

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © da Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
---	--

P974	Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] / Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
------	--

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-85-7247-170-1
DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE	
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira	
Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE	
PROXIMIDADE	
Ximene Rego	
Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO	
DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro	
Mariana Teixeira Baptista de Carvalho	
Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros	
Osvaldo Silva	
Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni	
Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO,	
PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves	
Susana Barros da Fonseca	
Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes	
Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva	
Iolete Ribeiro da Silva	
Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros	
Pablo Casagrande	
Didier Mongelos	
Montserrat Giménez	
Amilcar Miño	
Ana Arevalos	
Elder Oliveira da Silva	
Suelen dos Santos Ferreira	
Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão	
Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos	
Mônica Cristina Marques de Aragão	
Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Rita Cerioni

(Universidade de São Paulo e Universidade
Paulista Unip)

Eliana Herzberg

(Universidade de São Paulo)

RESUMO: Este artigo objetiva apresentar e discutir as expectativas acerca do atendimento psicológico de pessoas que se inscreveram em um serviço-escola de uma universidade do interior do estado de São Paulo, e analisar em que medida a escuta e compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao processo psicoterápico. Foram realizadas entrevistas de triagem com dez participantes que aguardavam na lista de espera para atendimento psicológico e análise documental dos prontuários um ano após a triagem para verificar a adesão. Os resultados foram tratados segundo a análise de conteúdo enfocando queixa manifesta, queixa latente, expectativas, adesão e desistência e discutidos a partir dos pressupostos psicanalíticos. Verificou-se que a escuta e compreensão das expectativas podem enriquecer o sentido da busca por atendimento psicológico. As implicações deste estudo dizem respeito ao estabelecimento de uma escuta mais acurada das necessidades e expectativas dos pacientes na triagem, possibilitando uma redução do hiato muitas vezes existente entre

as expectativas das pessoas que buscam atendimento psicológico e as dos profissionais de psicologia.

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

ABSTRACT: PSYCHOLOGICAL SCREENING: THE QUALITY OF LISTENING AND ADHERENCE TO TREATMENT.

This paper aims to present and discuss expectations about the psychological care of people who signed up for a service-school at a university in the state of São Paulo, and analyze to what extent the listening and understanding of these expectations may favor adherence to psychotherapy process. Screening interviews were performed with ten participants from a waiting list for psychological and documentary analysis of records one year after the screening to verify accession. The results were treated according to the content analysis focusing on manifest complaint, latent complaint, expectations, adherence and dropouts as well as discussed from the psychoanalytic assumptions. There was a positive adherence to the proposed referral, indicating that listening and understanding the expectations of users from the psychology service-school can enrich the sense of seeking psychological treatment. The implications of this study are related to the establishment of a more accurate listening of

the needs and expectations of the patients in the screening, allowing a reduction of the gap that often exists between the expectations of those who seek psychological care and those of psychology professionals.

KEYWORDS: Expectations, Psychological Screening, Treatment dropout.

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

Alberto Caeiro

Este trabalho é fruto de uma pesquisa de mestrado e de nossa experiência como supervisoras de estágio em psicologia clínica.

1 | DO VIVIDO AO TESTEMUNHO, POR UMA DAS AUTORAS.

Ingressei no Serviço-Escola como psicóloga responsável pela triagem dos pacientes em 2005, ano em que o serviço foi inaugurado. Passei então a estudar o processo de triagem interventiva, a partir da proposta de Ancona-Lopez S. (1996), compreendendo que esse momento deveria ser significativo para o paciente - e não só um procedimento para decidir por um ou outro encaminhamento.

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

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

Foi uma atitude simples, por mim adotada no estágio em Psicoterapia Breve, no primeiro semestre de 2010, que parece ter sido responsável pela grande redução do índice de desistência. Os estagiários foram orientados a perguntar, na primeira entrevista de psicoterapia (os pacientes já tinham sido triados), o que eles esperavam dos atendimentos psicológicos.

Trabalhar com esse material em supervisão junto aos estagiários favoreceu um engajamento no tratamento de 75% dos pacientes nesta modalidade de estágio naquele semestre, enquanto o índice de desistência foi reduzido a 25%. Comparado

a 2009, e considerando que uma das variáveis entre um ano e outro foi a escuta das expectativas e a análise destas, a hipótese é que esta intervenção possa ter influenciado positivamente a adesão à psicoterapia.

Meu percurso profissional foi, desde a graduação, voltado para a clínica - mas o que é a clínica? Para Foucault (2004), o nascimento da clínica deu-se na França entre os séculos XVIII e XIX. O médico pré-Revolução Francesa era um ser dotado de saber sobre o outro, um saber inquestionável, um olhar privilegiado. Para o autor, as mudanças de paradigma decorrentes da revolução impuseram a construção de um saber científico que nasce da dúvida e não mais da certeza.

