência neste levantamento, se foi abandono ou interrupção com justificativa.

9.2. Apresentação dos participantes.

Nas tabelas 1 a 10 são apresentados os casos clínicos. Para preservar a identidade dos participantes, os nomes são fictícios. Quando se tratar de falas textuais dos mesmos, serão utilizadas aspas e itálico. Os dados são agrupados em 14 itens.

1. A caracterização do participante: Coletado a partir do questionário que o participante preencheu na recepção, antes da entrevista de triagem, destacando idade, área de atuação profissional e estado civil. Optou-se por área de atuação e não profissão para garantir a não identificação dos participantes.
2. Composição familiar: Com quem o participante reside atualmente.

3. Posição na família de origem: Identificar se é o filho mais velho, mais novo, do meio pode auxiliar na compreensão das queixas manifesta, latente, expectativa.
4. História de vida: A história de vida coletada na triagem é realizada de forma breve, mas consistente, sublinhando pontos importantes para compreensão não só dos casos em si, mas de suas expectativas em relação ao atendimento psicológico, que é o foco desta pesquisa. De acordo com Cunha (2000), “a história pessoal pressupõe uma reconstituição global da vida do paciente, como um marco referencial em que a problemática atual se enquadra e ganha significação.” (p. 59).
5. Indicação: Quem sugeriu e/ou indicou atendimento psicológico.
6. Queixa manifesta: Considera-se queixa manifesta aquela referida pelo paciente como motivo, uma razão para procurar atendimento psicológico.
7. História Clínica – Tem por objetivo tentar caracterizar o surgimento dos sintomas referidos ou de mudanças comportamentais, em uma determinada época, e como evoluiu até o momento atual. Nem sempre a pessoa consegue identificar o surgimento do que compõe a queixa manifesta, e neste caso um exame da vida pessoal pode auxiliar o entrevistador quando e como começaram a se delinear as dificuldades. (Cunha, 2000).
8. Tratamentos anteriores: Auxilia na composição da história clínica.
9. Queixa latente: Inferida a partir história da queixa pelo profissional, inferência esta que tem como aporte o raciocínio clínico psicanalítico. A queixa latente refere-se aos motivos mais profundos, muitas vezes inconscientes que levaram a procurar atendimento. Sentimentos, pensamentos que ainda não puderam ser nomeados e compreendidos, e que geram sofrimentos. (Ocampo & Arzeno, 1981).
10. Expectativas: Referida pelo participante a partir de uma pergunta direta do entrevistador/pesquisador.
11. Intervenções realizadas na(s) entrevista(s) de triagem.
12. Comportamento não verbal: Expressões corporais relevantes observadas durante a entrevista.

13. Encaminhamentos: Os casos estudados têm como critério de inclusão ser elegíveis para psicoterapia breve no serviço em que a pesquisa foi realizada. Porém na triagem pode-se identificar a necessidade de encaminhamento para outras especialidades além da psicologia.
14. Desdobramentos: Ocorrências depois da triagem.

AS TABELAS 1 A 10 FORAM EXCLUÍDAS PARA GARANTIR O SIGILO DA IDENTIDADE DOS ENTREVISTADOS.

Tabela 11

Prevalência de respostas a partir das categorias propostas para análise de conteúdo.

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	N
QUEIXA MANIFESTA	Depressão	05
	Ansiedade/Irritação	03
	Inibição/Retraimento	02
QUEIXA LATENTE	Desvalorização de si	05
	Sentimento de abandono	03
	Rigidez/Onipotência	02
EXPECTATIVAS	Cura da queixa manifesta	10
	Ter com quem conversar	07
	Encontrar respostas	02
	Conhecer-se	01

Tabela 12

Tempo entre triagem e início de Psicoterapia Breve (PB), número de sessões realizadas, faltas e status atual.

Participante	Tempo entre Triagem e PB.	PB. nº sessões	Faltas	Status Atual
João	7 meses	24	02	Conclusão

Estela	7 meses	00	00	Resolução triagem
Catarina	7 dias	09	01	Desistência
Mariana	3 meses	20	04	Em atendimento
Patrícia	2 meses	31	01	Conclusão
Laura	2 meses	30	02	Enc. Externo
Lívia	9 dias	24	01	Conclusão
Solange	7 dias	22	04	Conclusão
Sonia	7 dias	02	03	Desistência
Maria	5 dias	33	03	Conclusão

A partir dos resultados obtidos apresentaremos uma análise e discussão dos mesmos, retomando os temas principais propostos, a saber: queixa manifesta, queixa latente, expectativa em relação ao atendimento psicológico e comportamento não verbal. Em seguida, faremos uma análise relacionando a escuta das expectativas e adesão à psicoterapia.

É importante ressaltar que a compreensão que fazemos aqui está sustentada na teoria psicanalítica no que concerne à inter-relação inconsciente e consciente, dinâmica psíquica, desejo e angústia como motores do psiquismo.

10. ANÁLISE DE CONTEÚDO E DISCUSSÃO.

Neste capítulo serão apresentadas a análise de conteúdo e discussão dos achados na pesquisa a partir da compreensão psicanalítica.

1. Queixa manifesta.

Como foi apresentada anteriormente em resultados, a queixa manifesta, ou seja, os motivos que dispararam a procura por atendimento psicológico são acessados pelo sujeito no campo da consciência, e podem ser traduzidos em palavras ao entrevistador.

1.1. A Depressão.

Dos dez casos apresentados, cinco apresentam como queixa manifesta depressão. Estes pacientes receberam, em algum momento, tal diagnóstico por um médico. Todos estavam fazendo uso de antidepressivo. Referem sintomas compatíveis com tal diagnóstico como insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso significativo nos últimos meses, desânimo para as atividades cotidianas, perda de concentração, fadiga, agitação psicomotora, autodepreciação. (DSM V, 2013). Não é possível e nem é objetivo na triagem, fazer um diagnóstico psicológico para confirmar se são casos de depressão, se tem comorbidades, ou ainda que tipo de depressão, reativa ou depressão maior. Mas todos encontram motivos, tem uma explicação para o sofrimento que os acomete. Embora os motivos sejam diferentes apresentam algo em comum: o luto pela perda do objeto idealizado, que será discutido no item queixa latente.

No campo da consciência, que é o lugar onde se inscreve a queixa manifesta, cada um refere seus motivos: para João a depressão, que já estava lá, se agravou com a morte da mãe. Estela remete seu sofrimento à traição do marido, e, para Mariana, a possível deficiência do filho. Sônia sofre pela morte repentina do marido, que embora tenha ocorrido cinco anos antes da triagem, relata e provavelmente viva essa perda como algo atual, um luto ainda não elaborado, porque ainda não se tornou passado e a libido (energia psíquica vital) parece não ter sido reinvestida (Freud, 1915/1974). Maria entende que sua depressão esteja relacionada à solidão. Sempre cuidou do marido e dos filhos. O marido morreu, os filhos se casaram e ela não encontra uma forma de recriar a vida.

1.2. Ansiedade e Irritação.

Três participantes do sexo feminino autoreferem ansiedade e irritação constantes. Elas têm em comum uma insatisfação com a vida. Referem dificuldades nas relações familiares desde crianças.

O termo ansiedade aqui não utiliza os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou Código Internacional de Doenças (CID), por se tratar de autorreferência dos participantes, uma forma de compreender-se e sentir-se, e não de um diagnóstico. Os sintomas de ansiedade por elas relatados tem relação com o futuro, com o que virá, com a dificuldade da espera.

Laura relata experiências de rupturas desde cedo. Sente que suas necessidades essenciais não foram supridas. Os pais se separaram quando ela ainda era pequena, viveu entre a casa da mãe, a casa do pai e da avó, e parece não ter recebido destes a continência necessária para suas ansiedades precoces.

