

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DÉBORA CHAMMAS

**TRIAGEM ESTENDIDA: UM MODO DE RECEPÇÃO DE CLIENTES EM UMA
CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA**

São Paulo

2009

DÉBORA CHAMMAS

Triagem Estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Associada Eliana Herzberg

São Paulo

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE 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

Chammas, Débora.

Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia / Débora Chammas; orientadora Eliana Herzberg. -- São Paulo, 2009.

139 p.

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

1. Clínicas-escola 2. Aconselhamento 3. Triagem 4. Avaliação de processos (cuidados de saúde) 5. Avaliação psicológica 6. Psicoterapia breve I. Título.

RA966

Nome: Chammas, Débora

Título: Triagem Estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia

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: _____

Aos meus pais, com gratidão pelo apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dr^ª. Eliana Herzberg, pela orientação atenciosa e por contribuir para meu crescimento intelectual e profissional.

Aos professores e supervisores do curso de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo que, ao longo dos anos, orientaram minha formação.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, Elisa Médici Pizão Yoshida e Maria Lúcia Tiellet Nunes pelas contribuições específicas nesta dissertação.

Aos profissionais técnicos e funcionários da Clínica Psicológica Dr. Durval Marcondes, que auxiliaram para que este trabalho pudesse ocorrer.

Aos participantes da pesquisa que muito gentilmente consentiram o atendimento em cunho de pesquisa, com eventual publicação dos dados.

Ao meu pai, Felipe Chammas, pelo apoio no período da realização deste trabalho, à minha mãe, Nancy Segalla Rosa Chammas, pela força e incentivo constantes e ao meu irmão Luís Felipe Chammas, pelo exemplo de dedicação aos estudos.

À família, primos e tios, pelo companheirismo e amizade.

Aos queridos amigos Cristina Maranhão, Eliana Manso, Fábio de Oliveira, Maíra Saruê, Daniel Bianchi e Suzana Maria pela presença, diálogos e carinho de sempre.

Às colegas de mestrado Ana Paula Campos Lima e Fernanda Romano Soares, por termos podido compartilhar e dividir questões pertinentes à pesquisa e ao curso de pós-graduação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de mestrado para a realização desta pesquisa.

RESUMO

Chammas, D. (2009). *Triagem Estendida: um modo de Recepção de Clientes em uma clínica-escola de psicologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A triagem psicológica é uma prática geralmente utilizada em instituições públicas de saúde psicológica, a fim de selecionar a parcela da população interessada que pode ser abarcada pelos serviços oferecidos e encaminhar o interessado para um atendimento adequado à sua demanda. Por se tratar de uma avaliação psicológica, embora de caráter inicial e breve, abrange funções e características complexas, que devem ser constantemente estudadas, e não é isenta de referenciais teórico-clínicos. É, entretanto, realizada geralmente de modo breve e apenas como uma coleta de dados pessoais dos clientes, o que pode agravar problemas frequentes em clínicas, tais como o desperdício do momento precioso para um atendimento imediato (o momento em que o cliente procura ajuda), bem como o abandono precoce de terapia, quando decorrente de encaminhamento pouco adequado à demanda. Modelos de triagens interventivas, cada qual com especificidades teóricas e técnicas, são propostos como uma alternativa para lidar com alguns destes problemas. Realizam avaliação e assistência. O objetivo da presente pesquisa foi o de analisar alguns alcances da experiência da realização de atendimentos em uma modalidade de triagem interventiva. Esta pesquisa deu continuidade a um projeto anterior, 2004, inicialmente denominado Consultas Psicológicas, que estudou um atendimento de recepção com retornos, oferecido a pessoas que não haviam conseguido uma das seis vagas semanais para a triagem de uma clínica-escola universitária paulistana. Em 2006, passou a ser denominado Triagem Estendida. A proposta do atendimento consistia em realizar triagem com até seis encontros, uso entrevistas-clínicas semi-abertas e sob referencial psicanalítico. O atendimento tinha dois objetivos centrais: por um lado realizar de modo mais detalhado a tradicional coleta dos dados do cliente, com elaborações sobre a queixa, necessidade e interesses dos clientes, visando ofertar encaminhamento adequado; por outro, oferecer acolhimento psicológico no momento da procura, promovendo alívio terapêutico se possível, a fim de lidar com algumas das demandas pontuais dos clientes. Tratou-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, com o estudo de 10 casos, com a finalidade de avaliar os alcances da modalidade aplicada. Discutiu-se se os objetivos planejados puderam ser atingidos e os benefícios da modalidade para o cliente e para a organização do fluxo institucional da clientela. Em consonância com outros estudos, verificou-se o potencial atingido da triagem como espaço terapêutico significativo ao oferecer acolhimento e aprofundamento da compreensão do conflito. Verificou-se que os encaminhamentos ocorreram após o cliente ter obtido informações sobre psicoterapia e havendo maior participação do mesmo nesta escolha. A opinião dos participantes em relação ao atendimento recebido (obtida através de um *follow up*) foi positiva para a maioria. Após um ano do término da triagem, alguns haviam seguido o encaminhamento proposto, outros haviam achado o atendimento em Triagem Estendida suficiente. Esta divisão sugeriu existirem os dois tipos de demandas, por atendimento focal e prolongado, cada qual diferentemente contemplado e elaborado em uma recepção estendida. Embora existam dificuldades para a implementação deste tipo de atendimento em função da necessidade da articulação com os outros serviços, uma escuta inicial prolongada mostrou-se efetiva como recurso para lidar com problemas institucionais.

Palavras-chave: Clínicas-escola, Atendimento Psicológico, Triagem, Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde), Avaliação Psicológica, Psicoterapia Breve.

ABSTRACT

Chammas, D. (2009). *Extended Screening of patients: a way of taking in clients in a psychology school-clinic*. Master's degree thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The psychological screening is a practice commonly used in public mental health institutions in order to select the portion of the population interested in psychotherapy that can be encompassed by the services offered and to refer the user (patient) to an appropriate service to their demand. Because it is a psychological evaluation, although initial and brief, comprises functions and complex technical features, which must be studied, and also is not exempt from theoretical-clinical references. It is, however, generally carried out in a brief way (simplistic way), and just as the collection of personal data of the patient, what can aggravate frequent problems in clinics such as the wastefulness of the precious moment for an immediate psychological assistance (the one in which the client seeks help), as well as the premature discontinuation of therapy (dropout), when it is a result from an inadequate referral, with regard to the client's request and necessity. Models of psychological interventional trials, each one with its specific technical and theory, are proposed as an alternative to deal with some of these problems. They perform both, evaluation and assistance. The objective of this research was to analyze some of the reaches of an accomplishment experience of consultations in an interventional screening modality. This study gave continuity to a previous project, 2004, initially called the Psychological Consultations, that studied a reception with the returns, offered to those who had not had one of six vacant per week for the psychological screening in a school-clinic of São Paulo. In 2006, came to be called Screening Extended. The proposed service was to perform screening of up to six meetings, with semi-structured clinical interviews and under psychoanalytic point of view. The service had two main objectives: firstly perform on detail the traditional gathering of user data, with specific details of customer's needs, requests and interests, in order to offer appropriate referral; secondly, offers care at the moment in which there was a request for help promoting therapeutic relief if possible, in order to deal with specific demands. This was a clinical-qualitative research, with the study of 10 cases, with the aim of assessing the scope of the modality when it is applied. It was discussed if the planned objectives were achieved and what were the benefits of the modality for the patient and for the way of organizing the flow routine of institutional users. In line with other studies, there was a screening as a significant therapeutic space as it hosted the patient and provided a better understanding of the conflict. It was observed that the referral for an therapy occurred after the client have obtained information about psychotherapy and that there was a greater involvement of it at that choice. The participants' opinions regarding the care received (obtained through a follow up) were positive for most. One year after the completion of the assistance, some had followed the referral to therapy; others thought that the received care was already enough. This bifurcation has suggested that there are two types of demands, for focal and prolonged care, each one differently embraced and elaborated in an extended reception. Although there are difficulties in implementing this type of service due to the need for coordination with other services, an initial prolonged listening proved to be effective as a resource for dealing with some institutional problems.

Keywords: School-clinic, Psychological Counseling, Assessment, Processes Evaluation (Health Care), Psychological Evaluation, Brief Psychotherapy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Problemas e Pressupostos que levaram à proposição da TE	44
Quadro 2 – Desfechos possíveis à TE	62
Quadro 3 – Roteiro para Avaliação da aplicação prática da TE.....	65
Quadro 4 – Roteiro para Avaliação dos benefícios da TE	66
Quadro 5 – Roteiro para discussão sobre inserção institucional da TE.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Expectativas	73
Tabela 2 – Participante 1	76
Tabela 3 – Participante 2	77
Tabela 4 – Participante 3	78
Tabela 5 – Participante 4	79
Tabela 6 – Participante 5	80
Tabela 7 – Participante 6	81
Tabela 8 – Participante 7	82
Tabela 9 – Participante 8	83
Tabela 10 – Participante 9	84
Tabela 11 – Participante 10	85
Tabela 12 – Resumo da caracterização dos Participantes	86
Tabela 13 – Resumo da caracterização dos Atendimentos.....	87
Tabela 14 – Encaminhamentos e Situação após a TE	93
Tabela 15 – Índices do pós-TE	96
Tabela 16 – Tempo de espera para atendimento depois de finalizada a TE.....	97
Tabela 17 – Adesão ao encaminhamento proposto	97
Tabela 18 – Tempo total de atendimento psicológico recebido	97
Tabela 19 – Opinião	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP	Centro de Atendimento Psicológico
CAPS	Centro de Atendimento Psicológico e Social
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
PB	Psicoterapia Breve
PSC	Departamento de Psicologia Clínica
TE	Triagem Estendida
TI	Triagem Interventiva
TT	Triagem Tradicional
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. TRIAGEM PSICOLÓGICA: DEFINIÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1. Triagem Tradicional	17
1.1.1 Elementos de uma TT	19
1.1.2 Questionamentos/Considerações sobre as TTs.....	22
1.2. Triagem Interventiva (TI)	23
1.2.1 Questionamentos/Considerações sobre as Triagens Interventivas	27
1.3. Delimitações conceituais entre triagem e outras modalidades de atendimentos psicológicos.....	28
1.4. A triagem e o fluxo da clientela: como lidar com problemas frequentes em clínicas-escolas?.....	30
2. A CLÍNICA PSICOLÓGICA DR. DURVAL MARCONDES	36
2.1. Rotina da Clínica e a triagem (até 2008)	37
2.2. Problemas apresentados neste contexto de funcionamento	38
3. TRIAGEM ESTENDIDA	40
3.1. Projeto de Pesquisa	40
3.2. Aspectos considerados para a proposição da modalidade em pesquisa	42
3.3. A modalidade TE	46
3.3.1. Características Técnicas do atendimento	46
3.3.2. Objetivos do atendimento	47
3.3.3. Referenciais teórico-clínicos da TE	48
4. OBJETIVO	53
4.1 Objetivo geral.....	53
4.2 Objetivos específicos	53
5. MÉTODO	54
5.1. Etapas	54
5.2. Considerações sobre o método	54
5.3. Local	57
5.4. Participantes	58
5.5. Procedimentos e Instrumentos.....	59
5.5.1. Observação da Triagem Tradicional (TT).....	59
5.5.2. Levantamento das expectativas	59
5.5.3. Atendimento em TE	60
5.5.4. <i>Follow up</i> : Opinião dos participantes	63
5.5.5. <i>Follow up</i> : Situação do cliente após 1 ano do término da TE	64
5.6. Análise e avaliação (critérios de análise dos dados).....	64
5.7. Aspectos Éticos	68
6. RESULTADOS	70
6.1. Relato da observação da Triagem Tradicional	70
6.2. Percurso em Triagem Estendida (estudo de 10 processos)	72
6.2.1 Expectativas.....	73
6.2.2. Caracterização Atendimentos e Participantes.....	74
6.2.3. Encaminhamentos e Situação após 1 ano.....	92
6.2.4. Opinião dos Clientes	102
6.3. Relato na íntegra de dois processos de TE.....	105
6.3.1. Considerações sobre a dinâmica da TE com base no relato.....	115
7. DISCUSSÃO	116
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	122
ANEXOS	131

A rede de atendimento em saúde pública em psicologia, composta por postos de saúde, ambulatórios hospitalares, centros de atenção psicossocial (CAPS) e os serviços de atendimento ligados às faculdades de psicologia, embora em expansão e revisão, ainda é insuficiente para abarcar a demanda brasileira.

A partir do Decreto nº53.464, de janeiro de 1964, que regulamenta a Lei Ordinária nº 4119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a Profissão do Psicólogo, despontaram no Brasil os centros de atendimento filiados aos cursos de psicologia. No artigo 7º do Decreto, está previsto que as “as Faculdades, ao requererem autorização para o funcionamento de Curso de Psicólogo, deverão possuir serviços clínicos e serviços de aplicação à Educação e ao Trabalho, abertos ao público, gratuitos ou remunerados, de acordo com o tipo de formação que pretendam oferecer nesse nível de Curso” (Decreto, nº53.464). Com base na lei e em consonância com o Projeto de Resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, artigo 25, “o projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com funções de responder às exigências para a formação do psicólogo...” (citado por Melo-Silva, Santos & Simon, 2005), as faculdades passaram a desenvolver centros de atendimento psicológico.

Os serviços de psicologia filiados às universidades são órgãos ou programas denominados Serviços de Psicologia Aplicada (SEP), Centro de Psicologia Aplicada (CPA) e mais recentemente com o uso da palavra pesquisa (CPPAs) (Melo-Silva et al. 2005). Melo-Silva et al. (2005), observam que os atendimentos podem ocorrer na comunidade, com atuação em programas cuja administração independe da universidade (modalidade indireta), e/ou podem ocorrer no próprio cenário universitário, administrados pela universidade (modalidade direta), em instalações específicas denominadas clínicas-psicológicas e ou clínicas-escola. Mencionam, ainda, que os estágios podem ocorrer nas diferentes áreas de concentração da psicologia, “clínica/saúde”, “escolar/educacional”, “organização/trabalho” e “social/comunitária” (p. 21), podendo ser gratuitos ou funcionarem com taxa simbólica¹.

Os serviços assumem três objetivos específicos por estarem ligados à universidade (Perfeito & Melo, 2004; Silvaes, 1998²). Constituem-se em espaço para a formação do aluno no exercer prático da psicologia aplicada; espaço para realização de pesquisas (com focos diversos quer sejam sobre modalidades de atendimento clínico, sobre funcionamentos

¹ A denominação *serviços-escola* tem sido preferida à *clínicas-escola* quando para designar um conjunto mais amplo de atividades universitárias de estágio em psicologia. Houve a substituição do termo *clínicas-escola* no título dos encontros estaduais paulista sobre o tema, a partir do 12º encontro (Melo-Silva, Santos & Simon, p. 25, 2005). Utilizaremos neste trabalho a denominação *clínica-escola* psicológica quando estivermos nos referindo aos serviços diretos, com instalações da universidade, na área de concentração de atendimento clínico.

² O tripé universitário é referido freqüentemente nos trabalhos sobre clínicas-escola.

psicológicos de pessoas ou populações em contextos específicos, sobre teorias psicológicas propriamente ditas, ou outros) e, por fim, espaço no qual a universidade oferece atendimento à comunidade, como atividade de extensão do conhecimento nela gerado, buscando atender às demandas da clientela com qualidade, e fazendo uso de cuidadosos parâmetros.

Ao longo dos anos, os serviços-escola passaram a ter papel significativo na realização de atendimento psicológico à população, com importante papel social por oferecerem atendimento qualificado a uma grande parcela que não contaria com outros recursos para o atendimento psicológico (Yoshida, 2005) e por promoverem projetos diretamente realizados junto à comunidade e voltados para demandas específicas (Yehia, 2005; Romaro et al., 2005). A relevância do estágio para a formação prática do aluno em atendimento psicológico também é ressaltada com frequência. Para Perfeito e Melo (2004),

A Psicologia Clínica é um campo de aplicação da Psicologia que impõe desafios aos educadores. Somente estudar Psicologia Clínica não ensina a ser clínico: ser clínico se aprende sendo, ou seja, a ênfase do estudo teórico nesta área não refuta a idéia de que a clínica se aprende no contato com o paciente. Esta é a importância crucial das clínicas-escola que, por lei, devem fazer parte dos serviços de Psicologia aplicada ligados aos cursos. (p. 34)

A articulação entre os três objetivos ocorre em uma realidade não isenta de problemas. É freqüente haver grande procura, elevados índices de evasão (abandono) após iniciado o atendimento, ocorrência de fila de espera, recursos insuficientes, necessidade de cuidado específico para com um atendimento que se faz em modalidade de formação do aluno, além da necessidade da coordenação da coexistência dos diversos tipos abordagens e atividades oferecidas. Neste contexto gestores de clínicas-escola (pesquisadores, técnicos, supervisores e professores) passaram a realizar reflexões e pesquisas sobre o funcionamento das clínicas-escola a fim contribuir para a melhoria das mesmas e efetivação de um serviço de saúde de qualidade. As clínicas-escola constituem-se, desde 1996, em alvo de debates em Grupo de Trabalho específico, nos simpósios de pesquisa e intercâmbio científico da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP)³.

Diversos são os objetos das pesquisas ou artigos reflexivos que contribuem com elementos específicos e que, combinados, compõem um amplo quadro sobre as Clínicas-escolas (Herzberg, 2007). Podemos mencionar pelo menos cinco grandes eixos de pesquisas relacionadas diretamente às clínicas-escolas, cada qual com investigações específicas. Em primeiro, pesquisas que fazem caracterizações gerais das clínicas-escolas ou dos serviços nelas oferecidos, tais como os levantamentos realizados por Ancona-Lopez, M (1981, 1983),

³ As discussões realizadas nos encontros do GT “O atendimento psicológico nas clínicas-escola: convergências atuais”, foram organizadas em um livro publicado em 2006 (Silvares org., 2006).

Barbosa (1992), Barbosa e Silveiras (1994), Campezzato e Nunes (2007a), Ramos e Souza (2006) e, ainda, a pesquisa de caracterização dos serviços atuais em esfera nacional em andamento pelo Grupo de Trabalho da ANPEPP⁴. Em segundo, levantamentos que fazem caracterizações da clientela (perfil, demanda e expectativas) das clínicas-escola, a fim de que o conhecimento das mesmas contribua no planejamento dos serviços, tais como trabalhos de M. Ancona-Lopez (1984), Arcaro (1989, 1991), Barbosa e Silveiras (1994), Campezzato e Nunes (2007b), Carvalho e Terzis (1988), Carvalho e Telles (2001), Graminha e Martins (1993), Louzada (2003), Melo e Perfeito (2006), Peres, Santos e Coelho (2004), Romaro e Capitão (2003), Santos, Moura, Pasian e Ribeiro (1993), Silveiras (1991), Silveira (1990), Terzis e Carvalho (1986, 1988). Têm foco nas características sociodemográficas dos clientes (idade, sexo, estado civil, profissão, tempo de estudo, entre outros dados de identificação) e/ou características clínicas, tais quais diagnósticos ou queixas iniciais (Campezzato & Nunes, 2007b). Outras especificações e trabalhos de caracterização encontram-se mencionados em Herzberg (2007). Em terceiro, pesquisas com foco em alguma modalidade de atendimento ou outro aspecto específico que ocorre em clínicas-escola, tal como a incidência do uso de testes psicológicos (Herzberg, Erdman & Becker, 1995). Abordam modalidades de atividades clínicas com análise de melhoras clínicas dos clientes. São exemplos as pesquisas sobre psicoterapia breve (Bellak & Small, 1980; Ferreira & Yoshida, 2004; Fiorini, 1978; Hegenberg, 2004; Kahtuni, 1996; Lowenkron, 1993; Simon, 1989, 2005; Wolberg, 1979; Yoshida, 2008), grupo de espera recreativo (Guerrelhas & Silveiras, 2000), oficinas de contos de fadas (Soares & Herzberg, 2009), ou outras formas de atendimentos, quer sejam em grupo, individual, familiar, orientação a pais, que visam melhores maneiras de lidar com as demandas (Macedo, 1984; Silveiras, 1998). Quarto foco, pesquisas sobre estratégias de organização do fluxo do cliente nas clínicas-escola, desde a triagem ao término do atendimento (Aguirre, 1987; Herzberg, 1996; Salinas & Santos, 2002), da chegada até a alta, passando também pelo estudo dos abandonos de psicoterapia (Gomide, 2000; Lhullier, 2002; Vargas, 2004). Por fim, pesquisas que se preocupam com as gestões administrativas das clínicas, incluindo o trabalho interno das equipes técnicas e o gerenciamento dos dados, dentre as quais, o trabalho realizado por Herzberg (2007).

Tendo como campo amplo de estudo o gerenciamento do fluxo da clientela em clínica-escola e, de modo mais específico, as estratégias de atendimento, o presente trabalho visou apresentar e debater (avaliar) os benefícios de uma modalidade de atendimento de triagem

⁴ Levantamento Nacional sobre Serviços-escola sendo desenvolvido pelo GT 'O atendimento psicológico nas clínicas-escola: convergências atuais', referido acima.

psicológica interventiva, realizada com retornos. Gira em torno da reflexão acerca de como são realizados os primeiros contatos do cliente com uma clínica-escola, visando contribuir com o debate que busca estratégias para funcionamentos satisfatórios das mesmas, a fim de abarcar a demanda por atendimentos de modos adequados. Insere-se em uma linha de pesquisa que visa produzir com perspectiva crítica uma revisão das modalidades clínicas de intervenção psicológicas no âmbito das clínicas-escolas de psicologia, com foco no fluxo da clientela e no atendimento de triagem.

É freqüente que o contato inicial com o cliente (triagem) seja realizado de modo breve e pouco abrangente, o que pode agravar problemas existentes em clínicas-escola, tais quais o desperdício do momento precioso para um pronto atendimento (o momento em que um cliente tem o movimento de procurar auxílio) e o abandono de psicoterapia posterior à triagem quando o abandono é decorrente de um encaminhamento pouco indicado à demanda do cliente. A extensão do processo bem como o uso de um padrão interventivo de escuta em triagem são especulados, neste trabalho, como recursos institucionais para promover um atendimento imediato à demanda, exercer um filtro mais adequado em relação aos encaminhamentos e, realizar atendimento único quando não há demanda por continuidade ou atendimento prolongado. Tentar-se-á, de alguma maneira, verificar a viabilidade prática deste tipo de recurso e seus benefícios.

Modelos de triagens interventivas são descritos em diferentes contextos e experiências, cada qual guardando especificidades no modo como foi planejado e nos instrumentos e referências clínicos utilizados. A proposta de atendimento de Triagem Estendida (TE) aqui descrita teve raízes em um projeto de atendimentos em consultas psicológicas, com número delimitado de encontros e à luz de referencial psicanalítico, que foram oferecidos a excedentes de triagem (pessoas que não haviam conseguido vaga para a triagem convencional) e realizados por uma estagiária sob supervisão, em 2004, em uma clínica-escola paulistana (Tognotti & Herzberg, 2004). Na mesma clínica o projeto de atendimento a excedentes teve continuidade em 2006. Houve revisão e ampliação da proposta originando o material analisado nesta dissertação. A fim de verificar a viabilidade da modalidade e responder a alguns questionamentos, foram realizados 10 atendimentos em 2006 que serão aqui analisados. A metodologia da pesquisa foi clínico-qualitativa com estudos de casos (Turato, 2008), com foco no estudo da modalidade e o estudo do possível e do inesperado para este espaço clínico que foi oferecido a excedentes de triagem. Além dos atendimentos foram coletados três dados complementares aos mesmos: as expectativas dos

clientes participantes ao procurarem a Clínica; a situação do cliente após um ano do término do atendimento em TE e a opinião dos participantes sobre o atendimento recebido.

Esta dissertação está dividida em oito capítulos. O primeiro contém uma revisão da literatura sobre triagem psicológica, uma revisão da literatura sobre triagem interventiva, uma breve explanação sobre algumas das diferenças conceituais entre modalidades de atendimento breve e uma apresentação de alguns dos problemas que ocorrem com frequência em clínicas-escola, que justificam pesquisas sobre propostas alternativas de atendimentos. No segundo capítulo será apresentada a clínica-escola na qual se realizou esta pesquisa. No terceiro, será apresentada a modalidade Triagem Estendida, com especificação do histórico de sua elaboração e pesquisa anterior, fundamentos teóricos e técnicos previstos à modalidade e finalidades. No quarto capítulo, estão apresentados os objetivos gerais e específicos da pesquisa. No quinto, será apresentado o método, incluindo os itens: etapas da pesquisa; considerações sobre o método; local de realização; participantes; procedimentos e instrumentos de cada etapa; forma de análise dos dados e aspectos éticos. Os Resultados serão apresentados no sexto capítulo, divididos por temáticas e com uma análise específica para cada temática. No sétimo capítulo será feita uma discussão geral qualitativa em torno da experiência, com a análise de alguns benefícios e dificuldades que uma recepção em TE pode trazer para o cliente e para o fluxo de funcionamento de uma clínica-escola. Por fim, teceremos algumas considerações finais.

1. TRIAGEM PSICOLÓGICA: DEFINIÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A triagem psicológica tem sido com freqüência a porta de entrada dos clientes em clínica-escola (S. Ancona-Lopez, 1996, 2005). O termo triagem (substantivo feminino) é definido como “ato ou efeito de triar, de separar, de selecionar; separação, seleção, escolha” (Houaiss & Villar, 2001). Etimologicamente a palavra recebeu alguns diferentes significados, do francês, *triage* (1763) “escolha, seleção; conjunto de pessoas cuidadosamente escolhidas por pertencerem à alta sociedade ou à aristocracia”, derivada de *trier* (1160) “escolher entre certo número de pessoas ou de coisas as que correspondem a um dado critério (de qualidade ou outro) e separá-las das demais”; do latim, “moer, esmagar, trilhar, pisar, debulhar” (Houaiss & Villar, 2001). Oriunda deste conjunto de significações, em especial da derivação francesa, a palavra triagem foi assimilada em instituições de saúde (públicas), em especial de saúde psicológica, para designar a prática de atendimento que se destina a selecionar a parte da população que pode ser atendida no serviço, considerando a especificidade da demanda do cliente e atendimentos disponíveis⁵. Não se trata da inscrição (embora a inscrição possa fazer parte da triagem), mas de um serviço de atendimento psicológico com características específicas.

Qualquer processo de recepção de clientela terá particularidades em decorrência de mais de um fator: 1) referenciais teóricos psicológicos com que os pesquisadores e clínicos pensam fenômeno psicológico e existencial humano, que balizam as concepções de inúmeras ferramentas utilizadas em atendimentos, tais como noções sobre a queixa, saúde psíquica, diagnósticos e categorização do quadro clínico e ação terapêutica, mais ou menos diretiva; 2) especificidades do contexto social, cultural e da instituição (filosofia e alvo do serviço) e 3) especificidades do psicólogo (diferenças pessoais e maneira de trabalhar). As clínicas-escola abarcam, geralmente, a coexistência de referenciais, que podem compor diferentes condutas desde o momento da triagem, o que sugere a necessidade da explicitação dos pressupostos clínicos e padrões compreensivos, através de debates acadêmicos contínuos.

Dado que um centro de atendimento psicológico universitário pode oferecer atividades nas diferentes áreas de concentração da psicologia (Melo-Silva et al., 2005), com assistência a

⁵ Os termos ‘porta de entrada’ ou ‘recepção’, são utilizados metaforicamente para designar o primeiro atendimento de um interessado. Referem-se a uma atividade clínica propriamente dita, com escuta da queixa e avaliação e não, em seu sentido corriqueiro de recepção (realizada por guichês de informações ou secretarias). A metáfora recepção pode abranger, também, uma conotação de hospitalidade e por isto é freqüentemente utilizada.

focos populacionais específicos, é freqüente coexistirem, também, triagens e inscrições próprias para cada seguimento, cada qual com critérios específicos. Quando se trata de triagem para atendimento clínico, a distribuição do cliente deve considerar o tipo de psicoterapia e o referencial usado pelo supervisor ou grupo de pesquisa. Referir-nos-emos, neste trabalho, a triagens do seguimento da psicologia clínica, para atendimentos psicoterápicos.

1.1. Triagem Tradicional (TT)

Conforme literatura específica (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; S. Ancona-Lopez, 1996; Herzberg, 1996; Salinas & Santos, 2002) uma triagem psicológica tem, em seu caráter tradicional, a função de executar uma identificação dos dados pessoais do cliente e dos dados de sua queixa (incluindo seu histórico), realização de breve diagnóstico (primeira avaliação psicológica), com a finalidade de propor um encaminhamento apropriado. Nas palavras de Herzberg (1996), “a função básica da triagem, que pode ser feita em um ou mais entrevistas, é se chegar a alguma conclusão, na medida do possível, quanto ao ‘melhor’ encaminhamento(s) do(s) cliente(s)” (p.148). Deve avaliar se a demanda do cliente pode ser abarcada (se há adequação da instituição à necessidade apresentada) articulando, deste modo, a demanda com a capacidade do serviço, inscrever o cliente em um atendimento apropriado ou encaminhá-lo para outra agência de atendimento (Herzberg, 1996, S. Ancona-Lopez, 1996). Uma delimitação clara dos tipos de atendimentos oferecidos e capacidade de vagas é fundamental para a realização da tarefa (Agostinho, 2003). São estimados, desta maneira, dois momentos centrais, o encontro com o cliente, no qual são coletados dados e a partir dos quais se realiza a primeira avaliação e o momento do encaminhamento, seja interno ou externo à instituição. Desta conceituação depreende-se que, uma triagem é bem sucedida quando, considerando a função para a qual se destina, exerce boa compreensão do cliente e resulta em um encaminhamento adequado.

Apesar de ser uma atividade aparentemente simples em função de sua finalidade (recepcionar e distribuir a clientela), deve realizar, necessariamente, como etapa para cumprir sua meta, uma avaliação em um campo bastante complexo que é o psicológico humano. Trata-se de um primeiro diagnóstico⁶ ou de uma entrevista inicial institucional, que abrange características técnicas e teóricas complexas. Embora com enquadre específico e sob a

⁶ Avaliação prévia, e menos ampla do que um psicodiagnóstico.

característica de haver outras entrevistas iniciais quando do momento da psicoterapia (após o encaminhamento), a triagem, em sua teoria e prática, frequentemente incorpora (recebe) saberes concernentes aos âmbitos das discussões sobre psicodiagnóstico e entrevistas iniciais (e ainda mais especificamente, entrevistas preliminares em psicanálise), amplamente debatidos na psicologia.

Diferentes procedimentos e instrumentos podem ser utilizados (Moura 1995), sendo freqüente o da entrevista clínica semi-aberta⁷. Dentre os procedimentos, há os que são aplicados pelo psicólogo ou os auto-aplicáveis, além da variação entre triagem individual ou em grupo. Dentre os instrumentos, existem os estruturados (inventários, formulários, questionários, anamnese ou escalas) e os mais abertos (entrevistas psicológicas, por exemplo), cada qual disponibilizando um tipo diferente de informação, o que definirá os limites e possibilidades de seu uso (Moura 1995). Em alguns contextos ou pesquisas são realizadas tentativas de sistematização dos instrumentos de triagem, seja com roteiros mais fechados de entrevistas, seja com o uso de questionários padronizados de avaliação psicológica para especificação e classificação das queixas. Em uma pesquisa realizada no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Moura e Loureiro (1993) e Moura (1995), comparam os resultados de triagem oriundos de dois diferentes instrumentos, aplicados ambos nos mesmos participantes da pesquisa, usuários do serviço (15 sujeitos adolescentes e 15 sujeitos adultos, no ano de 1992). Os instrumentos comparados foram o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de adultos (QMPA) e um modelo estruturado, previamente sistematizado, de entrevista, que denominaram Entrevista de Triagem (ET)⁸. A análise realizada pelos autores apontou que embora o QMPA tenha se mostrado um instrumento interessante para identificar manifestações de ansiedade e depressão (mais eficaz nos adultos, 80% de identificação, do que em adolescentes, 33%), o instrumento considera minimamente as dificuldades de adaptação e de relacionamentos, elementos tidos

⁷ As denominações *'aberta/fechada'*, *'estruturada/não estruturada'* e *'dirigida/não dirigida'*, usadas para qualificar os tipos de entrevistas, são discutidas por Turato (2008), que prefere o uso do qualificativo *'dirigida/não dirigida'* em relação ao *'estruturada/não-estruturada'*, por entender que ambas têm alguma estrutura. Bleger (1974), por sua vez, utiliza os adjetivos *aberta/fechada* para qualificar as diferenças nas entrevistas.

⁸ A ET já era um instrumento de triagem utilizado no referido centro. Incluía dados de identificação pessoal, dados da procura pelo serviço, motivo da procura pelo atendimento psicológico, histórico da queixa, situações em que a problemática do cliente ocorria, mudanças percebidas pelo cliente de seus estados subjetivo atual em relação a estados subjetivos pregressos, possíveis eliciadores do problema, rol de atividades, relações ou situações a que o cliente refere estar sendo afetado, reação dos familiares, tipo de ajuda procurada, tratamentos recebidos anteriormente, além da investigação da relação do cliente com alcoolismo ou drogas.

como relevantes em avaliações clínicas e que puderam ser, por sua vez, identificados por meio da ET.

1.1.1 Elementos de uma TT

Aguirre (1987) aponta que cabe ao psicólogo ajudar o cliente a delimitar o que está precisando, informar sobre as possibilidades de atendimentos psicológicos existentes e ao mesmo tempo lidar com as fantasias e ansiedades do cliente. Herzberg (1996) destaca dentre os elementos essenciais à triagem, a escuta da demanda e expectativas dos clientes, a verificação da urgência para atendimento⁹, a necessidade da realização de uma mini-anamnese (direcionamento para a coleta de dados relevantes não referidos espontaneamente) e, no caso de procura por atendimento para crianças, a relevância de haver um contato direto com a criança, além do contato com os pais¹⁰.

Seguindo as contribuições dos autores que debatem especificamente o ato da triagem nas clínicas-escolas brasileiras (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; S. Ancona-Lopez, 1996; Herzberg, 1996; Salinas & Santos, 2002), embasados em textos mais tradicionais sobre primeiras entrevistas e psicodiagnóstico (Aberastury, 1982; M. Ancona-Lopez, 1995; Arzeno, 1995; Ocampo & Arzeno, 1981a; Ocampo & Arzeno, 1981b; Trinca, 1984), podemos, de modo esquemático, listar alguns dos elementos centrais que devem compor a triagem e que demonstram a complexidade desta atividade¹¹. A coleta de dados pessoais ou dados de identificação para o cadastro institucional é uma etapa necessária e preliminar à escuta da queixa (inclui, geralmente, idade, sexo, escolaridade, religião, profissão, local de moradia, nível sócio-econômico ou renda familiar e, contextos de vida do cliente). Os dados de identificação oferecem informações relevantes sobre o cliente, favorece o contato com o mesmo durante a entrevista e permite posteriores pesquisas documentais sobre as características da clientela.

⁹ Em casos de urgência ou situações emocionais agudas, à medida do possível é importante que o cliente possa receber trabalhos de apoio psicológico, algumas vezes até alheios ao que uma clínica psicológica escola pode oferecer, o que revela a importância de haver uma rede de atendimento em saúde.

¹⁰ Sobre da entrevista inicial com os pais em atendimentos psicanalíticos, Aberastury (1982) apresenta aspectos relevantes a serem investigados, discute os limites e possibilidades do acesso à dinâmica familiar por meio da entrevista inicial à medida que os pais podem distorcer fatos quando há processos subjetivos de culpa ou incômodo coma situação e menciona que a postura do psicanalista deve ser de compreensão. Os conhecimentos da psicologia sobre entrevistas iniciais freqüentemente dialogam com as atitudes clínicas em triagem.

¹¹ Trata-se de um exercício teórico e esquemático. Na prática tais elementos são percebidos implicitamente pelo psicólogo. Por vezes são negligenciados e, neste caso, pode ter consequência prejudicial em relação ao desempenho de seu papel na instituição.

Elemento central da triagem, já mencionado, está na escuta e definição do problema e do quadro clínico, imprescindível para a continuidade do trabalho. É abrangente o leque de queixas ou de problemas que um cliente pode ter: questões emocionais, morais, existenciais, relacionais, dificuldades laborais (trabalho ou desemprego), familiares, problemas de comportamento ou aprendizagem, quadros subjetivos de estresse, depressão, ou outros (descritos, muitas vezes, como *angústias*), traumas, perdas, dificuldade financeira e assim por diante em um leque tão vasto que é o desenvolvimento ou o sofrimento humano. A investigação do problema engloba a escuta da queixa (motivo que levou à consulta) e levantamento dos dados da história da situação apresentada (em que momentos ocorre, quando começou, se é situação aguda ou crônica, em quais esferas da vida o cliente se sente prejudicado, dentre outros). Comportamentos não verbais (movimentos, inquietações) e o modo do cliente ser no mundo (posicionamento subjetivo) também são fatores que contribuem na compreensão do cliente (Bleger, 1974; Ocampo & Arzeno, 1981a). É importante o psicólogo reconhecer traços não expressos no discurso. O psicólogo pode estar atento à maneira como o cliente pode ou consegue se posicionar perante as questões de sua vida, experiências, sofrimento, dificuldades, perante o outro em suas relações e na relação com o psicólogo e a como o cliente aborda ou apresenta seu problema (considerando que cada vez que uma pessoa expressa alguma dificuldade pode narrar ou sentir com intensidade ou conotações diferentes). A ‘escuta’ do que não é dito com eventual explicitação, pode redirecionar o curso de uma triagem e por consequência, a conduta do encaminhamento.

Os modos compreensivos sobre a queixa e os métodos para sua identificação, tal como mencionado, podem variar consideravelmente conforme abordagem teórica em relação ao homem e psicopatologia adotada pelo psicólogo ou instituição. Sob um referencial psicanalítico e do ponto de vista psicodinâmico, definir uma queixa significa um trabalho mais amplo do que a enumeração de sintomas ou comportamentos, abrangendo uma compreensão ampla da dificuldade. Autores discutem, com enfoque psicanalítico, a relevância de se reconhecer conteúdos ou motivos latentes para além do manifesto ou o conflito subjetivo para além do sintoma¹² (Arzeno, 1995; Ocampo & Arzeno, 1981a; Simon, 2005). A primeira queixa abordada pode ser aquela mais aceita socialmente ou de mais fácil expressão, não atingindo o conflito ou situação por que passa o cliente, queixa latente, pode ser um desencadeador que levou o cliente a procurar o serviço, servindo como uma ponte que conduz a outras queixas também relevantes. Pode, ainda, ser o modo momentâneo como o cliente

¹² O sintoma é compreendido como expressão do conflito, em uma leitura psicanalítica.

percebe uma questão, passível de receber outras significações conforme o cliente amplie o panorama da elaboração e expressão. O foco inicial pode, deste modo, se diluir caso seja oferecido oportunidade de escuta, o que, novamente, pode alterar o destino de um encaminhamento. Considerar a possibilidade de haver queixas latentes não significa desconsiderar o fato de que a primeira queixa pode ser central e mesmo única do cliente, um ponto nodal de sofrimento e paralisa com o qual não consegue lidar, como por exemplo, um luto por perda. Este tipo de situação destaca a relevância de o psicólogo, em triagem, dever estar preparado para acolher o cliente, havendo situações para as quais o reconhecimento de um sofrimento é a única ação admissível (plausível). A escuta na triagem pode, nestes casos, contribuir com a ampliação da expressão dos fatos, fatores, e sentimentos relacionados à queixa central, permitindo associações e construção de uma verbalização que possa expressar a angústia.