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

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

Uma experiência vivida quando era recém-formada, no meu primeiro emprego como psicóloga em uma instituição que atende crianças portadoras de deficiência mental, foi marcante. Fui trabalhar no setor de estimulação precoce. Atendia crianças de zero a quatro anos, com o objetivo de estimular o desenvolvimento. Ao atender um bebê com síndrome de Down, comecei a orientar a mãe. Dizia a ela da importância de começar a colocar o bebê para engatinhar. Insistia nesta orientação e percebia que a criança não evoluía. Perguntava-me se eu não estava conseguindo orientar a mãe devidamente ou se ela não estava investindo o suficiente na criança. Eu seguia todas as orientações do programa. Mas sem resultado.

Um certo dia, chamei a mãe para conversar e disse que percebia que ela não colocava o bebê para engatinhar. Perguntei a ela o que ela esperava dos atendimentos, do trabalho que realizávamos com a criança. Ela me disse, emocionada, que antes de esperar que ele engatinhasse, esperava que ele sobrevivesse, pois ele tinha comorbidades como uma cardiopatia e problemas pulmonares, que a impediam de colocá-lo para engatinhar, já que morava em uma casa de chão batido e este estava sempre úmido.

Esta experiência foi a semente da compreensão de que, ao atender um paciente, devo antes de tudo escutar não só as suas necessidades, muitas vezes por mim inferidas, mas suas expectativas. Para, a partir daí, pensar o que aquela pessoa precisa e espera - e o quanto é possível então fazer.

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

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

O termo triagem traz no seu escopo a ideia de escolher, separar, discriminar (HOUAISS; VILLAR, 2001). De acordo com a literatura sobre triagem, tradicionalmente a triagem psicológica tem como objetivos coletar dados, levantar hipóteses diagnósticas e verificar que tipo de atendimento a pessoa necessita a fim de encaminhá-la da forma mais adequada possível (AGOSTINHO, 2003; AGUIRRE, 1987; ANCONA-LOPEZ, 1996; HERZBERG, 1996; MACEDO, FALCÃO e WERLANG, 2009; MARQUES, 2005; ROMARO, 2010; SALINA e SANTOS, 2002).

De forma sintética, Herzberg (1996, p. 148) menciona que “a função básica da triagem, que pode ser feita em uma ou mais entrevistas, é se chegar a uma conclusão, na medida do possível, quanto ao(s) ‘melhor’ encaminhamento(s) do(s) cliente(s)”

Estudos também mostram que a triagem é, por si só, uma intervenção psicológica cujo significado é dado no campo relacional que se estabelece entre paciente e o profissional (ANCONA-LOPEZ, 1996; PERFEITO e MELO, 2004). Um momento de acolhimento da demanda de cada um, e não de resposta. Cria-se assim um efeito de escuta dessa demanda, que permite ao paciente poder ver-se responsável por ela. E, falando de si à instituição, recebe de volta uma pergunta sobre o que quer, o que deseja, o que espera (SALINAS; SANTOS, 2002).

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

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

A triagem psicológica é uma entrevista clínica, portanto exige a construção de um raciocínio clínico desde o primeiro contato. O que significa que este encontro é pautado não apenas na escuta, mas em uma compreensão que leve a uma atitude por

parte do psicólogo. A entrevista clínica é um instrumento que configura uma relação de ajuda, em que os envolvidos desempenham papéis e funções diferentes

O paciente busca uma ajuda e atribui ao terapeuta a capacidade de auxiliá-lo em suas dificuldades. No que se refere ao terapeuta cabe-lhe situar a entrevista clínica no domínio de uma relação profissional. Se por um lado ao assumir as responsabilidades profissionais que tem com o paciente implica reconhecer a assimetria presente na relação terapêutica, por outro essa constatação confere ao terapeuta a responsabilidade sobre a condução do processo. (MACEDO; CARRASCO, 2005, p. 26).

A entrevista clínica pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de tempo delimitado, objetivando a investigação, que descrevam e avaliem aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social) em um processo que possibilite recomendações, encaminhamentos ou propor alguma intervenção em benefício da pessoa entrevistada (TAVARES, 2000). A entrevista de triagem psicológica pode ser realizada a partir de diferentes instrumentos e procedimentos (MOURA, 1995), sendo que o instrumento mais utilizado é a entrevista semiestruturada, que implica em uma liberdade ao paciente para que exponha suas ideias e seus problemas, começando por onde preferir e incluindo o que desejar (OCAMPO, ARZENO; PICCOLO, 1987).