“Quando eu fazia alguma coisa errada e estava na casa da minha mãe, ela me mandava para a casa do meu pai. E quando eu estava na casa do meu pai e fazia algo errado, ele me mandava para a casa da minha mãe”. Por algo errado inclui desde choro, dificuldade para se alimentar, até comportamentos mais agressivos, e já no início da adolescência, a práticas sexuais, uso de drogas como maconha que ela insistia em contar para os pais, como forma de pedido velado, para que olhassem e oferecessem continência para a mesma,.

A experiência de falta de continência para os aspectos mais primários é um obstáculo no desenvolvimento saudável. Não é possível afirmar, pois não há testemunho de como foi a vida inicial de Laura, mas os fatos indicam que a partir da separação dos pais, ela teria vivenciado ruptura de seu ambiente iniciando uma dificuldade no caminho da integração. Parece, por meio de sua ansiedade e extrema irritação, como diz Winnicott (1956/2000) “provocar as reações totais do ambiente, como se buscasse uma moldura cada vez mais ampla, um círculo que teria como seu primeiro exemplo os braços ou o corpo da mãe.” (p. 411). *“Minha mãe só me socorre assim, quando chego no limite da minha irritação”.*

Lívia também se irrita com facilidade. Encontra-se no terceiro casamento, e se sente insatisfeita com a vida. Refere dificuldades na relação com os pais, de forma especial com a mãe. Diz nunca ter sentido dos pais consideração e valorização. Buscava encontrar nos relacionamentos com os homens um lugar de valor. Mas sempre se relacionou com homens mais desprovidos financeiramente, culturalmente e profissionalmente. E na tentativa de moldá-los, segundo a mesma, torna-se ansiosa e irritada, pois *“eles não me acompanham”*. O sentido dessas escolhas será analisado no item queixa latente. Lívia parece ter sempre esperado o reconhecimento da mãe: *“Eu sempre fazia tudo para agradá-la, mas nunca estava bom. Ela nunca reconhecia o que eu fazia. E isso era o que mais me irritava”*. Com a morte da mãe, sua irritação e ansiedade se agravaram, porque não tinha mais como esperar esse reconhecimento.

Solange parece ser motivada pela insatisfação, ao mesmo tempo estar insatisfeita e irritada profundamente. *“Estou sempre com a sensação de que vou voar em cima de alguém, pois tudo que planejo não dá certo. Se compro um móvel para casa e este chega, parece nunca ser o que escolhi na loja”*.

E assim se apresenta Solange, irritada com tudo e com todos. Reconhece que tem dificuldades nas relações em função dessa insatisfação com a vida. Exige muito das pessoas, mas não sabe exatamente o que deseja. *“Meu marido já cansou de tentar me satisfazer. Minhas filhas também. Eu sei que o problema sou eu. Mas não sei o que fazer para mudar. Estou sempre ansiosa, esperando que algo aconteça. Mas o que eu espero, nem eu sei.”*

1.3. Inibição e Retraimento.

Catarina e Patrícia referem inibição e retraimento em diferentes cenários, cada uma a sua maneira e a partir de sua história de vida.

O termo inibição aqui está em correlação com o conceito utilizado por Freud (1926/1976) onde “inibições são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia.” (p. 111). Seja por precaução ou empobrecimento de energia, parece haver, na inibição, um retraimento da libido, ou seja, esta retorna para o ego e o investimento nas relações, no trabalho, no próprio desenvolvimento sofre um prejuízo.

Catarina queixa-se de não conseguir se expressar, falar de si. Teme que ao falar, se expresse mal e que apareça o que ela sente que tem de pior. Teme pela avaliação do outro. *“Tenho medo de falar e falar besteira...Acho que todo mundo fica reparando quando eu falo. Falar de mim é muito difícil. Parece que não tenho nada de muito bom para mostrar.”*

Patrícia se expressa bem, mas apresenta também uma expectativa acerca da avaliação que o outro fará dela. Considera que sempre foi muito reprimida pelos pais. Não podia se manifestar para não parecer vulgar, segundo ela. Patrícia é uma moça com aparência muito bonita e também apresenta-se muito bem cuidada.. Mas parece temer o próprio desejo pela vida. *“Eu sinto sempre que tenho que me conter. Não posso demonstrar tudo que sinto”.*

Essa inibição e retraimento impediram Patrícia de se relacionar sexualmente com o marido. Desenvolveu vaginismo, embora reconheça seu desejo sexual como algo legítimo. Segundo Soares & Lopes (1991), a observação clínica de pacientes com vaginismo parece revelar, não só uma dificuldade na relação sexual, mas um fechamento global da pessoa. *“Não tenho amigas com quem conversar, e não vou falar disso com a minha mãe. Eles me deram uma educação rígida e conservadora. Esse tipo de conversa não cabe.”*

2. Queixa latente.

A queixa latente, ligada aos motivos mais profundos que levaram à busca por ajuda psicológica, tem sua inscrição muitas vezes no registro do inconsciente.

Provavelmente ocorre devido a ação do recalque ou, e principalmente, em função da angústia disparada frente ao princípio de realidade em contraponto ao princípio do prazer, tornando insuportável para o ego pensar, processar, elaborar esse conflito (Freud, 1910).

Quando nos referimos ao registro do inconsciente, queremos dizer que há algo a ser revelado, não a ser escondido, intocável, intangível. Freud se referia ao inconsciente como um sistema vivo, com um funcionamento e lógica próprios, e não apenas como amontoado de materiais recalcados sem existência, apagados, esquecidos. Sobre esse registro, Macedo e Falcão (2005) escrevem:

Introduzindo o conceito de inconsciente, Freud desloca a fala até um certo lugar muito além da intenção consciente de comunicar algo: ao falar, o sujeito comunica muito mais do que aquilo a que realmente se propôs. O inconsciente busca ser escutado, e ter seus desejos satisfeitos, comunicando-se por meio de complexas formações: sonhos, sintomas, lapsos, chistes, atos falhos; fenômenos que apontam para esse desconhecido que habita o sujeito. E assim, abre-se na palavra a dimensão do que escapa ao próprio enunciante. (p. 67).

1.1. Desvalorização de si.

João, Estela, Catarina, Solange e Lívia apresentam como queixa latente uma desvalorização de si, um sentimento de menos valia e de não conseguirem dar conta de suas vidas. Sentimento que não conseguem acessar claramente, mas que os acompanha desde suas relações primárias.

Para João, a mãe sempre preferiu o irmão em detrimento a ele. Refere dificuldades para aprender, e uma sensação de inferioridade desde criança também por conta disso. *“Eu tinha muita dificuldade na escola, não conseguia aprender. Sempre fui meio burrinho, e isso aborrecia muito minha mãe... Quando mudamos para a cidade, nos dividimos em duas casas. Em uma ficaram minha mãe com meu irmão, na outra eu e meu pai. Ela dividiu assim. Ela se dava melhor com meu irmão.”*

João sofre, desde a perda da mãe, a perda da esperança de ser amado de forma exclusiva, como único. Atualiza uma vivência anterior: a sensação de abandono vivida quando era ainda criança. Uma experiência de solidão e de ser

menos, marcada pela relação que a mãe tinha com seu irmão, que a seus olhos, o excluía e o desvalorizava. E parece que ele só se reconhece neste lugar. Deseja então agradar, satisfazer o outro para quem sabe, assim, ter seu lugar reconhecido, um lugar único. Esta situação parece explicar sua expectativa de ser atendido individualmente e não em grupo, o que será discutido no item expectativas.

Estela construiu ao longo da vida um ideal (Freud, 1921) de feminino e de casamento, em que a mulher, ao ser submissa ao marido, estaria garantida em seu lugar de esposa. Traída pelo marido descortina para si uma morte desse ideal, o que a coloca frente-a-frente consigo mesma. Mas se, para Estela, a mulher existe a partir de um homem, o que resta dela sem ele? O que a garante? Vê-se incapaz de existir por si e a partir de si. *“Eu não sei fazer muita coisa, não consigo pensar que posso fazer alguma outra coisa que não seja ser dona de casa.”*

Catarina trata da dificuldade da família em geral, de forma especial a mãe, de se comunicar. Parece precisar de algo que é anterior à linguagem: precisa ser olhada. *“Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo.”* (Winnicott, 1975, p.157).