O engajamento subjetivo de um cliente em relação a um futuro atendimento (responsabilização e interesse), pode variar e cabe à triagem uma verificação, direta ou indireta, do mesmo (Herzberg, 1996, Salinas & Santos, 2002). É interessante distinguir a repercussão subjetiva no cliente da origem de seu encaminhamento, esclarecer se a procura foi espontânea e se o cliente entende o movimento de buscar orientação psicológica (há situações em que o engajamento subjetivo do cliente é evidente, expresso pela inclinação ao atendimento ou pedido de ajuda e situações em que o cliente procurou atendimento por indicação de profissionais de outras áreas, sem ter clara sua própria demanda por atendimento, dificultando o engajamento em um atendimento futuro).

Além do engajamento, ou responsabilização, é relevante que haja espaço para a elaboração da demanda (necessidade mesma de atendimento) e acerca dos encaminhamentos possíveis. Um pedido de ajuda pode aparecer direcionado a um membro específico da família, quando outros, ao terem oportunidade de se expressar, demonstram necessitar e até mesmo desejar, atendimento. A demanda pode ser familiar ou mesmo de um membro outro, que não o que inicialmente foi alvo do pedido. A demanda pode não ser por psicoterapia, mas por outras espécies de atividades que a prática da psicologia aplicada pode exercer junto ao contexto social e relacional do cliente, tais como inserções no ambiente escolar, familiar ou de trabalho. O psicólogo pode investigar os recursos que o cliente já usou para tentar lidar com sua problemática (tratamentos, rede social, reflexões individuais), o histórico de atendimentos pregressos e a opinião sobre os mesmos, além das expectativas sobre o atendimento futuro. O cliente pode ter pouco conhecimento sobre a psicologia e apresentar expectativa de ajuda

instantânea ou mágica¹³, ou expectativas muito negativas em relação a receber psicodiagnósticos classificatórios, por vezes com base em experiências pregressas. Pode apresentar inclinações por ajuda breve, atendimento prolongado, orientação específica referente a algum aspecto de sua trajetória, ou outro. Mesmo ser ter idéias claras sobre como ocorrem os atendimentos ou sobre as abordagens teóricas em psicologia, pode apresentar direcionamentos quanto àquilo que deseja e inclinações para um ou outro tipo de trabalho (podendo mostrar-se mais interessado na realização de um trabalho psicanalítico, cognitivo-comportamental, grupo, individual, orientação, ou outro e, eventualmente, perceber que deve buscar serviços de outras naturezas não psicológicas). Pode interessar-se em obter informações sobre os estilos de atendimentos psicoterápicos oferecidos e cabe ao psicólogo em uma recepção institucional ter abertura para dialogar sobre aquilo que a instituição pode oferecer. Herzberg (1996) observa a relevância deste ajuste de informações:

Neste momento, estamos diante de uma das funções mais fundamentais do processo de triagem, que é a de trabalhar as expectativas, idéias e fantasias do cliente quanto ao atendimento que está sendo buscado. Após ouvir o cliente, pode o psicólogo que faz a triagem informar sobre o funcionamento da Clínica, confirmando suas idéias ou corrigindo eventuais distorções detectadas já nesse contato inicial, cliente/clínica. (p. 150)

E salienta “de uma triagem ‘bem sucedida’, se é que se pode utilizar esta expressão, deveria advir uma sensação de trabalho conjunto, triador/cliente, e de que as decisões tomadas foram bilaterais e não imposições de qualquer uma das partes sobre a outra” (p. 154). De modo geral, a autora apresenta a relevância da interação entre indicação, interesse dos clientes, além da viabilidade material, que devem estar em jogo quando se trata de encaminhamento psicológico.

1.1.2 Questionamentos/Considerações sobre as TTs

Questionamento relevante refere-se à acuidade com que deve ser realizada a triagem para que, por um lado, não seja uma atividade superficial incapaz de verificar aspectos pertinentes e efetivar sua meta e, por outro, não avance em processos subjetivos concernentes ao campo da psicoterapia propriamente dita. Além deste, ampla discussão se abre quando colocada em pauta uma discussão sobre quais fatores devem levar à indicação de terapia, e para qual terapia. De modo mais direto, as questões que se nos apresentam são:

¹³ O psicólogo também não deve ter a expectativa mágica de ajudar (de que sua presença ou suas observações ajudarão um cliente em um ou poucos encontros), que pode ser uma atitude que subestima a compreensão do cliente ou situação.

1. Deve a triagem estar direcionada a uma coleta menos abrangente, deixando o atendimento posterior investigar de modo mais consistente a queixa, ou deve, ela mesma, executar pormenorização de aspectos e encaminhar o cliente apenas quando houver uma definição mais clara da demanda e do interesse?
2. Em que medida a elaboração da queixa deve caber especificamente à triagem, ao processo do atendimento psicoterápico posterior ou, ainda, a um processo de triagem que possa ter continuidade clínica?
3. Existem desvantagens reais quando realizada de modo pouco abrangente, tal qual problemas subseqüentes a ela, como por exemplo, abandonos de tratamentos resultantes de indicações pouco adequadas?
4. Existiriam desvantagens reais se realizada de modo mais abrangente, tal qual dificuldade posterior de nova vinculação do cliente a outro psicólogo?
5. Com quais parâmetros deve ser feita a descrição da problemática do cliente (referencial teórico usado para a compreensão do quadro clínico)?
6. Relevância de se estabelecer o tipo de necessidade do cliente e coordenar com um encaminhamento adequado: reflexão sobre como deve ser estabelecida uma correlação adequada entre os tipos de demandas e estilo de terapia indicadas.

A escolha da acuidade da triagem (e conseqüentemente dos instrumentos técnicos a serem utilizados neste atendimento) dependerá, a nosso ver, de planejamentos institucionais amplos e integrados, havendo a necessidade de uma sólida imbricação com o tipo de organização de fluxo que se pretende na instituição e pesquisas que possam amparar as escolhas da prática.

1.2. Triagem Interventiva (TI)

Para além dos objetivos tradicionais, uma triagem pode configurar-se como consulta ou encontro significativo, de caráter clínico-interventivo (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; S. Ancona-Lopez, 1996, 2005; Isaco, Gil & Tardivo, 2004; Herzberg, 1996, Salinas & Santos, 2002). Da percepção da capacidade clínica do encontro da triagem como espaço de intervenção (significativo) e sua relevância institucional, despontou o debate sobre triagens interventivas, alternativas às triagens tradicionais e cujo foco abrange atenção aos processos de acolhimento ou elaborações, considerando o momento por que passa o cliente quando da procura por um atendimento. De modo geral, estão embasadas na percepção do fato de o ato do esclarecimento da queixa pode assumir cunhos terapêuticos e que o momento da procura

por auxílio é relevante clinicamente. Colocam em pauta os limites destas considerações. Bonomo, Dominguez e Tortorella (2002), trabalhando dentro da realidade uruguaia, ao referirem-se às entrevistas de triagem, enfatizam a importância das mesmas abarcarem duas modalidades de intervenção: a *recepção*, que caracterizam como “escuta que habilite o consultante a expressar seu saber acerca de si mesmo ou do assunto que o faz procurar ajuda” (p.45) e a *consulta*, como o “parecer ou recomendação que se pede ou se fornece acerca de algo” (p.45). Salientam que o fato da triagem se dar em uma única oportunidade, não deve constituir um impedimento para que o profissional emita um parecer a partir de seu lugar de psicólogo. Entendem que a entrevista de recepção deve possibilitar uma aproximação diagnóstica, através de uma clarificação da problemática apresentada e ainda uma elaboração conjunta e hierarquizada do saber do consultante, resultando em um encaminhamento e uma orientação, no sentido abrangente do termo.

Pesquisas, relatos de experiências ou notas reflexivas, freqüentemente eliciadas por questionamentos advindos da experiência prática do exercício da triagem, apresentam resultados favoráveis do uso de triagens interventivas na realidade das clínicas-escolas brasileiras, como atividade de acolhimento inicial e recurso para atender a parte da demanda (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; Ancona-Lopez, 1996; Calderoni, 1998; Herzberg, 1996; Salinas & Santos, 2002; Isaco, Gil & Tardivo, 2004). Guardam especificidades teóricas e técnicas em seus planejamentos, ocorrendo em um ou mais encontros. Como um panorama geral destes relatos, podemos pontuar algumas das idéias apresentadas em sete trabalhos.

Agostinho (2003) com referencial de atendimento winnicottiano em relação à posição do analista e ao olhar à família, e referencial metodológico de pesquisa psicanalítico, investigou uma prática clínica de triagem oferecida com escuta familiar. Apresenta e analisa cinco estudos de casos, de entrevistas iniciais, realizadas com as famílias que buscavam atendimento para um dos filhos, entre o período de julho de 1997 a junho de 2001 (casos atendidos tanto em uma clínica-escola de São Paulo, quanto em consultório particular). Tece uma crítica a alguns modelos de triagem existentes e conclui apontando a relevância do haver o acolhimento à família nos processos de triagem.

Graminha e Martins (1991), em um artigo reflexivo, apresentam e discutem a experiência do serviço de inscrição para atendimento psicológico infantil do Centro de Psicologia Aplicada, do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Descrevem um modelo de inscrição interventiva implantado no final do ano de 1987, que visava favorecer tanto organização do serviço de atendimento, o contato da comunidade com a Instituição e a

formação dos alunos do Curso de Psicologia. Constataram que a recepção interventiva propiciava uma situação mais adequada em relação ao primeiro contato de interessados da comunidade com a Instituição o que ajudava a diminuir algumas das dificuldades de organização do serviço.

Isaco, Gil e Tardivo (2004) tecem considerações sobre triagem interventiva com base na experiência de um serviço de triagem oferecido com ênfase na possibilidade de ser um ambiente acolhedor e continente com referencial winnicottiano, realizada no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Discorrem sobre a importância de tornar as entrevistas iniciais de triagem em encontros vivos, com interação entre entrevistado e entrevistador, ambiente facilitador e com intervenção que permita algumas mudanças no cliente. Relatam terem abrangido os requisitos necessários e característicos de uma entrevista inicial, tais como conhecer o motivo da consulta e apreender os aspectos latentes além dos manifestos. Abordam a importância de o psicólogo estar atento à primeira impressão que o paciente causa, considerando linguagem corporal, gestual, verbal, ritmo, tom de voz, conteúdos e temas que geram ao cliente maior ansiedade ou bloqueios. Abordam a importância de o psicólogo observar os aspectos transferenciais e contratransferenciais com a intenção de perceber o tipo de vínculo que o paciente procura estabelecer e de criar um espaço potencial para exercer uma verdadeira compreensão e acolhimento. Concluem que a experiência de um serviço de recepção clínica com proposta de acolhimento aponta para o fato de que não é possível separar estritamente as fases de diagnóstico e de intervenção em clínica, que ocorrem simultaneamente.

Pereira (2002) discorre sobre aspectos que julga relevantes para a efetivação de uma triagem e destaca a relevância de haver uma resposta às necessidades do cliente no momento em que procura ajuda, triagem interventiva. Através do estudo de um caso atendido em triagem em uma clínica-escola de São Paulo, com uso de pressupostos clínicos winnicottianos na conduta do atendimento, aponta a relevância de se apresentar ao cliente o atendimento psicológico, prática a que, no geral, desconhece, destaca a importância da solicitação da presença da criança na entrevista e a inserção de material gráfico como forma de garantir-lhe uma participação efetiva¹⁴ e aponta consequência positiva de um maior engajamento do cliente na definição dos encaminhamentos propostos.

Perfeito e Melo (2004) relataram a experiência da organização e rotina dos atendimentos em triagem, um serviço implementado na clínica-escola da Faculdade de

¹⁴ Autora tem artigo específico sobre o uso do material gráfico com crianças em triagem, Pereira (1998).

Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (constituída como Núcleo Integrado de Psicologia, NIPSI). Discorreram sobre a tentativa de implementação de um processo de recepção não como processo de seleção de demanda ou coleta de dados da história do cliente, mas como parte da intervenção psicoterapêutica propriamente dita. Para tal os estagiários realizariam as triagens, com supervisões, com uma média de 4 a 5 encontros com o cliente, de modo a que pudessem, desde a recepção, laborar um raciocínio clínico. Observaram que se o cliente não se sentir mobilizado num primeiro momento (triagem) pode não prosseguir em sua busca por ajuda. Sobre a experiência, relatam:

As entrevistas tomam a forma de uma intervenção breve, já que ao dar aos clientes uma oportunidade de se engajarem em seu próprio atendimento, torna-os responsáveis por seus problemas (Ancona-Lopez, 1995). O simples acolhimento já tem significado importante para muitos clientes. Por acolhimento entende-se uma disposição afetiva do psicólogo, uma atitude de escuta que visa receber, aceitar, em que a expressão do sofrimento já proporciona alívio ou mesmo certa clareza em relação à situação vivida, criando condições para modificá-la. (...) Nessa fase há uma clarificação da situação psicodinâmica individual ou grupal, para além do simples levantamento de dados e isso tem efeito psicoterapêutico. Essa discussão está de acordo com as idéias de Ancona-Lopez (1995), quando discorre sobre o psicodiagnóstico também como processo de intervenção. As altas durante o processo de triagem são um indicativo relevante que corrobora com tal idéia.

Apontam que, embora com benefícios, o serviço não pôde ter continuidade em função de questões institucionais, com dificuldades de articulação entre os diferentes segmentos envolvidos, gerando a necessidade de se repensar e construir uma nova prática.

Salinas e Santos (2002), na mesma instituição em que foi realizada a descrita por Graminha e Martins (1991), propuseram-se a investigar em que medida uma orientação psicanalítica poderia auxiliar na condução do serviço de inscrição e triagem contribuindo para o acolhimento da clientela. Com base em uma experiência de implementação de um Serviço a que denominaram *Atendimento Imediato de Triagem* (AIT), implantado na instituição no ano de 1998, fizeram o relato de três casos de pacientes, mulheres, que haviam sido atendidos no Serviço. Os atendimentos tiveram foco na observação e elaboração da apropriação da demanda pelo próprio cliente (e sua implicação com ela), além de ter sido realizada entrevista detalhada que pudesse oferecer elementos para o estabelecimento de um diagnóstico provisório sobre o cliente, importante para pensar o encaminhamento. Concluíram que a experiência seria insuficiente para medir a efetividade do trabalho pautado na lógica do acolhimento e da demanda (implicação subjetiva), mas que esta organização teria permitido, em certa medida, otimizar os recursos da instituição, já que funcionaria como facilitadora na implicação do paciente em relação ao seu atendimento, poderia melhor atender aos objetivos de encaminhar aos estagiários clientes com indicação para psicoterapia, além de oferecer uma

prática que priorizaria cada sujeito em detrimento de outra massificadora. A proposta não foi levada a diante na instituição, em virtude do tempo despendido em cada triagem e como alternativa à *AIT*, os pesquisadores passaram a realizar uma recepção em grupo, também com escuta psicanalítica.

S. Ancona-Lopez (1996), com referencial teórico clínico fenomenológico heideggeriano, propõe dar um sentido de consultas psicológicas às entrevistas de triagem, de modo que se configurem em um atendimento interventivo, independente dos procedimentos que possam se seguir. Em pesquisa qualitativa com estudo de caso, buscou identificar qual(is) seria(m) o(s) acontecimento transformador e significativo possível ao encontro de triagem. Apontou que uma escuta atenta na triagem, sem que o psicólogo esteja mais preocupado em pensar o encaminhamento do que escutar o cliente, poderia propiciar ressignificações e reposicionamentos existenciais.

1.2.1 Questionamentos/ considerações sobre as Triagens Interventivas

As considerações apresentadas na literatura revelam que ao longo dos processos de adequação do funcionamento dos serviços às demandas da clientela e institucionais, os agentes dos atendimentos vivenciaram e propuseram ampliações da finalidade dos atendimentos de triagem. Com tais considerações, a triagem, de modo geral, não pode ser tomada apenas em sua acepção tradicional, com a finalidade de caráter único (e estanque) de ser um atendimento exclusivamente voltado à distribuição de clientes, embora possa também exercer exclusivamente esta tarefa. O tema sobre finalidades e limites da triagem merece a continuidade dos debates, com as trocas dos saberes obtidos das experiências, para que os benefícios de cada modo de triagem possam ser mais bem delimitados. Revisões são necessárias à medida que as instituições-escola como centros de atendimentos visam, guiados pela ética, modelos mais adequados para exercer os atendimentos e otimização dos recursos disponíveis.

É pertinente, de modo mais específico, estudar quais atos e intervenções podem qualificar uma triagem como interventiva (S. Ancona Lopez, 1996), ou seja, quais atos podem ser, em trabalhos pontuais de recepção, de fato interventivos ou terapêuticos (considerando por terapêutico algum alívio clínico ou conquista subjetiva do cliente, refletidos em suas ações no mundo, modo de ser ou reato de sentimentos).

1.3. Delimitações conceituais entre triagem e outras modalidades de atendimentos psicológicos

Por ser a triagem psicológica, mesmo em sua acepção tradicional, um momento de recepção de clientes e por já se configurar como serviço psicológico, tem fronteiras tênues, do ponto de vista conceitual, com outras modalidades de atendimentos clínicos. Por um lado, conforme mencionado, a literatura que aborda entrevistas iniciais em processos psicoterápicos contribui com os estudos sobre triagem na compreensão dos elementos utilizados para alcançar os esclarecimentos psicológicos necessários e por debaterem conceitos tais como demanda, queixa, motivação, diagnósticos clínicos, entrada em terapia ou análise, dentre outros tópicos em intersecção. Referem-se, entretanto, ao início de um atendimento, não necessariamente o momento da recepção institucional.

Além desta interface, as triagens interventivas têm proximidades conceituais com duas modalidades de atendimentos difundidas nas clínicas de nosso meio, a saber, Plantão Psicológico e Psicoterapia Breve. Cada qual guarda especificidades em relação às origens, finalidades, procedimentos técnicos e amplitudes teóricas, embora tenham o sentido comum de proporcionar acolhimento em um período de tempo delimitado.

A idéia do encontro transformador é referida na literatura sobre Plantão Psicológico, prática de caráter breve, que visa oferecer suporte clínico no momento em que o cliente necessita e auxiliar em questões emergenciais, considerando que nem sempre as pessoas querem ou precisam de acompanhamento prolongado, embora possa gerar um encaminhamento (Bartz, 1997; Furigo, 2006; Kovács, 2001; Mahfoud, 1987; Morato, 1999; Rabelo & Santos 2006; Yehia, 2004). Diferentemente da triagem, não se originou com o propósito de receber e distribuir a clientela, mas de ser em si espaço de acolhimento. Pelo modo como se iniciou, a prática do Plantão está, na literatura brasileira, frequentemente associada às noções de Aconselhamento Psicológico e, em especial, filiadas às idéias de Rogers (Morato, 2006). Morato (2006) define o Plantão como uma prática de fronteira, não podendo ser considerada nem triagem nem atendimento:

Contudo, importa dizer que, além das interferências deste funcionamento institucional, a própria proposta clínica do Plantão gerava dificuldades de compreensão. Isto porque o Plantão Psicológico é uma modalidade de prática psicológica que se inaugura num terreno fronteiriço, não podendo se apresentar ao lado de outras práticas usualmente tidas como 'porta de entrada' ao atendimento psicológico, como triagem, nem tampouco pertencente àquelas dedicadas a processos de psicoterapia. (p. 42).

A autora critica a ocorrência de um automatismo da ação possível no exercício da atividade do Plantão, alertando o fato de que uma conduta automática pode levar a que o

mesmo se torne uma triagem. A comparação estabelecida pela autora aponta as diferenças mais tradicionais das concepções destes dois tipos de serviços, um como atendimento e, o outro, como coleta de dados e inscrição.

Em relação a processos de triagem que ocorrem com retornos, guardadas as diferenças, a triagem também tem uma linha fronteira com os atendimentos em Psicoterapia Breve (PB), prática estudada por autores, alguns já mencionados na apresentação - Bellak e Small (1980), Ferreira e Yoshida (2004), Fiorini (1978), Hegenberg (2004), Kahtuni (1996), Lowenkron (1993), Simon (1989, 2005); Wolberg (1979), Yoshida (2008). Uma PB lida com um tempo definido e delineamento de trabalho com começo, meio e fim (um primeiro momento para a definição da queixa e dos focos ou metas a serem trabalhadas e um segundo momento para que as metas sejam trabalhadas). Ocorre uma assistência pontual e com participação ativa do psicólogo. Deve ocorrer apenas quando há indicação para um atendimento breve, sendo que casos mais graves (com maiores prejuízos subjetivos), no geral, requerem acompanhamentos mais prolongados (Simon, 2005; Kahtuni, 1996). Podem ocorrer com mais de um referencial clínico, sendo denominada Psicoterapia Breve Psicodinâmica as filiadas à psicanálise (Cordioli, 2008; Yoshida, Santeiro, Santeiro & Rocha, 2005).

O debate sobre Triagem Interventiva, fez explicitar em um terreno clinicamente mais árido e costumeiramente depositário da concepção de ser uma atividade meramente técnica, algo que é próprio de uma atividade clínica significativa. Quando restrita à inscrição, está longe da fronteira conceitual com as propostas do Plantão Psicológico e de Psicoterapia breve. Quando tomada, entretanto, em sua acepção de escuta, ato interventivo ou de encontro que pode se concluir clinicamente (uma escuta e uma finalização que podem construir alguma nova configuração subjetiva), passa a existir a aproximação entre as propostas. Tais práticas encontram-se no campo da assistência em saúde, visando atender uma pessoa que recorre a uma instituição com a intenção de lidar com alguma situação subjetiva (sofrimento, angústia, desenvolvimento, crise, etc.) que escapa ou escapou da sua possibilidade de lidar. Existem diferenças entre objetivos, finalidades, fundamentos e indicações para cada uma destas práticas, o que não exclui intersecções, diálogos e, em especial o estudo daquilo que têm em comum, por serem atos clínicos. S. Ancona-Lopez (2009) utiliza a expressão Intervenção Breve para designar ação clínica que não se categoriza, necessariamente, no enquadre de um atendimento específico:

A expressão Intervenções Breves (IB) designa diferentes modalidades de atendimento breve, incluindo as psicoterapias. (...) utilizo esta expressão para discutir uma forma de atuar na clínica psicológica que não se caracteriza como psicoterapia, embora apresente momentos terapêuticos. Dispor-se a um atendimento em IB é colocar-se como psicólogo clínico geral

permanecendo disponível às diferentes demandas que se apresentarem, sem enquadrá-las em procedimentos tradicionalmente consagrados e sem a obrigatoriedade de percorrer determinados passos para prosseguir no atendimento. A atuação caracteriza-se mais por ser uma disposição mais do que uma técnica ou, melhor ainda, uma pré-disposição para a abertura e recepção do que se apresentar. Em termos práticos, quando o cliente vem à procura de amparo psicológico ele quer ser atendido em suas necessidades, pouco importando sob que nome este atendimento se realize¹⁵.

1.4. A triagem e o fluxo da clientela: como lidar com problemas freqüentes?

Abandono de terapia, diferenças entre expectativas dos clientes e atendimentos oferecidos e excesso de demanda, associados ao desperdício de recursos (gerando interessados excedentes) são problemas freqüentes e preocupantes em clínicas-escola.

Conforme mencionado por Gastaud e Nunes (2009), os estudos apontam para uma taxa relativamente alta de abandonos de tratamentos, entre 25 e 60% dos casos pesquisados. Os índices de abandono nas clínicas brasileiras são altos, confirmados nos levantamentos locais. Cunha (2008) fez um levantamento documental sobre todas as crianças 'abandonantes' em uma clínica-escola entre o período de 1999 a 2006, considerando *abandono* quando houve pelo menos um atendimento seguido do seu cessamento (concepção inspirada na utilizada por Lhullier e Nunes, 2004) e *alta* quando houve acordo para cessar o atendimento. De 899 clientes inscritos, 499 eram crianças, 212 receberam atendimento e destas 136, equivalente a 64,2%, abandonaram o atendimento. Com base em análise de 429 prontuários de clientes admitidos em psicoterapia em uma clínica-escola e que haviam comparecido a, pelo menos, uma sessão Lhullier (2002) constatou que metade das terapias realizadas na instituição havia se encerrado com abandono, correspondendo ao índice encontrado na literatura sobre o tema. Enfatizou a dimensão institucional e social do fenômeno do abandono com a necessidade de planejamentos mais adequados dos atendimentos.

Benetti e Cunha (2008) apontam que embora o termo refira-se, basicamente às situações de interrupção do tratamento sem ter havido indicação para tal desfecho por parte do terapeuta (Lhullier & Nunes, 2004, citado por Benetti & Cunha, 2008), são encontradas inconsistências em relação à definição conceitual de abandono (critérios usados para classificar abandono ou outros desfechos de terapias) o que dificulta comparações entre estudos. Em uma revisão de 144 trabalhos sobre o termo abandono psicoterápico realizada por Bueno e colaboradores 2001 na base de dados Medline considerando o período de 1992-1997, foram identificados diversos termos associados ao tópico abandono, diferentes métodos para a

¹⁵ Anais do IX Congresso de Psicoterapia Existencial
(extraído de http://www.psicoeexistencial.com.br/web/detalhes.asp?cod_menu=120&cod_tbl_texto=2022)

avaliação da evolução psicoterápica e poucos estudos sobre os fatores determinantes da aderência (Bueno & cols., 2001, citado por Benetti & Cunha, 2008). Gastaud e Nunes (2009) utilizam as seguintes definições para os termos de tratamento, apresentados em uma pesquisa sobre preditores do abandono na clientela infantil: “*Não-aderência*: O atendimento é interrompido na fase de avaliação da psicoterapia, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes ou em situações em que não há indicação de tratamento. Entende-se que a avaliação tenha duração de 1 mês” (p.16); “*Abandono*: A psicoterapia é encerrada antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independentemente do fato de a decisão ter sido uni ou bilateral. O atendimento deve ter tido duração mínima de 1 mês para o paciente ser considerado abandonante” (p.16); “*Alta*: A psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos” (p.16). Em linhas gerais, podemos traçar que a saída precoce de um cliente em clínicas-escola pode se dar em momentos distintos do seu percurso em um serviço: após o contato inicial com a mesma (entre o período da inscrição e triagem; o cliente se inscreve no serviço, mas não comparece à triagem¹⁶); entre a triagem e o início do atendimento em período de espera (ocorre sem ter havido o início do atendimento, porém, tendo havido a triagem e o encaminhamento); no período de avaliação clínica, considerado na pesquisa de Gastaud e Nunes (2009) como tendo duração de um mês, podendo variar conforme o atendimento e, por fim, após o início do tratamento. Seguindo os critérios de Gastaud e Nunes (2009), a saída precoce nos três primeiros momentos do percurso de um cliente em uma clínica, ainda seriam situações de *não-aderência* e, no quarto momento, *abandono* de tratamento. Outros critérios de classificação destes desfechos podem ser descritos para fins de pesquisa, importando a relevância de se compreender seus motivos e mesmo de se levar em consideração tal ocorrência nos momentos de planejamentos do uso dos recursos institucionais em saúde.

Pesquisas vêm sendo realizadas na tentativa caracterizar o fenômeno, bem como projetos de atendimentos a clientes em fila de espera (Guerrelhas, 1999) vêm sendo realizados a fim de se tentar lidar com tal problemática. É continuamente identificado como aspecto que necessita de maiores estudos (Arnou et al., 2007; Melo & Guimarães, 2005; Bueno et al., 2001, citados por Benetti & Cunha, 2008). Segundo Gastaud e Nunes (2009), embora haja

¹⁶ A inscrição e a triagem podem ser feitas no mesmo momento ou separadamente, de acordo com o esquema de fluxo montado por cada Clínica. Há clínicas que aceitam agendamento prévio para a triagem, outras que abrem vagas de triagem com inscrição exclusivamente presencial.

espaço no meio científico para pesquisas sobre o tema, ainda existem lacunas na pesquisas sobre preditores, em especial em relação a populações específicas, tal como entre a população infantil. A maior preocupação dos estudos gira em torno da tentativa de compreender as razões dos abandonos (eliciadores ou preditores), já que pode oferecer referências sobre fatores de eficácia dos tratamentos e contribuir na reflexão sobre qualidade dos serviços de saúde. Não é simples, entretanto, o desafio de se tentar delimitar seus motivos, em um leque vasto de fatores que pode abranger aspectos tais como a remissão da queixa, a remissão do interesse (com ocorrência de outras soluções encontradas ou escolha por recursos não psicoterápicos), tempo de espera, insatisfação com alguma etapa no serviço, discrepância entre expectativa e realidade do atendimento, insatisfação com o atendimento recebido, dificuldade financeira quando há pagamentos ou outras dificuldades de acesso, características do cliente e do quadro clínico, dentre outros. Embora menos mencionado, o fator satisfação também pode eliciar abandono, decorrente, neste caso, da remissão da queixa por ter havido auxílio, quando poucos encontros suprem a necessidade do cliente (nem todos os clientes comunicam a saída, mesmo quando se sentiram ajudados).

Vargas (2004) realizou estudo que se propôs a investigar as características de pacientes abandonantes em uma Instituição de formação de psicoterapeutas (adotou a definição de abandono quando o paciente realiza pelo menos uma sessão de terapia e resolve, unilateralmente, interromper o tratamento, não comparecendo a nenhum outro horário combinado com o terapeuta). Analisou os dados de prontuários (fichas de triagem) de 223 pacientes que haviam abandonado o tratamento. Considerou os dados demográficos (sexo e idade), hipóteses diagnósticas, frequência da ocorrência de tratamentos combinados, queixas (motivos expressos que levaram à procura do atendimento) e etapa do tratamento em o abandono ocorreu. A caracterização destes aspectos na amostra apresentou que a maioria foi do sexo feminino, hipótese diagnóstica mais frequente de transtorno de humor (a maioria com depressão), menos da metade com tratamentos combinados e as principais queixas ligadas a problemas interpessoais. A maioria abandonou sem justificar os motivos, tendo a incidência concentrado-se em torno da terceira sessão. Gomide (2000) sustentou a hipótese de que esse fenômeno ocorreria como uma forma de resistência às psicoterapias de caráter conformista, como uma recusa do cliente em participar de atendimento de cunho ‘adaptativo’ (abandono por insatisfação), tomando como referencial teórico para a aceção de ‘adaptação’ apresentada a Teoria Crítica da Sociedade. Realizou, com metodologia qualitativa, uma interpretação das narrativas de 09 desistentes de uma clínica escola, com entrevistas gravadas. Destacou as críticas feitas aos tratamentos oferecidos, identificadas como sinalização da

resistência. Analisou os relatórios de 05 psicólogos que atenderam os casos, dos objetivos da psicoterapia às características atribuídas aos pacientes. Apontou que tais narrativas apresentaram posicionamentos ideológicos sobre os indivíduos atendidos, havendo descrição de práticas clínicas que a pesquisadora avaliou, sob a perspectiva crítica, carregar concepções reducionistas do homem. Esta pesquisa levantou uma problemática qualitativa sobre as compreensões da psicologia clínica em relação aos problemas vivenciados pelas pessoas, discussão tal que atinge o cerne de muitas das reflexões da psicologia e das ciências humanas no geral, que debatem as concepções de homem e de patologia.

Em uma ampla revisão, Benetti e Cunha (2008), apresentaram as principais contribuições das pesquisas (levantamentos e revisões) sobre determinantes do abandono. Os principais preditores encontrados na literatura foram categorizados em quatro grandes focos: (1) Aspectos sociodemográficos. No geral há correlação encontrada entre nível educacional (baixo), nível socioeconômico (baixo) e pertencimento a grupos minoritários como fatores associados ao abandono. Outros aspectos sociodemográficos como idade, número de filhos, dentre outros são pesquisados, mas apresentam menor relevância. (2) Características pessoais e clínicas do paciente. No geral, as características clínicas aparecem como mais relevantes do que as características pessoais. Dentre os quadros clínicos, psicoses ou transtornos borderlines são apontados como tendo maior correlação com abandonos, embora transtornos obsessivos e, especialmente, depressão, também apareçam, freqüentemente, nos casos de abandono. (3) Aspectos do tratamento. Algumas pesquisas apresentam que a falta de informação aos pacientes quanto ao processo terapêutico no início do atendimento pode estar associada à interrupção da terapia, indicando que abandonos ocorrem quando os terapeutas não esclarecerem ao cliente como funciona a terapia. Implicação da família, lista de espera, escolha da modalidade terapêutica (de apoio, interpretativa ou outra), o intervalo entre as sessões e, com grande ênfase, tipo de interação terapeuta-paciente, dentre outros aspectos. (4) Características institucionais, em especial ligadas às clínicas-escola. Amplo estudo sobre abandono, com revisão de literatura e pesquisa, foi levado por Garfield (1971), nos EUA, com a última edição revisada em 2004, havendo encontro positivo da correlação entre abandono com fatores sociais e mesmo diferenças de classes entre terapeutas e clientes.

A expectativa dos usuários de um serviço nem sempre é por atendimento prolongado e, além disto, é possível haver melhora efetiva com menos encontros. Howard, Kopta, Krause e Orlinsky (1986), no contexto norte-americano, fizeram um levantamento para tentar achar uma correlação entre o tempo de terapia recebido (“*dose*”) e a melhora terapêutica do paciente (“*efeito*”). Foram analisados 2.431 prontuários de atendimentos, compreendidos em um

período de mais de 30 anos, de mais de um centro de atendimento. Incluiu o relato da melhora clínica apresentada sob perspectiva do terapeuta e do cliente. Com base em uma análise estatística para generalização e extrapolação dos dados e das médias encontradas, estimaram ser possível esperar que entre 10% a 18% dos pacientes melhorem antes da primeira sessão de psicoterapia, apenas em função de ter havido o contato com o terapeuta ou clínica; que entre 48% a 58% melhorem com até oito sessões; que por volta de 75% apresentem melhora mensurável ao final de seis meses de psicoterapia (uma vez por semana, 26 sessões) e que, com um ano de terapia, é possível esperar melhora para 85% dos casos. Considerando os diagnósticos, estima-se que com 8 a 13 sessões, nos casos de ansiedade e depressão, 50% dos pacientes obtenham alguma melhora, número que, nos casos de borderlines, só seria atingido com 13 a 26 sessões (segundo avaliação dos pacientes) e entre 26 a 52 sessões (segundo avaliação dos terapeutas). De maneira geral, ocorre melhora mais evidente no início do tratamento, havendo uma suavização desta quantidade nos períodos posteriores.

Autores especulam que possa haver maneiras de pensar a organização do fluxo da clientela, de modo a que melhor sejam aproveitados os recursos disponíveis, com foco especial na recepção do cliente e adequação do encaminhamento (Aguirre, 1987; Herzberg, 1996). O abandono pode ser prejudicial ao funcionamento geral de uma clínica, quando se considera a limitação dos recursos e a grande procura por atendimentos, com a freqüente existência de interessados que não conseguem vagas nos serviços (interessados excedentes, ou excedentes de triagem). O número de vagas em um serviço tem o limite orientado pela estrutura e capacidade do mesmo, que não tem a responsabilidade de suprir a demanda por atendimentos em saúde psicológica na região em que se localiza. A relação entre triagem e abandono foi mencionada por Aguirre (1987) ao descrever procedimentos que havia utilizado em uma experiência de triagem interventiva “do ponto de vista da instituição, este procedimento permite avaliar se o cliente poderá ser atendido por um aluno, podendo também reduzir a probabilidade de abandono posterior” (p. 277). Herzberg (1996) além de mencionar a relação entre triagem e abandono, aponta o uso do prolongamento do processo da triagem como possível recurso para lidar com o problema:

Um aparente prolongamento da triagem, que considero mais como um processo do que situação estática e unitária, representa uma economia de esforços, tanto para o cliente quanto para a Clínica, pois ou se estreita o vínculo cliente/Clínica/atendimento, ou se desfaz, através do re-encaminhamento, do encerramento ou mesmo da desistência. Assim reduzem-se tanto burocracias como um pouco de frustração e culpa sentidas pelos alunos, quando seu cliente desiste (p. 150).

Deste modo, considerando as práticas institucionais de recepção, o abandono também pode ter origem em um processo de recepção que não contemple o cliente ou suas expectativas, que não compreenda sua real demanda ou que não ofereça esclarecimentos adequados sobre os serviços oferecidos. A satisfação, caso a escuta em recepção tenha sido suficiente (em especial nos processos de recepção interventiva), também pode resultar em abandono. A triagem é, portanto, especulada como podendo interferir em processos como o abandono, podendo ser um filtro que poderá ajudar a minimizar a evasão visando uma adequada utilização do número de vagas disponíveis. Todo cliente tem o direito de desistir de um atendimento, mas a tentativa de compreender os motivos destas desistências pode contribuir para a promoção de fluxos mais adequados dos clientes em clínicas, em especial nos casos em que a evasão estiver associada a encaminhamentos pouco adequados à demanda ou ao desequilíbrio entre expectativas e atendimentos recebidos, resultantes, por vezes, da simples falta de informações precisas. Efetuar o encaminhamento em um momento em que houver clareza da demanda (seja para o tratamento de disposições subjetivas cronicamente instaladas, seja para auto-conhecimento, seja para o desenvolvimento de habilidades que necessitam um acompanhamento ou outras), bem como encaminhar somente quando há uma maior clareza do tipo de terapia condizente com as expectativas e necessidades do cliente, pode utilizar de modo mais eficiente os recursos de uma instituição, reorganizando o modo com as pessoas são internamente encaminhadas.

O reconhecimento da triagem como um dos alicerces do funcionamento adequado em clínica-escola, leva a considerar, a necessidade do cuidado com que deve ser realizada. Não há pesquisa sistematizada sobre esta relação, bem como não foi a intenção deste trabalho sistematizá-la, havendo necessidade de pesquisas com acompanhamento de processos desde a triagem ao término dos atendimentos, além de comparações de processos completos quando submetidos a diferentes formas de atendimentos (desde o tipo de triagem). De modo geral a triagem está diretamente relacionada a temas de grande relevância em psicologia clínica, diagnóstico, escolha de terapia, dentre outros, o que sugere a relevância de ser colocada em pauta.

2. A CLÍNICA PSICOLÓGICA DR. DURVAL MARCONDES

A Clínica Psicológica ‘Dr. Durval Marcondes’ pertence ao Departamento de Psicologia Clínica (PSC) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e abrange as atividades de estágio oferecidas por este Departamento.

Está sediada no prédio de prestação de serviços psicológicos (bloco de serviços) do IPUSP, denominado Centro de Atendimento Psicológico (CAP). O CAP comporta atividades interventivas em modalidades de atendimento à população e pesquisa. Cada serviço, laboratório ou projeto de atendimento está vinculado a um programa específico de pesquisa e filiado a um Departamento do IPUSP¹⁷. Conforme listagem vigente na ocasião desta pesquisa, obtida no site do IPUSP, seção Serviços, subseção Atendimento à Comunidade (http://www.ip.usp.br/servico_atendimento.htm), o CAP abrange, dentre outros, os seguintes Serviços e Programas de atendimento e Laboratórios de pesquisa: Cérebro-Lesado e Deficiente Sensório-Motor; Clínica Psicológica ‘Dr. Durval Marcondes’; Centro de Psicologia Aplicada ao Trabalho (CPAT); Laboratório de Psicopedagogia (LaPp); NEPAIDS (Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS); Orientação Intercultural; Orientação Profissional; Projeto Enurese (atendimento a crianças com enurese noturna); Psicofísica e Eletrofisiologia Visual Clínica; Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP); Serviço de Psicologia Escolar; Projeto ‘Ser e Fazer’ (Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia); Laboratório de Terapia Comportamental; Serviço de Terapia Comportamental Cognitiva; Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde ‘CHRONOS’.