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

Cabe ao psicólogo, que conduz a entrevista de triagem, ajudar o paciente a ter alguma clareza sobre seu sofrimento e necessidades, procurando informar e esclarecer sobre as possibilidades de atendimento e, ao mesmo tempo, lidar com as fantasias e ansiedades do paciente (AGUIRRE, 1987). A entrevista psicológica, portanto, é uma relação, em que um dos integrantes é o técnico em psicologia e, o outro, é aquele que necessita de sua intervenção técnica. Consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo com o outro e deve encaminhar a entrevista segundo esse conhecimento (BLEGER, 1998).

Para que um psicólogo ou estagiário de psicologia realize uma entrevista psicológica consistente, é necessário que este tenha um profundo interesse nos fenômenos psíquicos e no sofrimento humano. Para conduzir uma entrevista deste tipo, é necessário que o entrevistador tenha clareza de seus objetivos e dos dados que são relevantes para atingi-los (MARQUES, 2005).

São elementos essenciais da triagem, segundo Herzberg (1996), a escuta da demanda e das expectativas dos pacientes, se a pessoa precisa de atendimentos emergencial ou não, e a realização do que autora chama de “mini anamnese” para coleta de dados importantes que não foram referidos espontaneamente.

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

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

Contrariamente à imagem caricatural do psicanalista mudo, distante e passivo, concebo a presença do analista como uma presença plena, ativa, inteiramente focalizada na pessoa do paciente. Na minha opinião, o clínico deve ser um observador minucioso, atento não somente às falas e aos silêncios do analisando, mas também às suas manifestações corporais. De fato, uma boa escuta começa por uma boa observação. A partir do momento em que recebo o paciente na sala de espera, toda minha sensibilidade fica despertada, seja minha sensibilidade visual, auditiva, olfativa, até mesmo tátil, quando, por exemplo, aperto sua mão e a sinto fria, mole ou úmida. Da mesma forma, presto uma atenção particular aos pacotes e objetos que, às vezes, traz consigo...fico atento às expressões distraídas do rosto e às mensagens sutis dos olhos. Em suma, um psicanalista não escuta exclusivamente com seus ouvidos, sendo receptivo a todos os sinais pelos quais um ser comunica sua vida. (NASIO, 2002, pp. 13-14).

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

No caso do serviço em que essa pesquisa foi realizada, a proposta da triagem é a interventiva.

As entrevistas de triagem, pensadas como um processo interventivo, propõem que o psicólogo se coloque disponível às diferentes demandas, procurando transformar estes encontros em um processo que dê ao cliente a oportunidade de engajar-se no seu próprio atendimento, tornando-se responsável pelo seu problema e avaliando com ele qual o alcance de uma intervenção imediata ou quais as possibilidades de encaminhamento, evitando a postura tradicional de ignorar as intervenções possíveis e enviar o cliente para a psicoterapia, desconhecendo suas necessidades. (ANCONA-LOPEZ, 2005, p. 244).

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

A triagem, sendo a primeira entrevista, o primeiro contato, é também o início de

um possível tratamento e revela um conteúdo que deve ser considerado e analisado. Freud (1913/1976c), que já se interessava sobre a forma e o conteúdo em relação às primeiras falas de seus pacientes, fazia sobre esse início de tratamento uma analogia com o jogo de xadrez, afirmando que a forma como o jogador movimenta a primeira peça vai conduzir todo o resto daquela partida.

Assim, por onde e forma como a pessoa começa a falar de si, em uma entrevista psicológica, revela-se parte de como ela se coloca (ou não se coloca) no mundo, nas relações consigo e com o outro.

3 | DA BUSCA À DESISTÊNCIA.

A procura por atendimento psicológico parece ser sempre motivada por um sofrimento, um momento de dor, de dúvida ou de esperança. Ligar em um serviço, se inscrever para atendimento psicológico, caracteriza um pedido de ajuda.

Nos serviços-escola, via de regra, há listas de espera como mostram os estudos de Ancona-Lopez (1981); Campezzato e Nunes (2007); Guerrelhas e Silveiras (2000); Herzberg e Chammas (2009); e Peres (1997). No serviço-escola em que esse estudo foi realizado os pacientes frequentemente entram em contato para saber em quanto tempo serão chamados. Há explicitamente um desejo de atendimento psicológico. No entanto, dos pacientes que são atendidos em triagem e encaminhados à psicoterapia, um alto índice não adere ou desiste do atendimento nas primeiras entrevistas.

Segundo Fiorini (2008), de cada 100 pacientes que comparecem às primeiras entrevistas em instituições entre 30 a 65 abandonam de imediato o processo.

O autor afirma que o fenômeno da desistência é multifatorial, devendo-se considerar tipo de paciente, grupo familiar, condições culturais e socioeconômicas ou características da instituição e do terapeuta. Mas dá um enfoque importante para o papel particular que pode desempenhar a condução da primeira entrevista na determinação da adesão ou desistência em relação à psicoterapia.