O olhar do outro constitui o sujeito. Segundo Winnicott (1975), influenciado por Lacan, a criança se desenvolve emocionalmente a partir do rosto da mãe, que é o precursor do espelho. O que o bebê vê quando olha para o rosto de sua mãe? Para Winnicott, o que o bebê vê, provavelmente, é ele mesmo. Nas melhores condições, a mãe reflete o que ela vê no bebê reagindo à sua existência. Nas piores condições, a mãe ou não reage, tornando-se indiferente às manifestações do bebê, ou se impõe, soterrando o gesto espontâneo desse bebê que pode desistir de vir-a-ser-alguém, passando a ser apenas o que o espelho reflete ou não, submisso ao olhar do outro, dificultando a passagem do olhar no espelho (narcisismo) a examinar-se no espelho (separação eu-outro). Não há possibilidade de tornar-se um, de suportar a solidão essencial à natureza humana sem antes ter sido sustentado no olhar do outro. É o paradoxo inerente à capacidade de estar só consigo mesmo. (Winnicott, 1958/1983).

Catarina queixa-se de não encontrar dentro de si bons objetos que possam ser expostos e admirados por alguém. Catarina fala de uma família que não

conversa entre si, que pouco a vê. *“Minha mãe fala que se eu estou em casa é como se não estivesse, pois eles nem percebem minha presença de tão quieta que sou. Mas eles também não me procuram para conversar.”*

Solange, na sua eterna insatisfação, parece viver uma falta perene, insuportável e necessária. Como diz Dör (1991), “...O inevitável encontro com a falta”. (p. 73). Questão central da histeria. Freud (1900), desde a interpretação dos sonhos, sublinha que o indivíduo histérico deseja é justamente que seu desejo permaneça insatisfeito. Nesta insatisfação, o sujeito se investe como um objeto desvalorizado e incompleto (Dör, 1991; Nasio, 1991). *“O problema de tudo foi ter nascido mulher. Não que eu não goste de ser mulher, mas não posso ser como a maioria das mulheres, fracas e sem graça. Mas como? Nascer mulher já é problema!”*

Lívia espera amor e reconhecimento. Com voz de criança, se apresenta frágil, desamparada e só. Diz ter sido criticada pela mãe desde muito cedo, e acredita que isso gerou nela um sentimento de menos valia.

Ao se casar com pessoas vistas por ela como inferiores, Lívia talvez busque um lugar de valor, superior. Em contrapartida, parece haver também uma crença de que ela não é capaz de atrair pessoas mais interessantes e luta para transformar seus companheiros em pessoas melhores sob seu ponto de vista, o que gera profunda insatisfação.

1.2. Sentimento de Abandono.

Laura, Sônia e Maria sofrem pela angústia do abandono. Laura sente-se abandonada pelos pais, Sônia e Maria pela morte dos maridos e saída dos filhos de casa.

Para Laura parece haver um sentimento de abandono primário, ligado às primeiras relações objetais. Sentimento traduzido em sintomas, em que a busca por pertencer a alguém se tornou imperativa. Tenta encontrar no sexo e no uso de substâncias químicas como drogas ilícitas e bebidas, o elo perdido com os pais. *“Eu*

tenho necessidade de estar com alguém. E se o menino usa maconha, eu uso, se bebe eu bebo”.

Segundo Osório (1989), a busca pelas drogas e pelo sexo na adolescência pode estar associada a uma tentativa de reeditar a relação primordial e narcísica com a mãe, a sensação de ser único e um com ela. Experiência ilusória de plenitude. Se o sujeito não experimentou isso suficientemente, busca compulsivamente essa ilusão narcísica de satisfação plena (Freud, 1914). Laura busca, assim, um corpo que a acomode, que a sustente, braços que a acolham. Necessidades primárias.

Sônia vive a angústia do luto não elaborado. A perda do marido fez com que ela se sentisse só, e estar só parece ser insuportável. Não se trata da solidão pela ausência de alguém, mas sim de estar só consigo mesma. Para Winnicott (1958/1983) a capacidade de estar só é um dos mecanismos ligados ao amadurecimento emocional do sujeito. E é um paradoxo, ou seja, só é possível desenvolver essa capacidade se quando criança tenha vivido a experiência de estar só na presença de alguém, de modo especial, a mãe.

Sônia relata que sua mãe era uma pessoa fria e distante. Muito preocupada com os afazeres de casa e pouco afetiva. Na triagem foi dito a ela que talvez essa fosse a forma como a mãe sabia amar, cuidando da casa, o que devia incluir cuidar dos filhos. Ela ficou pensativa. Diz ter encontrado no marido a experiência de amar e ser amada. Que se realizou com ele, teve sonhos, realizou projetos, e que ao enterrá-lo, enterrou junto suas perspectivas. *“Não consigo fazer nada sem ele. Ele era meu tudo! Parece que não tenho vida mais. Ele não devia ter feito isso comigo... me abandonado.”*

Sônia sabe racionalmente que ele não a abandonou, mas o sentimento que ela consegue acessar é de abandono. E assim, ela abandona a si mesma. Não consegue trabalhar, sustentar vínculos, viver.

Maria diz sempre ter cuidado dos filhos e do marido. De vida simples, trabalhava e cuidava da casa. Refere um casamento difícil. Conta que o marido era bravo e a agredia verbalmente, mas ela acreditava que o casamento só terminava com a morte, como havia prometido. Cuidou do marido doente por quatro anos, suportando suas agressões. Durante o adoecimento do marido os dois filhos se

casaram. Um deles ficou morando com ela. Depois da morte do marido ele se mudou. Ela se queixa de solidão e abandonada pelos filhos, que pouco a visitam. Maria parece expressar este sofrimento através de adoecimento: dor generalizada no corpo, hipertensão, falta de ar, conseguindo assim algum olhar, algum cuidado dos filhos e das noras. Seu corpo adoecido parece atender à duas necessidades: comunicar suas angústias e aproximar seus filhos. *“Basta eu melhorar, ninguém mais se lembra de mim”*.

Ao relatar sobre suas doenças, Maria tem uma expressão de alívio, quase um ar alegre, *a belle indifference* de uma histérica, como diz Freud (1892/1976, p. 184). Talvez porque encontre no sofrimento do corpo uma forma de existir para o outro, de ser olhada, de ser amada.

1.3. Rigidez/Onipotência.

Mariana e Patrícia parecem funcionar psiquicamente de forma rígida e onipotente. Cada uma dentro de seu cenário, sua história.

Rigidez e onipotência estão em íntima relação. Considera-se aqui a rigidez superegógica, que impõe o controle sobre tudo, onde a possibilidade de perda de controle é vivida como uma ameaça à integridade do ego, questão da onipotência.

Vale ressaltar que o termo superego equivale ao utilizado por Freud (1923/1976), que o descreve em sua segunda tópica como uma instância psíquica, cujo papel é correlato ao de um juiz ou de um censor em relação ao ego. E que tem como funções a consciência moral, a auto-observação e a formação de ideais. Portanto, quanto mais severo ou rígido for o superego, mais intensas essas funções e mais o ego, que também é uma instância do aparelho psíquico, que tem como uma das principais funções a função de pensamento, se fragiliza e se submete. Pode-se dizer que estamos diante de um juiz implacável.