Cada um dos serviços funciona de maneira independente um do outro. Além de autonomia quanto aos objetivos e métodos dos atendimentos, têm autonomia em relação ao modo de inscrição dos clientes (via agendamento prévio, contato telefônico, triagem presencial ou outro) e fluxo dos atendimentos. Pessoas da comunidade interessadas em atendimentos podem obter informações por meio do site do IPUSP, recepção do CAP ou através das secretarias específicas, algumas localizadas no próprio CAP. Decorre, desta organização, que não há um funcionamento único para os serviços oferecidos no CAP do IPUSP, mas funcionamentos independentes, de acordo com as diferentes propostas¹⁸. Esta

¹⁷O IPUSP tem cinco Departamentos (PSA, PSC, PSE, PST E NEC), cada qual ligado a um campo da Psicologia e Pesquisa. Quatro foram referidos no CD comemorativo dos 30 anos do IPUSP, Sampaio org, (2002).

¹⁸ Em 2008 foi organizada uma comissão oficial do IPUSP responsável pela gestão do funcionamento do CAP.

pesquisa foi realizada na Clínica Dr. Durval B. Marcondes do PSC, um dos serviços do CAP, e versa exclusivamente sobre questões de triagem e atendimento deste Serviço.

2.1 Rotina da Clínica e a triagem (até 2008)

Será descrito o modo de funcionamento da Clínica no período em que ocorreu a coleta dos dados desta pesquisa (até o ano de 2008). Após este período houve uma mudança de gestão, com decorrentes alterações em seu modo de funcionar.

A Clínica oferecia atendimento psicológico clínico, de acordo com suas possibilidades, nas seguintes modalidades de atendimento: triagem, psicodiagnóstico e psicoterapia individual e em grupo. Contava com uma equipe técnica formada por três psicólogos e um assistente social, além de um docente do PSC no exercício da Coordenação da Clínica¹⁹. Recebia uma média de seis clientes por semana²⁰, no atendimento de triagem, realizado pelos três psicólogos. A triagem ocorria ao longo de todo o ano letivo, semanalmente, em três horários distintos, constituindo, assim, um fluxo contínuo do atendimento em triagem, independente de ser época de início do semestre letivo (quando se iniciam as disciplinas que oferecem vagas para atendimentos) ou de as vagas do semestre já estarem preenchidas. O fluxo contínuo foi concebido pelo fato de ser a triagem considerada, na presente gestão, um espaço de escuta. Após a triagem, os clientes eram encaminhados, tanto para os atendimentos ligados às disciplinas de graduação e pós-graduação (realizados por estagiários graduandos e pós-graduandos do IPUSP, sob supervisão de diferentes professores ligados ao Departamento de Psicologia Clínica - PSC), quanto para projetos específicos de pesquisa²¹ filiados ao PSC, eventualmente para modalidades de serviços não psicológicos (assistência social, psiquiatria, clínica-geral, ou outros, que podiam ser na Clínica ou externos), e ainda para atendimento psicológico externo à Clínica, em instituições públicas ou em consultório particular de psicólogos cadastrados²².

¹⁹ A orientadora deste mestrado era a então Coordenadora da Clínica, tendo permanecido nesta função por nove anos, de 1999 até 2008.

²⁰ Este número estava sujeito a variações em função do início ou término de pesquisas e outros fatores ligados às atividades dos laboratórios e/ou docentes do Departamento.

²¹ Para que tivessem andamento, os projetos de pesquisa em Psicologia Clínica, filiados ao PSC, que ocorriam nas instalações da Clínica 'Dr. Durval Marcondes' no CAP, recebiam prévia autorização da equipe técnica e coordenação da Clínica, bem como do Comitê de Ética. Tinham duração específica, seguindo cronogramas da Pós-graduação do Instituto. São exemplos de pesquisas realizadas: grupos de terceira idade, grupos de pessoas em crise para atendimento breve na modalidade 'Psicoterapia Breve Operacionalizada', grupos de espera recreativa, oficina terapêutica com uso de contos de fadas, dentre outras.

²² A Clínica contava com conjunto de profissionais psicólogos, cadastrados, que se disponibilizam a atender clientes de acordo com suas possibilidades financeiras. Os encaminhamentos externos eram realizados com

A triagem era realizada, geralmente, em um único encontro com o cliente, com a finalidade de coletar, a partir de uma entrevista clínica, seus dados pessoais, queixas, verificar para quem estava sendo solicitado atendimento e realizar o encaminhamento. Seguindo os parâmetros sobre triagens discutidos pelos autores acima mencionados, entendemos que se tratava de um modelo de triagem como Triagem Tradicional (TT). Os clientes compareciam presencialmente nos dias de triagem e eram atendidos conforme ordem de chegada e vagas disponíveis. Não ocorria agendamento prévio (via telefone ou e-mail) para triagem.

Ao contrário de uma organização que gera dois momentos de espera para o cliente (entre inscrição e triagem e entre a triagem e o atendimento posterior), a inscrição presencial teria por finalidade evitar a ociosidade do serviço de triagem por desistências e remissão da procura (clientes inscritos que não compareceriam à triagem, freqüente em organizações com agendamentos prévios) e o aumento da fila de espera para triagem, o que gera um ciclo vicioso, não funcional a um serviço de saúde. O serviço de recepção continuado com atendimento semanal teria o potencial para oferecer atenção imediata (embora, na ocasião, não estivesse estruturado como triagem interventiva) e para selecionar as demandas específicas no momento em que ocorriam, o que parece imprescindível a um funcionamento em uma instituição de saúde. Nem todo cliente, entretanto, podia ser imediatamente encaminhado para um dos atendimentos em psicoterapia, em função do calendário letivo semestral do início das atividades.

2.2. Problemas apresentados neste contexto de funcionamento

Três eram os principais problemas que poderiam, de alguma maneira, estar relacionados ao modo presente de organização, embora também encontrados em outras instituições de atendimento em Saúde e mesmo freqüentes na maior parte dos serviços-escola: excedentes de triagem, demandas por atendimentos focais não supridas e abandonos precoces.

A inscrição presencial, com vagas limitadas, acabava por gerar, eventualmente, a não desejada realidade de clientes terem que retornar em outro dia por não conseguirem vaga, os excedentes de triagem. A existência de excedentes evidencia um problema mais amplo dos serviços de saúde, a grande demanda não suprida²³.

cautela, como uma alternativa ao encaminhamento interno, ou quando o cliente mencionava desejar indicações para atendimento particular em bairros nos quais teria melhor acesso.

²³ A Triagem presencial apenas evidenciava o excesso de demanda, já que o cliente comparecia presencialmente. A existência de interessados que almejam atendimentos e não o conseguem pode existir em qualquer modo de organização.

Levantamentos sobre abandono nunca foram sistematicamente realizados na Clínica, não havendo dado preciso sobre sua frequência. Empiricamente a ocorrência de abandonos era constatada no cotidiano da clínica e por alunos das disciplinas de estágio clínico aplicado, gerando preocupação. Ocorria, na Clínica, em dois momentos distintos: entre a triagem e início do atendimento (ao ser chamado para atendimento, o cliente não comparecia) ou após permanecer menos tempo do que o previsto em atendimento, sem acordo de alta. O primeiro, abandono pré-atendimento (durante a espera) e o segundo, abandono após poucas sessões de psicoterapia.

3. TRIAGEM ESTENDIDA (TE)

3.1. Projeto de Pesquisa

A fim de lidar com algumas das problemáticas da Clínica Dr. Durval Marcondes e tomando por pressuposto a recepção como momento fundamental²⁴, iniciou-se um Projeto de Pesquisa sobre triagem interventiva, com vistas a implementar um serviço de recepção interventiva. Iniciou-se em 2003, pela então coordenadora da Clínica, Prof^a Associada Eliana Herzberg, do PSC, com a elaboração da proposta. Foi desenvolvido desde então sob sua orientação, em conjunto com duas estagiárias, alunas do IPUSP.

Conforme consta no projeto inicial (Tognotti & Herzberg, 2004), sua idealização foi influenciada por outros serviços de atendimento psicológico focal e de pronto-atendimento. O projeto “Problemas Conjugais: Atendimento em Psicoterapia Breve”, em andamento na Clínica Psicológica o Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo (Hegenberg, 2004), e as concepções de dois serviços da Clínica de Tavistock em Londres, visitados em 2002 pela coordenadora do projeto TE, o Serviço de Consultas para Jovens (Young People’s Consultation Service) e o Serviço para Pais (The Parents Service), tiveram influência na constituição da proposta (Herzberg & Chammas, 2009).

Tratava-se de projeto com duas frentes estudo. Por um lado, atendimentos de recepção interventiva propriamente dito e, por outro, o levantamento de demandas e anseios da clientela. Foram realizados e analisados, em 2004, 8 processos de atendimentos em contexto de pesquisa qualitativa, com consultas oferecidas a excedentes de triagem, com número limitado de encontros, à luz de referencial psicanalítico, realizados por estagiária sob supervisão, bolsista PIBIC/CNPq de Iniciação Científica. A atividade recebeu, nesta ocasião, a denominação de ‘Serviço de Consultas Psicológicas’. Com a finalidade de se conhecer a população com que se trabalhava na pesquisa, aspecto de relevância consagrada apresentada por autores como Adrados (1995) e Dana (2000), entre outros, foi elaborado um breve questionário sobre expectativas, a ser respondido pelos clientes enquanto aguardavam na sala de espera da Clínica. Continha perguntas sobre o tipo de ajuda buscada, bem como sobre a duração de tempo de atendimento psicológico que o cliente esperava receber, visando aproximação com a opinião dos clientes em relação a atendimentos breves e servindo, deste modo, como um suporte na avaliação sobre recepção interventiva. O resultado do

²⁴ Os pressupostos serão discutidos no item 3.2.

levantamento, com 90 participantes em 2004, mostrou que existia interesse da população por consultas pontuais, não em um ou dois encontros, como a princípio se havia especulado, mas em processos de 5 a 6 encontros (Tognotti & Herzberg, 2004). Do mesmo modo, a análise dos atendimentos na ocasião, em até 4 encontros, também sugeriram que um atendimento com até seis encontros poderia ser mais interessante como modalidade de recepção interventiva. A etapa de 2004 contribuiu para a definição da proposta de recepção em TE com até seis encontros²⁵.

O projeto teve continuidade em 2006. Os objetivos da modalidade foram revisados e os questionamentos iniciais ampliados. Avaliou-se que a denominação inicial como ‘Serviço de Consultas Psicológicas’ não abrangeria o aspecto de recepção a que o projeto deste serviço também se propunha, além de poder sugerir o uso de técnicas específicas de consultas psicológicas que não seriam utilizadas. O projeto passou a ser denominado Triagem Estendida. A continuidade da pesquisa se deu nas suas duas frentes: levantamento sobre expectativas com foco na opinião sobre atendimentos breves e pesquisa clínica aplicada com realização de atendimentos, além da continuidade do estudo teórico.

O questionário sobre expectativas foi aplicado em 100 clientes em sala de espera para triagem, durante o período de maio a outubro de 2006. Os resultados de uma análise quantitativa e qualitativa do material corroboraram os pesquisados na etapa de 2004, de que havia demanda por atendimento breve ou em consultas: 58% avaliam que 5 a 6 consultas poderiam ajudar e para 10% da amostra o tempo de até seis consultas era o ideal buscado (Chammas & Herzberg, 2008).

A ampliação da pesquisa aplicada se tornou o foco central já que ofereceria material concreto para avaliação dos alcances clínicos e benefícios institucionais de um serviço de recepção interventiva. Tratar-se-ia da idéia de abrir vagas para a realização de atendimentos em TE e de estes atendimentos constituírem-se tanto como material para uma análise qualitativa sobre os alcances do atendimento, quanto como uma experiência prévia do serviço em funcionamento (por algumas semanas consecutivas a pesquisadora abria vaga de atendimentos a excedentes), o que poderia oferecer parâmetros para a reflexão sobre sua implementação rotineira na Clínica. Esta será esta a etapa do projeto apresentada nesta dissertação, com o relato dos dados obtidos e sua análise.

²⁵ Atendimentos breves, com até seis consultas contemplam padrões específicos de demanda de suporte focal, buscados por parte da clientela, constatados conforme se pode extrair de estudos sobre tempo de permanência em psicoterapia e de estudos que indicam ser frequente o abandono de psicoterapia após este período de tempo.

3.2. Aspectos considerados para a proposição da modalidade em pesquisa

A necessidade de se planejar um serviço de recepção interventiva se deu com base na análise de algumas contingências e necessidades da Clínica e com base em alguns pressupostos sobre a recepção interventiva como ferramenta para lidar com algumas das problemáticas. A ampliação da escuta em recepção foi vista como possibilidade de otimizar alguns dos recursos institucionais de atendimento à comunidade, bem como recurso para a pesquisa e revisão sobre a própria atividade da Triagem Psicológica.

Na ocasião da elaboração do projeto havia um grande número excedentes de triagem, o que gerava preocupação por parte dos profissionais da Clínica - não por se entender que a mesma devesse atender maior contingente populacional do que aquilo que podia abarcar, ou que devesse, à custa de reduzir qualidade do atendimento, aumentar a quantidade de vagas para atender a toda a demanda, mas por se especular a possibilidade da otimização dos recursos. Um cliente, que por ordem de chegada torna-se um excedente de triagem (por vezes por poucos minutos de diferença em relação a outro), pode estar vivenciando situação psicológica de crise aguda, ou mesmo estar sem recursos psíquicos para retornar em outro momento, podendo necessitar de um acolhimento imediato. Pode, por outro lado, ter alguma dúvida muito pontual, que não o faria retornar à Clínica em momento subsequente. Um dos objetivos iniciais do projeto foi, então, o de oferecer uma alternativa para o atendimento imediato a excedentes. Não limitaria a possibilidade de o participante prosseguir em um atendimento, embora não garantisse a vaga tradicional na Clínica.

Demandas por orientações pontuais ou por poucas entrevistas clínicas não estavam sendo supridas na Clínica, que não contava com serviço semelhante. Tratando-se de excedentes ou não, nem todo cliente almeja um atendimento prolongado, existindo dentre os estilos de ajuda procuradas, a demanda por atendimento focal. Uma triagem interventiva poderia lidar com tal necessidade, evitando encaminhamentos desnecessários e até mesmo contribuindo com um andamento rotativo da fila de espera, ao se propor oferecer atendimento em tais circunstâncias.

O atendimento em TE foi concebido, ainda, como possibilidade de oferecer suporte no momento em que uma pessoa se inclina a buscar ajuda psicológica, independentemente do tipo de atendimento procurado ser focal ou longo. O momento da procura pode ser um momento de crise e expectativas, relevante para todo o percurso clínico posterior. Com respaldo na literatura, considerou-se a noção de que atendimentos únicos podem ter cunhos terapêuticos com aspectos transformadores, direcionadores ou suportivos e que a elaboração da queixa pode, em si, ser um recurso clínico capaz de trazer novas diretrizes aos

comportamentos ou situações emocionais. Pesquisar o uso deste recurso clínico em triagem pode contribuir com a recepção dos clientes, em qualquer modo de organização do serviço.

A existência dos abandonos (nos dois momentos descritos) também levou a questionar mudanças no processo de triagem. Mesmo quando realizadas com fins estritos da escolha do encaminhamento, os detalhes a serem considerados na compreensão psicológica do cliente podem, caso vistos de modo limitado, gerar falhas no percurso subsequente, quando culmina em encaminhamento pouco eficaz. Tal situação é especulada aqui como variável que pode contribuir com o abandono precoce.

Além disto, por ser freqüente que clientes permanecessem pouco tempo em atendimento após o início do mesmo, uma triagem continuada foi especulada como possibilidade de servir ao cliente como um período experimental e durante o qual desistências precoces pudessem ocorrer. Especulou-se, ainda, que embora pudesse haver espera em relação a uma continuidade de atendimento, uma escuta clínica inicial poderia trazer algum alívio ao cliente e, eventualmente, lidar com abandonos quando sua causa específica pudesse ter relação com o período de espera.

Por fim, levou-se em consideração o fato de que o modo como se realiza a escuta em triagem pode ajudar o cliente a elaborar sua demanda contribuindo com a escolha do seu percurso posterior. Uma triagem pode ser um momento de trabalho conjunto na compreensão da queixa, de modo que o cliente possa sair dela não apenas com angústias ou sintomas, mas com questões formuladas e tópicos a serem desenvolvidos e elaborados em processos psicoterápicos posteriores. Pesquisar e utilizar o recurso desta elaboração também foi concebido como um fator que poderia contribuir na organização do serviço.

Minayo (1999, citado por Turato, 2008) aponta a preferência do uso do termo *pressuposto* ao termo *hipótese*, por representar, o primeiro, parâmetros que permitem encaminhar uma investigação empírica qualitativa, enquanto o segundo remeteria a uma conotação que crê na possibilidade do conhecimento objetivo da realidade com provas matemáticas comprovando aspectos. Turato (2008), por sua vez, apresenta os argumentos de Minayo e de outros autores que incluem em pesquisas o termo *quase-hipótese* para falar de diretrizes em pesquisa qualitativa, questionando, em parte, tais apontamentos. Aborda que o termo *pressuposto* tem um sentido mais genérico do que o termo *hipótese*, havendo perdas e ganhos com seu uso e entende que, por terem concepções distintas, ambos podem fazer parte do projeto de pesquisa: *pressuposto* como uma base especulativa, que oferece sustentação e *hipótese* como uma assertiva a que se quer verificar, ligada diretamente à pergunta de pesquisa feita e extraída do conjunto da análise da situação problema, do conhecimento

teórico e análises da situação²⁶. Diferencia ambos do *problema*, questão proposta para solução ou consideração. Alerta para que o pesquisador não confunda hipótese com teoria, sendo esta, a teoria, uma assertiva já demonstrada. Com base nas colocações de Turato, elaboramos um quadro ilustrativo (quadro 1) das bases desta pesquisa, com especificação dos *problemas*, *pressupostos* assumidos, nossos *questionamentos* e *hipóteses*. Trata-se, meramente, de um exercício reflexivo para ajudar a pontuar questões a serem discutidas, já que, de modo mais amplo, a presente pesquisa não se propõe a fazer mensuração experimental de variáveis, sendo seu foco primordial uma descrição reflexiva da experiência. Também não se trata de entender que existam relações tão matemáticas na temática em jogo. Apenas trata-se da explicitação dos raciocínios preliminares implícitos na pesquisa.

Quadro 1 Problemas e Pressupostos que levaram à proposição da TE				
Problema prático	Pressupostos; Suporte teórico; ou Considerações iniciais	Questionamento	Hipótese	Outros
Há excesso de demanda (excedentes de triagem).	Escuta focal pode oferecer suporte enquanto o cliente tenta vaga para <i>triagem tradicional</i> Escuta focal pode oferecer suporte como atendimento único. Não se trata de tentar atender a toda a demanda, mas de otimizar capacidade do serviço prezando os atendimentos iniciais institucionais.	Poderia haver um <i>Serviço de Escuta a Excedentes</i> sem prejuízo ao cliente (no sentido de que só receberia um atendimento paliativo) e sem prejuízo ao serviço, com direcionamento de recursos para além de sua capacidade?	Uma escuta focal pode oferecer informações ou apoio psicológico (suporte), sem que a demanda do cliente seja reduzida a este primeiro encontro. Se realizado por estagiários especificamente para fins de TE, o atendimento não traria uso indevido dos recursos institucionais para as vagas tradicionais de atendimentos.	
Há demanda por atendimentos focais e demandas por atendimentos emergenciais , não supridas na (então) organização do serviço.	Existem clientes que demandam poucos atendimentos. Existem clientes, embora requeiram encaminhamentos, precisam de apoio imediato.	Poderia um serviço de consultas lidar com tais demandas?	A possibilidade de retornos de triagem e o preparo do psicólogo para uma escuta de triagem interventiva poderia contribuir para: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de demandas pontuais com atendimento imediato a estas • Dar suporte a situações emergenciais, mesmo que realize encaminhamento. 	Como distinguir, durante a triagem, se o cliente que pode se beneficiar de um atendimento breve e conduzir a triagem com esta finalidade? É necessário perceber o tipo de ajuda solicitada, bem como oferecer encaminhamento aos que demandarem atendimentos prolongados ou psicodiagnóstico.

²⁶ “Pontuo que a boa formulação das hipóteses, já na elaboração de um anteprojeto de pesquisa, funciona como chave para um empreendimento bem dirigido em todas as suas etapas, culminando o trabalho com conclusões com real caráter científico. Lembrando que não haverá uma tese de fato sem que tenha havido proposição de hipóteses, estranhamos a freqüência com que tantos trabalhos ditos científicos são apresentados e aprovados nas universidades sem que este caminho hipótese-tese seja explicitado nos relatório” (Turato, 2008, p. 136).

<p>Suporte no momento em que se pede ajuda, independente da demanda.</p>	<p>Por se tratar de atendimento feito por um psicólogo clínico, toda triagem, mesmo que no exercício de cumprir seu objetivo tradicional, pode oferecer suporte ao cliente. Pesquisas sobre atendimentos focais ou plantão confirmam a relevância e possibilidade deste suporte.</p>		<p>O psicólogo da triagem pode oferecer suporte, acolhimento e auxiliar nas elaborações referentes à queixa.</p> <p>O modo como psicólogo se posiciona, ajudando o cliente a desenvolver sua queixa e reflexões sobre si, pode oferecer suporte.</p> <p>Um retorno participativo do psicólogo (observações/intervenções), como 'facilitador' de breves desenvolvimentos, pode ser benéfico.</p>	<p>É preciso investigar clinicamente como este acolhimento pode ocorrer na prática. Como realizar o suporte, sem adentrar em uma psicoterapia aprofundada?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falhas na compreensão da queixa ▪ Falta de ajustes entre expectativas e serviços, ▪ Encaminhamentos pouco adequados. <p>(podendo gerar os problemas de abandono).</p>	<p>Expressar a queixa é construir uma verbalização e um significado à experiência vivida.</p> <p>A explicitação da queixa necessita de uma construção e elaboração que se dá no trabalho clínico e no encontro específico com o psicólogo.</p> <p>A queixa expressa em um primeiro momento pode não ser o posicionamento latente ou vir a ser modificada</p> <p>A falta de esclarecimento da necessidade (demanda) por terapia e a falta do ajuste de expectativas (informações) pode gerar discrepâncias entre as concepções dos clientes e os serviços.</p>		<p>Uma preparação inicial maior do cliente em relação ao atendimento pode contribuir com filtros mais adequados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração da queixa ▪ Ajustes entre expectativas e serviços (como uma psicoterapia poderia contribuir). ▪ Esclarecimento sobre a demanda (definição dos aspectos a serem lidados) 	<p>Observar a expectativa de ajuda apresentada.</p>
<p>Evasão após Triagem</p>		<p>Por que ocorre a desistência antes do atendimento? Uma melhor compreensão da demanda poderia minimizar o abandono?</p>	<p>Elaboração em triagem pode exercer filtro mais adequado (não significa acabar com a evasão deste período, mas tentar reduzir):</p> <p>O abandono pode se dar durante a triagem (período experimental).</p> <p>Pode haver uma saída planejada, acordada após uma TE (sem adesão a um encaminhamento), como escolha, definida. A não-adesão a um tratamento,</p>	<p>Cuidado específico para que a triagem seja receptiva de fato, ou seja, que não seja ela mesma um atendimento reducionista, que não ofereça compreensão ao cliente e com isto, gerar abandono.</p>

			quando planejada, não se torna um problema para a destinação dos recursos institucionais.	
Abandono após iniciado o tratamento		Uma melhor compreensão da demanda pode oferecer encaminhamento mais adequado ao caso e minimizar abandono posterior?	Elaboração em triagem pode exercer filtro mais adequado. O abandono pode se dar durante a triagem (período experimental).	

3.3. A modalidade TE

Descreveremos a TE tal como concebida nesta pesquisa. Pode receber posteriores revisões (nos posicionamentos técnicos ou teóricos).

Trata-se de proposta de atendimento em triagem interventiva com referencial clínico psicanalítico e psicodinâmico, planejada em contexto específico.

3.3.1. Características Técnicas²⁷:

- Duração: Aproximadamente 6 encontros (com possibilidade de flexibilização).
- Realizado por: estagiário, em processo de formação clínica, sob supervisão.
- Destinado, a princípio, aos excedentes de triagem.
- Instrumentos de triagem²⁸: entrevista clínica semi-aberta de referencial psicanalítico (Bleger 1974); breve anamnese do paciente e queixa (Bleger, 1974); caixa lúdica ou outros instrumentos se necessário; ficha de cadastro dos dados pessoais do cliente na Clínica.
- Escuta de mais de um membro da família quando o atendimento é buscado para criança ou adolescente.
- Referenciais teórico-clínicos²⁹: psicanalíticos e psicodinâmicos, com valorização da compreensão e expressão dos conflitos ou dificuldades dos clientes.
- Encaminhar o cliente a outro atendimento ou encerrar sem encaminhamento quando a demanda tiver sido suprida em breve espaço³⁰.

²⁷ Também explicitadas no Capítulo Método, seção 5.5.3. Por ser uma pesquisa de aplicação da modalidade, alguns instrumentos da modalidade são os próprios instrumentos de pesquisa.

²⁸ Descritos no item 5.5.3.

²⁹ Detalhados em 3.3.3.

³⁰ Quadro com encaminhamentos, item, 5.5.3.

- Realizar encaminhamento assistido: psicólogo da TE disponibilizar-se para qualquer dúvida sobre o encaminhamento ou interesse de mudança do mesmo, depois de encerrada a TE.

3.3.2. Objetivos (metas) do atendimento:

Relacionados à função tradicional da triagem, visando (finalidade) adequação do desfecho da triagem, com encaminhamento apropriado.

- Exercer pormenorização e compreensão da queixa (clarificação e elaborações). Ampliação na compreensão do quadro do clínico. Avaliar urgência por atendimento imediato. Avaliar engajamento subjetivo com atendimento buscado e demanda por atendimento. Avaliar a necessidade de encaminhamento para psicoterapia, psicodiagnóstico ou outros. Verificar se a demanda pode ser abarcada por alguma das atividades da Clínica. Informar e esclarecer sobre serviços psicológicos mais adequados. Ouvir a opinião do cliente e expectativas quanto ao encaminhamento.

Relacionados à função interventiva da triagem, visando (finalidade) assistência focal.

- Quando possível, possibilitar alívio terapêutico propriamente dito (que pode advir da própria elaboração da queixa).
- Oferecer acolhimento necessário em momento de urgência, com ferramentas de escuta participativa, compreensão, empatia e presença.
- Oferecer, se possível, ferramentas subjetivas para que o cliente possa vislumbrar possibilidades de movimentos subjetivos, lidar com algum de seus problemas, ou perceber de modo mais amplo alguma questão.
- Ajudar a tornar as angústias, os sintomas ou as queixas latentes em problemáticas passíveis de serem compartilhadas e trabalhadas.

Apontamos haver uma pequena diferença entre os objetivos do atendimento e as finalidades a que se pretendia. Diferenciamos, ainda, os objetivos do atendimento dos objetivos da investigação realizada nesta pesquisa (exposto no capítulo 4), embora sejam intrinsecamente interligados já que os objetivos da pesquisa incluem os de verificar a viabilidade e de levantar as características de atendimentos realizados nos moldes planejados.

3.3.3. Referenciais teórico-clínicos da TE

Todo atendimento em psicologia envolve concepções de homem e da atividade clínica, que amparam, inspiram ou guiam a atuação prática. As noções teóricas guiam o modo como será tecida a compreensão do cliente e sua queixa e o modo como serão utilizadas as técnicas específicas. O corpo teórico da psicologia (teorias sobre o funcionamento do homem) encontra-se em constantes transformações e cada psicólogo deve continuamente agregar conhecimentos, percorrendo saberes de uma ou mais abordagens em psicologia e áreas da saúde, devendo acompanhar o resultado de pesquisas e tecer elaborações críticas acerca dos seus estudos e prática.

Embora o atendimento proposto tenha especificidades de uma triagem com objetivos específicos deste enquadre (coleta de dados, pequena anamnese, dentre outros), a filiação teórico-clínica na compreensão do cliente, da queixa e da relação psicólogo-cliente, tal como concebido para a TE nesta pesquisa, foi psicanalítica. Outras noções gerais da psicologia clínica deram amparo à TE.

A Psicanálise

Fundada por Freud, é definida por ele mesmo em 1922, como tendo um triplo significado (Herrmann, 1985; Laplanche & Pontalis, 2004; Penna, 2004; Turato 2008). É um método para a investigação e acesso aos processos mentais, significado de ações, conflitos ou produções imaginárias de um sujeito ou do significado de uma produção humana. É uma prática psicoterápica, um método para o tratamento de sintomas ou distúrbios psicológicos, a princípio neuróticos, com uso de técnicas específicas, tais como associação livre (abandono de práticas de hipnose, por conceber a relevância do *insight* e do tempo de cada sujeito), interpretação, manejo da resistência, manejo da relação transferencial e aposta central na fala compartilhada na transferência e na explicitação de conflitos psíquicos latentes ou inconscientes, como ferramenta de alívios, transformações ou cura psicológica, tendo sido, desde seus primórdios, batizada de cura pela fala. É, por fim, um corpo teórico sobre o funcionamento psicológico do homem, elaborado com base nas observações clínicas de Freud ou seguidores, constituído por um conjunto de concepções sobre o desenvolvimento humano e formação da personalidade: inconsciente; sexualidade; aparelho psíquico com instâncias e dinâmicas regidos por princípios de prazer e de realidade; conflitos subjetivos como base na formação de sintomas psicopatológicos, dentre outras concepções (Herrmann, 1985; Laplanche & Pontalis, 2004; Penna, 2004, Spitz, 1979). Com raízes na medicina, sua

principal marca foi a de romper com modelos médicos na compreensão do psiquismo humano e da origem de psicopatologias (sintomas como expressão de conflitos).

Continuamente sofreu questionamentos e críticas, bem como revisões ou ampliações em seus três âmbitos³¹. “Muitos dos conceitos originais e recomendações técnicas permaneceram inalterados ao longo dos anos, mas inúmeras contribuições possibilitaram a evolução da psicanálise e a expansão de seu alcance e de sua indicação” (Eizirik & Hauck, 2008, p.153). Os questionamentos se desdobraram ora em movimentos de dissidências e rupturas, como no caso das escolas de Alfred Adler e Carl Jung, ora em movimentos de enriquecimento e ampliação dos campos de estudo e aplicação, como nos casos das escolas inglesa, com Melanie Klein, Winnicott, Bion e Fairbairn, e francesa, centrada e Jacques Lacan (Eizirik & Hauck, 2008; Penna, 2004). Houve desenvolvimento da teoria no campo da clínica com psicóticos ou com bebês, estudos sobre o desenvolvimento do bebê e sobre o mesmo em contextos de desamparo (Spitz, 1979), ampliação dos estudos sobre linguagem e atos de significação (escola francesa) ampliações das técnicas de atendimento e âmbitos de aplicações práticas. Diversas modalidades de psicoterapia se desenvolveram com base em princípios psicanalíticos, dentre as quais a *psicanálise*, a *psicoterapia de orientação psicanalítica*, a *psicoterapia breve dinâmica* ou *psicodinâmica*, a *psicoterapia de apoio*, além de formas de terapia de grupo e familiar; um dos extremos constituído pela *psicanálise* e o outro pela *terapia de apoio* que tem cunho suportivo (Cordioli, 2008). Bleger (1974), por exemplo, faz uma ampla digressão acerca da entrevista psicológica (clínica) pensada sob referencial

³¹ As mudanças no corpo teórico psicanalítico e a prática clínica caminham intrinsecamente interligadas em função do estilo de pesquisa psicanalítica: “temos, na origem e na história do desenvolvimento psicanalítico o modelo de pesquisa em psicanálise: o diálogo permanente entre a teoria e a clínica” (Safra, 1993, p.120). Por haver particularidades dos sujeitos envolvidos, a cada atendimento há uma renovação da teoria em função da experiência e cada uma destas renovações pode favorecer a revisão da metapsicologia (corpo teórico), com enriquecimento dos modelos teóricos e expansão do conhecimento (Safra, 1993). Conhecer o funcionamento psicológico humano através da observação obtida na clínica e na relação singular da clínica, voltar-se ao exercício teórico e retomar a clínica com nova abertura, é a característica da pesquisa psicanalítica (Safra, 1993) e de um estilo de acesso ao homem, por ela inaugurado. Penna (2004) aponta a divergência que a psicanálise apresentou em relação a outras propostas da psicologia: “em uma época em que se introduzia o *método experimental* em psicologia, como garantia mesma de sua cientificidade, Freud opta pelo *método clínico*. Isso significa que Freud se centraliza no estudo do caso individual e faz da observação seu grande instrumento de trabalho” (p. 91, grifos do autor). Em relação à investigação sobre o psiquismo advir da prática clínica, Freud (1973/1912), em suas *recomendações aos médicos que exercem psicanálise*, alerta o perigo da interferência nos dados em função do anseio clínico do pesquisador, a teoria não pode sobrepor-se à prática. Outras áreas de pesquisa em psicologia clínica, não psicanalíticas, utilizam também a pesquisa clínica, com o estudo da subjetividade a partir da clínica. Interfaces entre pesquisa clínica e pesquisa psicanalítica são apresentadas por Turato (2008). A imbricada relação entre intervenção e investigação suscita inúmeros debates no campo da psicologia.

psicanalítico, mostrando-se, este, mais um campo de aplicação. Continua sendo revisada, questionada e utilizada na prática clínica³².

Em relação às contribuições do pensamento psicanalítico sobre o funcionamento do homem, podemos destacar como suporte teórico à TE a relevância da fala, da narrativa e das elaborações como ferramentas clínicas para compreensão e alívio de situações ou sensações subjetivas. Considerou-se o homem como ser singular, com afetos, pulsões e representações. Ser de desejo, de significação, de diversos tempos subjetivos, cada pessoa com sua história particular e sob referencial das suas experiências. Em relação ao manejo técnico, parte da literatura sobre psicanálise aplicada a intervenções breves contribuiu como suporte teórico. Autores destacam não ser adequado o estabelecimento de transferência negativa ou de neurose de transferência, não ser adequado realizar interpretações profundas e não ser adequado fazer uso de sessão totalmente aberta sem qualquer diretividade por parte do psicólogo, o que pode favorecer um campo relacional com fantasias persecutórias (Bleger 1974; Lowenkron, 1993; Kahtuni, 1996; Mannoni, 1980; Simon 2004). Deste modo, a proposta de TE não perderia de vista seu enquadre de processo preliminar (o cliente não continuaria a ser atendido pelo psicólogo deste primeiro momento) que requer, fundamentalmente, cuidados com o vínculo, além de aparato suportivo. Prima pela escuta, empatia, acolhimento, pontuações, organização de idéias e identificação da situação problema. Não visa aprofundamentos diagnósticos, embora prevista a observação de traços acentuados, com vistas ao trabalho focal imediato ou definição do encaminhamento.

De modo mais amplo, por se tratar de clínica psicológica, considerou-se o ser humano sob uma perspectiva do desenvolvimento que ocorre em vários âmbitos (orgânico, social, cognitivo, afetivo, profissional), inserido em um contexto social, cultural, valorativo e econômico específico. Levou-se em consideração as diferenças individuais, as diferenças culturais (convenções mais genéricas da cultura), as diferenças de grupos (cada núcleo familiar, escolar, de trabalho, econômico, ou outros tem convenções próprias) e, por fim, as diferenças entre o cliente e o psicólogo. Cada pessoa tem seu meio e suas particularidades, desde as orgânicas (idade, doenças, ou outros) às subjetivas e identitárias. Cada pessoa tem suas referências, história de vida, aspectos desenvolvidos e a serem desenvolvidos, limites, escolhas pregressas e escolhas a serem feitas, acidentes (situações que não foram escolhidas ou desejadas), dentre outros. Há um conjunto de elementos que influenciam na adaptação.

³² Em um levantamento feito por Teixeira e Nunes (2001), com análise qualitativa do plano de ensino de disciplinas de Psicologia Clínica de 11 universidades do Rio Grande do Sul que possuíam o curso de graduação em Psicologia, com 44 planos de ensino no total, observaram que a concepção de homem predominante utilizada na disciplina acadêmica da Psicologia Clínica, na ocasião do levantamento, era a Psicanalítica.

Variações nos contextos sociais e econômicos podem gerar diferentes tipos de problemas vividos e mesmo variação nas expectativas em relação à psicologia³³. Como princípio ético tentou-se respeitar e compreender tais diferenças.

Considerou-se que uma dificuldade (queixa) apresentada por uma pessoa pode ocorrer em diversos âmbitos de sua vida, em um ou em vários ao mesmo tempo: afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural ou orgânico (Simon, 2005) e que os modos de resolução (modos adaptativos) frente aos problemas vividos, tomados de maneiras mais ou menos planejadas ou conscientes, podem ser eficazes, adaptativos e benéficos, ou ineficazes, pouco adaptativos ou destrutivos (Simon, 2005).

Concepções de autores da área do desenvolvimento humano e educação também trouxeram contribuições ao olhar global para o homem aqui referido, como aquele que pode refletir e atribuir valores. Segundo Freire (1979), o homem é um ser reflexivo e pode, deste modo, tornar-se objeto de sua própria reflexão, pensar sobre si e aos objetos, “quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim pode transformá-la” (p.30). De acordo com Saviani (1977), o homem é ser de aspirações, avaliação e valoração (aquele que atribui valores), “Os valores indicam as expectativas, as aspirações que caracterizam o homem em seu esforço de transcender-se a si mesmo e à sua situação histórica; como tal, marcam aquilo que deve ser em contraposição àquilo que é.” (p.41). Considerando tais concepções, a clínica aparece como espaço para a reflexão compartilhada e o homem como aquele que pode olhar para si, refletir, rever ou reconsiderar escolhas e posicionamentos e estabelecer metas.

Considerou-se, por fim, o contexto mais genérico da sociedade atual (e mais especificamente da metrópole paulistana), com pressão aos indivíduos, exigências de inserção e êxito (seja escola ou trabalho) e necessidade de que cada um cuide do seu estar no mundo, sobrevivência e relações sociais com redes particulares para apoio. Momento de rápidas e frequentes transições de padrões ou valores (sociais, culturais e econômicos), que podem gerar desestabilizações subjetivas ou dificuldades identitárias. De acordo com o sociólogo Zygmunt Bauman (2000, citado por Oliveira, 2009³⁴), que utiliza a expressão *Sociedade Líquida* para designar a sociedade pós-moderna, a situação histórica é de liquidez, caracterizada pelo enfraquecimento dos sistemas de proteção estatais às intempéries da vida, ambiente de incerteza, responsabilização ao indivíduo (ao plano individual) por eventuais fracassos, passagem de estruturas de solidariedade coletiva para as de disputa e competição,

³³ Garfield (1971)

³⁴ <http://direitoadministrativoemdebate.wordpress.com/2009/08/15/a-modernidade-liquida-de-bauman/>

dentre outros (<http://direitoadministrativoemdebate.wordpress.com/2009/08/15/a-modernidade-liquida-de-bauman>). É, por outro lado, uma época na qual o sistema de informações se ampliou muito e na qual avanços na área tecnológica e de saúde revolucionaram esferas da vida individual e privada para diversos extratos sociais. Neste contexto, a psicologia pode contribuir com diversos modelos de atividades, capazes de abarcar as dúvidas ou dificuldades da atualidade.