Frequentemente, a triagem é realizada de modo breve e superficial, podendo levar ao abandono em função de um encaminhamento pouco indicado à demanda (HERZBERG; CHAMMAS, 2009). O abandono precoce do tratamento é um entrave importante no desenvolvimento da aliança terapêutica. Refletir sobre o abandono, e não apenas aceitá-lo como um problema ou resistência do paciente, permite o aprimoramento técnico dos terapeutas (BENETTI; CUNHA, 2008).

É importante ressaltar aqui qual é o conceito de abandono que está sendo utilizado nesta pesquisa. Em alguns estudos considera-se abandono tanto pessoas que nem iniciam a psicoterapia como aquelas que a interrompem após um número de sessões, por considerarem ter havido uma melhora e não necessitarem mais de atendimento (RENK; DIGER, 2002; BUENO et. al., 2001). Outras pesquisas consideram abandonantes aqueles que não retornaram após a primeira consulta

(MELO; GUIMARÃES, 2005; LHULLER et. al., 2006; MARAMBA; HALL, 2002; GARFIELD, 1989).

O critério de abandono adotado nesta pesquisa é o de Bueno et. al. (2002) e Weisz et. al. (1987), que consideram abandono o não comparecimento dos pacientes que passaram por acolhimento (triagem) e também aqueles que iniciaram psicoterapia e não deram continuidade. Os casos inscritos apenas, que não passaram por nenhum tipo de atendimento no serviço e que não comparecem à triagem, não são aqui computados como abandono.

Assim, considera-se abandono o não comparecimento definitivo da pessoa após uma consulta, no mínimo, com ou sem justificativa. Quando há justificativa, várias são as causas explícitas: dificuldades de condução, imprevistos na vida de forma geral, incompatibilidade de horário, remissão da queixa inicial, insatisfação com o atendimento, dentre outros.

Mas pode haver algo implícito nesta desistência do atendimento psicológico: o hiato entre o que o paciente deseja e o que ele encontra realmente nos atendimentos. De um lado, a expectativa do paciente é sempre pelo alívio de seu sofrimento, de sua dor consciente que o afeta de forma direta e para ele de forma concreta. Sua dor é real. De outro, o profissional de psicologia, com teorias construídas durante a formação e suas experiências. É o profissional, a partir da atitude clínica, quem vai silenciar suas expectativas para escutar a expectativa, o desejo do seu paciente. O que seria atitude clínica?

Consideramos que atitude clínica é uma experiência subjetiva que é objetivada na relação com o cliente. É, portanto, a representante de um fenômeno interno complexo, na medida em que muitas variáveis concorrem para sua produção: o conhecimento teórico, as experiências pessoais, as diversas identificações, as fantasias sobre o papel do psicológico, as possibilidades de experimentação e investigações de vivências anteriores, e a capacidade de conter as ansiedades e de preservar os limites da própria identidade no contato com o cliente. Para empatizar com o cliente é necessário poder colocar-se no lugar deste, sem, porém confundir-se com ele. (AGUIRRE et al, 2000, p. 54).

Empatizar com o paciente é, antes de qualquer coisa, criar empatia com o sofrimento, mola propulsora de sua procura por atendimento psicológico. Esse sofrimento pode ou não gerar uma demanda para psicoterapia. Origina-se daí a necessidade de escutar o desejo do paciente e a suas expectativas em relação ao trabalho de um psicólogo.

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

4 | DO MANIFESTO AO LATENTE, A ESCUTA DAS EXPECTATIVAS:

O estudo que originou esse capítulo delineou algumas queixas recorrentes que motivam a busca por atendimento. A partir da triagem de dez pacientes, e utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin, chegamos aos resultados apresentados na tabela a seguir:

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

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

A partir deste ponto, discutiremos o material das entrevistas de triagem e os nomes utilizados são fictícios, preservando a identidade dos pacientes.

5 | QUEIXA MANIFESTA

A queixa manifesta refere-se aos motivos que dispararam a procura por atendimento psicológico. É acessada pelo sujeito no campo da consciência (OCAMPO; ARZENO, 2009) e pode ser traduzida em palavras ao entrevistador.

Dos dez casos apresentados, cinco apresentaram, como queixa manifesta, depressão. Estes pacientes receberam em algum momento tal diagnóstico por um médico. Todos estavam fazendo uso de antidepressivo. Referem sintomas compatíveis com tal diagnóstico como insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso significativo nos últimos meses, desânimo para as atividades cotidianas, perda de concentração, fadiga, agitação psicomotora, autodepreciação, descritos pela American Psychiatric Association (2013) no DSM V.

Não é objetivo da triagem fazer um diagnóstico para confirmar se são casos de depressão, se tem comorbidades ou ainda de que tipo de depressão se trata, se de uma reativa ou de uma depressão maior. Tampouco o diagnóstico psicológico objetiva uma classificação nosológica. Mas, de qualquer forma, todos os entrevistados encontram motivos e possuem uma explicação para o sofrimento que os acomete.