Mariana parece transitar entre a onipotência e a impotência, lutando desesperadamente contra as frustrações que sua vida lhe impõe. Se desespera frente ao real que se impõe. Um real que a atropela e a faz se sentir impotente. Luta contra a impotência, a perda do eu ideal, ideal narcísico de onipotência que persegue

(Freud, 1914/1976). Quando se depara com as coisas como são e se vê sem o controle das situações, desorganiza-se, descontrola-se. Não quer remédios, não quer ajuda, parece desejar sair desta situação magicamente e onipotentemente. Revela um ódio e ataca as possibilidades de ajuda. *“Vim aqui porque não tem outro jeito. Mas quem precisa de terapia não sou eu. O que adianta eu me tratar se as pessoas continuam sem noção?”*

Na sua fantasia onipotente, deprecia o trabalho dos estagiários: *“O que esses estagiários podem fazer por mim? São pessoas que estão aprendendo, e acho que eu tenho mais coisa para ensinar para eles do que eles para mim. Não sei do que vai adiantar eu vir aqui”*.

Em seu caso, a triagem foi realizada em três encontros a fim de, através da escuta, mobilizar nela o reconhecimento da necessidade de ajuda. Esse objetivo foi alcançado, pois ela aderiu ao tratamento de forma efetiva, como mostrado na tabela 12.

Patrícia reconhece sua rigidez: *“Fui criada de forma muito rígida. Meus pais nunca me deram abertura, por causa da religião. Mas eu entendo, eles queriam que eu fosse alguém decente. E eu sou.”* Defende a virgindade antes do casamento. Alega ter casado cedo para poder viver a sua sexualidade. Mas não consegue. Entende que o sexo não é algo para ser vivido intensamente, mas sim para servir ao propósito da procriação. Teme que a excitação faça com que ela perca o controle. *“Durante a tentativa de uma relação, eu faço de tudo para não desarrumar a cama. Acho que isso não é normal.”* Para ela o sexo parece desorganizar. E isso é difícil para ela. Desenvolveu assim um sintoma fóbico pelo sexo, o vaginismo. (Soares & Lopes, 1991). Sofre no corpo sua severidade superegóica introjetada a partir da severidade dos pais, tornando sua vagina rígida, impenetrável.

3. Expectativas em relação ao atendimento psicológico.

Neste item serão analisadas as expectativas e sua relação com a adesão à psicoterapia. Como explicitado no item método, a adesão foi pesquisada a partir de consulta aos prontuários de cada participante.

Freud (1913/1976) afirma: “*A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina*” (p. 186). Embora se saiba, e Freud também afirme que esse desejo não é suficiente para manter a terapia, nesta pesquisa se confirmou que o sofrimento e o desejo de se curar apresentaram-se como motor da busca por terapia. Todos os entrevistados afirmaram ter como expectativa primeira livrar-se de seus sofrimentos, apresentados por eles através da queixa manifesta.

A partir dessa expectativa primordial, os participantes foram estimulados a dizer o que mais esperavam dos atendimentos. Dos dez, sete expressaram o desejo de ter com quem conversar. Dois, o desejo de obter respostas sobre o que fazer e apenas um apresentou como expectativa conhecer-se para encontrar saídas para seu sofrimento.

3.1. Ter com quem conversar.

Conversar parece algo simples, possível nas relações humanas e que não necessariamente precisaria de um espaço profissional para que essa atividade acontecesse. Mas como diz Outeiral (2005), “... É triste como perdemos na cidade nossa capacidade de conversar...” (p. 54). O desejo de ter um interlocutor prevalece aqui sobre as outras expectativas de forma significativa. Mas o que significa conversar em psicoterapia?

Os estagiários que atenderam os participantes em psicoterapia foram orientados em relação a essa expectativa. É necessário ter bom repertório não erudito para poder conversar, e ao mesmo tempo um conhecimento teórico que sustente essa “conversa”. Isto significa que ao atender uma pessoa deve-se utilizar uma linguagem que ela compreenda, evitando complexidades e teorias, e ao mesmo tempo o conteúdo do que é dito deve estar alinhavado com um saber teórico, que não é o mesmo saber do senso comum.

Em um enfoque psicanalítico, “um chega com o desejo de ser compreendido em sua dor, e o outro escuta as palavras por ver nestas as vias de acesso ao desconhecido que habita o paciente.” (Macedo & Falcão, 2005. p.65). Assim,

conversar pode ser traduzido por ter um alguém que escute com neutralidade, mas de forma empática as dores do outro para que esse encontre em si quem ele é.

O Diálogo dos cães de Cervantes (citado por Outeiral, 2005) ilustra o sentido dessa conversa e no que ela difere das conversas descompromissadas. Trata-se do diálogo entre dois cães, Berganza e Cipião:

Berganza:

Desde que eu cresci bastante para roer um osso, tenho tido vontade de falar e dizer as coisas enterradas em minha memória, esquecidas ou enferrujadas pelo tempo. Agora que eu descubro em mim, inesperadamente, esse dom da fala, quero aproveitá-lo para dizer aquilo de que consigo me lembrar (...)

Cipião:

Falou até de manhã (...) escutei sem interrompê-lo, a menos que isso fosse necessário (...) antes de continuar, seria bom que pudesse dar vida ao que a feiticeira lhe disse e descobrir, assim, se a grande mentira em que você acredita é verdade. (p. 55).

A escuta na triagem psicológica não é uma escuta passiva. Mas é preciso primeiro escutar para compreender parte das verdades que aquele sujeito que fala construiu ao longo da vida.

João pede uma escuta individualizada. Ele era atendido em grupo no serviço público do município, mas pedia um lugar e um alguém só para si. Em grupo parecia reeditar a vivência primária de sua angústia: não ter um olhar materno que o privilegiasse. João permaneceu em atendimento individual durante todo ano de 2012 com a mesma estagiária, tendo concluído o processo. Ele encontrou finalmente um lugar para existir no olhar do outro, para daí poder desenvolver a capacidade de estar só. (Winnicott, 1958/1986).

Catarina vive talvez uma angústia anterior a não ter quem a escute. Sua queixa é a de que ela não tem quem fale com ela sobre ela, pois primeiro a criança ouve sua mãe e nessa relação acessa a linguagem e com ela, o simbólico. A linguagem não está nem fora e nem dentro do sujeito, mas nesta inter-relação entre mundo interno e externo, no processo de interação dialógica entre pessoas (Bakhtin, 1985) e no espaço transicional (Winnicott, 1975).

Podemos dizer que a mãe é a primeira analista da criança, porque é a primeira a interpretar aquilo que ainda não pode ser dito. Identificada com as

necessidades de seu filho, concede-lhe palavras de seu próprio repertório na tentativa de traduzir exatamente o que a criança precisa. Nesta tradução a criança vai criando uma relação psicossoma, entra em contato consigo mesma, até que acaba entendendo do que precisa por si mesma.

Talvez Catarina tenha tido algum obstáculo na construção desse contato consigo mesma. Ao ser perguntado sobre suas expectativas, ela diz: *“Não sei...Não consigo pensar o que esperar...É difícil, porque não sei do que preciso. Acho que vai ser muito difícil me atender, porque não sei me expressar”*. Esta entrevista exigiu uma participação bastante ativa do entrevistador, postura de acolhimento e interpretação, não no sentido de interpretar o inconsciente, mas traduzir em palavras os prováveis sentimentos de Catarina. Até que ela pôde expressar: *“Acho que preciso ter alguém para desabafar, para conversar comigo e me ajudar para que eu possa saber falar de mim melhor em uma entrevista de emprego por exemplo.”* Catarina foi atendida em psicoterapia durante dois meses. Passou em uma entrevista de emprego, ligou no serviço agradecendo os atendimentos, mas já tinha conseguido um trabalho e, portanto entende que seus objetivos foram alcançados.

Laura precisa de alguém que a compreenda. Que a escute antes de falar, entenda e lhe devolva a legitimidade de sua dor. Ao encontrar um interlocutor empático, Laura, que sempre desistia de tudo que fazia, aderiu efetivamente à psicoterapia e repetia constantemente à estagiária que a atendia: *“é muito bom ter com quem conversar de verdade, ter alguém que escuta a gente.”* Laura foi atendida por dois semestres e encaminhada para o consultório da estagiária depois que essa se formou.

Lívia e Solange também desejam alguém com quem conversar. Dividir suas angústias, preocupações, frustrações, mais do que encontrar respostas.