O aprofundamento sobre as teorias do desenvolvimento na psicanálise ou outras vertentes da psicologia; o estudo das diferenças e similaridades entre as concepções de homem (e seus diversos aspectos) subjacente às práticas psicológicas; o estudo das relações entre natureza, significações e cultura na formação subjetiva; o estudo das bases epistemológicas da psicologia e sua interface com outras ciências do homem e inúmeros outros, são aspectos que indiretamente influenciam nos atos clínicos e requerem reflexões cuidadosas.

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

Apresentar e avaliar a experiência da realização de atendimentos em triagem interventiva, TE, em uma clínica-escola de psicologia.

4.2 Objetivos específicos

1. Apresentar e descrever o conteúdo da experiência clínica do atendimento em TE, mencionando as especificidades de cada caso. Caracterizar participantes, queixas e desenvolvimento dos atendimentos.
2. Avaliar se a experiência prática pôde realizar os objetivos planejados (exeqüibilidade), a saber, 1) realizar a triagem com maior detalhamento e encaminhamentos mais sólidos, 2) com base na visão da elaboração da queixa e acolhimento, resultar em alívio clínico psicoterapêutico. Refere-se à avaliação da eficácia (coerência, capacidade de ser executado), verificação da adequação das técnicas e concepções aos objetivos e avaliação da necessidade de alguma alteração.
3. Avaliar a adequação da TE ao seu contexto: Se as conseqüências obtidas corresponderam às almejadas, de gerar benefícios para o cliente e contribuir com melhoras na instituição.
4. Refletir modos de inserção institucional de uma triagem interventiva.

Obs. Dados complementares aos dos atendimentos foram coletados para que as avaliações fossem realizadas.

5. MÉTODO

“Nenhuma abordagem ou estratégia metodológica é detentora da certeza absoluta em psicologia. O importante é que exista uma coerência entre as bases teóricas e filosóficas da pesquisa metodológica empregada para sua investigação”.

(Castro, 1999)

5.1. Etapas:

1. Coleta de dados:

- 1.1. Observação de 8 triagens tradicionais da rotina da Clínica: etapa de adaptação.
- 1.2. Coleta dos dados sobre expectativa: etapa de aproximação com demandas.
- 1.3. Atendimentos em TE: etapa de pesquisa da TE aplicada. Coleta dos dados centrais do trabalho.
- 1.4. *Follow up* de Opinião: opinião sobre ao atendimento recebido em TE (após 1 mês do encerramento da TE).
- 1.5. *Follow up* de Situação: situação subjetiva e da Adesão ao encaminhamento proposto (após 1 ano do término da TE).

2. Tratamento dos dados, avaliação e análise.

5.2. Considerações sobre o método

Trata-se de uma pesquisa aplicada em psicologia clínica, com método Clínico-qualitativo de pesquisa em saúde (Turato, 2008³⁵) e com avaliação de programa de saúde. É Pesquisa Aplicada por ter sido dirigida em função de um objetivo prático. É pesquisa Clínico-qualitativa em saúde, por se voltar, qualitativamente, ao inusitado de cada encontro clínico, ele mesmo como orientador e gerador de conhecimento em psicologia sobre o homem, considerando aspectos que se dão exclusivamente no campo relacional. É uma pesquisa de avaliação de serviços de saúde, pois visa refletir uma experiência de atendimento inserida no contexto de saúde pública psicológica, com o objetivo de refletir parâmetros de qualidade e otimização.

³⁵ A primeira edição da obra ‘Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa’ foi lançada em 2003, pela editora Vozes.

A coleta dos dados centrais provém, essencialmente, de uma atividade clínica específica, a TE. Disto decorre que os dados são provenientes de uma experiência de cunho intersubjetivo, com construção mútua entre os agentes envolvidos na situação clínica (que envolve a empatia e a especificidade do encontro único) e descritos conforme aquilo que o pesquisador, também psicólogo, apreendeu da experiência. Diante do relato, aspectos foram escolhidos para análise qualitativa. Este procedimento caracteriza fundamentalmente a pesquisa como pesquisa clínica, com método clínico-qualitativo (Turato, 2008).

Castro (1999) aponta:

A investigação científica em psicologia clínica pode proporcionar um amadurecimento e um desenvolvimento das técnicas e dos procedimentos empregados nos tratamentos psicológicos, visando à saúde mental dos indivíduos. Quanto mais a área clínica se desenvolve, o que só é possível com o desenvolvimento de pesquisas na área, mais possibilidades de intervenção são descobertas. Sendo assim, a prática clínica pode e deve subsidiar a pesquisa em psicologia clínica que, por sua vez, subsidia a prática, estabelecendo-se um estreito laço entre esses dois aspectos, que se mostram, portanto, indissolúveis. (Castro, 1999, p.11).

Uchimura & Bosi (2002) observam:

Essa modalidade de investigação estaria alicerçada em uma postura de busca do sentido dos fenômenos no espaço da intersubjetividade, ou melhor, no espaço do encontro entre a subjetividade que se inscreve na vivência dos informantes e na vivência do próprio pesquisador, através das compreensões e interpretações compartilhadas. (p. 1567)

Giami (2004) aborda a complexidade de se apresentar, sob a perspectiva daquilo que foi apreendido pelo pesquisador, aquilo que se passou com o sujeito, alvo de uma ação interventiva:

O fato de considerar que o momento da coleta do material pode ter valor de intervenção e trazer vantagens ao objeto assinala a especificidade da pesquisa clínica ao mesmo tempo que traduz sua complexidade e dificuldade. Todo o problema consiste então em colocar em perspectiva o que se passa nos momentos de interação entre o pesquisador e o sujeito com o que se supõe passar no espaço do sujeito. (p. 45)

Além de Pesquisa Clínica, tratou-se, de Pesquisa de Avaliação de Programa de Saúde, destinando-se ao exercício de uma avaliação qualitativa. A avaliação não foi voltada a um programa ou serviço rotineiro, mas a uma experiência prévia de um serviço, também foco de pesquisa. Segundo Uchimura e Bosi (2002), avaliar é atribuir algum valor e toda pesquisa que lida com avaliação de programas ou serviços de saúde está sujeita a cair em critérios subjetivos de avaliação, a começar pela conceituação do termo qualidade, de caráter polissêmico. Segundo as autoras, a preocupação apresentada não é uma crítica ao método de pesquisa qualitativa, mas uma discussão sobre os processos de conceituação dos termos e dos critérios que as envolve. A avaliação de um programa ou serviço pode se dar por frentes

diversas de análises, sejam elas quantitativas, com foco no levantamento de processos gerais (dados sobre número de atendimentos, abandono, alta, ou outros), sejam elas qualitativas, com estudos descritivos de casos atendidos, entrevistas em profundidade, ou outras técnicas e com aspectos específicos selecionados para uma discussão dissertativa (Bosi & Uchimura, 2007)³⁶.

A escolha do método clínico qualitativo com estudo de caso (incluindo a descrição dos atendimentos e a menção de que a coleta dos dados se deu na situação singular do encontro clínico) nos pareceu interessante para a finalidade da avaliação de um serviço de recepção. A opção pela inclusão de mais de um estudo de caso na pesquisa também se deu como tentativa de abranger o foco em questão. A escolha pelo método clínico qualitativo está de acordo com as considerações de Uchimura & Bosi (2002) sobre formas de avaliação de serviços: “Para fundamentar e instrumentalizar o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presente no vivido dos usuários junto a determinados programas, a tradição qualitativa se nos apresenta como um profícuo caminho metodológico” (p.1567). Além desta escolha, a escuta da opinião dos participantes em relação ao atendimento, também pareceu ser um caminho interessante para a finalidade da avaliação do serviço, embora, sob risco de incorrer em vieses por conta de *desejabilidade social*, como em toda a pesquisa de escuta de opinião (Campos, 2005)³⁷. Mais uma vez, há consonância com os parâmetros apresentados por Uchimura & Bosi (2002), que ressaltam a importância de as pesquisas sobre serviços de saúde apresentarem a perspectiva dos *atores sociais* envolvidos no processo:

Entendemos a premência de se considerar a participação dos atores e, principalmente, dos usuários, na avaliação. Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e, ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade. Estudos baseados nas perspectivas dos atores sociais envolvidos em programas e serviços podem ser concebidos como análises circunscritas ao campo da avaliação qualitativa, à medida que considerarem a utilização de um método científico para a captação do significado dos fenômenos focalizados. Para tanto, impõe-se a utilização de um método de pesquisa apropriado para a análise qualitativa de uma intervenção a partir das dimensões relevantes aos grupos de interesse (atores sociais) que interagem com um determinado programa ou serviço. (p.1567)

³⁶ Bosi e Uchimura (2007), em um ensaio teórico sobre avaliação da produção do cuidado em saúde, distinguem a diferença conceitual entre *avaliação da qualidade* e *avaliação qualitativa*, salientando as implicações decorrentes da não-distinção entre os dois conceitos.

³⁷ “A desejabilidade social é um problema que surge sempre que se quer investigar algo utilizando questionários, uma vez que há a tendência para responder a estes da forma que se considera mais aceitável em termos sociais. Porque queremos transmitir uma determinada imagem, temos tendência a dar respostas socialmente aceitáveis ou consideradas "correctas". Devido a esta tendência a enviesar os resultados, muitas vezes nos estudos são usadas escalas para controlar este fenómeno. Note-se que a desejabilidade social depende muito da situação em que é passada a escala e das necessidades e objectivos subjacentes à sua passagem. Em princípio, pode-se acreditar na veracidade das respostas dadas a um questionário sempre que este preenche as seguintes condições: faz apelo à sinceridade (deixando em aberto a possibilidade de não ser preenchido se não houver disposição para fazê-lo com seriedade); é garantido o anonimato e são usados alguns itens invertidos e/ou de despistamento” (Campos, 2005, recuperado de <http://www.educare.pt/educare/Opiniaio>).

Tanto o levantamento da opinião quanto o levantamento da situação do cliente após o encerramento da TE, procedimentos de *follow up*, foram estratégias de investigação, escolhidas com o propósito de trazer elementos que pudessem contribuir na análise. O recurso do *follow up* é mencionado como importante ferramenta de acesso aos aspectos vantajosos e desvantajosos em atendimentos, que pode auxiliar clínicos e pesquisadores da psicologia clínica na busca da compreensão dos fatores de melhoras terapêuticas ou abandonos de terapia (Yehia, 1999).

Por fim, ressaltamos o uso de alguns conceitos presentes em pesquisas de avaliação de serviços de saúde. Silva e Formigli (1994) debatem critérios freqüentemente utilizados, apontando o seguinte agrupamento entre *critério* e *termo* (denominação) usado:

- a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). (p. 81)

Segundo as autoras, “verifica-se freqüentemente uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e qualidade, a começar pelo Dicionário Aurélio (Ferreira, 1986), que considera os três primeiros como sinônimos” (Silva & Formigli, 1994, p. 82). Embora não de modo direto, algumas destas noções estarão presentes nas discussões aqui levantadas, considerando *eficácia* como a possibilidade de atingir o efeito desejado (fazer corretamente a coisa), *efetividade* como o alcance das consequências (benefícios) e eficiência como a otimização do uso dos recursos disponíveis³⁸.

5.3. Local

Clínica Psicológica escola Dr. Durval Marcondes do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Utilizou-se uma das três salas da Clínica destinadas para atendimento psicodiagnóstico (a Clínica conta com outras salas para os atendimentos psicoterápicos).

³⁸ Silva e Formigli (1994) apontam que alguns autores usam como sinônimo e outros diferenciam os conceitos de *eficiência* e *otimização*. Não abrangeremos a diferenciação para fins desta dissertação.

5.4. Participantes

Dez participantes, atendidos, no período de julho a novembro de 2006.

O critério de inclusão foi o de serem excedentes da triagem tradicional da Clínica no dia de inscrição regular, por ordem de chegada, nos dias em que as vagas para o atendimento em TE foram oferecidas³⁹. Não houve critério de exclusão. Não houve seleção prévia de pessoas que estivessem interessadas exclusivamente em atendimentos breves, considerando a amplitude da proposta da TE. Não houve seleção de alguma característica de identidade específica para a composição da amostra (sexo, faixa etária, tipo de queixa), pelo mesmo motivo, abrangência da proposta de triagem pesquisada e sua qualidade de porta de entrada, no sentido de que, em uma triagem, o psicólogo não escolhe o cliente, mas o recebe e elabora o encaminhamento. Embora seja uma amostra pequena, a caracterização dos participantes e queixas pode trazer informações sobre as demandas clínicas da atualidade e o estilo da população que procura a Clínica e, por assim ser, faz parte dos resultados da pesquisa.

Os participantes da TE não foram atendidos na triagem de rotina da Clínica, podendo, os mesmos, caso houvesse interesse, retornarem em outro dia para aguardarem vaga em uma triagem tradicional. A escolha por excedentes se deu à medida que a proposta inicial do projeto visava o atendimento a esta população, ou seja, como serviço, funcionar atendendo a interessados além dos que já eram atendidos pelas vagas de rotina. A condição de terem sido os participantes pessoas que não haviam conseguido vaga em triagem convencional, por ter havido a estes interessados em atendimento uma opção extra em receber atendimento naquele dia, pode ter gerado alguma influência na aceitação em participar de atendimento e opinião sobre o atendimento recebido. Para contornar vieses tentou-se esclarecer brevemente a proposta da TE, a não obrigatoriedade em participar, bem como a possibilidade do atendimento funcionar exatamente como a triagem convencional da Clínica, embora não garantisse vagas posteriores, o que não impediria, de o cliente retornar em um outro dia para tentar a vaga convencional, caso visse necessidade. Deste modo, a convocação para a TE que ocorria no mesmo momento da convocação para as vagas tradicionais era oferecida como uma

³⁹ A recepção rotineira dos usuários da Clínica era realizada na ocasião em dois dias semanais (segundas e quintas feiras, às 8:30h e segunda-feira às 14:00h), pela equipe de psicólogos contratados da Clínica. A inscrição e triagem eram realizadas no mesmo momento e por ordem de chegada, não havendo possibilidade de prévia inscrição via telefone ou e-mail. A triagem era realizada geralmente em um único encontro de aproximadamente 1 hora, no qual eram coletados os dados cadastrais do cliente (idade, data de nascimento, local de nascimento, nacionalidade, endereço, religião, cor, sexo, telefones, número da identidade, horários disponíveis para um atendimento, grau de escolaridade, profissão e endereço do trabalho), dados da constituição familiar, além de coletada a queixa propriamente dita. Semanalmente eram atendidos pelo Serviço de Triagem, em média, seis clientes (quatro em um dos dias e dois no outro), sendo que as pessoas que chegaram para atendimento e não conseguiram a vaga eram orientados a voltar em outro dia, caso houvesse o interesse mantido (excedentes de triagem).

extensão das vagas. A psicóloga da Clínica inscrevia os primeiros clientes da sala de espera, e, no lugar de conversar com os outros avisando do limite de vagas e da necessidade de retornarem outro dia, comentava que havia uma vaga adicional, em um trabalho de pesquisa.

5.5. Procedimentos e Instrumentos de cada etapa

Em primeiro foi feito o estudo de ambientação em relação à rotina e à triagem convencional realizada na Clínica. Em segundo, coletou-se os dados sobre as expectativas dos clientes em espera triagem e concomitantemente, ocorreu a realização dos atendimentos em TE. Em quarto, ocorreu a coleta dos dados de opinião dos clientes atendidos e, em quinto a coleta dos dados da situação do cliente após um ano do término a TE. Segue a especificação sobre as etapas, os procedimentos e instrumentos utilizados.

5.5.1. Observação da Triagem Tradicional (TT)

A pesquisadora participou como observadora de oito triagens tradicionais, ocorridas entre o período de maio a junho de 2006, realizadas por um dos psicólogos. A experiência serviu como ambientação à rotina da clínica, bem como para a avaliação de uma TT. As TTs assistidas foram discutidas com a orientadora e, com base nestes dados, realizou-se reflexões em relação a possíveis diferenças que poderiam ocorrer caso houvesse um espaço de Triagem Estendida.

5.5.2. Pesquisa sobre expectativas

Instrumentos: Questionário de Expectativas

Questionário sobre expectativas elaborado por Herzberg e Tognotti em 2004 (ANEXO A). Contém três questões. A primeira, *‘o que você espera de um psicólogo?’*, aborda as expectativas sobre o trabalho do psicólogo. Foi elaborada da maneira mais aberta possível com vistas a possibilitar amplo espectro de resposta, de acordo com aquilo que fosse mais premente para o cliente. A segunda, *‘qual seria a duração ideal de um atendimento para você?’*, pretendeu verificar o tempo almejado de atendimento (questão fechada, formulada como teste, com seis opções de respostas). A terceira, *‘se você tivesse um atendimento de 5 ou 6 entrevistas poderia ajudar?’*, relaciona-se diretamente com a investigação sobre TE

(formulada com duas opções de respostas, *sim* ou *não*, e com espaço para que a resposta fosse justificativa).

Procedimentos:

Os questionários foram aplicados em todos os clientes em sala de espera, dentre os que consentiram em participar (total 100 participantes⁴⁰). A aplicação ocorreu nos dias de triagem da Clínica, na sala de espera, durante o mês de maio e no período de agosto a outubro de 2006, sempre com meia hora de antecedência da chegada do psicólogo técnico responsável pela triagem, a fim de haver tempo necessário para aplicação. A pesquisadora informava às pessoas em espera que estava realizando uma pesquisa com o interesse de verificar as expectativas em relação ao atendimento buscado. Esclarecia que a participação não era obrigatória, que não exigia identificação e que não influenciaria na triagem corrente da clínica (ou seja, que não alteraria o número de vagas e pessoas que seriam chamadas). Disponibilizava-se para responder qualquer dúvida, bem como para ler ou preencher o formulário, caso alguém não o pudesse fazer.

Nos dias em que foram abertas vagas para o atendimento em TE, a pesquisadora pediu ao cliente da TE a identificação do questionário, caso consentisse. O questionário foi respondido antes de saberem da possibilidade do atendimento em TE e não interferiu na inclusão do cliente no atendimento de TE. No início da TE o questionário foi lido com o cliente, o que facilitou a aproximação com alguns de seus anseios, tendo sido um primeiro recurso de contato ou aproximação com as expectativas, posteriormente re-elaboradas.

Dos 10 participantes da TE, 7 preencheram o questionário. Os outros três clientes entraram no projeto TE antes do início da coleta dos dados sobre expectativa, não tendo participado desta etapa da pesquisa.

5.5.3. Atendimento em TE:

Instrumentos:

- Entrevistas Clínicas: Foram realizadas entrevistas clínicas semi-abertas (Bleger, 1974). Havia tópicos pré-estabelecidos a serem investigados, mas tanto o momento, como a ordem dessa investigação podia variar de acordo com as características do participante. Dentre os tópicos, o esclarecimento do(s) motivo(s) da consulta (queixa e demanda), o esclarecimento da(s) expectativa(s) em relação

⁴⁰ Não serão analisados nesta dissertação.

a um possível atendimento e esclarecimentos sobre viabilidades práticas. Tais entrevistas tiveram abordagem psicanalítica utilizando-se também da literatura sobre entrevistas iniciais em psicanálise (Dunker, 1999; Mannoni, 1980). Além do aspecto de entrevistas preliminares, por vezes o atendimento teve característica de consulta psicológica com espaço para elaboração de questões pontuais ou acolhimento, utilizando-se, como base, literatura sobre atendimentos breves psicanaliticamente orientados (Bleger, 1974; Lowenkron, 1993; Kahtuni, 1996).

- Registro e arquivamento dos dados: O registro ocorreu após cada entrevista. Anotou-se parte dos diálogos, aspectos da queixa, observações sobre comportamentos do cliente, aspectos interventivos (perguntas realizadas, por exemplo) e elaborações ocorridas. Foi redigido com base naquilo que a psicóloga havia memorizado e compreendido dos atendimentos, não tendo havido gravação. Foi feito um relatório final de cada processo de TE e arquivado no banco de dados da Clínica, software PSICUSP⁴¹.
- Ficha de Cadastro do cliente na Clínica para a coleta dos dados de identificação e cadastrais (inclusão destes dados no banco de dados).

Procedimentos:

Os atendimentos foram realizados pela pesquisadora⁴². Apresentou-se como psicóloga aos clientes excedentes com a proposta de oferecer um atendimento breve e que este atendimento fazia parte de um projeto de pesquisa. Foi explicado, a cada potencial participante que se ele concordasse, teria a possibilidade de ser atendido, semanalmente por ela, por um número máximo de seis encontros com a duração aproximada de cinquenta minutos cada. Foi explicado que a pesquisa avaliaria um modo de atendimento e foram brevemente apontados os objetivos do atendimento (esclarecer o(s) motivo(s) da busca de atendimento e poder contribuir nas questões, dúvidas e/ou dificuldades delimitadas dos usuários). Esclarecia-se ainda que não haveria garantia de uma eventual continuidade de atendimento na Clínica, mas que o atendimento não impossibilitaria que encaminhamentos ocorressem⁴³. Durante a primeira entrevista foram coletados os dados pessoais para

⁴¹ Banco de Dados da Clínica-escola psicológica Dr. Durval Marcondes, denominado PsicoUsp. Software desenvolvido a partir de 1995, para o armazenamento informatizado dos dados dos clientes e de seus percursos clínicos na Clínica Dr. Durval Marcondes (Herzberg, 2007).

⁴² Iniciou a coleta dos dados com bolsa FAPESP em nível de Iniciação científica.

⁴³ Embora não fosse garantido, optou-se na pesquisa e com o consentimento da Clínica que os desfechos da TE poderiam ocorrer tanto para encaminhamentos externos como internos, de modo que ambos foram apresentados e discutidos com o cliente ao longo dos atendimentos.

cadastramento e lido conjuntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁴⁴. A proposta da TE foi explicitada mais de uma vez, com esclarecimento da possibilidade de retornos (totalizando seis encontros). Depois de terminado o primeiro encontro, agendou-se retorno com todos os participantes.

Houve supervisão semanal dos encontros pela a orientadora, que orientou na compreensão do cliente, nas condutas escolhidas e nas decisões sobre os diferentes encerramentos (desfechos da TE). A escolha do número de encontros com cada participante (máximo seis pela proposta do atendimento) foi definida pelo psicólogo, supervisor e cliente, de acordo com as características e a necessidade de cada caso.

Ao final da TE realizou-se, quando necessário, encaminhamento. As finalizações nos processos de TE foram registradas, bem como os encaminhamentos. Definiu-se que os encaminhamentos possíveis de ocorrerem após da TE seguiriam os parâmetros dos encaminhamentos que, no geral, ocorriam na Clínica-escola Dr. Durval Marcondes. Além de encaminhamentos, a TE também teve como possibilidade de desfecho a finalização do processo sem encaminhamento, quando as consultas fossem consideradas pelo cliente suficientes para sua demanda naquele momento ou quando houvesse desistência (considerada aqui como o abandono do processo, sem aviso, durante o período previsto da TE). A psicóloga se prontificou a estar como referência da Instituição para eventuais dúvidas, problemas ou mudanças no percurso após o encaminhamento. O Quadro 2 apresenta, esquematicamente, os desfechos possíveis da TE.

Quadro 2 Desfechos possíveis da TE	
Encaminhamentos	Especificações
Encaminhamento Interno EI	<ul style="list-style-type: none"> • Disciplinas • Pesquisas • Programas específicos ligados ao PSC - IPUSP
Encaminhamento Externo à Clínica EE	<ul style="list-style-type: none"> • Outros Serviços no IPUSP, de outros departamentos (no geral oferecidos no CAP) • Serviços Psicológicos fora do IPUSP: com uso do <u>Cadastro de Psicólogos da Clínica</u> (Oferecidas, pelo menos, duas indicações. Levantamento dos psicólogos em locais de fácil acesso ao cliente). • Psiquiátricos fora do IPUSP • Serviços de outras naturezas, tais quais clínica médica.
Finalização FI	Sem encaminhamento
Desistência DE	Sem encaminhamento

⁴⁴ Ver Aspectos Éticos, item 5.7.

Outras observações sobre a conduta profissional:

Ao longo das entrevistas existiu uma gama de atitudes que a psicóloga tomou, de acordo com cada caso e que possibilitou o desenvolvimento das elaborações. As condutas foram facilitadoras para fala e compreensão do caso, muitas delas freqüentes na maior parte daquilo que se considera atendimento em psicologia. Por se tratar de pesquisa, faremos breve explicitação destas ferramentas.

1. Atenção: Atitudes que denotaram disponibilidade e abertura para o cliente, em processos empáticos.
2. Investigações: Perguntas na tentativa de compreender o cliente e suas questões (são exemplos: “O que você sentiu”; “Como foi isto?”; “O que você pensou nesta situação?”). É uma maneira de verificar detalhes, fazer aprofundamentos ou trazer à tona aspectos implícitos. Com as atitudes de investigação e atenção pretendeu-se conhecer a história de vida, a história da queixa, a forma como a pessoa entende o seu problema, os recursos utilizados para buscar melhorias ou lidar com as situações problemas.
3. Acolhimento: Presença do psicólogo com disponibilidade na tentativa de dar suporte em aspectos que podem estar difíceis para o cliente.
4. Explicitar ou verbalizar aspectos não verbais ou conteúdos latentes, se necessário. Pontuações e escuta como postura facilitadora da fala
5. Solicitar relato dos significados atribuídos às experiências (embora, no geral, o relato espontâneo já expresse o modo como uma pessoa compreende e vivencia sua experiência).
6. Apontar mudanças na atitude do cliente observadas ao longo do processo de TE.
7. Ajuda para a caracterização de situação problema e dos meios de lidar com a dificuldade apresentada.

5.5.4. Follow up: Pesquisa sobre Opinião

Instrumentos:

- Questionário Pós-TE (ANEXO B) elaborado com a finalidade de conhecer a opinião (avaliação) dos participantes em relação ao atendimento recebido. Está formulado com questões que investigam de forma direta (*‘em sua opinião, as consultas pelas quais passou te ajudaram?’*) e de forma mais indireta (*‘você*

indicaria o mesmo atendimento que fez a alguém?') a satisfação com relação ao atendimento recebido. Abre espaço para críticas e sugestões.

- Carta explicativa do questionário (ANEXO C) com explicação dos objetivos do questionário e de sua não obrigatoriedade.

Procedimentos:

Questionário e carta enviados por correio após o término da TE. Foi também enviado um envelope selado e endereçado para o retorno do questionário preenchido à Clínica.

5.5.5. Follow up: Situação do cliente após 1 ano do término da TE

Instrumentos: Roteiro (ANEXO D)

Foi realizado um levantamento sobre a continuidade de cada caso após a TE para a verificação da adesão ao encaminhamento. Além da adesão, também se pretendeu investigar a vinculação com o profissional subsequente, o tempo em que o cliente ficou em espera para o atendimento e a permanência de elaborações (ganhos) subjetivas ocorridas durante a TE. Houve variação do roteiro conforme o desfecho da TE. Além do telefonema, em casos de encaminhamento interno, utilizou-se o prontuário do cliente na Clínica.

Procedimentos:

O *follow-up* da situação foi realizado via telefonema, após 1 ano do término do atendimento. Realizou-se uma conversa com cada cliente, com roteiro pré-estabelecido, mas com variação no modo de colocar os pontos principais para cada participante.

5.6. Análise e avaliação (critérios de análise)

Mencionaremos os modos de avaliação seguindo os quatro objetivos específicos da pesquisa. Embora não se trate de pesquisa experimental, tal como já dito (nas quais variáveis são controladas e mensuradas a fim de se avaliar correlações específicas), escolhemos alguns critérios para auxiliar a discussão, que explicitam alguns dos raciocínios lógicos em relação aos dados, capazes de dar suporte na análise qualitativa. Cada aspecto abre portas para novos estudos, mais focados, o que não ocorreu neste trabalho, por ter sido pretendido um recorte mais amplo de pesquisa sobre a TE.

1. **Primeiro objetivo:** Apresentar e descrever o conteúdo da experiência clínica do atendimento em TE, mencionando as especificidades de cada caso.

Os atendimentos serão relatados o que permitirá mostrar aquilo que de peculiar se ocorreu ao ter sido realizado atendimentos sob o balizamento da proposta da TE. Foram feitas omissões e alterações de alguns dados a fim de preservar a identidade do participante.

Serão apresentados genericamente os dados dos 10 atendimentos (item 6.2), além da apresentação de dois processos de TE na íntegra, com detalhamento dos passos ocorridos, de modo a explicitar diferentes conduções do processo (6.3). Outras especificações do modo como os dados estão distribuídos está no próprio capítulo Resultados (capítulo 6).

- 2. Segundo objetivo:** Avaliar se a experiência cumpriu com os objetivos planejados (exercer a triagem com maior detalhamento e desfechos adequados à; possibilitar alívio clínico psicoterapêutico) e a adequação dos instrumentos de atendimento utilizados.

O quadro 3 apresenta, de modo esquemático, os itens a serem avaliados e os critérios utilizados na discussão qualitativa.

Quadro 3 Roteiro para Avaliação da aplicação prática da TE			
O que avaliar? (Aspecto Avaliado)	Como investigar	Crítérios	Observações/ questionamentos
Ampliação da compreensão do quadro inicial (queixa)	Andamento dos processos	Ênfase na evolução dos atendimentos e alterações/ampliações das queixas.	
Desfecho adequando ao que o cliente demandava. (Definição apropriada de encaminhamento ou finalização)	Encaminhamentos e situação pós-TE Esclarecimentos sobre os atendimentos Expectativas	Relação entre demanda e encaminhamento: motivo das escolhas Participação do cliente na escolha Adesão ao encaminhamento (verificação dos motivos da adesão ou não adesão).	A ampliação da compreensão da queixa teria contribuído? A elaboração da expectativa e do engajamento com atendimento futuro teria contribuído no desfecho? As informações concretas sobre um atendimento ou a experiência de estar em um atendimento teriam contribuído?
Alívio terapêutico Melhora em estados subjetivos (emocionais) Aquisições subjetivas ocorridas com a TE	Observações do psicólogo sobre dinâmicas subjetivas (comportamentos não verbais) Relatos verbais e escritos	Ter havido aquisição subjetiva: 1. alívio de sensações negativas (pelo compartilhamento, elaboração ou por outro motivo), 2. Aquisição de compreensão	Relação entre as aquisições e as ações do psicólogo (acolhimento e pontuações).

	dos participantes sobre sensações de melhora ou alívio.	sobre o problema ou formas novas de pensar ou lidar com alguma situação (ferramentas reflexivas)	
Permanência das aquisições subjetivas após 1 ano do término da mesma.	Relato de lembrança ou de satisfação que expõe benefícios após 1 ano do término da TE. Investigada pelo relato.	Ter havido permanência	

3. Terceiro objetivo: Avaliar benefícios para o cliente e para o fluxo institucional.

Dado ter sido possível realizar os objetivos da TE, avaliaremos as conseqüências (benefícios) para o cliente e adequação à organização institucional do fluxo da clientela. Foi uma solução adequada para o problema prático institucional que se apresentava?

O quadro 4 apresenta uma proposta para análise dos benefícios.

Quadro 4			
Roteiro para Avaliação dos benefícios da TE			
O que avaliar? (Aspecto Avaliado)	Como investigar	Crítérios	Observações/questionamentos
Benefícios para o cliente	Opiniões, críticas, elogios ou outras manifestações de opinião (tais como abraçar, presentear, etc.) sobre o atendimento ou sobre a modalidade TE (recolhidas durante a TE no <i>follow up</i>). Relação entre expectativas e atendimento.	Ter havido qualquer um dos itens pretendidos para o atendimento (alívio, esclarecimentos, clarificação, etc.), sem prejuízo por ter sido modalidade breve. Ocorrência de opiniões/ avaliações positivas (satisfação) Expectativa do cliente ter sido suprida na TE ou via encaminhamento oferecido Adesão à TE (permanência na TE, sem interrupção precoce ou não combinada)	Verificar desvantagens. Houve problemas com o vínculo, rompimento ou estabelecimento de outro vínculo?
Benefícios institucionais	Desfechos da TE Adesão ao encaminhamento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhamento mais cuidadoso 2. Otimização do uso das vagas para os atendimentos 3. Pronto-atendimento. <hr/> <u>Especificações:</u>	Capacidade de um serviço de recepção prolongada realizar filtros institucionais pertinentes. ---- Capacidade de um serviço de recepção estendida realizar

		<p>Encaminhamentos adequados, verificados pela Adesão ao encaminhamento. Indica capacidade de ser um filtro institucional eficiente, podendo levar à otimização do uso das vagas.</p> <p>----</p> <p>Ocorrência processo finalizado em TE e suficiente para a demanda do cliente. Indica possibilidade de a TE lidar com demandas por atendimentos focais que não vinham sendo atendidas na clínica, podendo gerar a consequência da minimização de tempo de espera.</p>	<p>atendimentos clínicos e lidar com parte da demanda, sem que o cliente fique em espera ou sem que receba encaminhamento para atendimento longo, quando demanda consultas.</p>
--	--	--	---

A Adesão à TE, será usada como indicador da relação que os clientes tiveram com este espaço de atendimento e Adesão ao Encaminhamento proposto (com a compreensão das alterações neste percurso), como um dos índices para avaliação da TE. Seguem os critérios conceituais utilizados, inspirados nos parâmetros descritos na pesquisa de Gastaud e Nunes (2009), embora tenhamos optado pelo termo *adesão* no lugar de *aderência*.

Em relação à TE:

Não-adesão: quando o usuário da Clínica não quis participar da proposta de atendimento em pesquisa, ou quando desistiu após o primeiro encontro.

Abandono ou Desistência: quando o cliente, sem aviso prévio, deixou de comparecer à TE entre o 2º ao 6º encontro, havendo retornos agendados.

Adesão: Participação na TE, com ou sem uso das seis sessões previstas e finalização com acordo mútuo.

Em relação ao encaminhamento:

Adesão: Ter ido ao atendimento e permanecido no mesmo (podendo ter havido Alta ou estar em Continuidade na ocasião do *follow up*).

Adesão seguida de alteração (Adesão + Não-adesão): Quando o cliente procurou o encaminhamento, permaneceu no mesmo por pelo menos um mês modificando posteriormente o percurso.

Não Adesão: Mudanças em relação ao desfecho proposto na TE, seja por não ter procurado atendimento indicado ou por ter procurado atendimento quando a TE havia dado por encerrado o caso.

4. Quarto objetivo: Discussão sobre as maneiras de implementação institucional de um serviço com tal natureza.

Tratar-se-á de uma elaboração reflexiva (quadro V).

Quadro 5			
Roteiro para discussão sobre inserção institucional da TE			
O que avaliar?	Como investigar	Crítérios	Observações/ questionamentos
Modos de inserção institucional (da TE)	Levantar possibilidades de inserções e debatê-las	<p>Possibilidade da instituição.</p> <p>Coerência entre aquilo que a TE pode oferecer de vantagens e a demanda institucional.</p> <p>Coerência com o estilo de organização da rotina da clínica (a depender de sua organização, ajustes podem ser feitos na modalidade a fim de ocorrer sua inserção)</p>	<p>Aspectos levantados e estilos de inserção possíveis:</p> <p>Atendimentos a excedentes?</p> <p>Realizados por estagiários?</p> <p>Ser um serviço incorporado ao tradicional serviço de triagem/ ter aspectos incorporados à triagem de rotina?</p> <p>Ser um serviço de triagem separado, a ser realizado por estagiários? Ter relação entre seus desfechos e as outras vagas de atendimentos oferecidas na Clínica?</p> <p>Ser um serviço de consultas e pronto-atendimento, em dias específicos. Neste caso, ser oferecido a excedentes ou pessoas interessados em atendimentos breves/focais?</p>

5.7. Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foi embasada na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foram respeitados os aspectos centrais referentes à eticidade em pesquisa descritos nesta Resolução, tais como consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, preferencialmente com autonomia

plena. Foi garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Houve devida preocupação com a ponderação entre riscos e benefícios (princípio da beneficência), danos evitados (não maleficência), preocupação com o bem-estar do sujeito, confidencialidade e privacidade, garantindo a proteção da imagem e não estigmatização do participante. Os dados serão apresentados de modo genérico e com nomes fictícios.

Foram utilizados dois Termos de Consentimento:

1) Termo de Consentimento Livre-Esclarecido para Questionário de Expectativa, (ANEXO E), que visou explicar a finalidade do questionário passado em sala de espera e verificar se o participante concordaria em participar.

2) Termo de Consentimento Livre-Esclarecido para atendimento em TE (ANEXO F) contendo explicações sobre a pesquisa e sobre o compromisso de sigilo quanto a dados que pudessem permitir qualquer identificação dos mesmos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em 2007 e recebeu parecer positivo para o trabalho com seres humanos (ANEXO G). O projeto também foi submetido à equipe técnica da Instituição, recebendo autorização para a pesquisa.

6. RESULTADOS

6.1. Relato da observação da Triagem Tradicional

De acordo com o que foi observado nas 8 triagens assistidas pela pesquisadora na Clínica-escola Psicológica 'Dr. Durval Marcondes' (1º semestre/2006), o foco das mesmas esteve na realização de uma primeira escuta da queixa trazida pelo cliente, com esclarecimentos, através de perguntas específicas sobre os pontos centrais da problemática. Em todas, o cliente fez uma explicitação dos motivos que o levaram a procurar a Clínica, apresentando uma noção geral da situação vivida e o psicólogo teceu algum comentário sobre o que havia sido apresentado (demonstração de que havia compreendido, perguntas específicas, resumo de o que havia sido apresentado, apoio em alguns momentos). Houve, portanto, no breve espaço de tempo, uma escuta, um acolhimento e um fechamento. O encaminhamento foi dado no mesmo momento. Este padrão de triagem segue o modelo apresentado por Triagem Tradicional na introdução deste trabalho. Após a triagem, por padrão da instituição, foi feito um relatório do caso, usado como registro e fonte de informação para encaminhamentos. Além das principais questões abordadas, os relatórios apresentavam algumas notas acerca de aspectos não verbais, tais como reações apresentadas durante o encontro ou comportamento expresso em sala de espera, que também oferecem dados sobre o cliente.

Das 8 triagens observadas em apenas uma houve agendamento de retorno. Nesta um pai havia procurado atendimento para o filho de 16 anos, que não havia comparecido no primeiro dia. O retorno foi marcado para a escuta do jovem. O procedimento de realizar duas entrevistas não é frequentemente adotado na instituição, o que gera problemas (há relatos na Clínica de desistências ou não-adesão à terapia quando um cliente adolescente é chamado pelo estagiário, sem ter ido à triagem, sem ter sido ouvido ou mesmo sem estar ciente do encaminhamento, nas situações em que os pais, preocupados com algum aspecto, procuram a Clínica para atendimento do filho).

Diversas queixas foram trazidas nas triagens observadas. Em uma, uma cliente manifestou interesse em que seu filho adolescente se submetesse a um Teste psicológico específico na USP. O psicólogo do filho havia pedido uma avaliação com este específico teste e havia indicado uma psicóloga particular, para realizá-lo. O valor cobrado pela mesma foi o motivo manifesto que levou a cliente a procurar Clínica Psicológica da USP, a fim de conseguir a avaliação com custos mais baixos. Ao longo da entrevista de triagem, a cliente

manifestou questionamentos e dúvidas acerca do próprio trabalho exercido pelo psicólogo do filho, notando a rigidez com que o mesmo estipulou que o teste deveria ser aplicado apenas pela psicóloga indicada (segundo a cliente o psicólogo teria dito que só confiaria no resultado emitido pela mesma). O atendimento de triagem não teria a intenção de qualificar o psicólogo, mas ofereceu espaço para que a inquietação da cliente aparecesse. Não houve tempo, entretanto, para elaborações acerca da situação e do tipo de ajuda procurada. O filho foi encaminhado na Clínica com a finalidade de realizar o Teste. Do ponto de vista de um Triagem Estendida, neste caso, poderiam ser investigados os motivos vinculados a esta procura do Serviço: Quais eram as expectativas acerca do psicólogo e da USP? Seria apenas pelo teste ou haveria interesse do contato com outras referências e posições de trabalhos clínicos? Que tipo de esclarecimentos estaria buscando? Haveria vontade de conhecer outros profissionais? Será que esta mãe buscava alguma orientação específica sobre como lidar com a problemática do filho (ajuda familiar)? Qual era, enfim, a ajuda solicitada? Algumas destas questões foram levantadas pelo profissional que triou, mas não puderam ser efetivamente elaboradas.

Em outra triagem, uma cliente relatou um período de vida bastante tumultuado, com a perda de um parente próximo. Apesar disto, disse estar procurando a Clínica por terem seu médico e seu companheiro achado que ela se beneficiaria de uma psicoterapia. Em mais de um momento da triagem a cliente demonstrou haver a opinião destas pessoas para que ela fizesse um atendimento, mas que ela mesma não tinha certeza desta demanda e nem conhecimentos acerca do que seria um atendimento. Não trouxe uma queixa psíquica a respeito de si mesma, o que poderia gerar problemas posteriores de desistência. Era provável que ela estivesse sofrendo com todos os fatos ocorridos em sua vida, mas não havia em seu relato aproximação entre o sofrimento e o pedido pelo atendimento. A compreensão do modo como esta busca se deu não foi elaborada. Não houve, na triagem, espaço para uma elaboração do pedido e de como ela se posicionava frente às experiências pelas quais havia passado. Não houve espaço para o esclarecimento de sua demanda e expectativas com relação a uma psicoterapia (o que ela esperava, como acha que seria, etc.). Restou ao psicólogo reafirmar que o atendimento poderia ser um espaço interessante para ela elaborar suas experiências. Não ficou claro como a fala do psicólogo repercutiu na cliente. A cliente foi encaminhada para uma psicoterapia comportamental e foi atendida por 1 semestre (segundo semestre de 2006). O relatório deste atendimento indicou que a cliente elaborou a possibilidade de retomar atividades que faziam bem a ela, apesar do choque pela perda e do luto que vivenciava. Não houve interesse por uma continuidade do atendimento. A estagiária

que a atendeu combinou que no semestre seguinte poderiam agendar entrevistas, caso houvesse interessasse. No semestre seguinte a cliente não manifestou interesse e o atendimento não teve continuidade.

Trechos das triagens assistidas sugeriram que maiores esclarecimentos da demanda do cliente por atendimento e do motivo da procura à Clínica Psicológica da USP poderiam auxiliar na melhor compreensão do cliente e no encaminhamento. O estilo de uma triagem feita com entrevista única fornece uma base de reflexão a respeito de triagens estendidas: o que mais poderia ter sido investigado em um processo com retornos? Como poderia ser aproveitado o tempo de dois a seis encontros para maiores esclarecimentos?

Uma triagem com apenas uma entrevista tende a ser uma primeira coleta de dados, que visa o encaminhamento do cliente para o psicólogo-estagiário, deixando para este segundo momento e para esta segunda relação, o espaço para a elaboração mais específica da queixa e demanda. Por um lado, como benefício, esta prática contribui para que o vínculo seja estabelecido entre estagiário e cliente, considerando que a elaboração da queixa já se trata de uma etapa interventiva em um atendimento. Por outro lado, do ponto de vista institucional, a existência do abandono e ocorrência de alguns encaminhamentos não esperados pelos clientes, dentre outros problemas, levam à necessidade de se pensar a diversificação da prática da triagem.

Cada modelo permite modos distintos de lidar com a escuta inicial e com o fluxo da clientela em uma Clínica. A Triagem Tradicional tem seu uso estabelecido e permite um determinado modo de organização do Serviço, que tem suas vantagens. Entendemos que, pesquisar uma triagem interventiva não visa substituir modalidades, mas investigar alcances e limitações de cada uma para a instituição e bem estar do cliente.

6.2. Percurso em Triagem Estendida (estudo de 10 processos):

Serão apresentados os dados dos 10 processos⁴⁵: expectativas (6.2.1); caracterização dos participantes e atendimentos (6.2.2); opiniões (6.2.3) e situação após TE (6.2.4). Após cada apresentação há uma apreciação sobre os dados.

⁴⁵ 10 atendimentos em TE, com clientes excedentes da triagem convencional (não atendidos na triagem regular). A numeração dos participantes (clientes) segue a mesma ordem em cada etapa.

6.2.1 Expectativas

A tabela 1 traz as respostas ao questionário sobre expectativas⁴⁶.

Tabela 1			
Expectativas			
Participante	O que espera de um psicólogo?	Duração ideal desejada para um atendimento	5 ou 6 entrevistas poderiam ajudar
2 (Respondido pelo responsável)	<i>Auto-ajuda</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não sei, depende muito</i>
5	<i>Espero orientação para conseguir solucionar meu problema</i>	<i>Não sei</i>	<i>Sim. Se minimizasse os sintomas</i>
6	<i>Que resolva meu problema. Um profissional com experiência e que demonstre cuidado e atenção com o problema do paciente</i>	<i>Não sei</i>	<i>Não. 5 ou 6 entrevistas não são ideais para diagnosticar e resolver um problema complexo</i>
7	<i>Orientação para o encontro de um equilíbrio emocional, que em seu descontrole pode desencadear outros processos de saúde (interferência, como por exemplo somatização). Sua principal função seria a de dar assistência ao paciente de modo que este consiga vislumbrar o problema que possui ou desencadeado e assim repará-lo.</i>	<i>1 semestre</i>	<i>Sim. Qualquer orientação, especificamente ao momento que vivencio, seria bem vinda. Essa quantidade iniciaria, no mínimo um 'norte'.</i>
8	<i>Auxílio no entendimento de minhas ansiedades e na busca de equilíbrio emocional através de orientação e sugestões.</i>	<i>Não sei</i>	<i>Sim. Talvez uma entrevista apenas ajude bastante, mas isto é algo que depende da opinião do psicólogo</i>
9 Respondido pelo responsável	<i>Espero que ele dê respostas para que minha filha possa melhorar seu comportamento</i>	<i>Não sei.</i>	<i>Não sei. Acho que depende de como minha filha reagirá a esta entrevista.</i>
10	<i>Espero ajuda. Para mim, sou uma pessoa muito deprimida.</i>	<i>Não sei</i>	<i>Sim. Já dá para ter uma noção do que eu vim buscar.</i>

Seis participantes apontam não saber o tempo ideal almejado, um achava que não poderia ser ajudado com um atendimento inicial breve, quatro entendiam que atendimento breve poderia ajudar.

⁴⁶ Três clientes que participaram da TE não responderam ao questionário em função da diferença entre a data do início da pesquisa sobre expectativas aplicada na sala de espera e o início dos atendimentos em TE.

6.2.2. Caracterização dos Participantes e Atendimentos.

Nas tabelas 2 a 11 são apresentados dados dos participantes e atendimentos por cada participante.

Os dados estão subdivididos em 8 aspectos (divisões didáticas do material clínico, visando explicitar o conjunto dos elementos elaborados nos processos de TE):

1. Identificação do cliente: sexo, idade, estado civil e dados sócio-culturais.
2. Queixas apresentadas: problemas enunciados pelos clientes e ao modo como os enunciam. Estão categorizadas em dois grupos⁴⁷: Queixas de ordem Intrapessoal (queixas com foco em emoções, estados subjetivos, sensações, modo de agir, sintomas e comportamento. São as queixas que expressam mundo interno) e Queixas de ordem Interpessoal (tudo o que se refere aos relacionamentos). A primeira queixa apresentada foi destacada (em negrito, com a marca **1ª queixa**). As demais foram frutos do trabalho de elaboração, aprofundamento e explicitação, característico da proposta da TE, ou outras observações feita pela psicóloga. Acrescentou-se, ainda, uma nota apresentando aquilo que a psicóloga percebeu do estilo pessoal de cada cliente, seja em relação à apresentação (modo de se arrumar), seja sobre o estilo da fala ou alguma outra característica que tenha sido observada e que pode ajudar na compreensão do trabalho realizado. Este apontamento ajuda a compreender alguns andamentos dos processos.
3. Origem do encaminhamento (como o cliente chegou ao Serviço). Está categorizado por: Indicação Externa (médico, escola, parente ou outro) e Procura Espontânea (interesse, movimento pessoal).
4. Estilo de ajuda procurada pelo cliente, discutida ou apresentada na TE. Estão classificados em três conjuntos: 1) Orientação Diretiva, quando o cliente requisita alguma orientação específica, consultas isoladas ou psicoterapia focal (quando pais pediram orientação em relação ao desenvolvimento dos filhos, mesmo que a demanda do filho tenha sido por acompanhamento prolongado, considerou-se que houve pedido de ajuda diretiva); 2) Atendimento Prolongado, quando o cliente esboça interesse por psicoterapia ou espaço constante de acompanhamento, trocas e elaborações; 3) Indiferente, quando o cliente procura o psicólogo, pretende receber alguma escuta, mas não delimita preferência pelo tipo de atendimento que irá receber.

⁴⁷ Estes dois eixos temáticos em torno do qual se classificou as queixas foram inspirados na divisão usada em pesquisa anterior sobre expectativa de ajuda da clientela na Clínica Dr. Durval Marcondes (Tognotti & Herzberg, 2004; Chammas & Herzberg, 2008).

5. Andamento/desenvolvimento. Este item inclui o número de consultas e aspectos elaborados em TE.
6. Expectativas com relação ao psicólogo ou psicologia (apresentadas na TE), categorizadas em Negativa ou Positiva. Mudanças nas expectativas. Estilo de relação estabelecida com o psicólogo.
7. Encaminhamento (categorias indicadas no método).
8. Observações.

Tabela 2**Participante 1: Sexo M, Idade, 31, Casado**

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Católica Profissão: Ocupação de nível médio Constituição familiar (residente na mesma casa): Esposa, 1 filho
1. Queixa Intrapessoal	Ansiedade, falta de controle nas atitudes, medo de perder o controle. Preocupações excessivas, presença de rituais compulsivos. (1ª queixa) . Estilo pessoal: Marcante, com falas fortes.
2. Queixa Interpessoal	Dificuldade de relacionamento. Incômodo intenso quando recebe julgamentos feitos por colegas, ou qualquer outra pessoa, sobre alguns de seus atos. Agressividade dirigida a pessoas. Irritabilidade. Estado de alerta em relação às intenções alheias. Postura que oscila entre ataque e defesa. As exigências de sua profissão exacerbam tal padrão de comportamento.
3. Indicação	Procurou o Serviço por indicação do psiquiatra.
4. Estilo de ajuda procurada	Indiferente. Não houve pedido expresso por ajuda diretiva ou longa. Houve abertura para trabalho nas entrevistas de TE. A dinâmica destas entrevistas era a de que o cliente verbalizava seus padrões de comportamentos, com exemplos. Tal dinâmica mostra entrega de si e provavelmente foi conquistada nas entrevistas com o psiquiatra, por quem mencionou vínculo positivo. Também avaliava que, tendo em vista seus padrões de comportamentos e pensamentos, percebia que não estava bem (adaptado, tranquilo, estável) em sua vida e que este seria o desencadeador da procura por atendimento.
5. Andamento	6 consultas. O trabalho se deu com uma explicitação contínua de sua dinâmica de pensamentos e comportamentos, e reflexões (com análise dos sentimentos e idéias) acerca dos fatos que o incomodavam, bem como modos passados e possíveis novas maneiras de lidar com as situações (as entrevistas iniciavam com o cliente contando algum acontecimento e seguiam com espaço para aprofundamento e reflexões). Ocorreram, assim, elaborações acerca das idéias relacionadas às preocupações e descontrole. Houve, também, resgate de situações antigas por que havia passado e avaliação de como tais situações haviam deixado marcas em seu modo de agir. As reflexões o levaram a tentar obter um distanciamento saudável em relação às opiniões alheias (ou à determinadas intenções de outras pessoas que avaliava serem pouco amistosas) a fim de evitar o descontrole. Elaborou-se a relação entre sua tranquilidade interna e maior confiança em si mesmo.
6. Expectativas/Relação com psicólogo/psicologia	Durante as consultas abordou a imagem do psicólogo e expressou ter tido receio quanto a receber avaliação negativa (psicodiagnóstico classificatório, julgamento). Relata ter havido mudança nesta concepção durante o atendimento.
7. Encaminhamento	Encaminhamento Interno. Entende que o EI preserva sua identidade perante pessoas do seu meio de trabalho.
8. Observações	Ao final da TE referiu estar mais calmo. Indagou sobre a possibilidade de continuar o atendimento com a mesma psicóloga.

Tabela 3
Participante 2: Sexo F, Idade 12

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	<p>Cor: Amarela Religião: Nenhuma Profissão: Estudante Profissão pais: Nível Técnico. Mãe funcionária na universidade. Pai trabalha em outro país. Constituição familiar (residente na mesma casa): Mãe, 1 irmã mais velha. Estilo pessoal (adolescente): vaidosa, sorridente, por vezes, envergonhada. Comunicação descritiva das experiências. Mãe: compenetrada, pouco expansiva, objetiva.</p>
1. Queixa Intrapessoal	<p>A mãe procurou o serviço. Comenta que sua filha dizia estar com ‘tédio’ (insatisfeita e sem ânimo) e que pediu para fazer terapia. Apresentou uma carta da filha, escrita com caneta vermelha e letras grandes, pedindo ajuda. O conteúdo da carta apresentava os dizeres (“preciso de ajuda, por favor, sinto tédio”) (1ª queixa).</p>
2. Queixa Interpessoal	<p>Dificuldade no relacionamento com amigas (por questões típicas da formação de subgrupos na escola) e com a mãe (pela falta de diálogo), apesar de perceber e valorizar os cuidados recebidos pela mesma. Refere falta de diálogo na família. Relata não conseguir se colocar na relação familiar para delimitar seu espaço na convivência. Refere ter tido pouca convivência com o pai (residente em outro país) e sentir saudade, falta (a mãe não havia mencionado, na primeira entrevista, a saudade que a filha apresentava do pai).</p>
3. Indicação	Procura Espontânea
4. Estilo de ajuda procurada	Inicialmente direta (mãe procura auxílio).
5. Andamento	<p>6 consultas (Seqüência: 1ª mãe, 2ª à 5ª adolescente, 6ª mãe e filha). Mãe procurou atendimento para a filha a pedido desta, mas não entendia muito bem os motivos que a levavam a solicitar atendimento. Trabalho de escuta. A Adolescente construiu no diálogo com a psicóloga a possibilidade de expressar algumas de suas vivências. Participante refere tédio no dia a dia, gostaria de poder ter vida mais dinâmica. Expôs que, além da saudade do pai, entendia que a presença do mesmo na casa organizava a convivência familiar com outra dinâmica, da qual sentia falta. Tal sentimento é pouco elaborado e pouco comentado no núcleo familiar, já que a ausência do pai é compreendida pela real necessidade profissional e financeira. A adolescente pareceu apresentar expansão nas relações interpessoais (desejo de ir ao shopping com amigas, de andar com roupas novas, ter mais atividades em seu cotidiano), diferente do padrão aparentemente apresentado pela mãe (de maior reclusão social). Elaborou-se na TE que havia o início de uma diferenciação entre ela e o estilo familiar e que isto era comum. Foi também elaborado o pertencimento em seu núcleo familiar e a necessidade da colaboração ali necessária. Abordou, ainda, divergências com algumas amigas atuais e como havia estabelecido suas amizades atuais e pregressas, grupos com os quais gostava e achava correto andar e outros com os quais não achava correto andar. Os processos de escolhas e a possibilidade de amizades ocorrerem mesmo havendo diferenças individuais, foram discutidos na TE. Na consulta final, mãe diz ter entendido o interesse da filha por um estilo de vida mais dinâmico de atividades nos finais de semana, bem como a saudade do pai.</p>
6. Relação com psicólogo/psicologia	<p>Houve abertura. A cliente pôde construir sua fala e expressões. Na terceira consulta a cliente relatou que em casa havia mencionado para a irmã suas consultas psicológicas, referindo-se da seguinte maneira: “a minha psicóloga me falou...” Relatou ter gostado de estar ali, onde houve possibilidade de ter conversado e desabafado (sic). Avaliou que a continuidade, com espaço para elaborar suas questões seria interessante para ela e optou por encaminhamento para continuar um atendimento.</p>
7. Encaminhamento	Encaminhamento Externo.
8. Observações	Indecisão na escolha entre encaminhamento interno ou externo.

Tabela 4

Participante 3: Sexo M, Idade 8

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	<p>Cor: Branca Religião: Católica Profissão: Estudante Profissão Pai: Ocupação Nível Fundamental, registrado. Mãe: cuida da casa. Constituição familiar (residente na mesma casa): Pai, Mãe. É filho único.</p>
1. Queixa Intrapessoal	<p>Queixa trazida pelos pais: Criança apresentava medos (andar de carro, acidentes, dormir sozinho). Agitação (fala muitas coisas ao mesmo tempo). Hiperatividade (1ª queixa). Estilo pessoal (criança): objetivo e rápido. Mãe: Vaidosa, comunicativa, jovial. Pai: Aparentava tranquilidade ao se comunicar (mesmo ao relatar seu estresse u ansiedade vivida nos últimos tempos). Estava de licença do trabalho em função de um tratamento orgânico.</p>
2. Queixa Intrapessoal	<p>Questões ligadas à falta de limites e limites pouco definidos pelos pais (a que horas brincar, onde brincar, etc.). Mistura de papéis, tais como os apresentados nas seguintes situações: filho não dormia em seu quarto, apenas no quarto dos pais, com medo de monstros (o pai, muitas vezes, dormia no sofá e a criança na cama de casal com a mãe); andava no carro sentado na frente enquanto sua mãe, atrás; não suportava espera e a mãe devia levá-lo pontualmente na escola para não terem que esperar. Os comportamentos estavam se tornando ritualísticos e havia, uma mistura entre medo e controle.</p>
3. Indicação	Pediatra.
4. Estilo de ajuda procurada	Diretiva por parte dos pais. Solicitação de diálogos acerca dos modos da interação familiar.
5. Andamento	<p>7 consultas (Sequência: 1ª e 2ª mãe; 3ª criança; 4ª pai; 5ª e 6ª casal; 7ª criança). Entre a quinta e a sexta consulta, com o casal houve um espaço de 15 dias, escolhido pelos pais, para tentar, neste prazo, colocar em prática novas rotinas, discutidas na TE e verificar se conseguiriam uma nova organização. Com os pais foram discutidas formas de lidar com angustias apresentadas pelo filho. Relataram uma queda que a criança teve aos oito meses de idade com traumatismo craniano (houve um 'afundamento' do crânio). Fez cirurgia reparadora e não tem, segundo as avaliações médicas, seqüelas neurológicas (cognitivas e motoras). Mantém acompanhamento neurológico de rotina. Pais explicaram como foi o acidente, demonstrando haver certo grau de culpa, embora saibam ter sido um acidente. Conforme se observou na consulta com a criança, bem como pelo relato dos pais, a mesma apresenta raciocínio rápido, embora haja dispersão e mudanças abruptas de temas na conversa ou interesse no geral. Abordam as dificuldades para colocarem limites, com receio de aumentar os medos do filho. Elaborou-se a possibilidade de redefinir limites e liberdade para ele. A psicóloga apontou a importância da definição dos espaços (local onde dormir, por exemplo) a fim de possibilitar bom desenvolvimento da criança. Alguns aspectos do trabalho com os pais serão esmiuçados adiante neste trabalho. Com a criança foram feitos dois encontros. No primeiro conversou sobre muitos assuntos (boa comunicação, raciocínio rápido, apresenta alguma dispersão e agitação, com fala rápida e freqüentes mudanças no assunto). Fez um desenho livre a pedido da psicóloga com adequação à idade. Não usou brinquedos da caixa lúdica, preferindo, durante todo o tempo, conversar (assuntos diversos e rápidos, com pipa, brincar na rua, dentre outros). Explicitou diferenças entre as ordens do pai e da mãe. Não demonstrou ser uma criança frágil, medrosa ou receosa, ressaltando-se seu lado pró-ativo.</p>
6. Relação com psicólogo/psicologia	Diálogos. Confiança.
7. Encaminhamento	Encaminhamento Externo.
8. Observações	Ao final, pais relataram que os medos e as ordens dadas pelo filho (controle excessivo) haviam diminuído. Estava gostando de dormir em seu quarto. Na entrevista final com a criança esta confirmou algumas mudanças em seu estado interno.

Tabela 5
Participante 4: Sexo F, Idade 76, Separado

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Judaica Profissão: Aposentada Constituição familiar: Divorciada. Mora sozinha. Filhos adultos, com nível superior.
1. Queixa Intrapessoal	Busca de orientação psicológica, auxiliar no tratamento à obesidade. A cliente, entretanto não achava que tinha demanda por psicoterapia, exceto por suspeitar que comer poderia estar ligado a ' <i>uma certa ansiedade</i> ' (sic). (1ª queixa) . Questões ligadas ao envelhecimento, perda da beleza, busca de novos parceiros e obesidade (estava acima do peso, porém não tem obesidade mórbida). Estilo pessoal: Apresenta-se bem vestida, boa capacidade de comunicação.
2. Queixa Intrapessoal	Refere carência afetiva em seus relacionamentos (primeiro com os pais, depois na relação com o ex-marido, mais recentemente na posição de estar sozinha). Refere passar muito tempo à procura de parceiro em salas de bate papo na Internet. Em um relacionamento disse ter 10 anos a menos.
3. Indicação	Núcleo de tratamento de obesidade (Núcleo responsável por oferecer exercícios em grupo, redefinição de dieta alimentar, entre outros).
4. Estilo de ajuda procurada	Diretiva, breve.
5. Andamento	6 consultas. Abertura para falar sobre sua vida. Refletiu sobre a passagem do tempo, o envelhecimento e as possibilidades para encontrar novas satisfações. Abordou relação entre obesidade, envelhecimento, ansiedade e, em especial, sensação de solidão, embora busque ser uma pessoa dinâmica que tende a se cuidar e manter uma vida social com atividades (clube, por exemplo). Relata relação com filhos, com ex-marido.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Questionamentos sobre a necessidade de terapia e o tipo mais indicado para si própria. Acha o espaço interessante, mas não sabe se a ajudaria em seu caminhar. Em alguns momentos refere que acha que não precisa de terapia.
7. Encaminhamento	Processo finalizado na TE.
8. Observações	Conclui que, naquele momento, achava que tinha condições para lidar com suas dificuldades psicológicas. Com alguma frequência nas consultas, referia saber lidar com suas questões: "você viu como eu tenho noção do que ocorre comigo e como busco minhas maneiras de lidar. Não vejo a necessidade desta indicação" (sic). Não quis encaminhamento e, diferentemente da posição tomada pelo grupo de tratamento à obesidade, na TE não foi imposto encaminhamento. Ficou aberto que talvez pudesse se beneficiar de um espaço para dar continuidade às suas elaborações.

Tabela 6
Participante 5: Sexo M, Idade 26, Casado

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Nenhuma Profissão: Pesquisa stricto-senso em área biológica concomitante a trabalho em negócios familiares. Constituição familiar: Esposa, 1 filho.
1. Queixa Intrapessoal	Insônia. Preocupação, sensação de depressão/desânimo (1ª queixa). Autocrítica acentuada. Estilo pessoal: Estilo de fala compassada, aparenta calma.
2. Queixa Interpessoal	Relação com pessoas envolvidas na pesquisa.
3. Indicação	Chefe do seu grupo de pesquisa.
4. Estilo de ajuda procurada	Ajuda diretiva: como lidar com depressão, insônia, rotina difícil e demandas profissionais e familiares (esposa e filhos).
5. Andamento	5 Consultas realizadas. Mapeamento da situação: Dificuldades profissionais: 1. relação entre trabalho e pós-graduação em áreas distintas; 2. distância física entre os locais de atividades, despendendo quatro horas de condução coletiva por dia, em alguns dias da semana; 3. dificuldades na realização da pesquisa. Receio em não conseguir; 4. Dificuldade de diálogo com equipe da pesquisa; 5. responsabilidades familiares. Observações: Muitas situações gerando desconforto e desmotivação. Ratificação de que era uma fase, etapa, com muitas demandas. Refletiu sobre suas escolhas. Decisão em não abandonar pesquisa e buscar obter os resultados de acordo com suas possibilidades, sem que dificuldades momentâneas o paralisassem.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Comenta que esperava receber julgamento de um psicólogo e que percebeu que o trabalho foi de “ <i>esmiuçamento e compreensão de determinados sentimentos</i> ” (Sic).
7. Encaminhamento	Finaliza após a 5ª consulta. 6º encontro é remarcado, não comparece.
8. Observações	Aponta que as conversas o ajudaram. No seguimento pós-atendimento refere ter aproveitado muito das entrevistas.

Tabela 7**Participante 6: Sexo M, Idade 25, Solteiro**

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca-Parda. Religião: Mais Espírita (Sic) Profissão: Nível Superior em área ligada a design e propagada. Procurando trabalho. Constituição familiar: Pais separados, cada um residente em um estado brasileiro. Morou com a mãe. Reside com amigos.
1. Queixa Intrapessoal	Queixas ligadas ao seu desempenho sexual. Não entende o motivo. Foi ao médico, não tem problemas orgânicos. Está buscando uma psicoterapia para lidar com a dificuldade. Não vê correlação entre sintoma e vivência psicológica. (1ª queixa). Estilo pessoal: Moderno, conciso.
2. Queixa Intrapessoal	Acha que seu relacionamento atual com namorada é bom, exceto pela dificuldade citada. Resgata parte de sua história familiar. Mudou de casa (e de estado onde residia) para procurar trabalho em sua área. Percebeu diferenças culturais, achando que em seu estado de origem as pessoas eram mais fechadas (“cada um na sua vida” sic) e que não se acostumou ao novo estilo. Necessidade de readaptação.
3. Indicação	Médico
4. Estilo de ajuda procurada	Diretiva, breve, mas não na TE.
5. Andamento	2 consultas. Não sabe as origens do problema e nem como começar a resolver. Acha que pode já não estar interessado na parceira. Aborda sua história de vida, desemprego e preocupações.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Houve introversão. O trabalho foi estritamente o da explicitação da queixa e elaboração do encaminhamento. Abordou as linhas de trabalho em psicologia e optou por um encaminhamento para profissional de abordagem diretiva (cognitivo-comportamental).
7. Encaminhamento	Encaminhamento Externo
8. Observações	Por estar decidido a fazer psicoterapia, foi encaminhado.

Tabela 8
Participante 7: Sexo F, Idade 42, Separado

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Católica Profissão: Área administrativa, nível superior. Procurando trabalho. Constituição familiar: Filho. Parceiro frequenta sua casa.
1. Queixa Intrapessoal	Desemprego. Crise emocional em diversos âmbitos de sua vida (família, relacionamento amoroso e trabalho). (1ª queixa). Ansiedade (expressa na fala rápida e com poucas pausas). Estilo pessoal: Rapidez na fala e raciocínio (fala muitas coisas ao mesmo tempo, imbricações e exemplificações, como se tivesse pressa para expor todas as coisas que se passavam com ela). Apresenta-se sempre bem arrumada, com um padrão de roupa feminino executivo.
2. Queixa Intrapessoal	Dificuldade de relacionamento com filho (jovem) e com sua mãe. Incomoda-se com as diferenças no trato em que a mãe deu a ela no passado e ao neto. Diferenças atuais em como ela e mãe tratam seu filho.
3. Indicação	Procura espontânea
4. Estilo de ajuda procurada	Indiferente. Ocorreram conversas pontuais (espaço de orientação e revisão) e ajuda diretiva.
5. Andamento	6 consultas. Detalhou os problemas, relatou ansiedade e inquietação além das diferenças que tem com a mãe. Elaborou o fato de terem ocorrido algumas mudanças em sua vida e que a própria mãe também apresenta referências diferentes das que tinha quando ela foi educada, diferenças expressas no trato que sua mãe tem com o neto (as diferentes exigências a incomodavam). Incomodo também com troca de papéis como educadora do seu filho, com interferência de sua mãe nesta educação. Aborda novas maneiras de se relacionar com o filho, delimitar espaços e de compreender os diferentes papéis. Resgate da auto-percepção de suas qualidades e potencial para o trabalho, apesar da presente situação de desemprego que a desestimulava (rapidez de raciocínio, competências na área escolhida, satisfação com aparência atual - refere que antes não se arrumava). Aborda a busca de novos espaços para si (ocupar lugares profissionais e pessoais desejados, renovados, diferentes de alguns papéis subjetivos que havia assumido antes, em especial no seio familiar). Deseja ter uma fala mais pausada e compassada, percebendo que havia muito peso no modo de colocar suas opiniões em função do receio de não ser atendida ou ouvida.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Esboça admiração à psicóloga no final das consultas por ter se sentido ajudada. Relata alívio com as conversas que teve.
7. Encaminhamento	Encaminhamento externo psicólogo.
8. Observações	Após duas semanas do término da TE, deixou na secretaria da Clínica um livro com uma dedicatória (tentou encontrar a psicóloga, que não se encontrava naquele momento na Clínica): “Um pequeno agradecimento pelos momentos e pude conviver e aprender junto a você.” (sic).

Tabela 9
Participante 8: Sexo M, Idade 40, Separado

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Nenhuma Profissão: Ocupação de nível superior Constituição familiar: Mora sozinho.
1. Queixa Intrapessoal	Relata sintomas físicos, tais como insônia, falta de ar, sensação de pânico (batedeira no coração), mão gelada. Não entende a razão desses sintomas e acredita serem de cunho psicológico (1ª queixa). Questiona antigos valores (ideais e contexto que lhe conferia identidade), identidade, papel no mundo e o que quer para si. Sente-se ansioso. Relata ter vivido momentos de muito choro nos últimos tempos em função da revisão em relação ao estilo de vida anterior e escolhas pregressas. Estilo pessoal: Formulações de frases extensas, pausadas, com articulação reflexiva.
2. Queixa Interpessoal	Questionamentos sobre modos de se relacionar, construção de vínculos, postura nos relacionamentos sociais diversos (sentia dificuldade em dizer não aos amigos, percebia haver busca de aprovação e de companhia). Busca de novas referências para seus comportamentos.
3. Indicação	Procura Espontânea
4. Estilo de ajuda procurada	Indiferente. Na TE ocorreu ajuda diretiva. Além do espaço de elaboração subjetiva, houve questionamento sobre sua saúde (necessidade de exames e cuidados médicos, já que refere palpitação). Após conversa em TE, o cliente realizou avaliação médica, tendo sido detectado um início de problema cardíaco.
5. Andamento	6 consultas. Houve suporte ao momento de crise. Resgate de histórico de escolhas anteriores que o afligiam (havia se sentido triste por perceber que seus ideais e estilo anteriores não tinham mais sentido na atualidade. Sentia que havia perdido tempo, sentia-se deslocado). Resgate da história pessoal e de suas identificações. Houve ajuda em sua revisão de rumos a serem tomados.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Referiu ter, no início, duvidado se poderia ser compreendido por psicóloga jovem e mulher. Diz que a dúvida foi desfeita por ter conseguido expressar de modo muito completo aquilo que sentia.
7. Encaminhamento	Encaminhamento externo.
8. Observações	Ao final da TE, indagou sobre a possibilidade de continuar com a mesma psicóloga. Relatou que TE abriu espaço para que refletisse mais sobre seus sentimentos e que sentia-se satisfeito por estar se cuidando nos diversos âmbitos, físicos e emocionais. Agradeceu “agradeço sua disponibilidade e o seu desprendimento” (sic), e observou que nunca havia falado de si com o grau de minúcia, percepção e abertura com que conseguiu fazer ao longo das entrevistas de TE.

Tabela 10
Participante 9: Sexo F, Idade 15

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Católica Profissão: Estudante Profissão pais: Nível Técnico Constituição familiar: mora com mãe (mãe solteira) e avós maternos. Todos aposentados.
1. Queixa Intrapessoal	Mãe busca orientação da Clínica, pois se encontra preocupada com desempenho escolar da filha (risco de repetir o ano) - (1ª queixa). A adolescente apresenta carência de afeto, ao mesmo tempo em que fala de necessidade de independência. Apresenta necessidade de falar sobre o pai que nunca conheceu. Desinteresse em relação aos estudos e escola, poucos amigos com quem conversa. Tinha muito sono (dormia na sala de espera antes das entrevistas), dificuldade de enfrentar situações, vergonha e carência afetiva. Referiu carência e raiva, tendência a comprar brigas no ambiente escolar. Estilo pessoal (Adolescente): Fala em tom baixo (com pouca expressividade), frases curtas, algumas pausas entre as frases e uso de gírias ('tipo'). Gostava de histórias em quadrinhos feitas no estilo japonês (manga). Menos vaidosa, com roupas femininas e aparência, do que um padrão para a idade. Tanto a mãe, quanto a filha apresentavam um estilo pouco expressivo.
2. Queixa Interpessoal	Dificuldade de se relacionar com colegas na escola (receio de não ser aceita e depois perder o contato). Expressa falta de diálogo familiar (mãe e avós) sobre determinados assuntos, em especial, sobre a ausência de seu pai.
3. Indicação	Escola. Já fez tratamento anterior.
4. Estilo de ajuda procurada	Orientação e Psicoterapia. A mãe conversou duas vezes com a psicóloga, expondo sua preocupação. Na primeira entrevista comentou achar que a filha não iria estar aberta a um trabalho psicológico.
5. Andamento	6 consultas. O trabalho em TE se deu no sentido da cliente poder traçar um panorama sobre sua vida (história familiar, lugar ocupado na família, relação com mãe, avós e colegas na escola), tentar definir fatores de sua desmotivação e a possibilidade de poder se envolver mais com a escola e colegas. Elaborou-se a possibilidade de a cliente colocar-se no mundo com mais afinco, interesse e menos vergonha.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Refere ter conseguido "se abrir para a psicóloga" (sic), sentindo-se compreendida e manifesta ressentimento pelo término da TE.
7. Encaminhamento	Encaminhamento externo psicoterapia. No início a mãe expressou receio de que a filha não aceitasse atendimento. Ao longo da TE verificou-se que a adolescente estabeleceu uma relação de confiança para com a psicóloga e interesse em prosseguir um atendimento.
8. Observações	Ao final da TE tirou de si um adorno pessoal e entregou à psicóloga. Comentou que havia se sentido compreendida.

Tabela 11**Participante 10: sexo F, Idade: 63, Casado**

Dados socioculturais (ficha de cadastro)	Cor: Branca Religião: Católica Profissão: Do lar. Constituição familiar: Marido.
1. Queixa Intrapessoal	Depressão, tristeza, alguma confusão de pensamento e sensação de vazio (colocava a mão no peito e referia sentir “vazio”, “angústia”) - (1ª queixa) . Carência afetiva. Estilo: Fala mansa e lenta. Marido a acompanhava até a Clínica nos dias de consulta.
2. Queixa Interpessoal	Preocupação com opinião alheia. Achava que existia uma disputa entre os filhos (todos adultos) pela atenção e posicionamento dela em relação a situações corriqueiras. Não sabia como lidar com estas disputas.
3. Indicação	Sugestão de familiares. Desejo pessoal.
4. Estilo de ajuda procurada	Indiferente. Desejava terapia para buscar ajuda para melhorar o vazio e sensação de solidão.
5. Andamento	6 consultas. Não sabia reconhecer as razões da sensação de vazio, que foi sendo mais bem reconhecida com a explicitação de situações-exemplos. Elaborou a possibilidade de expressar sentimentos (de forma aceita socialmente), ao invés de contê-los. (Re)descoberta do diálogo com filhos e conhecidos e de modos para exercer a aproximação com pessoas. Assunção de uma postura mais ativa visando sua inserção em situações que pudessem fazer bem a ela, sem que tivesse, necessariamente, que esperar que a ‘puxassem’, que a convidassem (com base em um exemplo de situação vivida: participava de um coral, deixou de ir a alguns encontros, quando voltou chegou muito receosa, esperando ser convidada, como se nunca houvesse participado. Perguntou: ‘Posso entrar’ e recebeu uma resposta um pouco inquieta da professora, em tom de obviedade, ‘claro, pra que perguntar’. Havia ficado chateada, mas com este simples exemplo acabou revendo um posicionamento subjetivo). Foram elaborados alguns motivadores, coisas que ela poderia buscar para sentir-se mais ativa na sua vida.
6. Relação com psicólogo/psicologia	Referiu sentimentos positivos a respeito de sua antiga psicóloga. Expressou satisfação com o atendimento atual. Vivenciou, na própria TE a possibilidade de se relacionar com alguém. Referiu estar com pensamentos menos confusos ao final da TE. Acredita que conseguirá se vincular a um (a) outro (a) psicólogo (a).
7. Encaminhamento	Encaminhamento externo.
8. Observações	Indagou sobre a possibilidade de continuar com a mesma psicóloga, dizendo ter gostado de estar ali (expressou afeto com a frase “eu amei estar aqui” - sic). A obesidade e o envelhecimento não foram temáticas diretamente abordadas.

As tabelas 12 e 13 fazem um resumo do que ocorreu nos casos apresentados, com o panorama geral subdividido por temáticas:

Tabela 12
Resumo da caracterização dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Número de consultas	Origem do encaminhamento	Ocorrência de atendimentos Psicológicos (anteriores ou concomitantes)	Encaminhamento ao final
1	M	31	Casado	6	Psiquiatra	Sim	Interno Psicoterapia
2	F	12	Solteiro	6 (Família)	Espontânea	Não	Externo Psicoterapia
3	M	8	Solteiro	7 (família)	Pediatra	Sim	Externo Psicoterapia
4	F	76	Separado	6	Núcleo de tratamento de obesidade	Sim	Finalizado
5	M	26	Casado	5	Chefe	Não	Sem encaminhamento
6	M	25	Solteiro	2	Médico (clínico geral/urologista)	Não	Externo Psicoterapia
7	F	42	Separado	6	Espontânea	Não	Externo Psicoterapia
8	M	40	Separado	6	Espontânea	Não	Externo Avaliação cardiológica e psicoterapia
9	F	15	Solteiro	6 (família)	Escola	Sim	Externo Psicoterapia
10	F	63	Casado	6	Espontânea	Sim	Externo Psicoterapia

Tabela. 13
Resumo da caracterização dos atendimentos

Participante	Queixa inicial/ Sintomas	Expectativas iniciais em relação ao psicólogo/psicologia	Desenvolvimento	Observações
1	Irritabilidade Desconfiança excessiva em diversos contextos. Receio em perder controle. Receio em perder relações em consequência de atos.	Negativas (receber rótulo diagnóstico).	Mapeamento das situações-contexto que agravavam os sentimentos: Trabalho exige estado de alerta e tensão. Modos de lidar com relacionamentos. História progressa.	Refere sentir-se mais calmo. Desejo de continuar com a Psicóloga.
2	Tédio Insatisfação	Positiva: alta expectativa de ajuda	Mapeamento: Dinâmica familiar Ausência do pai	Indecisão quanto ao encaminhamento.
3	Medos fóbicos Agitação Comportamento de dominação	Positiva	Elaboração: Sentimento de culpa (pais) Mapeamento da situação: Indefinição de limites e papéis familiares.	Referiram diminuição dos medos fóbicos.
4	Orientações específicas para lidar com o emagrecimento. (Não apresentava queixa subjetiva, questões reais ou demanda).	Neutra (verificação da situação de terapia)	Definição da queixa (quais eram as questões): Envelhecimento Carência afetiva Busca de novas motivações.	Sente-se apta para seguir sem atendimento psicológico.
5	Depressão Estresse Insônia	Receber rótulo diagnóstico	Mapeamento dos conflitos e das situações- contexto que geravam sintomas: Preocupação com escolhas e dificuldades profissionais e familiares.	Relata que o processo o ajudou.
6	Dificuldades sexuais	Neutra (verificação da situação de terapia) Profissional experiente.	Descrição da situação de vida: Relacionamento atual com namorada Desemprego.	Definição quanto ao encaminhamento
7	Papéis e lugares nas relações Desemprego Ansiedade Agitação	Positiva	Mapeamento dos pontos nodais de dificuldades e formas de lidar com as mesmas.	Refere diminuição da intensidade da ansiedade.
8	Sensação de pânico Insônia Falta de ar Crise emocional/valores	Dúvidas quanto a poder ser ajudado por psicóloga jovem e mulher.	Questionamento de antigos valores. Novos posicionamentos.	Expressou desejo de continuar o atendimento com a psicóloga.
9	Desempenho escolar insatisfatório	Mãe: preocupação de que a filha negasse o atendimento psicológico. Adolescente: Inicialmente negativas	Definição das dificuldades familiares, escolares e de relacionamento social.	Adolescente forma vínculo com a psicóloga
10	Tristeza Sensação de vazio	Positiva	Elaboração de posturas nas relações: comunicação com filhos e relacionamentos sociais.	Referiu maior discriminação do que estava se passando. Apresso pela psicóloga

Quanto à variável sexo, o número de participantes foi o mesmo (cinco homens e cinco mulheres). Quanto ao estado civil, dos sete participantes adultos um era solteiro, três casados e três separados. Em relação ao estilo sócio-cultural houve variação e diversidade quanto ao grau de escolaridade, profissão e crença religiosa. O desemprego estava presente para dois indivíduos, com nível superior. Não houve seleção prévia e o grupo mostrou heterogeneidade.

Três participantes eram menores de idade sendo que quem procurou a Clínica, nestes casos, foi a mãe, que além de ter sido atendida, acompanhou o processo de encaminhamento do respectivo (a) filho (a). Nos casos 2 e 9 (idades respectivas de 12 e 15 anos) os pais não participaram do atendimento por motivos específicos (no caso 2 o pai estava fora do Brasil há vários anos em função do trabalho e, no caso 9 o pai era ausente e a adolescente, nunca chegou a conhecê-lo). Nestes dois casos a mãe foi entrevistada tanto na consulta inicial, quanto no sexto encontro, junto com o filho, no qual foram retomados os anseios iniciais e discutido o encaminhamento. No caso 3 (8 anos) solicitou-se a presença do pai, que foi atendido tanto individualmente, como em conjunto com a mãe. A proposta foi a de ouvir os membros da família, tanto em relação à opinião sobre o atendimento para o filho, quanto para que pudessem colocar suas perspectivas acerca das vivências familiares.

Em relação ao tipo de queixa ou problemática apresentada, embora todos os participantes tenham manifestado desejo de ajuda tanto em relação ao mundo interno (queixas intrapessoais) quanto às questões de relacionamentos (interpessoais), houve um predomínio, na queixa inicial, das questões intrapessoais. Com relação à evolução do trabalho, na maioria dos casos a queixa expressa no primeiro dia pôde ser elaborada, aparecendo outros aspectos de dificuldades dos clientes e uma ampliação do modo de olhar para o sintoma. Houve aprofundamento, em cada caso, no que se referiu à explicitação de angústias que estavam latentes, ou que não puderam ter sido abordadas em um primeiro momento. A queixa inicial não necessariamente expressava o tipo de conflito vivido (queixa latente), mas um sintoma desencadeador (queixa manifesta) da procura por atendimento. A elaboração da queixa, neste sentido, para muitos clientes, tornou-se uma possibilidade psicoterapêutica por si mesma. Colocar certos conflitos em palavras possibilitou algum alívio e abriu novas possibilidades de o cliente tentar lidar com as questões.

Além elaboração da queixa, houve elaboração de outros aspectos fundamentais, concernentes ao momento da procura por atendimento psicológico: 1) expectativas em relação ao papel do profissional psicólogo ou da psicoterapia; 2) relação real ocorrida com a psicóloga da TE e a possibilidade de ocorrer uma nova aliança; 3) disponibilidade subjetiva e material (tempo, localização geográfica, possibilidade financeira) para uma eventual

continuidade de um atendimento psicológico; 4) modalidades de serviços (atendimentos) da psicologia e possibilidades do encaminhamento subsequente. A introdução destes assuntos ocorreu ora por um questionamento espontâneo do cliente, ora por sugestão da psicóloga. Cada tópico abordado ampliou o leque de conscientização do cliente em relação à procura por atendimentos e em relação aos aspectos práticos relacionados aos mesmos.

Em relação ao tipo de atendimento almejado quando da procura pela Clínica, a maioria não apresentou foco definido, estabelecido à priori, não existindo, por exemplo, necessariamente a preferência por um trabalho de curso prolongado. Alguns clientes definiram este aspecto e, por consequência, o encaminhamento, durante a TE. A ausência de uma definição prévia por um estilo de trabalho pode ter influenciado no fato de que muitos clientes fizeram uso da TE como espaço psicoterápico propriamente dito (evidenciado pela maneira como se colocavam durante as consultas, muitos como se houvesse um processo psicoterápico estabelecido há mais tempo e, por vezes, não requisitando encaminhamento ou não o colocando em pauta, como foco do trabalho). Consideramos que em nove dos dez atendimentos houve algum tipo de ajuda terapêutica pontual. Apenas no caso do participante 6 a TE cumpriu estritamente a função de uma TT (transição entre procura e encaminhamento).

Dentre os ganhos psicoterapêuticos, podemos, com base na leitura do material, listar os seguintes estilos de sua ocorrência: 1) clarificação da problemática, que, em alguns casos, possibilitou alívio subjetivo além de oferecer uma base para que ocorresse nova apropriação sobre modos de lidar com a problemática; 2) percepções renovadas sobre situações específicas (ampliação ou tomada de outras perspectivas em relação à queixa e ao problema); 3) alívio obtido pelo ato de compartilhar alguma situação problema (tendo a intervenção, neste sentido, sido o acompanhamento, escuta e presença que a psicóloga pôde oferecer); 4) percepções renovadas sobre de si (modificações na auto-imagem, ampliando e impulsionando, por exemplo, potencialidades existentes); 5) reflexões sobre posicionamentos subjetivos e modos de agir (se colocar) no mundo, nas relações ou outras interações sociais, que visaram alcançar modificações em padrões que pudessem estar prejudicando a vida em algum aspecto (com base em processos de auto-observação e questionamentos sobre os mesmos); 6) orientação a pais (participante 3), estilo específico de ajuda pontual, será descrita adiante.

A escolha do número de consultas variou conforme a queixa, a necessidade e a apropriação do cliente do espaço da TE para uso de elaborações compartilhadas. Sete participantes foram atendidos em seis consultas, o tempo máximo estipulado no contrato para esta modalidade, tendo havido escolha dos clientes por este uso estendido. O atendimento do

participante 3 foi ainda maior, com 7 consultas, em função da escuta familiar. O participante 5 usou cinco consultas, não tendo comparecido à última e o participante 6, apenas duas (estes dois últimos casos serão detalhados no item 6.3).

De maneira geral houve adesão ao processo da TE, bem como adesão à característica interventiva da proposta. Sobre a DE do participante 5, ocorrida na última entrevista, o mesmo informou, no *follow up*, que a despeito de não ter comparecido à sexta sessão, as consultas tinham sido de grande valia para ele. Esta informação de opinião qualificou a desistência, que não ocorreu por insatisfação, mas por outros fatores. No caso do participante 6, podemos considerar que houve adesão à TE, mas com adesão parcial à característica da modalidade, dado que houve uso estrito da TE em acepção de triagem tradicional, sem abertura a um trabalho interventivo (mesmo neste caso houve ampliação das queixas trazidas e, em especial, respeito e acolhimento àquilo que o cliente demandava e à delimitação ao trabalho colocada por ele). Estes dois casos estão relatados, pois evidenciam a escolha por condutas muito diferentes, possíveis à TE, o que revela a estreita imbricação entre as particularidade dos clientes e das suas escolhas e o curso do atendimento.

A mudança de concepção de um viés de psicologia avaliativo (que categoriza) para uma visão de psicologia clínico-compreensiva e do psicólogo como facilitador de desenvolvimento pessoal, foi explicitada por diversos participantes (mudanças na expectativa). O vínculo com a psicóloga da TE foi elaborado. Ao ser oferecido encaminhamentos, os clientes tinham em mente que todo atendimento englobava uma relação particular e específica e que poderiam ou não se adaptar ao novo psicólogo tendo sido explicitado, ainda, que uma primeira impressão poderia ser modificada no decorrer de um atendimento. Os clientes tiveram diferentes maneiras de lidar com a despedida. Alguns pediram para que continuassem a ser atendidos pela mesma psicóloga, o que não ocorreu devido à proposta inicial da pesquisa, dois clientes presentearam a psicóloga, outros manifestaram alguma gratidão verbalmente. De modo geral, a psicóloga avaliou que pôde oferecer alguma contribuição nos atendimentos. Percebeu envolvimento de muitos clientes, abertura e confiança, o que evidencia a relevância do estudo cuidadoso sobre a triagem que representa o primeiro contato de um cliente com a instituição e, muitas vezes, com um atendimento psicológico propriamente dito. Embora tenha havido desejo de continuidade em alguns casos, não foi percebido prejuízo emocional significativo por rompimento de vínculo em função de o atendimento ter sido atendimento breve. Houve cuidado em relação a este aspecto, com formalidade contratual e delimitação do tipo de laço propriamente dito.

Orientação a pais (participante 3):

Em função do modo como a queixa foi apresentada, com dificuldades claramente expressas, o espaço da TE foi usado como espaço de orientação aos pais, com diálogos sobre modos de lidarem com o filho. Em uma primeira etapa (4 entrevistas) ocorreu o contato inicial e o mapeamento da situação familiar: queixa central sobre comportamento de medo e imposição apresentados pela criança; investigação sobre o comportamento da criança em casa e na escola; história de vida e dos tratamentos pregressos; acolhimento do sentimento de culpa dos pais; reconhecimento do cansaço do pai em relação ao seu trabalho; identificação de aspectos da dinâmica familiar; escuta das opiniões da mãe e do pai em relação ao comportamento do filho e sobre como lidavam ele; entrevista com a criança. O filho demonstrava, dentre outros, o medo de dormir sozinho (monstros). A partir deste mapeamento, foram realizadas discussões sobre o caso (entre a psicóloga e supervisora) e traçado um modo de compreender algumas das situações que poderiam estar agravando alguns dos comportamentos da criança. Os relatos dos pais e da criança evidenciavam a presença de limites pouco definidos em diversas situações cotidianas, o que poderia gerar, com frequência, mais de um sentido para o comportamento da criança. A criança não passava por nenhuma situação de desamparo ou dificuldades materiais. No atendimento da mesma, observou-se uma criança esperta, rápida e inteligente, que parecia segura de si e que estava exercendo um domínio na casa (dormia com a mãe, andava na frente no carro, etc.). Passou a sessão conversando com psicóloga, tinha muitos assuntos (relatava vivências, brinquedos, situações com amigos, etc.). Os medos fóbicos foram compreendidos, neste contexto, como expressão da ambivalência entre dois posicionamentos subjetivos no processo do desenvolvimento da criança, os sentimentos de autoridade (mandos) e os de receio (submissão), agravados sempre que podia exercer domínio, especialmente perante o pai. Agendou-se uma entrevista devolutiva com o casal (5ª entrevista).

Na entrevista, a psicóloga mencionou alguns desencontros entre o casal no modo de lidar com a criança, com diferenças nos posicionamentos tomados e limites dados por cada um, levando a que a criança não obedecesse a nenhum dos dois. Os pais puderam avaliar tal dinâmica. Aspectos positivos e negativos da educação puderam ser revisados. Conversou-se sobre uma possível relação (não foi uma interpretação fechada) entre a culpa pelo acidente do filho e o cuidado excessivo com falta de limites (que gerava mistura de papéis). Apontou-se aos pais que, ao contrário do que gostariam, os medos do filho poderiam estar sendo agravados em cada uma das situações em que toda a família se debruçava para agir conforme este medo ou conforme as inúmeras imposições da criança. A psicóloga abordou a

importância de a criança ter o seu espaço e de dormir em seu quarto, já que dormir com a mãe na cama do casal, poderia estar gerando fantasias ou angústias (de *poder* sobre o pai). Uma possível relação entre a fobia e mandos foi, desta maneira, exposta, sem que se tenha, com a valoração da importância dos limites, querido interromper o desenvolvimento das habilidades (esperteza) da criança (colocar limites e restabelecer papéis não significava impedimentos de muitas coisas). Diante desta devolutiva, o pai expressou que vinha sentindo um descontentamento com o fato de o filho dormir junto deles, ou só com a mãe, mas que não conseguia reverter a situação, tendo dúvidas em relação à atitude mais benéfica. Os pais combinaram alguns modos diferentes de condutas. O retorno foi agendado após 15 dias, para que tivessem tempo para tentar estabelecer uma nova rotina. No retorno, relataram que, apesar de ainda o filho pedir que a mãe ficasse ao seu lado antes de dormir, estava tranquilamente dormindo em seu quarto, sem medo e com satisfação (propriedade de si, de seu espaço na casa). No último encontro a criança também relatou que seus medos haviam diminuindo.

Embora tenha sido possível observar que a TE trouxe contribuições para uma primeira movimentação e reflexão no modo como a família estava se estruturando, estas foram as primeiras noções sobre a dinâmica e uma primeira intervenção focal. Entendeu-se que a família ainda poderia se beneficiar de um atendimento. Os pais manifestaram interesse em receber encaminhamento para o filho, caso os problemas continuassem e caso precisassem, eventualmente, de entrevistas para o casal (não quiseram encaminhamento específico para eles). Em função de morarem distante da USP o caso recebeu encaminhamento externo.

6.2.3. Encaminhamentos e Situação após TE.

A tabela 14 retoma os dados de encaminhamentos, pontuando alguns dos motivos que levaram à sua escolha e apresenta a situação do cliente após 1 ano o término da TE, com observações concernentes a ela. A leitura destes dados deve levar em consideração que os clientes participaram da escolha e que tiveram espaço discutir os rumos do encaminhamento e os prós e contras de um atendimento interno e externo.

Tabela 14
Encaminhamentos e situação após a TE

Partici- pante	Encaminhamento	Situação em dezembro de 2007. (1 ano depois)	Observações
1	EI Preferiu esperar vaga na Clínica, em função de localidade, confiabilidade e sigilo de seus dados de identificação.	A convocação para o atendimento ocorreu após mais de um semestre do término da TE. Preferiu não fazer terapia. Durante este período de espera continuou a ser atendido em terapia, no serviço de psiquiatria que o havia encaminhado à Clínica.	Motivo da Não Adesão: Achou que estava bem. Avaliou que a TE somada ao acompanhamento no ambulatório de psiquiatria ainda em curso (os encontros com o psiquiatra tinham característica terapêutica) eram suficientes para a manutenção de seu equilíbrio emocional.
2	EE Opta por experimentar o encaminhamento no bairro para que pudesse locomover-se sozinha.	Esteve em atendimento com a psicóloga externa indicada até março de 2007. A psicóloga mudou de endereço e a cliente voltou a procurar a USP, com carta de indicação. Foi atendida em nova triagem por outro profissional (fato que pode ter indicado desarticulação interna da equipe da Clínica, já que a cliente já havia sido atendida em triagem podendo recorrer à mesma psicóloga para um re-encaminhamento, mesmo interno, à Clínica). A mãe alegou, segundo o prontuário, não ter dinheiro para pagar a psicóloga externa. Foi solicitado um relatório à psicóloga. A mesma informou que havia mudado de consultório e que a cliente preferiu não prosseguir. A cliente estava em atendimento interno.	No telefonema de seguimento a cliente disse estar sendo atendida na USP e explicou que o motivo pelo qual não continuou com a indicação externa foi a mudança de bairro feita pela psicóloga. Diz estar adaptada ao novo atendimento.
3	EE Morava muito distante da USP e preferiu encaminhamento no bairro. Não foi encontrado psicólogo cadastrado no bairro, tendo sido então indicado o mais próximo possível.	Não havia procurado a indicação. Apontou que estava novamente preocupada com o filho e perguntou se ainda podia procurar a psicóloga que havia sido indicada. Perguntou, além disto, se a USP poderia encaminhar para uma faculdade próxima. Este pedido não foi atendido, dado que para atendimento em outra clínica-escola o cliente deveria procurar diretamente a instituição.	Foi feito novo contato com a psicóloga cadastrada. Mantinha com disponibilidade para receber o cliente. Esta informação foi dada à família que disse que iria, então, procurá-la antes de tentar outra clínica. Não houve contato posterior.
4	FI Finalizou-se sem encaminhamento por opção da própria cliente que avaliou poder lidar com suas questões emocionais.	O Núcleo no qual fazia tratamento para obesidade indicou uma psicóloga e disse que ela deveria fazer acompanhamento a fim de completar o tratamento da obesidade.	Fez terapia com o psicólogo indicado do núcleo de obesidade, mas abandonou ambos os tratamentos (Terapia e Núcleo). No telefonema de follow up relatou novos fatos de sua vida. A psicóloga-pesquisadora conversou um pouco com ela e disse que se ela precisasse poderia entrar em contato para novo encontro ou para receber alguma indicação. Não houve novo contato.

5	DE Encerrado Finalizado sem encaminhamento por não comparecimento justificado ao último encontro.	Achou que o processo de TE havia ajudado a se localizar em sua problemática e lidar com suas questões. Pediu desculpas por não ter avisado que não compareceria no último encontro. Pediu o formulário de avaliação da TE para participar da pesquisa.	Satisfeito com a TE. Disse ter achado suficiente para sua necessidade, restituindo maior bem estar com suas escolhas e caminhos subseqüentes.
6	EE Psicoterapêutico Individual Externo (Especialista na área da problemática do cliente. Abordagem cognitivo comportamental)	Recebeu atendimento externo em psicoterapia breve, finalizada com alta. Ficou satisfeito com a TE (que levou à indicação de um psicólogo na abordagem desejada) e com o trabalho terapêutico realizado pelo psicólogo indicado.	Em conversa com o psicólogo externo este apontou brevemente aspectos desenvolvidos no atendimento e a melhora do cliente nas áreas profissionais e amorosa.
7	EE Escolha pela proximidade com a residência.	Não procurou a psicóloga indicada. Justificou correria vivida em seu cotidiano (SIC). Conseguiu emprego na área, está morando com o parceiro e o filho decidiu morar com a avó. Disse que a TE a ajudou, que está lidando melhor com o filho: aceita mais sua independência e escolhas, não compara a diferença de referências educacionais que sua mãe teve no trato com ela quando jovem e que agora tem para com o neto. Aponta não mais competir com a mãe na educação do mesmo, compreendendo que cada uma tem o seu papel.	Satisfeita com TE
8	EE Escolha pela proximidade com a residência.	Procurou uma das psicólogas indicadas, ficou em trabalho com ela por 2 meses mas não houve adaptação. Disse ter preferido o atendimento da psicóloga que o triou e que gostaria de ser atendido pela mesma.	Satisfeito com TE, mudanças permaneceram e disse que só continuaria caso pudesse ser atendido pela psicóloga que fez a TE. Não houve continuidade. Ficou de tentar continuar com a pessoa indicada, ou procurar a segunda opção de psicólogo.
9	EE Pela possibilidade de continuidade sem interrupções do ano letivo e troca de psicólogo.	Segue em atendimento com a Psicóloga Externa. Relata estar sendo ajudada.	1 ano depois do atendimento, após uma cena de novela, a cliente ligou assustada para a psicóloga da TE dizendo ter ficado emocionalmente abalada, por ter medo de extravasar sua raiva machucando outras pessoas. Comentou que aos 12 anos, agrediu fisicamente uma colega no ônibus, como possibilidade de ter sido muito sério. A psicóloga deu um apoio via telefone, conversando, acalmando e tentando apontar que ela estava repensando seu modo de agir, as coisas que a incomodavam e que isto era uma via importante para que não extravasasse com agressões físicas, tal qual havia mencionado. Foi um plantão específico. A cliente estava em atendimento, mas disse

			ter sido o telefone para emergência mais acessível a ela naquele momento e horário. Foi feito contato com a psicóloga. O atendimento externo prosseguiu. Em 2008 a mãe ligou para a psicóloga da TE e disse que a escola estava requisitando encaminhamento psiquiátrico. A psicóloga orientou a que a mãe primeiro verificasse se a atual psicóloga trabalhava com algum psiquiatra específico, ou, caso contrário, poderiam pensar o encaminhamento na USP. A psicóloga que atendida a adolescente comentou que a cliente estava estudando pouco e que achava que a escola estava tentando encontrar algum recurso para modificar esta situação. A adolescente recebeu um afastamento da escola, para procurar ajuda e tentar colocar-se em condições de estudar. Houve repetência da adolescente no ano escolar.
10	EE Escolha pela proximidade com a residência.	Em terapia – não com o profissional indicado. Quando mostrou o encaminhamento para sua filha que é psicóloga viu que as mesmas eram amigas. Tal coincidência em parte se deu pela pequena quantidade de psicólogos na região procurada. A própria filha indicou para a mãe outra psicóloga, com quem seguiu em atendimento.	Está em terapia com outra profissional

EE: Encaminhamento Externo; EI: Encaminhamento Interno; FI: Finalização do processo; DE: Desistência

A tabela 15 traz os dados apresentados na tabela 14, organizados em três índices:

1. Tempo de espera para início do atendimento pós a triagem, classificado em: Espera Prolongada (EP), quando maior do que 1 semestre; Espera Breve (EB), quando até 6 meses; Imediato (definido pelo cliente em casos do encaminhamento externo), ou Potencialmente Imediato (quando o cliente recebeu encaminhamento externo, poderia ter procurado o atendimento logo após a TE, mas não o fez).

2. Adesão ao encaminhamento, classificado em: Adesão (A), Não-Adesão (NA) ao encaminhamento proposto ou Adesão inicial seguida de alteração (modificação) no percurso planejado (A + NA);

3. Somatória dos atendimentos recebidos na Clínica e fora dela e tempo total de atendimento recebido.

Tabela 15
Índices do pós-TE

Participante	Encaminhamento	Tempo de espera	Adesão	Total de atendimentos
1	EI	EP 8 meses	NA Remissão do interesse	TE: 6 semanas (combinado a outro tratamento)
2	EE	Imediato	A+NA Retorno à Clínica	TE: 6 semanas EE: 6 meses Retorno à Clínica: Atendimento interno (em andamento). Total: + de 1 ano
3	EE	Potencialmente Imediato	NA Não procurou	TE: 7 semanas (familiar)
4	SE	---	NA Procurou novo atendimento por exigência do núcleo que a havia indicado à Clínica	TE: 6 semanas Psicólogo indicado do Núcleo (aproximadamente 2 meses) Total: 3 meses
5	SE	---	A	TE: 5 semanas
6	EE	Imediato.	A	TE: 2 semanas EE: 6 meses (com alta) Total: 1 semestre
7	EE	Imediato.	A	TE: 6 semanas EE: 1 ano (em andamento) Total: + de 1 ano
8	EE	Potencialmente Imediato	NA Não procurou	TE: 6 semanas
9	EE	Imediato.	A+ NA (desistiu de fazer terapia após 2 meses do atendimento externo)	TE: 6 semanas EE: 2 meses. Total: 3 meses
10	EE	Imediato	A+ N.A Procurou outro psicólogo, pois o que havia sido indicado era conhecido da sua família.	TE: 6 semanas EE: 1 ano (em andamento) Total: + de 1 ano
Resumo:	EI:1 EE:7 SE:2	Imediato: 5 Potencialmente Imediato: 2 EP: 1 EB: 0	A: 3 A+NA: 3 1: Fez terapia por dois meses, encerrou. Procurou a psicóloga da TE para atendimento, recebeu novo encaminhamento, mas não procurou. 2: Mudança de Psicólogo (um voltou para a Clínica após 6 meses, outro participante buscou psicólogo diferente do indicado, por motivos pessoais) NA: 4 3: Não iniciaram outro atendimento (um com espera prolongada na Clínica) 1: Procurou atendimento (final da TE sem encaminhamento).	1 a 2 encontros: 0 (equivalente a uma TT) 6 encontros (apenas TE): 4 2 a 6 meses: 3 1 ano (ou +): 3

EE: Encaminhamento Externo; EI: Encaminhamento Interno; SE: Sem Encaminhamento; EP: Espera Prolongada (acima de 1 semestre); EB: Espera Breve (até 6 meses).

A tabela 16 apresenta as porcentagens sobre o tempo de espera para o atendimento.

Tabela 16

Tempo de espera para atendimento depois de finalizada a TE (n=10)

Imediato	50% (EE)
Potencialmente imediato	20% (EE)
EP	10% (EI)
EB	0%
SE	20%

EP: Espera Prolongada; EB: Espera Breve; SE: Sem Encaminhamento

A tabela 17 apresenta as porcentagens da adesão ao encaminhamento.

Tabela 17

Adesão ao encaminhamento proposto (n=10)

A	30%
A+NA (Adesão inicial, seguida de modificação posterior).	30%
NA	40%
	3: Indicação de atendimento sem continuação 1: Sem encaminhamento de TE, mas voltou a procurar o psicólogo por outras vias.

A tabela 18 apresenta as porcentagens das faixas de tempo de atendimento recebido pelo cliente no período abrangido pela pesquisa, dentro e fora dos cuidados da Clínica.

Tabela 18

Tempo total de Atendimento Psicológico recebido pelo cliente (n=10)

1 a 2 encontros (equivalente a uma TT)	0%
Atendimento Breve (apenas TE)	40%
Atendimento Tempo Médio (2 a 6 meses)	30% (sendo 10% alta)
Atendimento Tempo Longo, interno ou externo.	30% (todos em andamento na data do levantamento)

Em relação aos tipos de encaminhamentos, observou-se que foi alto número de escolhas pelo encaminhamento externo para atendimento próximo ao bairro de moradia ou trabalho do cliente, a psicólogos cadastrados (constituído, em grande parte, por ex-alunos da instituição ou outros psicólogos com formações clínicas, aceitos sob determinadas condições), havendo, como suporte institucional, a psicóloga TE se disponibilizado a ficar como referência institucional para qualquer dúvida ou incômodo que o cliente viesse a encontrar. Embora a procura por atendimento tenha sido através da Clínica, sendo a mesma um centro reconhecido socialmente por ser um pólo de atendimentos e pesquisa, houve uma aceitação em relação à possibilidade do encaminhamento externo, estimulada tanto pela facilidade material para o acesso ao tratamento que ocorreria nos bairros, o que parece vantajoso em uma cidade como São Paulo, como também pela percepção, ocorrida na TE, de que uma relação terapêutica depende de uma aliança que se constitui com um psicólogo em particular, que poderia ocorrer tanto na Clínica, quanto externamente. O contato com informações sobre alguns funcionamentos do encaminhamento interno, como o de haver em tempo de espera, além de férias conforme calendário escolar e freqüentemente taxa simbólica financeira a ser cobrada, também podem ter influenciado na aceitabilidade do encaminhamento externo, naquele contexto do atendimento e época do ano.

A prática institucional do encaminhamento externo é debatida no meio institucional, por propiciar benefícios e preocupações. Ela existe tanto com a função de auxiliar na ampliação da possibilidade da instituição oferecer encaminhamentos com base em uma rede entre o público e o privado (constituída com os cuidados necessários para exercer uma rede confiável), como também para dar oportunidade de psicólogos clínicos, no geral recém formados pela instituição (em cursos de graduação, pós-graduação ou especialização), continuarem a realizar atendimentos. Implica, entretanto, em cuidados e responsabilidade extras para poder funcionar adequadamente, já que o cliente encaminhado não mais mantém vínculo formal com instituição, embora permaneça uma responsabilidade ética subjacente. A prática do encaminhamento externo pode ou não ser integrada à rotina de um serviço-escola e dependerá de cuidadosas e constantes avaliações acerca de seus benefícios à clientela. Na ocasião da pesquisa sobre TE o cadastramento dos psicólogos era um recurso disponível, revelou-se útil em relação aos desfechos dos atendimentos, mas só ocorreu em função das contingências das vagas naquele momento, bem como por ter sido cuidadosamente elaborado e acompanhado.

Em relação à adesão ao encaminhamento proposto, muitos clientes fizeram alguma mudança posterior. O cliente que recebeu o encaminhamento interno, preferiu não realizá-lo quando chamado. A participante 4 que não havia recebido encaminhamento após TE, recebeu nova indicação para terapia (havendo, em relação a esta, encerramento em curto período por remissão do interesse da cliente). Dos sete participantes que receberam encaminhamento externo, dois não chegaram a procurar, além de ter havido, dentre os outros, encerramento precoce por falta de adaptação, troca de psicólogo e alteração em relação à escolha por atendimento externo. Em três casos não houve alteração do planejamento para o pós-TE: participante 5, manteve-se sem buscar novo atendimento; participante 9, permaneceu no atendimento e participante 6, encerramento com alta.

O tempo de atendimento total recebido deve ser analisado levando-se em consideração as situações específicas. Quatro clientes receberam apenas o atendimento de TE (participantes 1, 3, 5, 7). O participante 1, que recebia outro atendimento, avaliou que o mesmo, somado à TE, estavam suficientes para ele. Embora este participante não tenha mencionado o tempo prolongado de espera para ser chamado pela Clínica para o encaminhamento interno, entendemos que o mesmo pode ter contribuído para a não adesão ao encaminhamento, menos por um incômodo direto em relação à espera e mais por mudanças acontecidas no período (distanciamento da Clínica; busca de ajuda por outras vias e modificações no quadro clínico e demanda). O participante 7, que não procurou o encaminhamento, achou a TE suficiente e relatou estar bem após o período de um ano. A mãe do participante 3 relatou ter, inicialmente, achado a TE suficiente não tendo procurado o encaminhamento, mas que talvez ainda o fizesse (ao indicado ou outro). O participante 5, que havia terminado a TE antes da dada, referiu ter sido atendido em sua demanda e ter achado a TE atendimento único e suficiente.

Dentre os três participantes que receberam atendimento de tempo médio (participantes 4, 6 e 10), apenas 1 recebeu alta (participante 6), tendo havido nos outros dois casos, desistência de terapia após curto período. A participante 4, que não havia recebido encaminhamento em TE e que recebeu novo encaminhamento à terapia, relatou ter sido ajudada neste atendimento, mas que abandonou rodos, avaliando que não estavam mais sendo proveitosos para ela. O participante 9 mencionou não ter estabelecido um vínculo adequado e um espaço para uma elaboração reflexiva sobre si junto ao novo psicólogo procurado, mas que, naquele momento, não tentaria novo atendimento (apesar disto, recebeu outros nomes de profissionais em sua região, dado que poderia mudar de idéia quanto à procura, dado ter havido um desencontro entre estilo do cliente estilo do trabalho oferecido pelo psicólogo).

Detalhamento dos contatos com a Psicóloga ocorridos depois de finalizada a TE:

Os clientes fizeram diferentes usos da possibilidade de contato com a psicóloga da TE, disponibilizada, em caso de necessidade, após o atendimento (tal como mencionado nos procedimentos, após a finalização de cada processo de TE a psicóloga disponibilizou-se a estar na clínica como referência para qualquer dúvida, alteração de plano de encaminhamento, dificuldade com o psicólogo indicado ou necessidade de retorno de TE). Alguns clientes utilizaram a disponibilidade oferecida (participantes 8 e 9) e outros, apesar de terem tido mudanças de planejamento posterior, não contataram a psicóloga (participante 2 que retornou à Clínica solicitando encaminhamento interno; participante 4 que acabou recebendo novo encaminhamento por parte do seu núcleo de tratamento e participante 10 que apenas trocou o psicólogo sem recorrer à clínica dado ter recebido outra indicação, mas manteve a escolha por atendimento externo em consultório privado). Apesar de não ter havido o contato em relação às mudanças posteriores, de acordo com os dados obtidos pelo *follow up*, estes participantes entenderam que a TE os ajudou a elaborar e a delimitar a demanda por atendimento. Seguem alguns detalhamentos.

O cliente 8 ligou para a clínica deixando recado para a psicóloga. Esta entrou em contato. Ele disse que gostaria de permanecer com a psicóloga da triagem. Isto não pôde ser realizado (a continuidade do atendimento de TE não havia sido estabelecida como parte da proposta pesquisada e não havia sido oferecida aos outros clientes). Esta situação foi explicada. Apontou-se que ele poderia procurar a segunda indicação oferecida na ocasião da TE e que, caso não se adaptasse, poderia voltar a entrar em contato para novas indicações.

A participante 9 fez dois contatos posteriores. A adolescente entrou em contato imediatamente após ter vivenciado uma sensação de angústia emocional. No telefonema, recebeu o suporte necessário para tranquilizar-se naquele momento e refletir sobre seus receios e anseios. Conversou-se, também, sobre a terapia em curso (o que ela estava achando, se estava se sentindo ajudada – houve resposta positiva – e sobre a sua continuidade). O episódio foi conversado com a então psicóloga da cliente. O segundo contato foi feito pela mãe, relacionado a um problema de ordem escolar. A escola havia solicitado uma avaliação psiquiátrica para a adolescente e afastado a aluna por um período. A mãe relatou o ocorrido e pensou na Clínica como primeira possibilidade de conseguir a avaliação solicitada. A psicóloga da TE ofereceu suporte à mãe e disponibilizou-se a verificar um encaminhamento para avaliação psiquiátrica via rede pública de serviço de saúde, embora achasse mais adequado e preferisse que, primeiro, tentassem encontrar uma solução junto à psicóloga que acompanhava a adolescente, fato que tranquilizou a mãe (a sessão com a psicóloga ocorreria

dois dias depois deste telefonema). Em contato com a psicóloga, a mesma comentou que havia conversado com a escola e com mãe, disse que iria pensar uma conduta para lidar com a solicitação e que, caso precisasse, recorreria à Clínica. Avaliou que havia sido um modo da escola tentar fazer a adolescente envolver-se mais com os estudos. Não houve outro contato.

No caso 2, a cliente retornou à Clínica, com carta de recomendação e foi atendida em triagem tradicional. Pediu atendimento interno, já que a psicóloga da filha havia mudado de consultório. O psicólogo que a atendeu na nova triagem conversou com a psicóloga externa e lhe pediu um relatório. A cliente recebeu novo encaminhamento, desta vez interno na Clínica. Este movimento denota que a cliente não contou com o fato de a psicóloga ter se disponibilizado para qualquer mudança. Podemos pensar que a cliente interpretou algum impedimento quanto a poder rever, junto com a psicóloga da triagem, o encaminhamento do pós-TE. Podemos pensar que talvez não tenha ficado claro, no início do processo, que havia possibilidade da espera para atendimento interno, apesar de não ser garantido, tendo o cliente, então, entendido que não poderia ocorrer. Estas especulações, entretanto, nos parecem ser pouco procedentes já que, ao final do seu processo de TE (tal como foi feito em todos) o encaminhamento foi amplamente discutido e o EI oferecido como uma possibilidade. Além disto, a psicóloga tentou mostrar abertura e disponibilidade para qualquer mudança. Descartamos também a hipótese das clientes não terem gostado da psicóloga, pois, tanto na finalização da TE, quanto no questionário pós-TE não obrigatório (um respondido pela cliente e outro por sua mãe), houve ou evidenciou-se uma avaliação positiva (na questão 4 foram dadas as seguintes respostas: “*gostei pois me compreendeu*” [sic] e “*gostei e minha filha também*” [sic]). Em ambas as ocasiões de procura pela Clínica a mãe da cliente usou de algum tipo de recurso para conseguir atendimento. No primeiro dia, o de dizer o nome da pessoa que a havia orientado quanto ao dia de voltar à Clínica para a triagem e, no segundo, uso de uma carta de recomendação. Neste caso, podemos pensar no modo de a família funcionar, com uma possível expectativa de que tais recursos sejam necessários para que consiga lidar com a realidade, vista, provavelmente, como algo difícil (fato que se intensifica pela mãe estar sem o marido, que está residindo fora do Brasil, por ela ter um modo fechado ao se relacionar e por ter esboçado, no atendimento, sentir dificuldade em, sozinha, dar conta dos afazeres do trabalho, casa e família). O retorno à Clínica, de qualquer maneira, evidencia a importância de, em uma triagem, haver clareza na informação dada ao cliente sobre as possibilidades de atendimentos que pode ter. Evidencia ainda que, apesar de a psicóloga ter disponibilizado um suporte (encaminhamento acompanhado), cada cliente usa de uma maneira esta abertura, conforme sua necessidade, fantasias e modo de apropriação subjetiva em relação à instituição.

6.2.4. Opinião dos Clientes

A tabela 19 traz as respostas ao questionário de opinião pós-atendimento (ANEXO B, p. 132). Trata-se da percepção do cliente sobre o atendimento. Estes dados permitem avaliar o modo como os atendimentos repercutiram (como a TE foi sentida, entendida e relatada pelo participante). Seis participantes responderam ao questionário, além da mãe de um participante, totalizando 7 participações nesta etapa. O participante 5 respondeu ao questionário através de *e-mail*, um ano após o término das consultas.

Tabela 19
Opinião

Participante	Respostas
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Parcialmente. Sinto a necessidade de mais descobrimento e reconhecimento próprio.</i> 2. <i>Eu poder falar bastante das minhas qualidades de reconhecer, adaptar-se a situações e reverter, para que fique bem para mim e aceitar as minhas limitações no relacionamento com as pessoas.</i> 3. _____ 4. <i>Sim. Me ajudou a refletir, quando eu estiver angustiado com as coisas, pessoas, situações, analisar se porque eu estou passando é porque eu escolhi ou me ausentei ou tive medo de ser feliz.</i> 5. <i>Parcialmente. Preciso descobrir mais de mim. Há a possibilidade de um bem estar maior, de uma relação construtiva com as pessoas, ver o mundo de uma forma aceitável.</i> 6. <i>Parcialmente. É um assunto muito particular, não daria uma pista de que procurei um psicólogo.</i> 7. <i>Sim.</i> 8. <i>Sim. Uso de medicamento.</i> <p>(Obs. O cliente aguardava atendimento na Clínica, embora tenha prosseguido com outro atendimento).</p>
2 (Responsável)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sim. Penso mais antes de falar e para responder também.</i> 2. <i>Acho importante, da psicóloga, ouvir a mãe também.</i> 3. <i>O diálogo ainda, no meu caso.</i> 4. <i>Sim. Gostei e a minha filha também.</i> 5. <i>Sim</i> 6. <i>Sim.</i> 7. <i>Sim</i> 8. <i>Sim (minha filha). Acho que ainda precisa de atendimento</i> <p>Outros comentários: <i>Gostaria de saber quando parar, quanto tempo.</i></p> <p><i>Agradecemos também pela ajuda.</i></p>
2 (Adolescente)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sim. Pois esclareceu dúvidas e ‘desabafei’ com uma pessoa neutra.</i> 2. <i>Pude saber a opinião de outra pessoa que não era amigo ou responsável, pude conversar sobre várias coisas do jeito como penso e foi legal pois a psicóloga me compreendeu.</i>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Não sei se você que está lendo vai rir, mas quando disse isso à minha mãe ela morreu de rir: 'acho que podia ter divã' hehehe.... mas falando sério, acho que quando fui estava ótimo, tudo.</i> 4. <i>Sim. Pois me compreendeu.</i> 5. <i>Sim.</i> 6. <i>Sim. Pois foi ótimo o atendimento e me ajudou bastante.</i> 7. <i>sim</i> 8. <i>Sim. Pois adorei a experiência e quis continuar.</i>
<p>4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Parcialmente. Tive que procurar outro tratamento com a orientação do psicólogo no Núcleo.</i> 2. <i>Me senti confortável na época do atendimento.</i> 3. <i>Penso que preciso de mais consultas.</i> 4. <i>Sim. Foi muito atenciosa e sai de lá convencida.</i> 5. <i>Não. Não me ajudaram a resolver o problema do emagrecimento.</i> 6. <i>Sim. Talvez a pessoa se sentisse melhor.</i> 7. <i>Sim.</i> 8. <i>Sim. Em outro lugar. Não recebi encaminhamento.</i> <p>(Obs. A cliente não quis encaminhamento na ocasião)</p> <p>Outros comentários: <i>Fui à Clínica por orientação do Núcleo. Me achando satisfeita voltei ao Núcleo, falando que tive as consultas, no que eles me sugeriram procurar tratamento fora com orientação deles, porque não achavam que eu estava bem para fazer o tratamento deles sem ajuda psicológica. Já estou em tratamento com a psicóloga e parece ser a pessoa certa para me acompanhar.</i></p>
<p>5</p> <p>Respondido via e-mail, após o telefonema de follow up (12 meses após TE). O cliente pediu para responder, embora com atraso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sim. Trabalhei meu sentimento de culpa e minha sensação de incapacidade para tomar decisões sem levar muito em conta a opinião de outros.</i> 2. <i>Este atendimento foi um alívio imediato para o momento mais crítico da minha crise depressiva. Foi possível discutir aspectos de minha vida de uma forma abrangente, sem me preocupar com as conseqüências que minhas palavras teriam.</i> 3. <i>Este serviço deveria substituir a triagem convencional. Ao menos uma única consulta deveria garantida a quem procura a Clínica Psicológica da USP.</i> 4. <i>Sim. Me fez pensar e discutir diversos aspectos do meu problema. Pontos de vista diferentes pelos quais eu nunca havia pensado antes.</i> 5. <i>Parcialmente. A princípio pensei que as seis consultas seriam insuficientes pra obter algum resultado relevante. Mas agora vejo que foram suficientes para ultrapassar o momento mais crítico da crise.</i> 6. <i>Sim. O serviço prestado foi muito bom.</i> 7. <i>Sim.</i>
<p>8</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sim. Me ajudaram muito a sair da confusão em que eu estava e a desatar diversos nós. Ao procurar o atendimento vivia uma profunda crise emocional, insone, improdutivo, ansioso e com sensações de pânico, medo e falta de ar. Com as consultas pude recuperar meu 'eu', minha auto-estima, me sentir produtivo, o que me livrou daquelas sensações ruins.</i> 2. <i>A objetividade, o direcionamento, a vinculação e o envolvimento profissional, o interesse, a pontualidade. Acima de tudo acho que a objetividade da proposta condensada em 6 semanas é algo sensacional e maravilhoso.</i> 3. <i>Talvez aumentar a capacidade de atendimento, pois no dia em que procurei a triagem outras pessoas não foram atendidas por terem chegado um pouco mais tarde (e eu chegara por volta das 05h).</i> 4. <i>Sim. O que mais me gratificou, me satisfez, foi a segurança o profissionalismo, a inteligência e a capacidade intelectual, além da imensa sensibilidade da psicóloga (nome) por quem fui atendido. Sou muito grato pois acho que ela desempenhou muito bem o seu papel. Superou minhas expectativas.</i> 5. <i>Sim. Não mudaram, exatamente, mas foram superadas positivamente.</i>

6. *Sim. Já indiquei, pois me fez muito bem e muitos colegas que precisam sentirão o mesmo se conseguirem ser atendidos.*

7. *Sim.*

8. *Sim. Estou porque com o atendimento (TE) descobri que algumas questões podem ser aprofundadas e resolvi aproveitar a satisfação obtida para embalar mais um passo.*

Outros comentários: *Quero agradecer a Clínica, na pessoa da psicóloga (nome) por ter me auxiliado em um momento tão complexo para mim, em assunto que ainda era tabu. São belos projetos de pesquisa como este que possibilitam a aproximação Universidade/comunidade, numa parceira que só ajuda a fortalecer a importância da universidade pública. Parabéns e obrigado!*

10

1. *Sim. Me ajudou bastante, se eu estou errada, eu tenho facilidade de aceitar a opinião do outro, eu acho que isso faz a gente crescer, muda muito a maneira de se pensar, melhora o jeito de agir.*

2. *Os pontos positivos, na minha opinião, foram todos.*

3. *Eu não tenho sugestões nenhuma, eu só tenho a dizer que foi muito bom.*

4. *Sim. Quando eu comecei fazer terapia eu estava muito mal, estava até tomando remédio. Eu sou uma pessoa que preciso por as minhas angústias para fora, isso me faz muito bem. Estou me sentindo outra.*

5. *Sim. Correspondeu muito, para melhor.*

6. *Sim. Olha, vou confessar uma coisa, eu estava tão triste e agora estou sentindo uma paz interior tão boa.*

7. *Sim.*

8. *Até agora não recebi encaminhamento*

(obs. estava esperando a pesquisa feita pela psicóloga resultando no encaminhamento para algum psicólogo próximo à residência da cliente).

Outros comentários: *Sem comentários, porque eu acho a terapia tão boa, a mente da gente muda, eu sou uma pessoa que dependo muito da opinião dos outros.*

Na primeira questão, cinco clientes responderam que a TE ajudou e dois que a TE ajudou parcialmente, sendo a parcialidade justificada pela necessidade de continuidade do atendimento. A participante 4 mencionou a mudança em relação ao encaminhamento do pós TE (a necessidade de terapia tinha para a participante uma conotação de tratamento, oposta, por exemplo, à noção apresentada pela participante 4, podendo haver uma diferença de concepções marcada pela geração das participantes). No geral as opiniões emitidas foram bastante positivas.

6.3 Relato na íntegra de dois processos de TE

Serão relatados dois processos na íntegra (incluindo anotações da psicóloga logo após os atendimentos). A descrição dos casos explicita a dinâmica do atendimento em TE, mostrando diferentes conduções tomadas de acordo com a demanda apresentada pelo cliente. Os nomes são fictícios. Há alterações em alguns dados a fim de preservar o sigilo e a identidade, sem perder, contudo, a possibilidade de especificações para o estudo do processo.

Flávio (participante 6).

F. foi a terceira pessoa a chegar para a triagem. Já havia procurado o serviço duas semanas antes, mas havia chegado às 08:00h, já sem vagas. No dia em que foi atendido em TE chegou à Clínica por volta de 06:00h e mesmo assim foi excedente. O cliente apontou que, mesmo imaginando que o terceiro cliente naquele dia não seria atendido, optou por esperar o horário para tentar conversar com alguém responsável. Ao ser atendido na TE disse que achava errado este esquema de espera, que achava que as pessoas deveriam ser informadas pelo telefone de quantas vagas existiam. A psicóloga conversou brevemente sobre a limitação da Clínica para os atendimentos, reconhecendo que era uma situação desagradável, mas que esta era a maneira como, até então, se havia melhor organizado o modo do atendimento.

A psicóloga perguntou se ele tinha interesse em ser atendido em triagem dentro da pesquisa, explicou o que era, as diferenças para a TT, como por exemplo, que se realizaria em até seis encontros. *F.* apontou achar desnecessário 6 encontros, que preferia fazer menos encontros de triagem e já começar logo o seu atendimento. Disse ter claro o motivo de sua busca por atendimento. Aceita participar, assina o termo de consentimento. Ao preencher o endereço erra o número da casa, comenta o erro, pega o papel da segunda via para preencher. Fez um comentário, em tom de brincadeira, sobre seu erro. A psicóloga coleta os dados do cliente para cadastramento na clínica. *F.* não é de São Paulo, mas estava na cidade desde o início daquele ano e visava conseguir trabalho na sua área, já que, segundo ele, era a cidade que mais abarcava o tipo de atividade que exercia. Depois dos dados preenchidos a psicóloga pediu para ele falar o que ele estava buscando, motivos pelos quais procurou a Clínica.

F. diz que era um assunto constrangedor. A psicóloga tenta deixá-lo à vontade dizendo que ele podia abordar qualquer coisa, que não era constrangedor para a psicologia. *F.* volta a dizer que, para ele, era constrangedor, de qualquer maneira. Diz que veio procurar por uma dificuldade sexual. Já havia consultado dois médicos para ver o que estava acontecendo, disse não ter tido confiança no primeiro. O segundo, mais experiente, fez exames e disse que fisicamente ele estava bem e que deveria buscar um atendimento psicológico. *F.* relata que o

médico disse que havia feito os exames mais com o intuito de mostrar a *F.* que ele estava fisicamente bem, do que por ter se preocupado efetivamente. O médico indicou um psicólogo, com o qual *F.* se consultou uma vez, mas logo em seguida decidiu mudar-se da cidade e não continuou no atendimento. Disse que, na verdade, também não havia se sentido muito à vontade com o psicólogo indicado. Não soube explicar o porquê, citando apenas o modo lento e com intervalos entre as falas com que ele se comunicava e conduzia a sessão. Achou-o muito jovem também. Neste momento explicitou que gostaria de buscar um profissional experiente na área.

Relatou, de forma breve, um histórico de sua dificuldade. Relatou não ter tido em namoros anteriores dificuldades da mesma ordem. Namora há um ano e meio uma moça um ano mais velha. Acha que a questão está no relacionamento atual. Sentiu dificuldade desde a primeira vez, depois conseguiu ter relações (ênfatisa que só o conseguiu com o uso de preservativo). Observa que quando a moça passou a fazer uso de um método anticoncepcional ele não conseguiu mais ter relação e vem vivendo esta situação até então. Acha que há alguma relação com o uso do preservativo, como se este o deixasse mais tranquilo, mas não tem certeza. Diz que esta situação estava crescendo, que passou a ter medo de ter relações, com medo de que acontecesse de não conseguir. Faz uma análise breve dos relacionamentos anteriores e da personalidade das namoradas. Diz que a primeira namorada era mais inexperiente e uma pessoa que pouco se impunha, o que o deixava mais à vontade, apesar de gostar menos dela. A namorada atual era mais forte e independente, se auto-sustentava. Acha que isto o deixava mais receoso. Com a primeira namorada sentia mais domínio da situação, ele era mais maduro que ela, além de ter total segurança de que ela era apaixonada por ele. Com a namorada atual ele se sente inseguro, até dos sentimentos dela para com ele, mesmo ela já tendo dito que o amava. Diz não saber o quanto isto era verdade. Sente-se inferiorizado perto dela. Diz sentir-se feio, incompetente, não adequado quanto ao trabalho. Acha que ela é muito inteligente e se inferioriza perto dela⁴⁸.

De acordo com o que pudemos perceber *F.* estava refletindo sobre os fatos, identificando e observando suas fantasias e os pontos que o traziam insegurança. Havia um sentimento de diferença em relação à namorada, com alguma sensação de que não conseguia sustentar a relação. Um trabalho terapêutico poderia ajudá-lo a discriminar o que estava se passando e ajudá-lo a lidar com as sensações de inferioridade, mesmo se relacionando com

⁴⁸ Era notoriamente um rapaz bonito e elegante. Tinha um estilo moderno.

uma mulher independente, de modo a que pudesse separar seu percurso e o da namorada. Seria importante que pudesse olhar mais para a relação e o modo como ela se estabelecia.

Diz ter interesse em fazer terapia, mas expressa dúvida com relação à psicologia poder realmente ajudá-lo. Receia permanecer o resto de sua vida com esta dificuldade e acha que se tivesse um problema físico, de ordem orgânica, seria mais fácil de resolver. Em suas palavras, tem medo de passar o resto da vida sem ser um “*homem normal, um homem com h maiúsculo*” (sic). Fala que é uma pessoa perfeccionista e ansiosa e tem receio das coisas não darem certo. A psicóloga aponta que o receio em fazer terapia faz parte de um processo de procura, mas que ele já está pensando nas questões emocionais que envolviam sua problemática. Conversa sobre as possibilidades de atendimento, na USP ou encaminhamento externo. Discute o fato de ter mencionado preferir alguém mais experiente e informa que, na Clínica, o atendimento era feito, muitas vezes, por alunos estagiários da graduação ou pós-graduação, além de que seguia o calendário escolar, tinha algum tempo de espera, etc. Informou sobre o encaminhamento externo. Conversaram sobre os pagamentos de uma psicoterapia, taxa simbólica na clínica, calores acessíveis do cadastrados, etc.. Foi agendado um retorno.

Em supervisão, discutiu-se que talvez não fosse necessário aprofundar suas questões para definir um encaminhamento, que já havia sido pedido, criando um início de vínculo terapêutico que seria rompido depois de poucos encontros. O objetivo do retorno seria o de verificar a possibilidade real de *F.* começar um atendimento psicoterapêutico: se pretendia ficar em São Paulo por mais tempo, se conseguiria dar uma chance a um tipo de trabalho que poderia não ter resultados imediatos ou mágicos – diferente das características de um trabalho médico, com tempos definidos – e se poderia dar uma chance a ele mesmo de não ter uma expectativa de um grande sucesso ou mudanças em um curto prazo. Três foram os tópicos traçados a serem trabalhados na segunda consulta, a partir do que ocorreu no primeiro encontro. Esclarecimento sobre alguns dados que haviam faltado, como por exemplo, como havia procurado o serviço, qual era a constituição familiar, como veio para São Paulo, etc. Em segundo uma elaboração sobre a possibilidade de ele poder dar um crédito de confiança a si mesmo e à terapia. Em terceiro um esclarecimento acerca de um atendimento psicológico, características, valores e encaminhamentos possíveis, etc.

Procurou o serviço por iniciativa própria, pela internet, pois, tal como outras universidades, imaginou que encontraria ali um serviço de atendimento psicológico. A psicóloga introduziu a questão da procura pela psicoterapia e retomou que ele havia dito ter receio de não dar certo. Apontou que seria importante ele dar um crédito ao trabalho para que

pudesse minimamente acontecer. *F.* diz ser muito receoso, mas que, neste caso específico, precisava mesmo dar este crédito e tentar, visto ser a única saída possível para ele naquela circunstância. Fala que, no entanto, gostaria de ter pelo menos uma empatia inicial pelo psicólogo. Conversam sobre isto, que de fato esta empatia inicial é muito importante e que justamente por este motivo, caso ele recebesse um encaminhamento externo, receberia pelo menos duas indicações e que mesmo assim poderia contatar a clínica caso não desse certo. A psicóloga fala sobre atendimento interno e externo e, por já terem conversado brevemente sobre isto na semana anterior, *F.* já apontou achar melhor receber o encaminhamento externo para dar início mais imediatamente ao trabalho, sem fila de espera e poder ter uma continuidade que não oscilasse com o calendário escolar. Apresentou preferência por terapeuta homem, por achar que se sentiria mais à vontade para falar de si. Disse que foi muito difícil, por exemplo, falar com a psicóloga na triagem na semana anterior, apesar de já estar se sentindo mais à vontade com no segundo momento.

Relata com mais detalhes sua experiência com os médicos e com os exames que havia feito, com resultados normais, apontando saúde. Os dois médicos fizeram perguntas de cunho emocional (perguntaram, por exemplo, se ele se sentia ameaçado ou tenso na hora do relacionamento). Respondeu a ambos que sim, que se sentia tenso. Comenta que é tenso e nervoso com muitas coisas, diz ficar extremamente preocupado com problemas. Frequentemente tem insônia ou problemas para dormir, desde pequeno. Sempre se preocupa com as coisas do dia seguinte. Relata que quando menor não queria dormir para ficar acompanhando o pai no trabalho. O pai trabalhava em casa, em área semelhante à que *F.* seguiu e sempre trocou o dia pela noite para trabalhar.

Relata parte de sua história familiar. Morou parte da infância com seu pai, mãe e irmão (um ano mais novo), onde nasceu, no Nordeste Brasileiro. Depois os pais se separaram. Continuou morando com a mãe, na casa da avó materna. Quando tinha dez anos de idade, sua mãe foi fazer uma especialização em outro estado e desde então se mudou. O pai continuou morando no Nordeste. Manteve contato com o pai. Disse que a adaptação neste novo local foi tranquila, mas que achou, inicialmente, o povo local muito mais fechado do que em seu ambiente anterior, havendo um estranhamento, posteriormente contornado.

Veio para São Paulo no início do ano (corrente) para procurar trabalho em sua área. Diz que onde estava não havia campo para o que ele queria. Sua namorada também veio para São Paulo, para fazer seu mestrado. Não quis morar com a namorada, pois achou que não estava preparado para este tipo de relacionamento. Está dividindo apartamento com conhecidos. Relata que sua namorada anterior morou por dois anos com ele, na casa da mãe

dele e que isto dificultou para ele conseguir terminar o namoro com ela, já que, em uma primeira tentativa determinar ela disse que iria se matar. Depois de algum tempo conversou sobre sua situação com seu pai, o que o tranqüilizou. Conseguiu terminar com a namorada, mas *'de um jeito estranho'* (sic): passou dois meses sem falar com ela, apesar de dormirem na mesma cama, até que um dia ela fez as malas e foi embora. Acha que não foi o melhor jeito, talvez o único, para conseguir causar um afastamento e que não conseguiu fazer diferente. Ela era muito ciumenta, ele queria sair com os amigos e ela implicava.

Sobre o trabalho acha que não é uma boa pessoa para cumprir metas, não consegue produzir muito, é muito perfeccionista e isto acaba o paralisando: ele quer entregar algo muito perfeito e acaba não conseguindo produzir, paralisa, pois não consegue atingir aquilo que idealizou. Era assim também na escola e faculdade. Precisa de um emprego, preferencialmente em sua área, para continuar se sustentando em São Paulo, apesar da ajuda que recebe da mãe. Diz gostar muito da cidade e da diversidade cultural. Não gosta da violência (relata ter visto dois episódios de assaltos desde que chegou na cidade). A psicóloga pergunta sobre sua intenção em ficar em São Paulo mais tempo (ligada à possibilidade de engajamento em um processo terapêutico). *F.* responde que pretendia ficar ainda muito tempo na cidade.

Comenta esta sua situação de paralisação. Diz que seu médico avaliou que ele estava com depressão e receitou um remédio. *F.* não quis tomar remédio e nem pegou a receita com o médico. O médico então passou algumas vitaminas. *F.* disse ter piorado desta depressão quando chegou a São Paulo, principalmente nos primeiros meses, havendo dias em que ficava em casa chorando, sem vontade de realizar nada. Diz estar melhor deste quadro e está conseguindo procurar trabalho, enviar currículos, pesquisar empresas, etc.

Diz que está disposto a tentar uma terapia. Diz que tem alguma possibilidade para pagar. Pede que seja uma pessoa com disponibilidade de atendê-lo à noite, caso consiga um emprego. Pergunta sobre as abordagens de terapia e diz não conhecer muito para poder avaliar qual seria a melhor para ele, mas gostaria de um trabalho focado, objetivo. A psicóloga conversa brevemente sobre as abordagens cognitivo-comportamental e psicanalítica e diz que a relação dele com o psicólogo seria muito importante em sua avaliação. Pede alguém, se tivesse, especializado em seu assunto, entende que isto poderia ser vantajoso. A psicóloga aponta que ele já está refletindo suas questões psicológicas, que tem um histórico com a ex-namorada de um término difícil, que tem muitas preocupações e abertura para elaborá-las e que um trabalho psicológico poderia beneficiá-lo neste sentido. Podemos notar que houve maior disponibilidade de *F.* no segundo encontro, que apresentou uma necessidade de

compartilhar as experiências vividas. Em função do discernimento e do tipo de queixa específica trazida, da preferência por se abrir diretamente ao profissional que fosse dar continuidade ao atendimento, decidiu-se oferecer o encaminhamento com apenas estes 2 encontros de TE. Não foi agendada uma terceira consulta e o encaminhamento ficou de ser passado via telefonema. Localizou-se um profissional do cadastro, homem, abordagem cognitiva-comportamental, especialista na área (sexualidade), que já havia escrito mais de um livro sobre a temática.

O *follow up* mostrou que *F.* foi ao terapeuta indicado. Diz ter gostado muito. Explicou que foi ao atendimento por algum tempo e que depois parou em função de sua *correria*, já que havia conseguido emprego em sua área. Disse que se não fosse sua *correria*, nem teria parado, já que gostou muito do profissional e dos atendimentos recebidos (“*ele é ótimo, muito bom mesmo, me ajudou muito*”, sic.). Disse que foi atendido com uma espera pequena, de uma semana, após a TE. A pesquisadora conversou, também, com o terapeuta. Ele disse que foi realizado um bom trabalho, tendo *F.* melhorado em diversos aspectos de sua vida e sensação subjetiva, tendo recebido alta (embora pudesse continuar um trabalho se quisesse). Este caso mostra um trabalho breve em TE, com encaminhamento externo.

Lucas (participante 5)

Na sala de espera a psicóloga o comunicou sobre o projeto de Triagem Estendida e disse que ele poderia escolher fazer a TE ou voltar em outro dia de triagem. Ele respondeu que achava que uma proposta de 6 encontros poderia ajudá-lo e que havia justamente opinado por este número no questionário que havia acabado de responder. Foi agendado o primeiro encontro para o mesmo dia, algumas horas depois do horário deste primeiro encontro.

Relata estar procurando a Clínica por estar, segundo ele, com *alguma depressão*, sem motivação. Cursa o primeiro ano de pós-graduação. Graduou-se em outra instituição e iniciou o contato com a presente universidade como estagiário. A partir daí conheceu o professor com quem iniciou o mestrado. É casado, tem um filho de quatro anos e trabalha para sustentar a família (em área distinta de sua área de graduação e pesquisa). Não estava conseguindo produzir na pesquisa, apesar de o mestrado ter sido uma escolha sua. O orientador do grupo de pesquisa, então, indicou que ele fosse à psiquiatria, verificar sua desmotivação, já que seu estado emocional estava interferindo na produção acadêmica. *L.* foi ao psiquiatra e começou a tomar um antidepressivo. Aponta que algumas coisas mudaram com o remédio, outras não. Por terem suas dificuldades permanecido, o professor indicou que ele fizesse uma psicoterapia concomitantemente à psiquiatria e foi assim que ele procurou a Clínica.

A partir da apresentação da queixa e deste histórico, ocorreu um detalhamento na compreensão da queixa inicial (sintoma de desmotivação), com uma maior descrição do sofrimento e dificuldades psicológicas vivenciadas. A psicóloga perguntou o que ele achava da indicação do professor, se ele achava que precisava e se queria uma terapia. *L.* respondeu que achava que fazia sentido sim procurar terapia por algumas questões. Menciona ser indeciso, inibido e ter dificuldade para tomar iniciativas próprias. Não estava cumprido compromissos, estava perdendo horários, não estava conseguindo acordar no horário. Expressa que, no geral, sentia-as chateado ou culpado por não cumprir alguns compromissos e por ficar sem fazer nada em alguns momentos. Acha que, com o remédio, suas preocupações diminuíram, embora não tenha contribuído para que efetivamente rearranjasse sua situação.

Diz que sua maior questão é uma sensação de que não tem iniciativa própria, de que ‘vai levando’ as coisas, tem baixa auto-estima. Acha que sempre foi assim. Diz levar muito em consideração o que os outros dizem e se ele vai corresponder à expectativa alheia. A psicóloga pergunta um exemplo, ele remete ao próprio encontro com a psicóloga. A entrevista estava marcada um horário, a psicóloga teve um contratempo e precisou de 10 minutos antes de atendê-lo, deixando o atraso avisado com a secretária. A psicóloga encontrou *L.* e o avisou que iria a um departamento e que talvez se atrasasse, no máximo 10 minutos. *L.* explicou que, no geral, mesmo que não pudesse esperar, não teria coragem de dizer, com receio de desagradar o outro (disse que não havia sido o caso naquele dia, mas que era uma situação típica que evidenciava a dificuldade em se manifestar).

Passa a relatar outras situações de sua vida nas quais se sentia diante do conflito, tentando expressar com mais acuidade aquilo que vivenciava. Ressalta que até com o filho de quatro anos demorava a conseguir colocar um limite. Nomeia tal comportamento *falta de iniciativa* ou *baixa auto-estima*. Relata que quando sai, não tem certeza se saiu por vontade própria ou se por insistência da outra pessoa, por ter sido influenciado. Aborda também sentir dificuldade em sair com os amigos para um bar, por sentir-se culpado quando sabe que a esposa gostaria que ele estivesse em casa, com ela. Sua esposa fala que ele “*age pela cabeça dos amigos*”. Quando a esposa está ocupada com alguma outra coisa e não reclama de sua saída, não sente esta culpa e fica *bem* com os amigos. Fala que, com tudo isto, ele mesmo já não sabe o que quer, acha que não está com plena propriedade de si mesmo (sic).

A psicóloga retoma o fato de ele ter falado que sempre fora assim, pergunta desde quando ele se lembrava de si com tais preocupações, se podia se recordar de situações em que elas não ocorreram e como era a relação com os familiares. *L.* relata que achava que o irmão era muito competitivo, que sempre queria mostrar que era melhor que ele (o irmão com uns

quinze anos e ele com oito). Este irmão é falecido, havia sete anos (não detalhou o falecimento). Relata que o irmão sempre fora, aos olhos dos pais, o *bagunceiro*, o que não tinha mais jeito e ele o *certinho*. Os pais sempre pontuavam comparações para ele não fazer a mesma coisa que o irmão. O irmão tinha mais iniciativa própria, mas também fazia muito mais coisas erradas, como por exemplo, repetir o ano escolar e fumar. Para os pais *L.* sempre foi considerado o *bonzinho*. Acha, ao mesmo tempo, que tal diferença estava também relacionada à idade e que, por ser adolescente, o irmão mais velho fazia de fato mais coisas que iam contra a expectativa dos pais. Mesmo assim, acha que foi um filho mais fácil de ser criado, já que o irmão não atendia a expectativa dos pais e ele sim. Quando o irmão tinha 25 anos os pais falavam que ele *não tinha conserto* e alertavam *L.* a ser diferente.

A psicóloga retoma os exemplos trazidos e o lugar ocupado na família, como aquele que está de acordo com a expectativa do outro. Menciona o fato de que pode haver para ele, de acordo com esta formação, uma aproximação entre as noções de ‘certo’ e de ‘cumprir expectativas, regras, estipuladas por outro’. *L.* concorda. Prossegue explicitando aspectos de sua vida que se relacionam à queixa inicial. Diz que tudo o que era considerado *errado* em sua casa gerava atritos, discussões, havendo cobranças. Aborda uma sensação de não ser bom o suficiente e que desde pequeno, em casa, já lembra de se sentir assim, em função do modo como ocorriam as cobranças. A psicóloga retoma que ele havia dito ser visto como o *filho bonzinho*. Ele fala que apesar de ser o *bonzinho*, mesmo perante a mãe, não se sentia sendo bom o suficiente para fazer as coisas, que achava que sempre ela ou o seu irmão mais velho, faziam melhor. Não acha que se devia à diferença natural da idade, mas por haver um ambiente competitivo. Acha que a mãe interfere muito para dar conselhos em tudo o que ele faz. Fala que na escola, até a oitava série, era alvo de brincadeira pelos colegas, mas que nunca soube se defender. Acha que por ter seguido os conselhos da mãe de não brigar e apenas contar para a professora, foi sendo um colega inadequado, que não sabia se resolver. Relata que esta situação só melhorou no colegial, quando ele passou a ser mais autônomo em sua maneira de lidar. Passou a sair, a namorar. Volta a falar do presente, que tem uma constante preocupação em saber se sua escolha foi tomada por ele ou pelos outros. Fala da paralisia que tem sentido em relação à sua pesquisa. Diz que chega ao local onde realiza a pesquisa e não sabe por onde começar, qual viria a ser o melhor caminho. Fica pensando nas opções e acaba não fazendo nada. Está lendo artigos para ver por onde começar.

A psicóloga pergunta se ele já havia colocado sua dúvida para o orientador, para discutirem juntos por onde começar. *L.* responde que colocou uma vez, o orientador indicou um experimento, ele fez, mas quando acabou voltou para a mesma dúvida, já que teve

dificuldades posteriores. A psicóloga então perguntou o que ele pensava sobre colocar novamente a questão para o orientador. *L.* responde que não sabia o porquê não pedia nova orientação, acha que era por achar que ele estava com problemas pessoais, particulares e não da pesquisa. A psicóloga apontou que, mesmo podendo ser por um problema de ordem pessoal, também havia a dificuldade com o trabalho e que pedir nova orientação do rumo a que seguir poderia auxiliá-lo. Vemos que havia uma idéia semelhante à idéia de que ele não era bom o suficiente, também vivenciada na infância.

L. se incomoda por não estar conseguindo produzir em algo que havia sido uma escolha dele. Surpreende-se por ter tido uma escolha que foi dele, sem ter sido uma escolha para corresponder ao outro e mesmo assim estar com dificuldade. *L.* estava, deste modo, entendendo que, por ter sido uma escolha dele, não caberia espaço para dificuldades, o que não é uma verdade na vida. Ter escolhido um caminho não significaria não ter problemas neste caminho. Havia um questionamento constante no sentido de entender e diferenciar aquilo que ele fazia por desejo próprio ou aquilo que ele fazia levado pelo desejo que outrem tinha dele. Os exemplos trazidos do posicionamento tomado diante dos pedidos endereçados a ele e sentidos como exigências mostraram, desde o início da TE, uma vivência subjetiva de um conflito entre deixar-se de lado para estar em acordo com aquilo que era exigido pelo meio, ou não. Sentia as cobranças alheias, ou pedidos externos, como invasivos, sentia que não podia ter um crivo próprio, não se posicionava. Quando se posicionava, temia ter agido erradamente. A demanda do outro se confundia com o seu querer. Suas escolhas estavam permeadas pela necessidade de ir ao encontro do outro, mas havia uma resistência também a isto. Além do sintoma de desânimo, todo este conflito estava sendo percebido e elaborado por *L.* naquele momento de sua vida e o estavam incomodando. Expressou receio de estar pautando sua vida no desejo do outro e não no seu próprio e observa que, com isto, criou um circuito de questionamentos para si e já não estava conseguindo viver sem tantos questionamentos. Aquilo que era particular (escolhas, modos de ir aprendendo a lidar com certas situações, etc.) era sentido misturado com a idéia de que as ações não vinham dele, ou de que não tinha o seu modo próprio de lidar, o que o deixava muito confuso. Havia uma característica subjetiva de dúvidas e dificuldade de se colocar no mundo (pedir mais orientações, se sentir mais livre para sair com os amigos, ter suas escolhas, dentre outros).

Grande parte da situação psicológica foi trazida com clareza, desde o primeiro encontro de triagem. Sua queixa não foi apenas o relato de uma situação, distanciada de sua vivência psíquica, mas a expressão de um conflito. Inicialmente abordou seu desânimo, mas, ao ter sido dado espaço para elaborações, com escuta efetiva, passou a fazer correlações entre

situações vividas e o seu modo de sentir e de lidar. Fez um exercício de observação da própria situação psíquica vivenciada, trazendo e organizando questionamentos que já vinham ocorrendo. Houve interlocução entre sintoma e dinâmica psicológica, com expressão e compartilhamento desde o primeiro encontro. Apesar de estar claro o conflito pelo qual passava, de haver questionamentos pessoais e de haver necessidade de prosseguir em um atendimento, o que, do ponto de vista de uma TT poderia ser o suficiente para a efetivação de um encaminhamento, o próprio cliente preferiu aproveitar a possibilidade do atendimento em seis encontros para elaborar as questões trazidas.

Para além dos questionamentos psicológicos particulares (conflitos), o leque na TE se ampliou para o contexto vivido. *L.* estava vivenciando um contexto de grande pressão: trabalho, mestrado, grande distancia entre os locais de atividades, horas de trânsito por dia, poucas horas de sono, demandas financeiras, familiares e relacionamentos interpessoais. Além disto, vivia um momento de mudança com relação às escolhas de vida, encontrava-se entre a escolha por um trabalho que vinha realizando junto à família e a pesquisa, em área muito diferente daquela que estava acostumado a viver em seu meio familiar. Havia pouco tempo para o laser e quando saía com os amigos não aproveitava de fato o momento para o laser, pela culpa em deixar a esposa sozinha. Apesar de estar com dificuldades na realização de sua pesquisa, não estava conseguindo usar do auxílio do orientador de forma mais próxima, além de achar que deveria estar fazendo algo para o qual talvez não tivesse ferramentas adequadas (condição pessoal apropriada). As dificuldades do cotidiano podiam estar acentuando a sensação subjetiva de ansiedade e depressão. O modo como estava lidando com as situações cotidianas não estava, em nada, contribuindo para as pudesse resolver, com ações práticas. Também não contribuía para gerar qualquer alívio subjetivo e a realidade estava sendo vivenciada de modo bastante duro. O espaço da TE pôde servir como um momento para a explicitação das condições reais, difíceis e geradoras de tensão. Pôde servir como possibilidade do cliente poder perceber que não havia uma incapacidade, mas que havia demandas realmente difíceis com as quais estava aprendendo a lidar.

Em cinco encontros, realizou-se um aprofundamento da compreensão da situação e conflito psíquico vivido. Foram vistos exemplos das situações. Os diferentes aspectos observados foram colocados pela psicóloga para *L.*, em um processo de reflexão compartilhada. Conversou-se sobre o fato de que sua situação atual parecia de fato difícil, que ele estava realizando muita coisa e tentando equilibrar muitas expectativas alheias. Conversou-se sobre ele poder buscar ajuda, seja na psicologia, seja com as questões pontuais da pesquisa, já que poderia não ‘dar conta de tudo’. Houve possibilidade da compreensão de

que seu momento talvez fosse de sobrecarga, um momento difícil, podendo sim ter dificuldades e que talvez não as precisasse resolver todas imediatamente. *L.* pôde, ele próprio, acolher mais a si mesmo, percebendo que estava se esforçando, mas que talvez não pudesse dar conta de tudo sem pedir ajuda, cuidar de todas as exigências (da esposa, da mãe, do trabalho e da pesquisa). Houve, por parte do cliente, uma ampliação da possibilidade de entender e lidar com as situações vividas. Percebeu e trabalhou aspectos das problemáticas cotidianas, seus receios e uma possibilidade de se colocar mais como pessoa (com dúvidas e dificuldades) em sua vida e nas relações cotidianas. Pôde ter havido uma ampliação perceptiva do seu modo de lidar e posicionar-se.

O Cliente não compareceu à última consulta e não enviou o questionário de opinião. No telefonema de *follow up*, apontou que havia ficado muito satisfeito com o atendimento, que o ajudou a elaborar os aspectos que o estavam paralisando, possibilitando que prosseguisse em seu curso de vivência. Reorganizou seu modo de lidar com as situações e conseguiu estabelecer um ritmo suficientemente adequado às exigências. A primeira fala no telefonema foi retomar o fato de não ter comparecido à última consulta, com pedido de desculpas por não ter avisado. Havia ficado muito entretido, segundo ele, com seu cotidiano, com ritmo acelerado, mas conseguindo produzir e acabou, com isto, não podendo reagendar a última. O cliente pediu que enviasse o questionário pós-TE via e-mail dizendo que fazia questão de respondê-lo. Respondeu no mesmo dia, enviando poucas horas depois do telefonema. Apontou, no questionário, que as consultas em triagem o ajudaram a dar seguimento a sua vida, ressignificar alguns aspectos e sentir-se melhor. O não comparecimento na última consulta deveu-se ao fato do cliente ter dado andamento às suas atividades. A necessidade de ir à consulta teve um interesse reduzido.

6.3.1.Considerações sobre a dinâmica da TE com base no relato:

Ressalta-se que, embora houvesse diretrizes para o atendimento em TE, a definição do processo de deu caso a caso, no contato com o cliente e através da avaliação de suas necessidades. Com relação aos usos possíveis do espaço da TE apontamos que ela pode estar mais no pólo de uma coleta de dados (de identificação e clínicos) findando em encaminhamento, ou aproximar-se de um trabalho em psicoterapia breve, quando elementos de dificuldade dos clientes são abordados e elaborados. Percebeu-se que a definição para cada estilo de uso da TE não se dá a priori, mas em consonância com a demanda, o cliente e a interação.

7. DISCUSSÃO

Três foram os questionamentos colocados (se o atendimento atingiria as metas propostas, quais seriam os benefícios da TE para o cliente e sob a perspectiva da instituição e, quais seriam as maneiras mais adequadas para pensar a implementação de um serviço com tal natureza). Discutiremos cada ponto. Utilizaremos os dados da experiência para refletir a TE e possibilidade de generalizações dos dados encontrados.

Metas da TE:

Podemos afirmar que as metas planejadas para o atendimento em TE foram atingidas, existindo, assim, coerência entre aquilo que foi planejado e aquilo que pôde ser realizado na prática. Houve tanto ampliação da compreensão do cliente, resultando em encantamentos acompanhados e cuidadosos, quanto houve acolhimentos e outros aspectos psicoterapêuticos, indo ao encontro de autores que avaliam a viabilidade e as vantagens de uma triagem interventiva (Agostinho, 2003; Aguirre, 1987; S. Ancona-Lopez, 1996, 1995; Isaco, Gil & Tardivo, 2004; Herzberg, 1996, Salinas & Santos, 2002). Tal como mencionado na introdução, a triagem psicológica é uma atividade complexa, envolve muitos elementos a serem verificados e avaliados e a definição do encaminhamento nem sempre é óbvia. Lida com a intersecção entre necessidade (quadro clínico avaliado pelo psicólogo), vontade do cliente (expectativa, desejo, atendimento almejado) e a possibilidade real de atendimento (abordagens ou trabalhos mais indicados). Verificou-se que todos os tópicos de uma TT puderam ser elaborados de modo mais detalhado na TE e os encaminhamentos oferecidos com cuidado.

Além da elaboração e da troca de informações com os clientes sobre os atendimentos, a TE serviu, para alguns, como experiência de estar com um psicólogo, sendo uma primeira referência de um trabalho clínico. Na TE também foi dada, em certa medida, a possibilidade de o cliente perceber que um atendimento clínico depende da relação com o psicólogo e não exatamente de uma relação com a Instituição, fato que pôde ter tido influência na diversificação dos encaminhamentos e no alto número de escolha pelo encaminhamento externo (sem o cliente se sentir *abandonado* pela instituição). Mesmo com alterações nos percursos posteriores, entendemos que os clientes puderam ter uma noção vivida, uma experiência, do que seria um atendimento psicológico, o que favoreceria um maior discernimento para buscar ou não atendimento após o final da TE.

O processo da TE permitiu que o cliente explicitasse as expectativas (positivas e negativas) com relação ao trabalho do psicólogo possibilitando maior clareza e até segurança quanto ao seu objetivo de iniciar uma psicoterapia. Esta amostra mostrou que, com frequência, os clientes de uma clínica apresentam expectativas e imagens estereotipadas da psicologia e do psicólogo, ora como salvadores mágicos, ora como juízes que iriam emitir um diagnóstico e estigmatizar, ora, simplesmente, com a dúvida de poderem de fato ajudar. Muitos não têm idéia clara do que seja um atendimento psicológico. No próprio atendimento posterior a uma triagem, o aluno estagiário poderia lidar com as expectativas de um cliente. Entretanto, há dúvidas de ordem prática em relação ao serviço oferecido, ao funcionamento da instituição, e ao alcance da psicologia clínica (características de um atendimento psicológico), que devem ser supridas antes do encaminhamento, podendo, portanto, fazer parte da elaboração no espaço de uma triagem. A continuidade do cliente no fluxo dos serviços pode ficar prejudicada caso não haja elaboração de tais expectativas e esclarecimento de dúvida.

Também permitiu avaliar em alguma medida, antes de se fazer um encaminhamento, as possibilidades psicológicas de vinculação e materiais para adesão a um atendimento (nem todos os clientes têm facilidade para o acesso à Clínica e, para estes, um encaminhamento mais próximo da residência ou local de trabalho pode ser vantajoso). Permitiu maior possibilidade de apropriação subjetiva quanto ao encaminhamento discutido. Na medida do possível, a TE permitiu que os encaminhamentos se realizassem com uma participação mais ativa por parte do cliente no sentido da definição de como seria a continuidade de seu próprio percurso. O próprio cliente pôde elaborar as condições de um atendimento na Clínica-escola ou fora dela, avaliando-os de forma mais global e realista. Consideramos que a possibilidade da discussão sobre os encaminhamentos reflete um cuidado e respeito da instituição para com a clientela que passa a ter mais informações sobre os serviços que a Clínica escola oferece, contribuindo para a atenuação de uma ação impositiva por parte da instituição.

Em relação aos aspectos interventivos, o mapeamento das situações-problema foi, em alguns momentos, em si uma forma de alívio, ajudando o cliente a encontrar alternativas (estratégias) para lidar com os problemas (sejam estratégias subjetivas, sejam estratégias objetivas, de afazeres, por exemplo.).

Benefícios:

Maiores cuidados nos encaminhamentos e acompanhamentos dos mesmos se mostrou um recurso válido como possibilidade de otimizar recursos institucionais. Houve benefícios

para o cliente, que se sentiram ajudados e ouvidos e para o funcionamento da instituição, como filtro mais efetivo. Podemos entender que, de modo geral, a TE é benéfica institucionalmente.

Houve recepção ou acolhimento inicial da demanda, tendo em vista que os clientes foram atendidos no momento da triagem (nem todos conseguiram este atendimento no primeiro dia em que procuraram a Clínica). Analisando-se o baixo índice de desistências da TE e o número de entrevistas realizadas por cliente, verifica-se que o espaço da TE caracterizou-se como um primeiro atendimento, de forma a poder dar conta, em alguma medida, da angústia trazida pelos participantes (que puderam vivenciar um primeiro contorno terapêutico). Este tipo de atendimento pode, deste modo, contribuir na diminuição da fila de espera (tempo de espera para o atendimento), com a possibilidade de dar suporte ao cliente em período de “*entressafra*” dos atendimentos na Clínica Psicológica Dr. Durval Marcondes (períodos em que não há ingresso de clientes em função do calendário letivo).

Um encaminhamento à psicoterapia quando a demanda do cliente pode ser outra refletiria uma falha no processo de desfecho da triagem e uso de recursos institucionais de modo desnecessário. Assim, entendemos que uma elaboração acerca da queixa pode ser, no geral, relevante para a otimização dos recursos. O fato de ser a TE um espaço de atendimento em até seis semanas sugere que a desistência possa ocorrer neste primeiro momento e não depois, durante o atendimento, o que pode também ser de grande valia para o fluxo da clientela em Clínica-escola, considerando o problema da evasão. Na pequena amostra pesquisada ocorreu a situação da desistência ocorrer durante a TE ou no período de espera, tanto no caso da DE (nesta, específica, com satisfação do cliente), quanto nos casos em que, embora o cliente tenha recebido encaminhamento, avaliou, posteriormente, que a TE havia sido suficiente, não chegando a procurar o auxílio.

A TE se mostrou ser um instrumento com certa elasticidade, capaz de lidar com a diversidade das demandas e com estilos de clientes diferentes, distanciando-se de práticas mais voltadas a um cadastramento que podem padronizar a recepção. Observamos, assim, que a TE pôde ter diferentes usos, dependendo do modo como cada cliente chegou e de sua necessidade. Quando comparados uns com os outros, os casos descritos evidenciam a diversidade de uso da TE, sempre definido durante o processo e conforme o tipo de queixa. O modo como o cliente chegou pôde levar a TE a se configurar mais como uma terapia breve do que como uma investigação da queixa ou quadro clínico. O ponto de partida do participante 5, por exemplo, denotou uma situação bem específica o que possibilitou um trabalho focal. Se o cliente desejasse, teria a possibilidade de um encaminhamento, mas achou suficiente o

trabalho ali realizado e só veio a relatar sua satisfação no *follow up*. Outros clientes também tiveram benefícios terapêuticos, não necessariamente relacionados à resolução de algum problema prático, mas relacionados com o alcance de reflexões e elaborações sobre a situação subjetiva. O participante 1 no início trazia muitos exemplos de situações que o faziam ficar irritado e ter reações explosivas, em estado constante de alerta (mantinha-se em postura de revidar e de duvidar dos outros, ora se sentindo atacado e ameaçado, ora sentindo-se culpado por atos impulsivos). Apresentou sofrimento psíquico, em um momento de vida no qual fazia constatações sobre sensações ambivalentes, sobre sua perda de controle (que ocorria, sobretudo em situações sociais em que achava que estava sendo ridicularizado ou não respeitado) e no qual apresentava preocupação sobre sua potencia (medo de estourar intensificado pela característica de sua profissão). Retomou situações e refletiu modos de agir que pudessem não o comprometer em situações futuras. Partindo, preliminarmente, da descrição de exemplos, pôde estabelecer uma reflexão, uma significação sobre si. Além destes tipos de benefícios, houve o uso da TE estritamente como triagem (participante 6 que trouxe demanda específica por atendimento, com uma problemática definida e não quis a extensão da TE).

A TE pôde, também, servir para diferentes esclarecimentos, tal como descrito acima, o que a torna uma prática vantajosa institucionalmente. Quando ocorre demanda por pronto atendimento imediato e breve (uma orientação ou dúvida específica, por exemplo), a recepção estendida, por potencialmente abarcar este papel, já pode ter atuação junto ao cliente e ser concluída, sem a necessidade de outro atendimento. A TE também pode filtrar quando não há efetivo interesse por um atendimento e lidar com alguma questão, sem mobilizar uma vaga de atendimento, contribuindo para melhorias no fluxo da clientela, com uma maior adequação à dos encaminhamentos às demandas. Um desfecho planejado e acompanhado em muito pode contribuir para a eficiência e otimização do funcionamento do serviço como um todo. Parece ser um filtro institucional adequado na medida em que tem a possibilidade de exercer uma escuta aprofundada do cliente.

Entendemos que uma prática personalizada de recepção possa ser generalizada para novos casos e para novas situações, dado que cada um dos casos atendidos particularidades (como teriam tantos casos quantos fossem pesquisados), cada qual conduzido da maneira como pareceu ser mais adequada.

Para o cliente, segundo pudemos apreender dos atendimentos e questionários de opinião, os benéficos também pareceram evidentes. A TE possibilitou alívios no sofrimento, possibilidade de dar curso à queixa inicial e de ocorrerem elaborações diversas. A

investigação mais detalhada da queixa, que permite, tal como apresentado acima, ao cliente elaborar aspectos de sua experiência, ofereceu suporte psicológico no momento da procura por ajuda. Todo cliente que passou pela TE recebeu da instituição pelo menos dois encontros, não ficando desguarnecido de suporte no momento em que precisava.

Tendo em vista os aspectos acima descritos, podemos entender, em concordância com os achados de Salinas e Santos (2002), verifica-se que a TE cumpre com a proposta de fazer uma recepção clínica, além de uma triagem mais aprofundada das queixas, servindo como um filtro mais seletivo à Instituição. Este filtro permite realizar um encaminhamento que leva em consideração uma queixa mais elaborada, o que pode significar maior clareza para o cliente em relação a querer ou não uma continuidade do atendimento psicológico.

Embora os encaminhamentos não tenham sido seguidos exatamente como planejados, os clientes passaram a ter, após a TE, mais ferramentas (elementos) para pensar suas possibilidades de atendimento (desde informações concretas, até a noção de que psicologia clínica se dá com encontros reais, de modo a ser importante considerar a relação como psicólogo escolhido). Cada cliente tem um percurso próprio. Precisa ter a chance de conhecer os caminhos possíveis, definir e redefinir o rumo posterior, podendo recorrer à Clínica (ou ao psicólogo responsável pela triagem) caso necessite de suporte no percurso posterior.

Inserção Institucional:

Os modos de inserção institucionais devem ser estruturados de acordo com as contingências da instituição no momento em que se queira atender em recepção estendida. No funcionamento da Clínica no momento da pesquisa, a inserção de um atendimento em TE havia se mostrado efetiva para o atendimento a excedentes, com o uso do recurso de cadastro de psicólogos. Manter uma atividade de TE ligada a uma disciplina sobre triagem e na qual alunos pudessem atender, parece ser uma opção interessante para a implementação do serviço e de um espaço constante de pesquisa clínica, formação do aluno e pesquisa. Exigiria articulação interna para prover os encaminhamentos necessários.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Clínica psicológica Dr. Durval Marcondes apresentava dificuldades, bem como os métodos utilizados para triagem requeriam revisão. A TE foi proposta como ferramenta para lidar com parte dos problemas e como material para subsidiar investigação da funcionalidade de um atendimento breve em recepção. A avaliação da situação problema, a articulação de uma proposta de atendimento, o levantamento de projetos semelhantes, bem como o estudo de formas breves de atendimento foram corpo do projeto TE. Como estratégia para a investigação de sua funcionalidade, requeria a atividade prática, realizada e analisada neste trabalho. Embora com número limitado de casos estudados e com outros recortes e questionamentos possíveis para análise, a pretensão desta etapa foi a de realizar uma leitura do fazer prático da modalidade, com uma apreciação global da experiência da TE aplicada. Os resultados sugerem uma proposta exequível e benéfica. Pareceu-nos que os ajustes entre expectativas e o oferecimento de informações, contribuíram para encaminhamentos mais adequados.

Novas portas se abriram de questionamentos, dentre os quais a necessidade de haver um estudo sistematizado da relação entre preditores de abandono seja nesta clínica ou em outros centros de atendimentos, e a recepção (triagem). Outro aspecto é o estudo comparativo entre modalidades e técnicas em triagem, com estudos de seguimentos do percurso do cliente e avaliação institucional. O material aqui apresentado oferece alguns dados para subsidiar uma pesquisa de tal natureza. Além destes, a triagem nos parece ser um campo fértil para o estudo sobre aspectos clínicos, concepções diagnósticas e alcances terapêuticos de intervenções focais.

REFERÊNCIAS⁴⁹

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança: teoria e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adrados, I. (1995). Fatores culturais e dinâmica emocional na América Latina - critérios normativos das provas projetivas. *Boletim da Sociedade Rorschach de São Paulo*, 8 (1), 50-53.
- Agostinho, M. L. (2003). *O Porco-Espinho, o Menino do Furacão e outras Histórias: Quadros de uma Exposição Psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aguirre, A.M.B. (1987). Triagem psicológica numa Clínica-Escola: funções e características principais. In: *Reunião Anual de Psicologia*, 17 (p.277). Programa e resumos Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.
- Ancona-Lopez, M. (1981). *Avaliação de serviços de psicologia clínica*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ancona-Lopez, M. (1983). Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35(2), 123-35.
- Ancona-Lopez, M. (1984). Características da clientela de clínicas escola de psicologia em São Paulo. In R. M. Macedo (Org.). *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento* (pp. 24-46). São Paulo: Cortez.
- Ancona-Lopez, M. (1995). Introduzindo o psicodiagnóstico grupal interventivo: uma história de negociações. In: M. Ancona-Lopez (Org.), *Psicodiagnóstico: processo de intervenção* (pp. 65-114). São Paulo: Cortez.
- 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. In L.L. Melo-Silva, M.A. Santos & C.P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 259-270). São Paulo: Vetor
- Ancona-Lopez S. (2009). *Intervenções Breves*. In *Congresso Brasileiro de Psicoterapia Existencial. Os Desafios da Psicologia Fenomenológico-Existencial na Contemporaneidade*, 9. São Paulo: Universidade Paulista (UNIP). Resumo recuperado em 28 de novembro de 2009, de http://www.psicoeexistencial.com.br/web/detalhes.asp?cod_menu=120&cod_tbl_texto=2022
- Arcaro, N. T. (1989). *Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

⁴⁹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Arcaro, N. T. (1991). Caracterização de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 2, n. 1/2, p. 49-64.
- Arzeno, M.E.G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições* (B. A. Neves, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbosa, J. I. C. (1992). *Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barbosa, J. I. C., & Silveiras, E. F. M. (1994). Uma caracterização preliminar das Clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia Campinas*, 3(11), 50-56.
- Bartz, S. S. (1997). Plantão psicológico: Atendimento criativo à demanda de emergência. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2(3), 21-34.
- Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia de Emergência e Psicoterapia Breve* (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-59.
- Bleger, J. (1974). A entrevista Psicológica. In J. Bleger, *Temas de psicologia: entrevista y grupos*. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Bonomo, S., Dominguez, P. & Tortorella, A. (2002). Sobre las intervenciones diagnósticas en los diferentes âmbitos. In A. Muniz Martoy (Ed.), *Diagnósticos e intervenciones: enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica* (pp. 43-50). Montevideo: Editorial Psicolibros.
- Bosi e Uchimura (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública* 41(1), 150-153.
- Calderoni, M. L. M. B. (1998). O ato clinico de recepção e triagem. *Percurso*, 10(20), 93-100.
- Campezzato, P. M. (2006). *As Clínicas-Escola de Cursos de Psicologia da Região Metropolitana de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio grande do Sul.
- Campezzato, P. von M., & Nunes, M. L. T. (2007a). O atendimento prestado pelas clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia Campinas* 24 (3), 363-374.
- Campezzato, P. von M. & Nunes, M. L. T. (2007b). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Campos (2005). *Desejabilidade Social*. Recuperado em 08 de novembro, 2009, de Educare. pt. O portal da educação
<http://www.educare.pt/educare/Opiniaio.Artigo.aspx?contentid=103762311A6E3A1FE0440003BA2C8E70&channelid=0&schemaid=&opsel=2>

- Chammas, C., & Herzberg, E. (2006) Consulta psicológica: Serviço da Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo [CD-ROM]. In Anais do *Simpósio Internacional de Iniciação Científica*, 14. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Chammas, D & Herzberg, E (2008). Expectativas sobre atendimento psicológico da clientela da Clínica-escola 'Dr. Durval Marcondes' do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo [CD-ROM]. In Anais do Encontro de Serviços-Escolas de Psicologia do Estado de São Paulo, 16. São Paulo: 16º Encontro de Serviços-Escolas de Psicologia do Estado de São Paulo.
- Carvalho, M. J. C., & Telles, S. R. A. (2001). Considerações sobre queixas de pacientes em triagens de clínica escola. *Psikhê*, 6(1), 7-14.
- Carvalho, R. M. L., & Terzis, A. (1988). Caracterização da população atendida na clínica-escola da PUCCAMP. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 5(1), 112-125.
- Castro, P. F. (1999). Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. *Revista Psicologia: Teoria e Prática* 1 (1), 3-13.
- Cordioli (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (2ª ed., pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, T. R. S. (2008). *Abandono de Atendimento Psicológico por crianças em uma clínica-escola*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, São Leopoldo.
- Dana, R.H. (Ed.) (2000). *Handbook of Cross-Cultural and Multicultural Personality Assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Decreto n. 53.464* (1964, 21 de janeiro). Regulamenta a Lei n. 4.119 de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Brasília: DF. Recuperado 13 de outubro de 2009 de http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/decreto_1964_53464.pdf
- Dunker, C. I. (1999). Entrevistas Preliminares e Entrada em Análise. *Psicologia. Teoria e Prática*, 1(3).
- Eiziri, C. L. & Hauck, S. (2008). Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (2ª ed., pp. 151-166). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, N. S. & Yoshida, E.M. P. (2004). Produção científica sobre psicoterapias breves no Brasil e demais países latino-americanos (1990-2000). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(3), 523-531.
- Fiorini, H. J. (1978). *Teoria e técnica de psicoterapias* (C. Sussekind, Trad.). Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. (Original publicado em 1973).
- Freire, P. (1979). *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Freud, S. (1973). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., vol. 12, pp.147-159). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1912).
- Furigo, R. C. P. L. (2006). *Plantão psicológico: uma contribuição da clínica junguiana à atenção psicológica na saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia., Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas
- Garfield S.L. (1971). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Gastaud, M. B. & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]* 31(1),13-23.
- Giami, A. (2004). Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. In A.Giami & M. Plaza, *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas* (Z. Y. Rizkallah & L. Y. Massuh, Trad., pp. 35-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gomide, A. P. de A. (2000). *Práticas Psicológicas na Clínica: uma leitura crítica da desistência das populações pobres às psicoterapias*. Dissertação de Mestrado, Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- González Rey, F. L. (2002). Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson learning.
- Graminha, S.S. V., & Martins, M. A. de O. (1991). Um serviço de inscrição para atendimento psicológico infantil estruturado com vistas a formação do aluno do curso de psicologia. *Estud. psicol. (Campinas)*, 8(2), 189-201.
- Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. (1993). Estudo das características da população que procura o serviço de atendimento infantil no Centro de Psicologia Aplicada da FFCLRPUSP. *Psico*, Porto Alegre, 24(1), 119-130.
- Guerrelhas, F. F. (1999). *Lista de espera x grupo de espera recreativo: uma nova experiência numa clínica-escola de psicologia*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Guerrelhas, F. F., & Silveiras, E. F. M. (2000). Grupos de espera recreativo: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica escola de psicologia. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3), 313-321.
- Hegenberg, M. (2004). *Ética e técnica da psicoterapia breve na clínica contemporânea*. Tese de doutorado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Herrmann, F. (1995). *O que é psicanálise* (5ªed). São Paulo: Editora Brasiliense.

- Herzberg, E.; Erdman, E. P.; & Becker, E. (1995). Técnicas de exame psicológico utilizadas no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: levantamento realizado em 1994. *Boletim de Psicologia*, 45 (102), 85-96.
- Herzberg, E. (1996). Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em Clínicas-Psicologias -Escola. In: Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta . Campinas, *Coletâneas da Anpepp*, 1(9), 147-154.
- Herzberg, E. (2007). *Gerenciamento informatizado de uma clínica-escola de psicologia*. Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Herzberg, E & Chammas, D (2009). Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19 (42), 107-114.
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2001). Triagem. In Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa. [CD-ROM]. São Paulo: Objetiva.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* (41),159-164.
- Isaco, M. A. S., Gil, C. A., & Tardivo, L. S. P. C. (2004). Consultas Terapêuticas – Entrevistas Iniciais: uma proposta de atendimento e acolhida em Clínica Institucional [DC-ROM]. In *Anais do Encontro Latino Americano sobre o Pensamento de Donald Winnicott*, 13. Porto Alegre, Sociedade Psicanalítica de Pelotas.
- Kahtuni, H. C. (1996). *Psicoterapia Breve Psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. São Paulo: Editora Escuta.
- Kovács, M. J. (2001). Implantação de um serviço de plantão psicológico numa unidade de cuidados paliativos. *Boletim de Psicologia São Paulo*, 51(114), 01-22.
- Lei n. 4.119*, de 27 de agosto de 1962 (1962, 27 de agosto). Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília: DF. Recuperado 13 de outubro de 2009 de http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/lei_1962_4119.pdf
- Laplanche & Pontalis (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª ed São Paulo, Martins Fontes.
- Lhullier, A. C. (2002). *Abandono de Tratamento em Psicoterapias Realizadas numa Clínica-Escola*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, RS.
- Louzada, R. C. R. (2003). Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estudos de Psicologia*, Natal, 8(3), 451-457.
- Lowenkron, T. S. (1993). *Psicoterapia Psicanalítica Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Macedo, R. M. (Org.). (1984). *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo: Cortez Editora.

- Mahfoud, M. (1987). A Vivência de um Desafio: Plantão Psicológico. In R. L. Rosenberg (Org.), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* (pp.75-83). São Paulo: EPU.
- Mannoni, M. (1980). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campos LTDA.
- Melo, S. A., & Perfeito, H. C. C. S. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudo de Psicologia*, Campinas, 23(3), 239-249.
- Melo-Silva L. L., Santos, M. A. dos & Simon, C. P. (2005). Serviços-escola em psicologia: A construção do saber prático. In L.L. Melo-Silva, M.A. Santos & C.P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 271-280). São Paulo: Vetor
- Morato, H. (1999). Serviço de aconselhamento psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo: aprendizagem significativa em ação. In H. Morato (Org.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios* (pp. 27-43). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morato, H. T. P. (2006). Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer poder ou precisar? Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição: Psicologia e Políticas públicas, 6 (pp. 38-43). Universidade Federal do Espírito Santo, ES.
- Moura, L. de, & Loureiro, S. R. (1993). Utilização do questionário sobre distúrbios mentais (QMPA) para triagem de atendimento psicológico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 26(2), 176-88.
- Moura, L. (1995). *Problemática atual e distúrbios emocionais apresentados por clientes que aguardam atendimento em um serviço de Psicologia de uma clínica-escola*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ocampo, M. L. S. de, & Arzeno, M. E. G. (1981a). A entrevista inicial. In M.L.S. Ocampo, M.E.G.Arzeno, E.G. Piccolo & cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad., pp. 21-43). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Ocampo, M. L. S. de, & Arzeno, M. E. G. (1981b). O processo psicodiagnóstico. In M.L.S. Ocampo, M.E.G.Arzeno, E.G. Piccolo & cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (M. Felzenszwalb, Trad., pp. 11-19). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Oliveira F.M. R. (2009). *A modernidade líquida de Bauman*. Recuperado em 08 de novembro de 2009 de <http://direitoadministrativoemdebate.wordpress.com/2009/08/15/a-modernidade-liquida-de-bauman/>
- Penna, (2004). *Introdução à psicologia do século XX*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pereira, V. (1998). Triagem: a utilização de procedimentos gráficos como elemento facilitador da comunicação na entrevista. Anais do IV Congresso Internacional da UNICASTELO, São Paulo.

- Pereira, V. (2002). *Entrevista de triagem pais-criança: ressignificando uma prática em clínica-escola*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, H. M. B. (2004). Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 47-54.
- Perfeito, H. C. C. S., & Melo, S. A. de. (2004). Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estud. psicol. (Campinas)*, 21(1), p.33-42.
- Rabelo I. S. & Santos U. M. S. P. dos (2006). O Desafio do Plantão Psicológico para o Plantonista. In C. Ramos, G. G. Silva & S. Souza (Org.), *Práticas psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola* (pp. 379 387). São Paulo: Vetor Editora
- Ramos, C., Silva, G. G., & Souza, S. (Orgs.). (2006). *Práticas psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola*. São Paulo: Vetor.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade de São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Romaro, R., Herzberg, E., Knobloch, F., Paparelli, R. B., Garcia, S.A.F., Gabriades, R.H.C.N. & Favalli, A. P. (2005). Reflexões e decorrências da participação das Clínicas-Escola no Projeto de Prevenção ao Suicídio da Prefeitura Municipal de São Paulo. In C. P. Simon, L.L. Melo-Silva & M.A. dos Santos (Orgs.). *Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* (pp.323-340). São Paulo, SP: Vetor Editora
- Safra, G. (1993). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica. In M. E. L. da Silva coord. *Investigação e psicanálise* (pp. 119-158). Campinas, SP: Papirus
- 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.
- Sampaio, M. I. C. org. (2002). *30 anos do Instituto de Psicologia da USP São Paulo* [CD]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Santos, M. A., Moura, L., Pasian, S. R., & Ribeiro, P. L. (1993). Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 9(1), 123-144.
- Saviani, D. (1977). Valores e Objetivos na Educação. *Revista Didata*, (6), 39- 44.
- Serviços do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, subseção Atendimento à Comunidade. Recuperado em 30 de outubro de 2008 de http://www.ip.usp.br/servico_atendimento.htm .

- Silva, L. M. V. & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública. (Rio de Janeiro)*, 10(1), 80-91.
- Silvares, E. F. M. (1991). Caracterização comportamental e socioeconômica da clientela infantil de uma clínica-escola de psicologia de São Paulo. In *Resumos, I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (p. U11). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Silvares, E. F. M. (1998). *Clinicas- escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silvares, E. F. M. (Org.). (2006). *Atendimento psicológico em clínicas-escola. Campinas*. São Paulo: Alínea.
- Silveira, R. M. C. da. (1990). *Atendimento psicológico em hospital-escola: análise de expectativa de um grupo de pacientes de Clínica Ginecológica*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Simon, r. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: E.P.U.
- Simon, r. (2004). Cotransferência e transferência em psicoterapia psicanalítica de quadros medianos. In: *anais do 8º encontro do curso de especialização em psicoterapia psicanalítica da universidade de São Paulo*.
- Simon, r. (2005). *Psicoterapia breve operacionalizada: Teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sistema Integrado de Bibliotecas da USP (2009). V. M. B. O.Funaro (Coord.). Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte II APA (2. ed. rev. Ampl). São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP.
- Spitz, R. A. (1979). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais* (E. M. B. Rocha, Trad). São Paulo: Martins Fontes.
- Soares, F. R., & Herzberg, E. (2009). Utilização de contos de fadas em oficinas terapêuticas com crianças em uma clínica-escola de psicologia. In *Encontro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, 1* (p.194). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Teixeira, R. P. & Nunes, M. L. T. (2001). As concepções de homem na psicologia clínica: um estudo com base em programas de ensino. *Episteme, Porto Alegre*, (12), 61-76.
- Terzis, A. & Carvalho, R. M. L. L. (1986). Certas características da população atendida na clínica de pós-graduação - PUCCAMP. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 3(1-2), 112-127.
- Terzis, A., & Carvalho, R. M. L. L. (1988). Identificação da população atendida na clínica escola do Instituto de Psicologia da PucCamp. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 40(4), 87-97.

- Tognotti, A., & Herzberg, E. (2004) Consulta psicológica: Serviço da Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo [CD-ROM]. In *Anais do Simpósio Internacional de Iniciação Científica*, 12. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Trinca, W. (org.) (1984). Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes. 3 ed
- Uchimura, K. Y. & Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública* (18)6, 1561-1569.
- Vargas, F. & Nunes, M L. T. (2003). Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*17(18), 55-58.
- Vargas, F (2004). *Abandono de psicoterapia em Instituição de Formação de Psicoterapeutas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Wolberg, L. R. (1979). Psicoterapia breve (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Original publicado em 1965).
- Yehia, G. Y. (1999). O follow-up como instrumento de avaliação de um processo passado e de intervenção no momento presente visando perspectivas futuras. *Interações estud. pesqui. psicol*;4(7), 115-128
- Yehia, G. Y. (2004). Interloquções entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo. *Estud. psicol. (Campinas)*,21(1), 65-72.
- Yehia, G. Y. (2005). Serviços Psicológicos e comunidade: necessidade de diálogo constante. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, M. A. Santos (Orgs.), *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* (pp. 341-350) São Paulo: Vetor Editora.
- Yoshida, E. M. P. (2005). Recepção, acolhimento, triagem e pesquisa na clínica psicológica. In L.L. Melo-Silva, M.A. Santos & C.P. Simon (Orgs.), *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 271-280). São Paulo: Vetor
- Yoshida, E. M. P, Santeiro, T. V., Santeiro, F. R. M & Rocha, G. M. A. (2005). Psicoterapias breves psicodinâmicas: características da produção científica nacional e estrangeira (1980/2003). *Psico-USF* 10 (1), 51-59.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 18(40), 305-316.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE EXPECTATIVAS

PESQUISA: FORMAS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

nº: _____

1. O que você espera de um psicólogo?

2. Qual seria a duração ideal de um atendimento para você?

- 1 ou 2 entrevistas
 3 ou 4 entrevistas
 5 ou 6 entrevistas
 Entrevistas durante um semestre.
 Entrevistas durante um ano ou mais.
 Não sei.

3. Se você tivesse um atendimento de 5 ou 6 entrevistas poderia ajudar?

- Sim.
Como poderia ajudar?

- Não.
Por quê?

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PÓS-ATENDIMENTO EM TE (*Follow up* de opinião)

QUESTIONÁRIO PÓS-ATENDIMENTO EM CONSULTAS

1) Em sua opinião, as consultas pelas quais passou te ajudaram?

Sim Não Parcialmente

Explique (Caso tenha respondido 'sim' ou 'parcialmente' se puder especifique quais aspectos psicológicos o Sr(a) trabalhou naquele momento e que tiveram relevância no seu ponto de vista):

2) Quais foram os pontos positivos deste atendimento?

3) Quais pontos você acha que poderiam ser melhorados? Sugestões.

4) Sobre a atuação do psicólogo que o atendeu: Você acha que desempenhou o seu papel?

Sim Não Parcialmente

Explique _____

Continuação ANEXO B

5) A recepção em triagem por que passou na Clínica Psicológica da USP correspondeu ao que você esperava? Correspondeu às suas expectativas?

Sim Não Parcialmente

Se suas expectativas mudaram, explique como?

6) Você indicaria o mesmo atendimento que fez a alguém?

Sim Não Parcialmente

Justifique: _____

7) Você conseguiu este atendimento (até 6 consultas) na primeira vez que procurou a triagem da Clínica Psicológica da USP?

Sim Não

8) Caso tenha recebido encaminhamento, você está em atendimento?

Sim Não

Por que? _____

Outros comentários: _____

ANEXO C – CARTA (enviada junto ao questionário de opinião)

São Paulo, _____ de 2007.

Cara(o) Sr.(a)

O Sr.(a) participou de um atendimento psicológico breve, com até seis consultas, no Projeto de Pesquisa 'Triagem Estendida' realizado na Clínica Psicológica 'Dr. Durval Marcondes' do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Estamos agora interessados em saber a sua opinião a respeito de alguns pontos deste atendimento. Solicitamos, para isto, a gentileza do Sr.(a) responder ao questionário. O preenchimento e envio não são obrigatórios, mas solicitamos a sua colaboração.

O endereço para envio do questionário preenchido é o da Clínica Psicológica, aos cuidados de Rosiani, Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco D, Cidade Universitária, Butantã, CEP: 05508-030.

O Sr.(a) receberá um envelope de retorno já selado e com o endereço da Clínica, pronto para o envio do questionário. Basta colocar em uma caixa do Correio.

Agradecemos desde já a sua participação e colaboração nesta pesquisa que poderá contribuir para o desenvolvimento de nossos atendimentos.

Atenciosamente,

Débora Chammas
Tel.: (011) 3031 2420
(Telefone da Clínica)

ANEXO D – ROTEIRO: *FOLLOW UP* SOBRE ADESÃO AO ENCAMINHAMENTO**Roteiro**

(dados a serem coletados em conversa com o participante da TE, via telefonema após 1 ano do término da TE)

Especificações para cada tipo de desfecho de TE

a) Processo finalizado na TE:

Situação: Quando o atendimento da TE foi considerado suficiente na ocasião do término da TE e o cliente não quis, ou não precisou de encaminhamento. As causas para a finalização do trabalho na TE sem encaminhamento podiam ser de dois tipos: 1. Quando a queixa pôde ser suficientemente trabalhada naquele período e o cliente ficou satisfeito. Quando houve resolução da situação problema (resolução); 2. Quando o cliente não tinha uma demanda clara ou engajamento para continuidade de um processo terapêutico, que pode ocorrer, dentre outros, nos casos em que a procura não é espontânea (indicação médica, escolar, ou outra e a pessoa não se reconhecer como precisando de terapia, optando, ao término da TE, não prosseguir).

Verificação necessária: Manutenção da opção pelo não encaminhamento. O cliente de fato ficou satisfeito, ou buscou outro auxílio?

Avaliar se houve alteração do desfecho da TE, levando-se em conta os motivos de não ter havido encaminhamento.

Roteiro (telefonema):

O Sr/a/Você passou por um processo breve de atendimento na USP e após n consultas optou por não receber um encaminhamento para continuidade de um atendimento. Alguns meses se passaram e gostaríamos de saber se Sr/a/você procurou alguma outra ajuda psicológica.

Se sim: Por quê?

Se não: Por quê?

b) Desistência ao longo da TE:

Situação: Desistência. Tipos possíveis: por insatisfação, satisfação, outros.

Verificação necessária: Motivo da desistência: não gostou; mudou de idéia quanto a querer um atendimento; achou que era suficiente, etc. Pode ter ocorrido em função de o cliente ter obtido ajuda suficiente?

continuação anexo D

c) Encaminhamento Externo:Verificação necessária:

1. Se houve procura.
2. Adesão ou desistência ao encaminhamento subsequente
3. Caso tenha havido adesão: Quanto tempo permaneceu em atendimento? Continua em atendimento? O que achou/está achando? Adaptou-se ao novo profissional?
4. Caso tenha havido desistência: verificar por que ela se deu. Para esta verificação, há aspectos a serem investigados: Tempo de espera decorrido entre triagem e a busca por atendimento e se houve vinculação ao novo profissional (em caso de não ter havido nova vinculação, os motivos devem ser verificados).

Roteiro (telefonema):

1. *Sr/a/você procurou o encaminhamento indicado?*
2. *Encontrou alguma dificuldade para fazer contato com o profissional ou serviço indicado?*
3. *Se fez ou está em atendimento: O que achou/está achando?*
4. *Se desistiu do atendimento: Por que não está em atendimento?*

Em caso de desistência verificar:

- Não gostou do encaminhamento? Considerou o atendimento ineficaz, insatisfatório?
- Considerou o encaminhamento inadequado ao seu caso?
- Achou que a TE já havia sido suficiente?/ Considerou, em avaliação posterior o atendimento recebido em TE suficiente?
- Achou que não precisava mais do auxílio? / Conseguiu resolver de outro modo sua situação?
- Buscou outras soluções?

d) Encaminhamento Interno:Roteiro (telefonema):

- *Sr/a/você foi chamado para a continuidade do atendimento na Clínica?*
- *Quanto tempo depois foi chamado* (esta informação a pesquisadora também coletará no prontuário do caso na Clínica)
- *Sr/a/você está em atendimento?*
- *Se sim: O que está achando?*
- *Se não: Por quê?*

ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO 1
PESQUISA EXPECTATIVAS

PESQUISA: FORMAS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Esta é uma pesquisa para saber sua opinião sobre formas de atendimento psicológico.

O Sr.(a) será solicitado(a) a responder algumas perguntas sem que necessariamente precise se identificar.

A participação não é obrigatória. Caso não queira participar não haverá qualquer comprometimento ou alteração no atendimento psicológico regular da Clínica Psicológica Durval B. Marcondes - USP.

A participação nesta pesquisa está desvinculada de qualquer forma de atendimento psicológico regular da Clínica Psicológica Durval B. Marcondes. Seus resultados poderão ser utilizados para fins de pesquisa científica, mantendo o sigilo e a privacidade dos participantes (os participantes não serão identificados individualmente em nenhum momento).

Assinale uma das alternativas:

- Estou ciente dos termos expostos acima e concordo em participar.
 Não concordo em participar.

São Paulo, _____ de 2007

Nome completo: _____

Telefone para contato: _____

(assinatura)

Pesquisadora: Débora Chammas
Telefone para contato: 7307-5893
Orientadora da pesquisa: Prof. Dra. Eliana Herzberg

**ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO 2
ATENDIMENTO EM TE**

PESQUISA: ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU LEGAL RESPONSÁVEL

NOME DO CLIENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº. _____ INSCRIÇÃO NA CLÍNICA Nº. _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ SEXO M F

ENDEREÇO _____ Nº. _____ APTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____

CEP _____ TELEFONE(S) _____

Eu, Débora Chammas, Identidade nº. 34185598-4, CRP nº. 06/78644, tel. nº. 7307 5893, aluna regular da pós-graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa TRIAGEM ESTENDIDA: UM SERVIÇO DA CLÍNICA PSICOLÓGICA 'DR. DURVAL MARCONDES' DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (IPUSP), sob orientação da Profª. Dra. Eliana Herzberg, psicóloga CRP nº. 06/5051, tel. 3091 4173. Para fazer essa pesquisa atenderei, com o número máximo de até 6 entrevistas, pessoas que procuraram a Clínica Psicológica Dr. Durval Marcondes, nos dias de inscrição, mas que não conseguiram vaga pelo fluxo regular de Clínica. Ao final, buscarei compreender a opinião do participante sobre o atendimento recebido a partir de um questionário breve, não obrigatório. O atendimento tem os objetivos de contribuir com questões, dúvidas e/ou dificuldades delimitadas dos usuários e a pesquisa visa contribuir com o debate sobre modalidades de atendimentos em instituições de saúde psicológica

O atendimento ocorrerá nas dependências da referida Clínica.

É muito importante que o participante saiba que:

- **Pode, a qualquer momento, pedir informações e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa;**
- **Pode, a qualquer momento, resolver interromper a participação no atendimento ou na pesquisa;**
- **Sua possibilidade de atendimento na Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes por suas vias tradicionais não sofrerá qualquer alteração (ou prejuízo) se por alguma razão o(s) Sr(a) (s). resolver(em) não participar mais dessa pesquisa;**
- **O fato de participar desta pesquisa não implica em continuidade de atendimento regular na Clínica Psicológica 'Dr. Durval B. Marcondes'**
- **As informações e os dados que o Sr(a) (s).. fornecer(em), serão utilizados para fins de pesquisa e eventuais publicações, porém serão observados o sigilo e a confidencialidade dos mesmos;**
- **Embora essa pesquisa não envolva riscos à sua integridade física e psicológica, caso sinta necessidade, pode entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone acima, mesmo fora dos horários marcados.**

Declaro que, depois de ter recebido esclarecimentos pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2006

Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal

Assinatura da Pesquisadora
Débora Chammas

Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes' do Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco D. Cidade Universitária Tel/Fax: 3031-2420
CEP: 05508-030 - São Paulo – SP

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA




UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que a mestranda **Débora Chammas** entregou para análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, deste Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP), o projeto intitulado "Consultas Psicológicas: Serviço da Clínica Psicológica 'Dr. Durval Marcondes' do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)", que será desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Eliana Herzberg.

DECLARO, ainda, que o referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do IPUSP, em reunião de 26/03/07.

São Paulo, 12 de abril de 2007.


Edely Tereza Murda
Analista Acadêmica – CEPH-IP