Embora os motivos sejam diferentes, os que se apresentaram como deprimidos

apontaram para algo em comum: o luto pela perda do objeto idealizado, que será discutido posteriormente em queixa latente.

Três participantes do sexo feminino autorreferem ansiedade e irritação constantes. Apresentam em comum uma insatisfação com a vida. Apontam dificuldades nas relações familiares desde crianças. Duas referem inibição e retraimento em diferentes cenários, cada uma a sua maneira e a partir de suas histórias de vida. Uma delas sofre de uma disfunção sexual que associa com seu retraimento.\

6 | QUEIXA LATENTE:

A queixa latente, ligada aos motivos mais profundos que levaram à busca por ajuda psicológica, tem sua inscrição muitas vezes no registro inconsciente (OCAMPO; ARZENO, 2009).

Cinco participantes apresentaram como queixa latente uma desvalorização de si, sentimentos de menos valia e de não conseguirem dar conta de suas vidas. Sentimentos que não conseguem acessar claramente, mas que os acompanham desde suas relações primárias.

Entre os cinco, dois buscam no olhar do outro um reconhecimento de existência e de valor, alguém que possa autorizá-los a crescer. Referem dificuldades para aprender e uma sensação de inferioridade desde crianças. Parecem ter perdido a esperança de serem amados pelo que são. Apontam para uma sensação de abandono, de solidão, de serem menos, de exclusão. Buscam agradar o outro, temem decepcionar por medo de atualizarem essas vivências. Construíram ao longo da vida um ideal de eu marcado pela submissão. Diante das frustrações que a vida coloca, descortinam para si uma morte desse ideal, o de satisfazer o outro a qualquer preço. Veem-se então frente-a-frente consigo mesmos.

Mas se para eles a própria existência é marcada a partir do outro, o que resta quando se percebem separados desse outro? O que os garante? Veem-se incapazes de existirem por si e a partir de si.

Helena* trata da dificuldade da família em geral, de forma especial a mãe, de se comunicar. Parece precisar de algo que é anterior à linguagem - precisa ser olhada. Queixa-se de não encontrar, dentro de si, bons objetos que possam ser expostos e admirados por alguém. Fala de uma família que não conversa entre si e que pouco a vê.

Lívia* espera amor e reconhecimento. Com voz de criança, apresenta-se frágil, desamparada e só. Diz ter sido criticada pela mãe desde muito cedo e acredita que isso gerou nela uma autodesvalorização. Casou-se várias vezes com pessoas vistas por ela como inferiores financeira e culturalmente, buscando talvez um lugar de valor superior. Em contrapartida, parece haver também uma crença de que ela não é capaz de atrair pessoas mais interessantes e luta para transformar seus companheiros em pessoas melhores sob seu ponto de vista, o que gera profunda insatisfação.

Irene*, na sua eterna insatisfação, parece viver uma falta perene, insuportável e necessária, sendo marcada pelo inevitável encontro com a falta. Uma questão central da histeria, como Freud (1911/1976b) desde a interpretação dos sonhos sublinha, e que o indivíduo histérico deseja justamente que seu desejo permaneça insatisfeito. Nesta insatisfação, sente-se desvalorizada e incompleta. Segundo seu relato, “o problema de tudo foi ter nascido mulher. Não que eu não goste de ser mulher, mas não posso ser como a maioria das mulheres, fracas e sem graça. Mas como? Nascer mulher já é problema!”

Outros três participantes parecem sofrer a angústia do abandono - um abandono primário, ligado às primeiras relações. Sentimentos traduzidos em sintomas onde a busca por pertencer a alguém se tornou imperativa.

Ana* busca no outro, no sexo e no uso de substâncias químicas o elo perdido com os pais. Segundo Osório (1989), a busca pelas drogas e pelo sexo na adolescência pode estar associada a uma tentativa de reeditar a relação primordial e narcísica com a mãe, com a sensação de ser único e um com ela. Experiência ilusória de plenitude. Se o sujeito não experimentou isso suficientemente, busca compulsivamente essa ilusão narcísica de satisfação plena. Busca um corpo que a acomode, que a sustente, braços que a acolham. Necessidades primárias.

Maria* vive a angústia do luto não elaborado. A perda do marido fez com que ela se sentisse só, e estar só parece ser insuportável. Não se trata da solidão pela ausência de alguém, mas sim do estar só consigo mesma. Relata que sua mãe era uma pessoa fria e distante, muito preocupada com os afazeres de casa e pouco afetiva. Na triagem foi dito a ela que talvez essa fosse a forma como a mãe sabia amar, cuidando da casa, o que devia incluir cuidar dos filhos. Ela ficou pensativa. Diz ter encontrado no marido a experiência de amar e ser amada. Que se realizou com ele, teve sonhos, realizou projetos, e que ao enterrá-lo, enterrou junto suas perspectivas. Parece saber racionalmente que ele não a abandonou, mas o sentimento que ela consegue acessar é de abandono. E assim, ela abandona a si mesma. Não consegue trabalhar, sustentar vínculos, viver.

Laura* diz sempre ter cuidado dos filhos e do marido. De vida simples, trabalhava e cuidava da casa. Refere um casamento difícil. Relata que o marido a agredia verbalmente, mas ela acreditava que o casamento só terminava com a morte, como havia prometido. Cuidou do marido doente por quatro anos, suportando suas agressões. Durante o adoecimento do marido, os dois filhos se casaram. Um deles ficou morando com ela. Depois da morte do pai, ele se mudou. Ela se queixa de solidão e de ter sido abandonada pelos filhos que pouco a visitam.

Parece expressar este sofrimento através de adoecimento: dor generalizada no corpo, hipertensão, falta de ar, conseguindo assim algum olhar, algum cuidado dos filhos e das noras. Seu corpo adoecido parece atender à duas necessidades: comunicar suas angústias e aproximar seus filhos. “Basta eu melhorar, ninguém mais se lembra de mim”. Ao relatar sobre suas doenças, tem uma expressão de alívio,

quase um ar alegre, talvez porque encontre no sofrimento do corpo uma forma de existir para o outro, de ser olhada, de ser amada.

Duas participantes apresentaram aspectos rígidos e onipotentes. Cada uma dentro de seu cenário, de sua história.

Marina* parece transitar entre a onipotência e a impotência, lutando desesperadamente contra as frustrações da vida. Se desespera frente ao real que se impõe. Um real que a atropela e a faz se sentir impotente. Luta contra a impotência, a perda do eu ideal, um ideal narcísico de onipotência que persegue. Quando se depara com as coisas como são - e se vê sem o controle das situações - desorganiza-se, descontrola-se. Não quer remédios, não quer ajuda, parece desejar sair desta situação magicamente e onipotentemente. Revela um ódio e ataca as possibilidades de ajuda. *“Vim aqui porque não tem outro jeito. Mas quem precisa de terapia não sou eu. O que adianta eu me tratar se as pessoas continuam sem noção?”*

Na sua fantasia onipotente, deprecia o trabalho dos estagiários: *“O que esses estagiários podem fazer por mim? São pessoas que estão aprendendo, e acho que eu tenho mais coisa para ensinar para eles do que eles para mim. Não sei do que vai adiantar eu vir aqui”*. Neste caso, a triagem foi realizada em três encontros a fim de, através da escuta, mobilizar nela o reconhecimento da necessidade de ajuda.

Cristina* reconhece sua rigidez. Fala de uma criação também rígida, sem abertura com os pais. Sofre no corpo uma severidade superegóica e não tem com quem dividir seu conflito intenso entre o desejado e o imaginariamente proibido.

7 | EXPECTATIVAS:

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

A partir dessa expectativa primordial, os participantes foram estimulados a dizer o que mais esperavam dos atendimentos. Dos dez, sete expressaram o desejo de ter com quem conversar.

Conversar parece algo simples, possível nas relações humanas e que não necessariamente precisa de um espaço profissional para que tal atividade aconteça. Mas como afirma Outeiral (2005, p. 54), “é triste como perdemos na cidade nossa capacidade de conversar” (...). O desejo de ter um interlocutor prevalece aqui sobre as outras expectativas de forma significativa. Mas o que significa conversar em psicoterapia? Os estagiários que atenderam os participantes em psicoterapia foram

orientados em relação a essa expectativa. É necessário ter bom repertório não-erudito para poder conversar e, ao mesmo tempo, um conhecimento teórico que sustente essa “conversa”.

Isto significa que ao atender uma pessoa deve-se utilizar uma linguagem que ela compreenda, evitando complexidades e teorias, mas ao mesmo tempo, o conteúdo do que é dito deve estar alinhado com um saber teórico, que não é o mesmo saber do senso comum. Pode-se dizer que a teoria funciona nos atendimentos psicológicos como o alicerce de uma casa. Ninguém o vê exposto, mas ele está lá sustentando toda a construção. Assim é o conhecimento teórico, um alicerce da escuta e das intervenções psicológicas.

A presença de um outro que primeiro escuta e depois transforma o inominável em palavras com a neutralidade necessária, ajuda a transformar sentimentos em pensamentos como bem expressou um dos participantes. Possibilita a introjeção de bons objetos, a sua integração, e contribui para tornar tolerável o sentimento de solidão (QUINODOZ, 1993). O valor de um interlocutor, de uma presença viva na construção dessa capacidade já era sinalizada por Freud (1916/1976d, p. 474) ao afirmar que o medo do escuro nas crianças está relacionado ao temor da solidão – e relata ter ouvido um menino com medo de escuro dizer para sua tia: “fala comigo, tia, estou com medo. A tia diz: mas de que adianta isso, você nem está me vendo. Ao que o menino responde: mas quando alguém fala comigo a luz vem”.

Conversar, em psicoterapia, não significa fazer eco ao que o sujeito diz, mas sim e principalmente fazer com que esse sujeito que busca por ajuda psicológica possa se sentir compreendido naquilo que nem ele próprio compreende de si. Em um enfoque psicanalítico, “um chega com o desejo de ser compreendido em sua dor, e o outro escuta as palavras por ver nestas as vias de acesso ao desconhecido que habita o paciente” (MACEDO; FALCÃO, 2005. p.65). Assim, conversar pode ser traduzido por ter um alguém que escute com neutralidade, mas de forma empática, as dores do outro para que este encontre em si mesmo quem ele é.

O Diálogo dos Cães, de Miguel de Cervantes, ilustra o sentido dessa conversa específica e no que ela se difere das conversas descompromissadas. Trata-se de um diálogo entre dois cães, Berganza e Cipião:

Berganza:

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

Cipião:

Falou até de manhã (...) escutei sem interrompê-lo, a menos que isso fosse necessário (...) antes de continuar, seria bom que pudesse dar vida ao que a feiticeira lhe disse e descobrir, assim, se a grande mentira em que você acredita é verdade. (OUTEIRAL, 2005, p. 55).

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

Duas participantes manifestaram especificamente o desejo de obter respostas sobre o que fazer. Aprisionadas no outro, cada uma à sua maneira, acreditavam que o psicólogo lhes diria qual o caminho mais certo, mais fácil e, portanto, menos sofrido.

Apenas um dos entrevistados verbalizou o desejo de se conhecer melhor. Rígida e exigente, sofria no corpo através da disfunção sexual a contradição entre amar sexualmente e controlar-se. Parecia não se entregar para não perder o controle.

Embora se saiba que o processo de psicoterapia demanda tempo, e muitas vezes com resultados que não estão no tempo e nos objetivos esperados pelas pessoas que buscam atendimento (e possa levar à desistência ou abandono), algo precisa ser feito no sentido de identificar os motivos que levam à interrupção da psicoterapia em serviços-escola. E, assim, tentar dar novos significados ao encontro entre estagiário de psicologia e paciente, que só podem ser construídos na medida em que se compreenda o que a pessoa que busca atendimento psicológico espera receber.

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

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

Os dez casos analisados traziam em si uma esperança de que, através do atendimento psicológico, poderiam ser ajudados - e foram.

As reflexões que se abrem a partir deste estudo dizem respeito aos preditores de abandono e desistência do atendimento psicológico, não só nos serviços-escola mas também em outros serviços públicos. E a quais elementos podem favorecer a aliança terapêutica. Não é possível afirmar que a escuta das expectativas promove uma maior adesão ao encaminhamento proposto.

Mas é possível pensar que a escuta e compreensão dessas expectativas possibilitam, como diz Ancona-Lopez (1996, p. 168) citando Mannoni, que “as personagens puderam ser postas em campo e algo pode ser feito”.

Acrescento que esse algo tem relação com o sentido dado às expectativas, uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento. É no espaço da formação permanente, de um percurso de psicoterapia pessoal por parte do profissional que deve estar atento às próprias angústias e ansiedades, que o hiato entre as expectativas de um e outro encontra possibilidades de ser amenizado.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed. 2013.

ANCONA-LOPEZ, M. **Avaliação de serviços de psicologia clínica**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1981.

ANCONA-LOPEZ, S. **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. 1996

ANCONA-LOPEZ, S. A porta de entrada: Reflexões sobre a triagem como processo interventivo. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.). **Formação em Psicologia: serviços-escola em debate** (pp. 259-270) São Paulo: Vetor Editora. 2005

AGOSTINHO, M. L. **O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadro de uma exposição psicanalítica**. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994/2003.

AGUIRRE, A.M.B. Triagem psicológica numa clínica-escola: funções e características principais. In: **Programa e resumos**. Reunião Anual de Psicologia, 17 (p. 227). Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia, 1987.

AGUIRRE, A. M. B, HERZBERG, E., PINTO, E. B., BECKER, E., CARMO. H. M. e SILVA, & SANTIAGO, M. D. E. (2000). A formação da atitude profissional do estudante de psicologia. **Psicologia USP**, v. 11, n. 1, pp. 49-62.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, LDA. 2010

BARBOERI, V. Por uma ciência-profissão: O psicodiagnóstico interventivo com o método de investigação científica. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, pp. 575-584. 2008

BENETTI, S. & CUNHA, T. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n.2, pp. 48-59. 2008

BLEGER, J. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes. 1998

BUENO, H. A., CORDOBA, J. A., ESCOLAR, P. A., CARMONA, C. A., RODRIGUES, G. C., et. al. El abandono terapéutico. **Actas Spain Psiquiatria**, v. 29, n. 91, pp. 33-40. 2001

CAMPEZATTO, P. & NUNES, M. L. Atendimentos em clínica-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, pp. 363-374. 2007

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional e o ideário individualista: implicações para e prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 5, n. 1, pp. 95-121, 2000.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnicas de psicoterapias**. (2ª. ed, trad. M. S. Gonçalves). São Paulo: Martins Fontes. 2008

FOUCALT, M. **O nascimento da clínica**. (5ª. ed. R. Machado, trad). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2001

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In **Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., vol 2, pp 41-60). Rio de Janeiro: Imago, 1976a (Trabalho original publicado em 1895).

FREUD, S. O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad., vol 12, pp. 119-127). Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Trabalho original publicado em 1911).

- FREUD, S. Sobre o Início do Tratamento. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., vol 18, pp.164-187). Rio de Janeiro: Imago, 1976c. (Trabalho original publicado em 1913).
- FREUD, S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., vol 16). Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Trabalho original publicado em 1916).
- FURLAN, R. & BOCCHI, J. C. O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 445-450, 2003.
- GARFIELD S. Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. **Journal Consult Clinical Psychology**, v. 55, n. 6, pp. 168-169, 1989.
- GUERRELHAS F. & SILVARES, E. Grupos de espera recreativos: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. **Temas de Psicologia**, v. 8, n. 3, pp. 313-321, 2000.
- HERZBERG, E. Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em Clínicas- Psicológicas-Escola. In: Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta. Campinas, **Coletâneas da Ampepp**, v. 1, p. 9, pp. 147-154, 1996.
- HERZBERG, E. & CHAMMAS, D. Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 42, pp. 107-114, 2009.
- HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. Triagem. In **Dicionário Houaiss** eletrônico da língua portuguesa. (CD-ROM). São Paulo: Objetiva, 2001.
- LHULLIER, A., NUNES, M.L. & HORTA, B. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clinica-escola. In Silvares E. (Org). **Atendimento psicológico em clinicas-escola** (pp. 229-256). Campinas: Alinea, 2006.
- MACEDO, M. M. K. & CARRASCO, L. K. A entrevista clínica: um espaço de intersubjetividade. In: **(Con)textos de entrevistas: olhares diversos sobre a interação humana** (p. 26). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. .
- MACEDO, M. M. K. & FALCÃO C.N.B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psyche**. v. 9, n. 15, pp. 65-76, 2005, jan. .
- MARAMBA G.G. & HALL, G. C. N. Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.** v. 8, n. 3, pp. 290-7, 2002.
- MARQUES, N. Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In M. M. K. Macedo (Org.), **Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MELO, A.P., & GUIMARÃES, M.D. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v..27 n. 2, pp. 113-118, 2005.
- NASIO, J-D. **Um psicanalista no divã**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005..
- OCAMPO, M. L. S. de, & ARZENO, M. E. G.. A entrevista inicial (M. Felzenszwalb, trad.). In M.L.S. Ocampo, M.E.G. Arzeno, E.G. Piccolo & cols. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**, (11 ed, pp. 15-46). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2009.
- OUTEIRAL, J. **Conhece-te a ti mesmo**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2005. .
- OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- PERES, V. Triagem psicológica grupal: Procedimento e resultados obtidos com lista de espera de

crianças, adolescentes e adultos, em uma clínica-escola de psicologia. **Paidea (Ribeirão Preto)**, v. 11, n. 13, pp. 63-76, 1997.

PERFEITO, H. C. C. S. & Melo, S. A. de. Evolução do processo de triagem psicológica em uma clínica-escola. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 21, n. 1, pp. 33-42, 2004.

QUINODOZ, J-M. **A solidão domesticada**. (F.F. Settineri, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RENK, K; DINGER, T.M. Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. **Journal of clinic psychology**, v. 58, n. 9, pp. 1173-1181, 2002.

ROCHA, Maria Cristina. Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. **Revista do NUFEN**, v. 3, n. 1, pp. 119-134, 2011.

ROMARO, R. A. Triagem psicológica em diferentes contextos. Mesa redonda apresentada no III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência & Profissão. **Anais**. São Paulo, 2010, set.

SALINAS, P. & SANTOS M. A. Serviço de triagem em clínica escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. **Psychê**, v. 6, (n. 9, pp. 177-196, 2002. .

TAVARES, M. A entrevista clínica. In J. Cunha et al, **Psicodiagnóstico V** (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed, 2000.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