Para Lívia ter com quem conversar parecia trazer a esperança de ser ouvida e compreendida sem ser criticada. Foi atendida por dois semestres, faltou apenas uma vez. Concluiu o processo e segundo relatórios que constam no prontuário, houve benefícios práticos na vida de Lívia que ela entende como sendo efeitos da psicoterapia, como por exemplo, se incomodar menos com as diferenças entre ela e o marido e reconhecer seus potenciais.

Solange fez uma exigência a mais: queria ser atendida por um homem, pois entende “que as mulheres são rasas”. Essa crença aponta para uma desvalorização do feminino, contrastando com a compreensão que ela fazia de si de ser uma defensora do lugar da mulher. Foi atendida por dois semestres por uma estagiária jovem, mas bem desenvolta e com excelente repertório. Não era um repertório erudito, técnico, mas sim, próximo e empático. Ela não foi atendida por um homem como gostaria, mas isso não dificultou o desenvolvimento do trabalho.

Sonia diz se sentir só. Deseja falar de suas dores sem ser julgada. Relata que toda vez que fala da morte do marido para as poucas pessoas com quem se relaciona é criticada. As pessoas dizem que ela precisa “virar a página e parar de sofrer”. Foi chamada para atendimento. Compareceu duas vezes e abandonou o tratamento. A estagiária que atendeu Sonia tinha um repertório reduzido, era pouco expressiva e tinha dificuldades em manter os atendimentos. Todos os pacientes atendidos por ela desistiram no início do processo. Houve duas tentativas de contato por parte da pesquisadora, mas sem resposta.

Maria concluiu o processo depois de um ano de atendimento. Participou ativamente também de grupo oferecido pela universidade organizado por uma parceria entre cursos. Dizia que não queria nunca faltar aos atendimentos, pois eram esses os momentos que ela encontrava com quem conversar. E que conversar era bom, a ajudava a organizar os pensamentos e “pensar os sentimentos”.

Podemos afirmar que os sete casos aqui apresentados tem em comum o sentimento inerente de uma solidão insuportável. Um obstáculo no caminho do amadurecimento. Obstáculo expresso pela perda de autonomia, confiança em si e nos outros, perda da capacidade de amarem e serem amados. Dificuldade no desenvolvimento da capacidade de estar só, como aponta Winnicott (1958/1983):

Está só, em presença de alguém, é um fato que pode ocorrer em um estágio muito primitivo, no momento em que a imaturidade do ego é compensada de modo natural pelo suporte do ego proporcionado pela mãe. Com o tempo o indivíduo introjeta essa mãe, suporte do ego, tornando-se desse modo capaz de estar só, sem precisar recorrer a todo momento à mãe ou ao símbolo materno. (p. 209).

A presença desse outro que primeiro escuta e depois transforma o inominável em palavras, e com a neutralidade necessária ajuda a transformar sentimentos em

pensamentos como bem expressou a participante Maria, possibilita a introjeção de bons objetos, a integração, e contribui para tornar tolerável o sentimento de solidão (Quinodoz, 1993). O valor de um interlocutor, de uma presença viva na construção dessa capacidade já era sinalizado por Freud (1916/1985), que afirmando que o medo do escuro nas crianças está relacionado ao medo da solidão, relata ter ouvido de um menino com medo de escuro dizer para sua tia: *fala comigo tia, estou com medo*. A tia diz: *Mas de que adianta isso, você nem está me vendo*. Ao que o menino responde: *Mas quando alguém fala comigo a luz vem*. (p. 474).

3.2. Respostas.

Mariana e Estela esperam respostas. Aprisionadas no outro, cada uma a sua maneira, acreditam que o psicólogo dirá qual é o caminho mais certo, mais fácil e, portanto menos sofrido. Mariana busca, através da psicoterapia, a onipotência, e Estela alguém, que como sua mãe, diga o que deve fazer e como fazer. Ambas aprisionadas no desejo de um outro. Vale ressaltar que tratamos aqui do outro que aparece como onipotente no imaginário, o grande Outro descrito por Lacan (1979).

Estela sente ter encontrado na entrevista de triagem essa resposta. Ao ser chamada para psicoterapia, agradeceu e disse não precisar mais de atendimento. Tinha tomado algumas decisões na vida, estava trabalhando e fazendo um curso que sempre quisera. A entrevista de triagem parece ter cumprido a função de colocar algumas peças no lugar, trazer alguma reflexão e por consequência alguma mudança na vida de Estela, reforçando o que dizem Herzberg & Chammas (2009) sobre o fato de a triagem ser conclusiva.

Mariana, na terceira entrevista do processo de triagem, disse que iria tentar vir para atendimento, mas queria alguém experiente que entendesse o que ela estava passando e que soubesse orientá-la. Foi atendida por uma jovem estagiária, contrariando seu pedido. O fato de Mariana querer alguém mais experiente foi trabalhado na triagem, a partir de reflexões sobre seu sentimento de desamparo. Era como uma criança pedindo uma mãe. Anotações do prontuário indicam que ela aderiu efetivamente, tendo quatro faltas justificadas e permanece em atendimento.

Em ambos os casos a triagem interventiva talvez tenha cumprido seu caráter terapêutico, que é o que a caracteriza como interventiva. Por caráter terapêutico podemos compreender algum alívio clínico ou conquista subjetiva da pessoa, refletidos em suas ações no mundo (Ancona-Lopez, 1996).

3.4. Se conhecer.

Dos dez entrevistados, apenas um verbalizou o desejo de se conhecer melhor. Rígida e exigente consigo mesma, Patrícia sofre no corpo a contradição entre amar sexualmente e controlar-se. Não se entrega para não perder o controle.

O poema de Fernando Pessoa (citado por Outeiral, 2005, epígrafe), talvez ilustre bem seu pedido:

*Entre o sono e o sonho,
Entre mim e o que em mim
É o quem eu me suponho,
Corre um rio sem fim.*

*Passou por outras margens,
Diversas mais além,
Naquelas várias viagens
Que todo rio tem.*

*Chegou onde hoje habito
A casa que hoje sou.
Passa, se eu me medito;
Se desperta, passou.*

*E quem me sinto e morre
No que me liga a mim
Dorme onde o rio corre –
Esse rio sem fim.*

Patrícia foi atendida em psicoterapia por dois semestres, com adesão efetiva. Só faltou uma vez com justificativa. Relatórios apontam significativa melhora dos sintomas e nas relações pessoais.

4. Comportamentos não verbais e seu valor na compreensão das expectativas.

O corpo fala! Essa frase indica que o corpo é linguagem e, portanto expressão muitas vezes daquilo que não encontra representação em palavras. O próprio corpo é a representação. O corpo apresenta diretamente o sentido, não se esconde. Para a psicanálise, o sintoma se inscreve já em um corpo investido pela linguagem, recortado pela linguagem. Não é o corpo que determina a linguagem, mas sim a linguagem que determina o sentido do corpo. Já para Merleau Ponty (1989), a linguagem é a expressão do corpo. A gestualidade do corpo, que pode ser sem palavra, seria o ponto zero da relação do eu com o mundo. A palavra seria, assim, posterior ao gesto.

João mostra-se disponível, olhar atento, corpo direcionado para frente, responde à todas as perguntas com riqueza de detalhes. Olhava diretamente para a entrevistadora quando esta falava, balançando a cabeça afirmativamente, como se dissesse: Estou entendendo e me fiz entender.

Estela pouco olhou para a entrevistadora, sorria timidamente e baixava o olhar para as mãos quando falava. Sentou-se na beira da cadeira, de frente para a porta, como quem fosse embora. Olhava para a entrevistadora quando terminava a frase, parecendo procurar uma reação. Queria respostas, queria aprovação, e parecia querer ir embora.

Catarina era monossilábica, cabeça baixa, tom de voz baixo, silêncios que eram quebrados pela entrevistadora a fim de ajudá-la a falar de sua vida que carecia de palavras do outro.

Mariana sentou-se na beira da cadeira, também em um movimento de querer ir embora. Seu tom de voz era alto e firme, desesperado. Chorou bastante, inconformada. Ria quando questionada sobre as pessoas com quem ela convive. Cabeça sempre erguida, olhando para cima e de cima, vítima de seu desejo onipotente.

Patrícia apresenta-se com uma rigidez corpórea, pouco se movimenta, pernas cruzadas uma sobre a outra, mãos sobre os joelhos. Pareceu pouco espontânea. Seu olhar era firme sobre o entrevistador, atento, parecendo buscar respostas que supostamente o satisfizessem.

Laura gesticulou bastante, tentando explicar suas experiências por gestos, como se por palavras apenas não fosse compreendida. Fala acelerada, denotando certa ansiedade. Fazia assentimentos com a cabeça em momentos que concordava com o entrevistador, como se dissesse: “Estou sendo compreendida”.

Lívia falava como menina, chorosa, postura arcada, como se estivesse se sentindo frágil e vitimizada, sem ninguém para socorrer. Senta-se diante do entrevistador com as mãos sobre a mesa, fica com o corpo para frente, cruza as mãos parecendo suplicar por ajuda.

Solange fala de forma firme, mostrando convicção. Parece não haver espaço para a dúvida, para o questionamento.

A aparência de Sonia é muito bem cuidada, contrapondo com a intensidade do sofrimento que demonstra. Enfeitada com bijuterias e maquiada, parece tentar maquiagem a falta. Durante a entrevista, sua postura inicial que era altiva, foi dando lugar a uma mulher debruçada sobre a mesa chorando.

Maria, quando foi chamada na sala de espera, abriu a bolsa, pegou um comprimido e tomou antes de entrar. Assim que entrou começou a falar de suas doenças. Perguntada sobre o remédio que havia tomado, ela disse: “*Você reparou?*” Parecia anunciar ali a expectativa de ser olhada pela via do adoecimento.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço-escola no qual essa pesquisa foi realizada apresentava um índice de abandono preocupante. Embora se saiba que o processo de psicoterapia demanda tempo, e muitas vezes com resultados que não estão dentro do tempo e dos objetivos esperados pelas pessoas que buscam atendimento, o que pode levar à

desistência ou abandono, algo precisa ser feito no sentido de identificar os motivos que levam à interrupção da psicoterapia em serviços-escola, e assim tentar dar novos significados ao encontro estagiário de psicologia e paciente, significado este que só pode ser construído na medida em que se compreenda o que a pessoa que busca atendimento psicológico espera receber.

Estar atento às expectativas pode ajudar o entrevistador acessar o desejo inconsciente, permitindo assim uma compreensão maior e uma aproximação com o sofrimento da pessoa que busca ajuda. Escutar as expectativas não significa necessariamente satisfazê-las, mas compreendê-las, legitimá-las e auxiliar o paciente a se apropriar delas, elaborando em certa medida, o quanto é possível e necessário fazer.

A triagem, por ser a porta de entrada para qualquer proposta de intervenção, é um dos momentos profícuos para dar voz às expectativas, compreendê-las e devolvê-las de forma mais clara e refletida ao entrevistado.

Os dez casos apresentados traziam em si uma esperança de que, através do atendimento psicológico, poderiam ser ajudados. E foram. Os resultados mostram um índice de adesão satisfatório, e dos três que não deram continuidade, apenas um abandonou sem justificar.

Reflexões se abrem a partir deste estudo como o que diz respeito aos preditores de abandono e desistência ao atendimento psicológico, não só nos serviços-escola, mas também em outros serviços públicos e quais elementos podem favorecer a aliança terapêutica. Outro fator que merece estudo mais aprofundado diz respeito ao papel dos supervisores junto aos estagiários, a fim de que esse hiato produzido entre o ideal e o real seja amenizado. Embora esta pesquisa tenha focado o momento da triagem, o cuidado dos supervisores no que diz respeito ao incentivo e orientação dos estagiários em relação à escuta e legitimação das expectativas pode estar presente em outras intervenções, como a psicoterapia por exemplo, dado que é frequente haver um tempo muitas vezes maior do que o esperado entre triagem e início de atendimento. Neste caso, as expectativas, as queixas, a história de vida podem ter se modificado neste espaço entre a triagem e o início dos atendimentos.

Em relação aos serviços-escola, cabe à supervisão ajudar os estagiários a lidarem com as próprias ansiedades e expectativas inerentes a esse momento singular da formação. A supervisão é um espaço privilegiado para que essas questões sejam refletidas no sentido de ajudá-los a desenvolver a arte da paciência sem almejar necessariamente resultados imediatos. O supervisor deve transmitir ensinamentos básicos, abstendo-se de induzi-los a um modelo pronto de psicoterapeuta, ajudando para que cada estagiário olhe para dentro de si em sua relação com a pessoa que ele atende e com o supervisor (Tavora, 2002), e tudo isso preservando o espaço da supervisão, garantindo que esse não se confunda com psicoterapia.

A questão da supervisão e do treinamento do supervisor é um campo muito rico, com muitos questionamentos, tarefa complexa. Em setembro de 2013 os Conselhos Regional e Federal de Psicologia e a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia lançou a carta de serviços sobre estágios e Serviços-escola, destacando a importância da prática supervisionada. Objetivando oferecer referências sobre a formação e o exercício profissional a todos os envolvidos neste processo, professores, orientadores, coordenadores e supervisores de campo de estágio, esse documento discute a qualidade técnica dos estágios, esclarecendo o papel de cada membro envolvido neste processo, reafirmando a influência da formação no exercício profissional e reconhece a responsabilidade do psicólogo supervisor pela aplicação adequada de métodos e técnicas psicológicas, respeito à ética profissional e pelo serviço de qualidade à população.

É neste espaço de supervisão que a escuta das expectativas pode ser articulada com a história de vida, história clínica, com desejos e fantasias inconscientes, com as queixas manifestas e latentes, e só então ser enriquecida de sentido, possibilitando que o estagiário, ao compreendê-las, auxilie seu paciente a ser inteiramente o portador de seus desejos, ainda que esses não possam ser satisfeitos inteiramente.

Não é possível afirmar que a escuta das expectativas promove uma maior adesão ao encaminhamento proposto. Mas é possível pensar que a escuta e compreensão dessas expectativas possibilitam, como diz S. Ancona-Lopez (1996),

citando Mannoni, que “as personagens puderam ser postas em campo e algo pode ser feito.” (p. 168). E acrescento que esse algo tem relação com o sentido dado às expectativas, uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento. E é no espaço da supervisão, mediado pela escuta atenta do supervisor aos relatos do supervisionando e às suas angustias e ansiedades, que o hiato entre as expectativas de um e outro encontra possibilidades de ser amenizado.

Referências²

Agostinho, M. L. (2003). *O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: Quadro de uma exposição psicanalítica*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

² De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Aguirre, A.M.B. (1987). Triagem psicológica numa clínica-escola: funções e características principais. In: *Reunião Anual de Psicologia*, 17 (p. 227). Programa e resumos Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.
- Aguirre, A. M. B, Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Carmo, H. M. e Silva, & Santiago, M. D. E. (2000). A formação da atitude profissional do estudante de psicologia. *Psicologia USP*, 11 (1), pp. 49-62.
- Alves, R. (2004). Escutatória. In R. Alves, *O amor que ascende a lua*. (pp. 65-71). Campinas: Papirus.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopez, M. (2005). Considerações sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de psicologia. In C. P. Simon, L. Melo-Silva & M. A. Santos. *Formação em Psicologia – Serviços-escola em debate*. São Paulo: Vetor Editora, pp. 83-116.
- Ancona-Lopes, M. (1981). *Avaliação de serviços de psicologia clínica*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ancona-Lopez, S. (1996). *A porta de entrada: Da entrevista de triagem à consulta psicológica*. Tese de doutorado em psicologia clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ancona-Lopez, S. (2005). A porta de entrada: Reflexões sobre a triagem como processo interventivo. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.). *Formação em Psicologia: serviços-escola em debate* (pp. 259-270) São Paulo: Vetor Editora.
- Bakhtin, M. M. (1985). *Estética de la creación verbal*. México: Siglo Vientiuno.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, LDA.
- Barbieri, V. (2008). Por uma ciência-profissão: O psicodiagnóstico interventivo com o método de investigação científica. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 575-584.

- Bazon, M. R., Azevedo, R. N., & Pestana, P. F. F. (2005). Intervenção de ajuda a crianças e adolescentes considerados em situação de risco psicossocial: o modelo da psicoeducação. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* (pp. 233-262). São Paulo: Vetor.
- Benetti, S. & Cunha, T. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*: 60 (2), 48-59.
- Bueno, H. A., Cordoba, J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. A., Rodrigues, G. C., et. al. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Spain Psiquiatria*, 29 (91), 33-40.
- Bleger, J. (1989). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Campos, C.J & Turato, E.R. (2009). Análise de Conteúdo em Pesquisas que utilizam Metodologia Clínico-Qualitativa: Aplicação e Perspectivas. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 17 (2), 259-264.
- Campezatto, P. & Nunes, M. L. (2007). Atendimentos em clínica-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 363-374.
- Campos, J. G. C. (2004). Metodologia qualitativa e método clínico-qualitativo: um panorama geral de seus conceitos e fundamentos. In *Anais II Sipeq*. Bauru: Ministério da Cultura. Fundação Biblioteca Nacional.
- Conselho Federal de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, & Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. (2013, setembro). *Carta de serviços sobre estágios e serviços-escola*. Brasília, DF: Autor.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2010). *Recomendações aos Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo*. São Paulo. 15 p.

- Cunha, J. (2004). A história do examinando. In J. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V* (pp. 57-66). Porto Alegre: Artmed.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional e o ideário individualista: implicações para e prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* (Natal), 5 (1), 95-121.
- Dor, J. (1991). *Estruturas e Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Ed.
- Figueiredo, L. C. (Locutor). (2013). *As escutas da psicanálise*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Áudio recuperado em 20/01/2014 de <http://www.youtube.com/watch?v=U87JX4D7gZ4>.
- Fiorini, H. J. (2008). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. (trad. M. S. Gonçalves). São Paulo: Martins Fontes.
- Fonseca, J. J. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. (Apostila). Fortaleza: UEC.
- Foucault, M. (2001). *O nascimento da clínica*. (5ª. ed. R. Machado, trad). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S., (1976). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 2, pp 41-60). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1892).
- Freud, S. (1976). A Interpretação dos Sonhos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1976). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 12, pp 273-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911a).

- Freud, S. (1976). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol 12, pp. 119-127). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911b).
- Freud, S. (1976). A dinâmica da transferência. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol 12, pp. 131-143). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912a).
- Freud, S. (1976). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol 12, pp. 149-159). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912a).
- Freud, S. (1976). Sobre o Início do Tratamento. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 18, pp.164-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1976). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 14, pp. 85-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1976). Observações sobre o amor transferencial. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol 12, pp 208-223). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914 [1915]).
- Freud, S. (1976). Luto e Melancolia. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 14 pp 271-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1976). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (1976). Psicologia das massas e análise do Eu. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 18, pp. 77-154). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921).

- Freud, S. (1976). O mal-estar na civilização. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol 21, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Furlan, R. & Bocchi, J. C. (2003). O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 445-450.
- Garfield S. (1989) Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. *Journal Consult Clinical Psychology* 55 (6), 168-169.
- Gay, P. (2004). *Freud: Uma vida para o nosso tempo*. (D. Bottman trad) São Paulo: Ed. Schwarcz.
- Guerrelhas F. & Silves, E. (2000). Grupos de espera recreativos: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. *Temas de Psicologia*, 8 (3), 313-321.
- Herzberg, E. (1996). Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em Clínicas-Psicológicas-Escola. In: Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta. Campinas, *Coletâneas da Ampepp*, 1 (9), 147-154.
- Herzberg, E. & Chammas D. (2009). Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. *Paideia* (Ribeirão Preto) 19 (42), p. 107-114.
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). *Triagem*. In Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa. (CD-ROM). São Paulo: Objetiva.
- Instituto de Ciências Humanas da Universidade Paulista UNIP. (2011). *Estrutura dos estágios obrigatórios do curso de graduação em psicologia*. São Paulo: SP.
- Lacan, J.(1979). O sujeito e o outro (I): a alienação. In *O Seminário — Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lhullier A., & Nunes ML, & Horta B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In Silves E. (org). *Atendimento psicologico em clinicas-escola* (pp. 229-256). Campinas: Alinea.

- Macedo, M. M. K. & Carrasco L. K. (2005). A entrevista clínica: um espaço de intersubjetividade. In *(Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana* (p. 26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, M. M. K. & Falcão C.N.B. (2005, jan). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psyche*. 9 (15), 65-76.
- Maramba G.G. & Hall, G. C. N. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 8(3), 290-7.
- Marques, N. (2005). Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In M. M. K. Macedo(Org), *Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Melo A.P., & Guimaraes M.D. (2005). Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27(2), 113-118.
- Melo-Silva L. L., Santos M. A. dos., & Simon C. P. (Orgs.), (2005a). Serviço-Escola em Psicologia: a construção do saber prático. In: Melo-Silva L. L., Santos M. A. dos., & Simon C. P. (org). *Formação em Psicologia Serviços-escola em debate* (p. 21-30). São Paulo: Vetor Editora.
- Melo-Silva L. L., Santos M. A. dos., & Simon C. P. (2005b). Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: formando o psicólogo do futuro. In: Melo-Silva L. L., Santos M. A. dos., & Simon C. P. (org). *Formação em Psicologia – Serviços-escola em debate* (pp. 221-258) São Paulo: Vetor Editora.
- Merleau-Ponty, M. (1989). *Textos selecionados*. São Paulo: Nova Cultural.
- Milagre I. M. S. & Dias A. G. (2012). Abandono do tratamento na clínica-escola do UNIPAM: Reflexões institucionais. *Perquirere*, 9(1), 55-69.
- Minayo, M.C.S., (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (8. ed.). São Paulo: Hucitec.

- Morato, H. T. P et al. (2002). Práticas psicológicas em instituições: atenção desconstrução e invenção. VIII Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico, *coletâneas ANPEEP*, Serra Negra: ANPEEP.
- Moreira, L. M. A. G. (1999). *Da linguagem do senso comum à linguagem do diagnóstico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Nasio, J-D. (1991). *A histeria: Teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J-D. (2005). *Um psicanalista no divã*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ocampo, M. L. S. de, & Arzeno, M. E. G. (1981). A entrevista inicial (M. Felzenszwalb, trad.). In M.L.S. Ocampo, M.E.G.Arzeno, E.G. Piccolo & cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. (pp. 23-43). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Osório, L. C. (1989). *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Outeiral, J. (2005). *Conhece-te a ti mesmo*. São Leopoldo: Editora Unisinos.
- Peres, V. (1997). Triagem psicológica grupal: Procedimento e resultados obtidos com lista de espera de crianças, adolescentes e adultos, em uma clínica-escola de psicologia. *Paidea (Ribeirão Preto)*, 11 (13), 63-76.
- Perfeito, H. C. C. S. & Melo, S. A. de (2004). Evolução do processo de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 21(1), 33-42.
- Quinodoz, J-M. (1993). *A solidão domesticada*. (F.F. Settineri trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Renk, K; Dinger, T.M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of clinic psychology*, 58 (9), 1173-1181.
- Rocha, Maria Cristina. (2011). Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. *Revista do NUFEN*, 3(1), 119-134.

- Romaro, R.A. & Capitão C. G. (2003/jun). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia Teoria e Prática*. 5 (1), 111-121.
- Romaro, R. A. (2010, setembro). Triagem psicológica em diferentes contextos. *Mesa redonda apresentada no III Congresso Brasileiro Psicologia Ciência e Profissão*.
- Salinas, P. & Santos M. A. (2002). Serviço de triagem em clínica escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. *Psychê*, 6 (9), 177-196.
- Silvares, E. F. M. (1998). *Clínicas-Escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Soares L. G. L & Lopes, G. P. (1991). Vaginismo: Fatores psicossocioculturais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 2 (2) 127-130.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. Cunha et al, *Psicodiagnóstico V* (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Tavora, M. T. (2002 jan/jun). Um modelo de supervisão clínica do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 121-130.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 507-514
- Turato, E. R. (2010). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. (4ª. ed.) Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Winnicott, D. W. (1975). O Papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O Brincar e a Realidade*. (J. Salomão, trad. p. 157). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico: In *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho Original publicado em 1962).

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade de estar só. In *O ambiente e os processos de maturação*. São Paulo: Artmed. (Trabalho Original publicado em 1958).

Winnicott, D. W. (2000). A Tendência Anti-Social. In *Da Pediatria à Psicanálise*. (D. Bogomoletz, trad., p. 411). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho Original publicado em 1956).



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 417605	
Projeto de Pesquisa A ESCUTA DAS EXPECTATIVAS DE PACIENTES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NOS SERVIÇOS-ESCOLA.					
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos expectativas, atendimento psicológico, serviços-escola.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 10	Total Brasil 10	Nº de Sujeitos Total 10	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Rita Aparecida Nicoli Cerioni			CPF 083.233.108-23	Identidade 18896552	
Área de Especialização EDUCAÇÃO			Maior Titulação ESPECIALIZAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA FRANCISCO MORATO 191 AP. 62 B			Bairro VIANELO	Cidade JUNDIAÍ - SP	
Código Postal 13207-250	Telefone 1145218130 / 1124490249		Fax	Email ritacerioni@usp.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____ / ____ / ____			Assinatura _____		
Instituição Proponente					
Nome Insituto de Psicologia da USP			CNPJ 07.283.022/0001-55	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Departamento de Psicologia Clínica			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Avenida Prof. Mello Moraes, 1721 - Cidade Universitária			Bairro Butantã	Cidade São Paulo - SP	
Código Postal 05508-030	Telefone (11) 3031 - 2420		Fax	Email	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____					
Data: ____ / ____ / ____			Assinatura _____		
Instituição Co-Participante					
Nome Universidade Paulista UNIP/SP			CNPJ 06.099.229/0030-46	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Centro de Psicologia Aplicada			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Dr. Bacelar 1212 - 4º Andar			Bairro Vila Clementino	Cidade São Paulo - SP	
Código Postal 04026-002	Telefone 11 55864180		Fax 11 55864173	Email cep@unip.br	

ANEXO II – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.



Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS, que o protocolo nº 073/11 CEP/ICS/UNIP, sobre o projeto de pesquisa intitulada "A escuta das expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológicos nos serviços-escola" sob a responsabilidade, RITA APARECIDA NICIOLI CERIONI está de acordo com os Princípios Éticos, seguindo diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa.

Universidade Paulista, em São Paulo-SP, aos 12 dias do mês de maio de 2011.

Érica Almeida
Secretária do Comitê de Ética
em Pesquisa da UNIP



Campus: INDIANÓPOLIS
Rua: Doutor Bacelar, 1212 – Vila Clementino – São Paulo – SP – CEP: 04026-002
Fone: (11) 5586-4090 – Fax: (11) 5586-4073
E-mail: cep@unip.br – <http://www.unip.br>

ANEXO III – PARECER PROJETO DE PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS.



PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Vice-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa

P A R E C E R

1. Título do Trabalho: A escuta das expectativas de pacientes acerca do atendimento psicológico nos serviços-escola.

2. Curso: Mestrado em Psicologia Clínica - IPUSP
Campus: São Paulo

3. Pesquisador Responsável: Rita Aparecida Niciolo Cerioni

4. Data de recebimento: 16/05/2011 Data de devolução: 16/05/2011

5. O Projeto de Pesquisa envolve qual Grupo?

I II III

6. Proposição adequada:

Sugestão: Sim

5. Princípios éticos:

Comentário: Sim

6. Material e métodos ou descrição do caso ou revisão adequados:

Comentário: Sim

7. Referências bibliográficas pertinentes e abrangentes:

Sugestão: Sim

8. O assunto é considerado interessante para a área:

Comentário: Sim

9. Conclusão: O projeto atende aos cuidados éticos elaborecidos pelo C.N.S. e pelo C.R.P.

Parecer final do membro:

Aprovado
 Aprovado com pendência
 Reprovado

OBS: Se necessário acrescentar folhas em anexo.

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada A ESCUTA DAS EXPECTATIVAS DE PACIENTES ACERCA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NOS SERVIÇOS-ESCOLA. que se refere a um projeto de Mestrado do(s) participante(s) Rita Aparecida Nicioli Cerioni do(a) Mestrado, o qual pertence ao Curso de Pós-Graduação stricto sensu em Psicologia Clínica da USP (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO).

O(s) objetivo(s) deste estudo é conhecer e analisar o que os pacientes que procuram atendimentos psicológicos nas Universidades esperam dos estagiários que os atenderão. Os resultados contribuirão para aproximar o que os estagiários têm a oferecer em relação às expectativas dos pacientes, a partir da escuta dessas expectativas. .

Sua forma de participação consiste em participar do processo de triagem psicológica, explicitando o motivo que o trouxe ao atendimento e o que espera encontrar caso você seja encaminhado a psicoterapia aqui no CPA. Serão realizados dois ou tres encontros, de acordo com a necessidade de maiores esclarecimentos quanto às queixas e expectativas, e esses serão baseados em entrevista individual.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada; não haverá gastos, nem riscos na sua participação neste estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

São esperados os seguintes benefícios da sua participação: conhecendo as suas expectativas, possibilitar uma maior aproximação das técnicas psicoterápicas e suas necessidades.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal RITA APARECIDA NICIOLI CERIONI, telefone (11) 4521-8130.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que RITA APARECIDA NICIOLI

CERIONI, explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

ANEXO V – QUESTIONÁRIO APLICADO NA RECEPÇÃO DO SERVIÇO-ESCOLA.

(nome do cliente, por extenso)

QUESTIONÁRIO

I – Escolaridade:

Nome da Escola _____

Grau: _____ Horário: _____ Bairro: _____

Quantas escolas já frequentou: _____

Quantas vezes repetiu: _____

Tem dificuldade em matérias específicas? Quais? _____

II – Aspecto Sócio-econômico:

Constelação familiar: (genograma)

Algum filho é adotivo? _____

Pai ou Responsável Nacionalidade: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Mãe ou Responsável Nacionalidade: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Estado civil dos pais: _____

Renda Familiar: _____

Quantas pessoas moram em casa: _____

Quantas pessoas trabalham: _____

III – Histórico médico pregresso:

O cliente já teve atendimento psicológico ou psiquiátrico? _____

Neurológico ou fonológico? _____

Onde: _____ Quando? _____

Com quem: _____

Toma medicação (qual): _____

Dispões de algum relatório de tratamento anterior? _____

Quais doenças o cliente já teve: _____

O cliente fala bem? _____

O cliente ouve bem? _____

O cliente enxerga bem? _____

Foi encaminhado por: _____

Assinalar com “X”

Eu, _____,
participante da pesquisa intitulada **EXPECTATIVAS DE PACIENTE ACERCA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICA EM UM SERVIÇO-ESCOLA: DA ESCUTA À ADESÃO**, autorizo a gravação da entrevista de triagem realizada pela pesquisadora e psicóloga RITA APARECIDA NICIOLI CERIONI, para utilização de dados relevantes à pesquisa.

Declaro estar ciente de que minha identidade na gravação será mantida sob sigilo.

Jundiaí, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante