



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Santeiro, Tales Vilela

Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento

Psicologia em Estudo, vol. 13, núm. 4, diciembre, 2008, pp. 761-770

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122111014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA PREVENTIVA: PESQUISA EXPLORATÓRIA DE RESULTADOS E ACOMPANHAMENTO

Tales Vilela Santeiro*

RESUMO. Há escassez de estudos sistemáticos sobre processos de psicoterapia nas clínicas-escola brasileiras, inclusive os de caráter preventivo. A proposta focaliza Psicoterapias Breves Psicodinâmicas (PBPs) conduzidas por estudantes em contexto de clínica-escola. Tem como objetivo avaliar os graus de depressão e ansiedade e o neuroticismo em voluntários, estudantes de curso de psicologia ($N=6$), no início, no final e após seis meses do término das PBP (*follow-up*). As Escalas Beck de Depressão e Ansiedade (BD/BAI) e de Ajustamento Emocional/Neuroticismo foram os instrumentos empregados. As sessões foram semanais, num total de 10, gravadas em áudio e observadas em sala de espelho unidirecional. De modo geral foram constatadas mudanças em relação às variáveis analisadas, o que ficou mais evidente do início à 10ª sessão e quando as escalas BDI e BAI foram utilizadas como medidas. Os eventuais ganhos obtidos quando do término nem sempre foram mantidos no *follow-up*.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica, psicoterapia focal, clínica-escola.

BRIEF PREVENTIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY: EXPLORATORY RESEARCH ON RESULTS AND FOLLOW-UP

ABSTRACT. Systematic studies on Psychotherapy processes, even of a prevention kind, are scarce in Brazilian clinic-schools. Current proposal focuses Brief Psychodynamic Psychotherapy (BPP) conducted by students in a clinic-school context. Depression, anxiety degrees and neuroticism in first-year volunteer students of the Psychology undergraduate course ($N=6$) are evaluated at the start, end and six months after BPP ending (follow-up). Depression and Anxiety Beck Scales (BDI/BAI) and the Emotional/Neuroticism Adjustment were employed. The weekly sessions, a total of 10, were recorded in audio and observed in a room provided with unidirectional mirror. As a rule, changes, occurring in analyzed variables, were more evident from the start to the 10th session and when BDI and BAI Scales were used as measurements. Eventual gains at the end have not always been kept in follow-up..

Key words: Psychoanalytical psychotherapy, focal Psychotherapy, clinic-school.

PSICOTERAPIA BREVE PSICODINAMICA PREVENTIVA: PESQUISA EXPLORATORIA DE RESULTADOS Y ACOMPAÑAMIENTO

RESUMEN. Hay escasez de estudios sistemáticos sobre los procesos de psicoterapia en las clínicas-escuelas brasileñas, incluso los estudios de carácter preventivo. La propuesta focaliza psicoterapias breves psicodinámicas (PBP) conducidas en contexto de clínica-escuela. Este estudio tiene como objetivos evaluar los grados de depresión y ansiedad y el neuroticismo en voluntarios, estudiantes del curso de psicología ($N=6$), en el inicio, en el final y después de seis meses del término de las PBP (*follow-up*). Las Escalas Beck de Depresión y Ansiedad (BD/BAI) y de Ajustamiento Emocional/Neuroticismo fueron semanales, totalizando diez, grabadas en audio y observadas en sala de espejo unidireccional. De un modo general fueron constatados cambios en relación a las variables analizadas, lo que dejó más evidente del inicio a la décima sesión y cuando las escalas BDI y BAI fueron utilizadas como medidas. Los eventuales logros obtenidos en el término no siempre fueron mantenidos en el *follow-up*.

Palabras-clave: Psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia focal, clínica-escuela.

* Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência (PUC-Campinas); Diretor e Professor do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Franca, Franca/SP.

As clínicas-escola, enquanto locais que são destinados ao atendimento à saúde pública e cujos objetivos primordiais são voltados às questões de ensino-aprendizagem e de pesquisa (Yoshida, 2005), devem centralizar esforços para melhor exercer e fomentar discussões e práticas preventivas (Löhr & Silveiras, 2006). Estas, inclusive para evitar contrasensos, deveriam incluir como alvo de cuidados a própria comunidade acadêmica (Calejon, 1995; Peres, Santos & Coelho, 2003; Yamamoto, 1997) e de modo especial a parcela de profissionais em formação na área da saúde mental.

Os atendimentos psicológicos realizados em clínicas-escola têm ensejado reflexões de natureza teórica, de pesquisa e de prática de modo crescente. Dentre os tipos de intervenção ali praticados destacam-se as psicoterapias de modo geral, e mais especificamente, as psicoterapias breves, que contam atualmente com expressivo rol de publicações (por exemplo, Santos, Simon & Melo-Silva, 2005; Silveiras, 2006; Yoshida, Santeiro, Santeiro & Rocha, 2005).

As Psicoterapias Breves Psicodinâmicas (PBPs) são assim denominadas por visarem atendimentos de curto prazo e que seguem orientações embasadas na teoria psicanalítica. Essa modalidade de psicoterapia, para ser considerada breve, deve, além de ser circunscrita no tempo, obedecer a outros critérios, como por exemplo, o estabelecimento de um foco a ser trabalhado, a definição dos objetivos a serem alcançados e a existência de um planejamento de estratégias. Outras características peculiares são a disposição face a face entre terapeuta e paciente, a flexibilidade e a atividade do terapeuta.

Algumas das estratégias de planejamento referidas e de uso corrente em psicoterapias psicodinâmicas de modo geral (por exemplo, Wallerstein, 2005) e também nas PBPs (por exemplo, De la Parra, 2004) são as de apoio, situadas no escopo das psicoterapias suportivas ou supressivas, e as de esclarecimento e transferências, situadas no das psicoterapias expressivas ou exploratórias.

A estratégia expressiva seria aquela que tem por objetivos ajudar o paciente a compreender o sentido latente de seu comportamento e a obter *insight*, através do uso sistemático de interpretações e com ênfase nas transferências. A suportiva seria um tipo de estratégia indicada para pacientes com funcionamento psicológico e adaptativo menos fortalecido; é entendida como mais pragmática e, por isso mesmo, mais adequada a contextos de psicoterapia com término preestabelecido, nas quais é priorizado o uso de interpretações extratransferenciais.

É oportuno salientar que o uso de determinada estratégia, situada num ou noutro pólo do contínuo suportivo-expressivo, é correspondente ao modo como predominam as intervenções do terapeuta, porque em PBP uma ampla variedade de intervenções têm sido empregadas, baseadas em ambas as estratégias. A escolha da mais apropriada depende dos recursos da dupla paciente-terapeuta, o que inclui variáveis ambientais e em especial aquelas ligadas à dinâmica da instituição na qual o trabalho é desenvolvido, bem como depende da fase da psicoterapia (Luz, 2005).

Ter em mente o que seriam algumas dessas características básicas de uma PBP favorece o entendimento de como ela pode ser uma opção adotada no cenário brasileiro e de modo ainda mais específico no institucional, no qual as clínicas-escola se enquadram.

As psicoterapias têm sido reconhecidas como um dos pilares para a resolução de problemas de saúde mental, ao lado da farmacoterapia, da reabilitação psicossocial e profissional, dentre outras (Organização Mundial da Saúde, 2002). Desse modo, diante do imenso contingente de pessoas que atualmente sofrem de perturbações mentais ou comportamentais no mundo todo e diante da pequena parcela delas que desfruta de tratamento é que a Organização Mundial da Saúde tem salientado os cuidados com a saúde mental imprescindíveis.

As clínicas-escola de Psicologia oferecem ajuda à parcela da população necessitada de cuidados psicológicos; nesse contexto a demanda é usualmente atendida por universitários em formação, estudantes de 4º e 5º anos. Em alguns momentos, tem sido constatada a necessidade de que esse serviço seja ofertado à própria comunidade acadêmica, o que faz com que o próprio universitário também tenha sido um público-alvo potencial. Nesse sentido, o estudante dos primeiros anos é parcela dessa população que pode se beneficiar de intervenções psicológicas e especificamente de uma psicoterapia. É sabido que a entrada no mundo universitário é um dos momentos da vida de um jovem que pode levar a dificuldades adaptativas (por exemplo, Yamamoto, 1997). Estas decorrem de alterações nos mais diversos níveis, que incluem mudanças de papéis diante dos pares de iguais, diante da família e de si mesmo.

A iminência de adotar uma postura mais independente no início do curso escolhido, inclusive do ponto de vista profissional e financeiro, coincide com a adolescência, momento evolutivo crítico da vida humana. Nesse sentido, desejos e medos, sentimentos de onipotência e impotência se coadunam e muitas vezes colidem, denotando um aguçar de

ambivalências. Alterações no humor, no grau de ansiedade e no modo como o estudante dos primeiros anos se ajusta emocionalmente podem ser algumas das respostas a esse novo momento.

Resguardadas essas questões, acredita-se que em um estudo feito com amostra de iniciantes universitários, os graus de depressão, de ansiedade e de ajustamento emocional podem estar alterados, e não necessariamente estarão alterados. Medidas objetivas sobre essas variáveis podem, num processo de PBP, ser tomadas como critérios para análise de possíveis mudanças. Ao lado de outras medidas, as do tipo *self-report* têm sido amplamente utilizadas no âmbito clínico e correspondem a uma tendência em pesquisas na área, ao lado das técnicas projetivas e de entrevista (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Cunha, 2003).

Em Saúde Pública, a depressão e a ansiedade são dois dos transtornos que mais acometem a população mundial, inclusive os jovens (Organização Mundial da Saúde, 2002), e a depressão tem sido um dos mais investigados. Por outro lado, em PBP tem havido poucos indícios de estudos que contemplam participantes adolescentes (por exemplo, Santeiro, 2005), de forma que algumas das direções futuras e tendências na área deveriam considerar essa faixa etária (por exemplo, Messer, 2001). Levando-se em conta esses fatos, os objetivos da pesquisa em relato puderam ser determinados e foram os seguintes: avaliar os graus de depressão, de ansiedade e de neuroticismo de estudantes universitários por ocasião do início de PBPs conduzidas por estagiários de clínicas-escola, ao final e após seis meses do término do atendimento (*follow-up*).

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por iniciantes de curso de Psicologia, voluntários, matriculados em instituição de ensino da rede particular, situada no Interior Paulista ($N=6$), com idades entre 18 e 25 anos, os quais serão indicados daqui em diante por “P”. O estudo teve início com 8 voluntários, mas no decorrer dos processos houve uma desistência e um dos atendimentos teve que ser interrompido, devido a problemas pessoais do estudante/psicoterapeuta.

Crítérios de exclusão: foram excluídos estudantes que apresentassem co-morbidades ou estado geral de funcionamento muito comprometido (psicóticos, dependentes químicos, dentre outros); menores e pessoas que já estivessem em terapia no momento de

recrutamento e/ou que não demonstrassem grau mínimo de motivação para um processo psicoterapêutico, avaliada por texto escrito no qual deveriam esclarecer seus motivos para participar do projeto. Foi devidamente verificada e excluída a possibilidade de que os estudantes terapeutas ou os estudantes observadores mantivessem algum grau de contato pessoal, prévio ou atual, com os participantes.

Psicoterapias

Os participantes foram submetidos a processos individuais de PBP, norteados a partir de focalização, objetivos e planejamento de estratégia terapêutica. Os atendimentos foram semanais e totalizaram 10 encontros; destes, o primeiro e o décimo foram previstos para aplicação de instrumentos de avaliação psicológica (escalas do tipo *self-report*). Vale observar que esse número de sessões foi estabelecido basicamente em função da dinâmica de um semestre letivo (2º Semestre de 2005). Após seis meses do término das psicoterapias, foi realizada uma entrevista de *follow-up*.

Na entrevista de *follow-up*, além das escalas, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, a qual era composta por 15 perguntas inspiradas em questionário desenvolvido por Azevedo (2004), que versavam sobre como o próprio paciente avaliava seus ganhos, ou não, com sua experiência na psicoterapia, bem como sobre aspectos gerais do serviço oferecido.

Estudantes

Seis estudantes de 4º ano de Curso de Psicologia atuaram como psicoterapeutas. Todas eram mulheres, com idades entre 21 e 45 anos, matriculadas na disciplina de Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico e com estágio de psicodiagnóstico concluído, sendo que este último se constitui em critério para atendimentos na área clínica. Cada estudante/psicoterapeuta atendeu um paciente diferente. Os atendimentos foram observados por pequenos grupos de alunos, entre 2 e 4, em sala de espelho unidirecional.

Instrumentos

Utilizaram-se como instrumentos a Escala de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Ansiedade de Beck (BAI) (Cunha, 2001). Ambas são escalas de auto-relato (*self-report*), com 21 itens, cada um com quatro alternativas, desenvolvidas para a avaliação da intensidade da depressão e da ansiedade, respectivamente. As alternativas referidas são: níveis de depressão mínimo (escore de 0 a 11), leve (de 12 a

19), moderado (de 20 a 35) e grave (de 36 a 63); níveis de ansiedade mínimo (escore de 0 a 10), leve (de 11 a 19), moderado (de 20 a 30) e grave (de 31 a 63).

Utilizou-se ainda a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) (Hutz & Nunes, 2001), instrumento do tipo *self-report*, com 82 itens, cada um com sete alternativas, que corresponde a uma medida de Neuroticismo/Estabilidade Emocional a partir da teoria dos cinco grandes fatores da personalidade. É composta por quatro subescalas, que medem: 1) vulnerabilidade; 2) desajustamento psicossocial; 3) ansiedade e 4) depressão. A EFN não indica graus de patologia, nem realiza diagnóstico “fechado”, mas o esperado a partir dos estudos de validação do instrumento é que o sujeito apresente escores de 80 a 120 (média de 100 e desvio-padrão de 20).

Procedimento

Amostra

Os participantes foram selecionados dentre os alunos do primeiro ano de um curso de Psicologia que atenderam, como voluntários, a um convite para a pesquisa. Dentre estes, oito foram selecionados, basicamente em função dos limites de estudantes/psicoterapeutas e tempo de supervisão/caso disponíveis. Além disso, outro critério foi considerado para aceite ou não do interessado, que foram as respostas dadas a um breve questionário que tinha função de pré-triagem, já que não eram pacientes triados pela clínica-escola. Os questionamentos eram sobre: a) experiência prévia com psicoterapia pessoal; b) uso de algum tipo de medicação e em especial psicotrópicos; c) motivos para fazer psicoterapia; e d) autopercepção sobre si mesmo. Essas questões tinham como função verificar a existência de alguma contra-indicação. Por exemplo, voluntários que não justificassem o porquê de se submeterem ao processo e/ou que não tivessem grau de autopercepção que indicasse noção de si mesmo seriam excluídos. Cabe observar que, anteriormente a todo o processo de pesquisa/atendimento, um projeto foi devidamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca.

Avaliação da fase inicial

Essa fase ocorreu num único encontro, o qual tinha por objetivos: informar sobre os procedimentos da pesquisa/atendimentos, o que incluiu esclarecimentos sobre o uso de gravador; obter assinatura de Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido; estabelecer *rapport*; e aplicar a bateria de escalas (BDI, BAI e EFN).

Fase psicoterapêutica

Essa fase ocorreu em oito sessões, que foram registradas em áudio para ganhos de fidedignidade. Posteriormente o material era transcrito pelos observadores. Uma vez transcrito, os atendimentos foram discutidos nas supervisões, também semanais. Em alguns casos considerados mais graves, o que foi percebido inicialmente pelos escores dos instrumentos aplicados na fase inicial, os relatos foram analisados com pormenores pelo autor. De modo geral as transcrições embasaram, portanto, as discussões e auxiliaram na definição de estratégias terapêuticas a serem utilizadas, as quais compreenderam principalmente intervenções do pólo suportivo, do contínuo suportivo-expressivo proposto por Luborsky e Crits-Christoph (1998).

Avaliação da Fase Final

No último atendimento foi realizada uma avaliação do processo pelo paciente e pelo estudante/psicoterapeuta e as escalas BDI, BAI e EFN foram aplicadas novamente.

Queixas

Os participantes apresentaram queixas voltadas, no geral, para o modo como lidavam consigo mesmos e com os outros, em especial com membros da família nuclear de origem (irmãos e pais). Alguns também buscavam espaço para melhor compreensão sobre como lidar com situações estressoras, que em alguns casos envolviam eventos relacionados aos namoros e à vida universitária, como conflitos com colegas de república e de sala, e com professores. Por serem estudantes de Psicologia, não haverá, no texto, maiores detalhamentos sobre as queixas, para preservação de anonimato dos participantes.

Focalização dos atendimentos

Os processos foram, no geral, focalizados nos temas relacionais trazidos como queixas, no sentido de que se buscou explorar como os padrões de relacionamento eram vividos e em como se davam as expectativas para consigo e para com os outros nessas relações, incluindo-se tentativas de exploração de conteúdos latentes.

Objetivos dos atendimentos

Consistiram em criar espaço para reflexão sobre as questões relacionais, ou não, trazidas como queixas e para, em última instância, obtenção de autoconhecimento.

Follow-Up

A entrevista de seguimento foi realizada num único encontro, no qual uma entrevista semi-estruturada foi aplicada, em complemento à bateria de escalas já descrita. Três das entrevistas foram feitas pelos estudantes/psicoterapeutas condutores das PBPs originais e as outras três pelo autor, diante de impossibilidade dos antigos estudantes. Nesse momento os observadores e o gravador não foram recursos utilizados.

RESULTADOS

Depressão

Em relação à variável depressão, medida pela BDI, foi observado que em 3 dos participantes estudados houve mudanças, no sentido de que o grau de depressão foi reduzido. Foram casos em que os graus de depressão passaram de moderados no início dos processos para leves (P1 e P6) e de grau moderado para mínimo em 1 caso (P3) (Tabela 1).

Os demais três casos (P2, P4 e P5) mantiveram graus mínimos de depressão tanto no início quanto no final dos processos, isto é, a PBP proposta não apresentou efeito no sentido de aumentar o grau de depressão.

No *follow-up*, dois dos participantes que no início dos processos apresentaram graus moderados de depressão reapresentaram mesmo desempenho (P1 e P3). Um deles passou de moderado para mínimo (P6) e outro, o P2, apresentou grau mínimo de depressão novamente, não tendo sido observado efeito em aumentar o grau de depressão nos três momentos de avaliação.

O P5 apresentou acréscimo no grau de depressão (de mínimo para leve), quando o seu desempenho foi comparado ao observado tanto no início quanto no fim do processo, sugerindo ausência de efeito da PBP proposta quanto à variável em análise (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados do BDI e BAI de Cada Participante (P), no Início, Final e Follow-up.

Escala Caso	BDI (grau)			BAI(grau)		
	Início	Final	Follow-Up	Início	Final	Follow-Up
P1	27	13	24*	11	18	27*
P2	4	5	1*	5	4	3*
P3	29	9	26	25	24	18
P4	8	0	(--)*	8	0	(--)*
P5	10	5	15	8	2	8
P6	21	15	11	36	15	21

* Follow-up realizado pelo coordenador do projeto

-- Recusa do paciente em responder ao instrumento.

O comportamento do P4, que se recusou a responder ao BDI, ao mesmo tempo em que impediu de realizar a medida do grau de depressão nos três momentos propostos, pôde levar ao questionamento da validade das avaliações obtidas no início e fim de seu processo, no sentido de que pode não ter sido suficientemente sincero nas respostas dadas. Os próprios escores, situados sempre no grau mínimo de depressão, o que também foi reapresentado na avaliação da ansiedade, podem ser indícios de que o P4 esteve refratário às avaliações propostas.

Outro fator a ser considerado é que o P4 se justificou em sua recusa, dizendo que “esses negócio [as escalas] são muito chato de responder”. Naturalmente, há que se considerar, ainda, a presença do autor “no lugar de” seu psicoterapeuta “original”. Quanto isso pode ter interferido nos resultados observados no *follow-up*, não somente do P6, mas também dos P1 e P2? Esse questionamento fica subjacente aos resultados obtidos nos seguimentos desses casos, quer em relação à variável depressão, quer em relação à ansiedade e ao neuroticismo, e nesse momento assume caráter exploratório, apenas.

Ansiedade

A respeito da variável ansiedade, tal como avaliada pela BAI, foi observado que cinco dos casos estudados mantiveram o mesmo grau no início e no fim dos processos. O P1 iniciou e terminou o processo com grau de ansiedade avaliado em leve. O P2, P4 e P5 o fizeram com graus mínimos e o P3 foi avaliado com graus moderados de ansiedade nos dois momentos aqui considerados. Apenas um deles (P6) apresentou mudanças no grau de ansiedade, passando de grau grave no início do processo para leve no final (Tabela 1).

Embora para organização dos dados tenha sido dito que cinco dos casos mantiveram o mesmo grau de ansiedade no início e no fim dos processos, deve ser salientada a discrepância que existe entre um participante, por exemplo, o P1, que inicia o processo e o finaliza com avaliação leve no grau de ansiedade (sem efeito em aumentar o grau), e o P3, que inicia e finaliza o processo com graus moderados (sem efeito na redução).

Na entrevista de seguimento, a avaliação da ansiedade do P6 passou de grau leve, observado no 10º atendimento, para moderado; isto é, o efeito de mudança avaliado no fim do processo não foi mantido, mas quando comparado o desempenho dele no início da PBP houve uma mudança geral na redução do grau de ansiedade, de grave para moderado.

A propósito, o P6 parece ter sido o caso no qual mais foram observadas mudanças, no sentido de que, do início do processo até o momento de *follow-up*, houve um efeito de redução tanto do grau de depressão quanto do de ansiedade. Resta, numa análise mais detalhada, buscar entendimento do porquê dessa diferenciação em relação aos demais processos analisados.

Em continuidade à análise da variável ansiedade no momento de *follow-up*, no P1 o grau moderado foi avaliado, denotando efeito em aumentar o grau de ansiedade quando comparado aos graus leves observados no início e fim do processo. Tal como já referido, também nesse momento o P4 se recusou a responder à BAI.

O desempenho do P3 quanto ao grau de ansiedade, que do início ao término da PBP havia sido moderado, apresentou alteração seis meses depois, com efeito observado na redução do grau para leve.

O P2 e o P5 foram dois casos nos quais foram verificados graus semelhantes de ansiedade no início, no fim dos processos e no *follow-up*, no sentido de que não foram observados efeitos em aumentar os graus, que foram mínimos nas três avaliações. Quando se comparam esses resultados obtidos na avaliação através da BAI com os obtidos na BDI, é possível observar desempenho semelhante nos graus de depressão e de ansiedade nos dois casos considerados: exceto pelo fato de o P5 ter sido avaliado com grau leve de depressão no *follow-up*, nos demais momentos, dos dois casos os graus foram sempre mínimos.

Esses dados também levam a alguns questionamentos. O primeiro sugere que os participantes P2 e P5 estiveram resistentes no momento de responder aos instrumentos propostos, posto que algum grau de ansiedade e de depressão é teoricamente esperado num ser humano, principalmente a ansiedade, que muitas vezes é tida como motivadora para um diálogo entre paciente e terapeuta. O segundo se refere a uma coerência, existente talvez do ponto de vista teórico também, que sinaliza que um deprimido tende a estar, de algum modo, ansioso, e vice-versa. Sendo assim, também se poderia dizer que, se há poucos indícios de sintomas de depressão em P2 e P5, também há menor probabilidade de haver sintomas de ansiedade.

Ajustamento emocional/neuroticismo

Em relação à avaliação da variável neuroticismo feita pela EFN, na maioria dos casos foram obtidos escores padronizados em acordo com os estudos de validação do instrumento (Tabela 2), mencionados

acima na sua descrição. Algumas exceções são: a) no início dos processos do P3 e do P6 e no final do atendimento de P1, momentos nos quais foram percebidas alterações no sentido de elevação do grau de neuroticismo (acima de 120); e b) e no final do processo de P2, em que o sentido da alteração foi contrário, havendo rebaixamento no grau de neuroticismo (abaixo de 80), resultado que ainda foi mantido no momento de *follow-up*.

Tabela 2. *Escore total da EFN de Cada Participante (P), no Início, Final e Follow-up.*

Caso	Escala	EFN - Escores Padronizados		
		Escala Geral		
		Início	Final	F-U
P1		119,4	122,9	118,2*
P2		83,1	78,1	77,8*
P3		128,3	96,4	94,8
P4		100,1	82,5	--*
P5		113,7	107,1	123,2
P6		126,4	112,9	115,6

* Follow-up realizado pelo coordenador do projeto.

-- Recusa do paciente em responder ao instrumento. FU - *follow-up*.

Nos casos P3 e P6, que no início estiveram fora da média e do desvio-padrão esperados (acima de 120), seus processos terminaram com indícios de terem obtido ganhos em relação à variável ajustamento emocional, o que foi mantido praticamente inalterado seis meses depois, no *follow-up*, já que seus escores padronizados foram mantidos dentro da média.

Se a EFN for considerada uma medida de mudança, através das avaliações empreendidas no *follow-up*, com exceção do P4, que não respondeu a essa escala, pode ser dito que os participantes, após seis meses do término de seus processos, mantiveram escores padronizados, com pequenas alterações quando comparados aos observados nos momentos iniciais e finais das PBPs propostas.

Dados complementares

Como já descrito, no *follow-up* foram obtidos dados complementares sobre como os participantes avaliaram os processos. A primeira indagação era sobre a percepção, ou não, de melhoras em seus problemas/sintomas, tendo sido observado que um participante não as percebia e dois ficaram em dúvida, o que se dava por acreditarem que os atendimentos foram excessivamente curtos; e três acreditaram que sim.

Uma segunda pergunta, sobre como se sentiam após a psicoterapia, em comparação a como se sentiam antes, um sentia-se pior e cinco sentiam-se melhores. Em complemento a isso, quando questionados sobre se com a PBP passaram a compreender melhor a causa dos seus problemas, um esteve em dúvida, contra cinco que disseram ter obtido ganhos nessa compreensão.

Igualmente, ao serem indagados sobre se compreendiam agora fatos de suas vidas que antes não conseguiam entender, três ficaram em dúvida e três acreditaram que sim. Nesse mesmo sentido, foi-lhes perguntado se achavam, agora, mais capazes ou em melhores condições de resolver seus problemas: um dos participantes acreditava que não estava, contra dois que estiveram em dúvida e três que acreditavam que sim.

Quando investigados sobre se haviam notado alguma melhora na sua capacidade de funcionamento ou rendimento, um participante acreditava que não, um ficou em dúvida e quatro acreditaram que sim, que haviam percebido melhoras. Destes últimos, num total de dez respostas, quatro notaram melhoras no relacionamento com familiares; quanto no relacionamento com colegas ou amigos; um no rendimento no trabalho e um no intelectual; ou seja, alguns participantes observaram melhoras em mais de um setor de sua vida.

Noutra questão, que fazia referência à percepção do papel da psicoterapia no enfrentamento de suas dificuldades, um esteve em dúvida, quatro acreditaram que ela havia auxiliado nesse sentido e em um caso um dos estudantes/entrevistadores não coletou resposta. Não obstante, é oportuno salientar que cinco dos participantes desejavam prolongar os seus processos e um esteve em dúvida.

Em quatro questões, os seis participantes concordaram entre si, positivamente. A primeira se referia à crença que tinham sobre se alguma característica sua contribuiu, ou vinha contribuindo, para as suas dificuldades. A segunda verificava se percebiam alguma ligação entre os seus problemas atuais e a sua vida passada. A terceira questionava se, pela experiência colhida, recomendariam a psicoterapia a amigos ou parentes necessitados de ajuda psicológica. A quarta e última, sobre se haviam ficado satisfeitos com o atendimento recebido.

Em contraposição a este último resultado, um dos participantes não considerava os resultados da sua psicoterapia satisfatórios, contra cinco que os consideravam de modo positivo. Complementando essas últimas informações, os participantes foram questionados, ainda, sobre se acreditavam que

poderiam ter dispensado a psicoterapia, ao que cinco responderam acreditar que não, contra um que a dispensaria.

Quando questionados sobre se havia alguma sugestão para melhorar o atendimento oferecido, um dos participantes negou e cinco salientaram aspectos da estrutura física da clínica-escola e em especial da acústica, que, em sua opinião, poderiam ser aprimorados.

DISCUSSÃO

Na busca de integração dos dados obtidos nos três momentos de avaliação propostos pela pesquisa, foi verificado que cada um dos participantes apresentou evolução particular, como era de esperar em estudo no qual não houve controle rígido de variáveis e a amostra foi intencional. É necessário aprofundamentos e maiores discussões dos casos, o que não foi objetivo neste momento. Entretanto, de modo geral, consideradas todas as limitações, foi observado que os processos conduzidos por esses psicoterapeutas inexperientes promoveram mudanças em relação às variáveis analisadas (graus de depressão e ansiedade e neuroticismo). Isso ficou mais claro do início à 10ª sessão das PBPs, e quando as escalas Beck de Depressão e Ansiedade foram utilizadas como medidas de mudança. Nas entrevistas de *follow-up* os eventuais ganhos obtidos quando do término dos processos nem sempre foram mantidos, ao menos no que diz respeito às variáveis investigadas e ao uso dos instrumentos padronizados do tipo *self-report*.

A entrevista realizada no seguimento trouxe novas informações, que complementaram e de certo modo questionaram os dados obtidos pelas escalas adotadas, sobre os possíveis ganhos obtidos pelos participantes ao longo das PBPs propostas.

Sobre a EFN, como é instrumento que propõe mensurar uma das facetas da personalidade humana, o neuroticismo, e como a personalidade é marcada por uma “estabilidade ao longo do tempo”, pode ser percebida uma congruência nos resultados obtidos pela sua aplicação, já que não foi objetivo dos atendimentos operar mudanças na personalidade, por inúmeras limitações, algumas delas explicitadas no texto - por exemplo, a duração dos processos ser tão circunscrita e a inexperiência dos psicoterapeutas, dentre outras - e algumas implícitas, as quais se constituem em limitações de processos psicoterapêuticos, intencionalmente breves ou não.

Por outro lado, foi percebido que alterações nos graus de depressão e ansiedade foram mais “visíveis”, tanto no sentido de perceber “reduções” como no de

constatar “acréscimos”. Nesse caso há que se considerar o fato de que as Escalas Beck medem sintomas. Igualmente, há que retomar os objetivos de uma PBP de modo geral e das psicoterapias psicodinâmicas que utilizam estratégias suportivas, que seriam de operar mudanças pontuais, que favorecem ganhos adaptativos. Nos casos aqui estudados essas mudanças parecem ter girado em torno de padrões relacionais, que vão além da avaliação psicológica padronizada utilizada como opção metodológica e que se constituíram, coerentemente, nas áreas focalizadas nas psicoterapias aqui exploradas. Isso foi percebido nas relações construídas entre os participantes e suas respectivas terapeutas.

Muito embora seja sabido que na realidade das clínicas-escola brasileiras existam dificuldades no desenvolvimento de pesquisas em psicoterapias e que muitas delas têm relação com a infra-estrutura, o questionamento dos participantes sobre a estrutura físico-acústica da clínica-escola precisa ser contextualizado e questionado em seu significado, porque a observação sistemática em sala de espelho unidirecional foi recurso metodológico empregado durante os processos. Algumas indagações decorrentes seriam se a estrutura física era o que incomodava, ou os participantes faziam referências aos próprios receios de que o sigilo pudesse ser rompido, “vazando” pela “acústica”; ou ainda, se os conteúdos trabalhados poderiam ser subvalorizados.

Também no *follow-up* foi constatado que praticamente todos os participantes gostariam de dar continuidade aos seus processos. Isso pode ser visto como um duplo indicador, que em última instância até mesmo questiona as próprias indagações feitas há pouco: 1) o reconhecimento de que desejavam trabalhar mais extensa e profundamente suas questões pessoais, porque muitas delas vieram à tona, mas, pelas limitações da proposta oferecida, não puderam ser exploradas; e 2) a aliança terapêutica estabelecida, novamente contextualizada diante de limitações já assinaladas, foi bem constituída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Cabe lembrar que a proposta se encerrou em torno da avaliação de resultados ocorridos em processo psicoterapêutico, uma das mais controversas e delicadas temáticas de pesquisa em Psicologia Clínica (por exemplo, Araújo & Wiethaeuper, 2003), que requer bastante rigor metodológico para seu desenvolvimento (por exemplo, Yoshida & Rocha, 2007). As PBPs e as pesquisas delas decorrentes

precisam ser vistas como contribuições comedidas para o acúmulo de conhecimento. No caso relatado, por exemplo, não há intenção de generalizar resultados obtidos; antes, ele poderia ser considerado como um estudo exploratório.

Igualmente, não há intenção de afirmar que as eventuais mudanças ocorridas/analizadas possam ser de algum modo perenes nas vidas dos participantes. Existem níveis e critérios de melhora bastante diversificados, mais ou menos profundos, mais ou menos duradouros quando psicoterapias são consideradas (por exemplo, Romanowski, Escobar, Sordi & Campos, 2005). No caso das PBPs aqui enfocadas, o entendimento das possíveis mudanças requer noções básicas de que são conquistas em âmbitos circunscritos e em níveis pouco ambiciosos.

Sendo assim, quando são considerados os objetivos dos processos propostos, para além dos objetivos da pesquisa, é possível afirmar que foram alcançados, isto é, os participantes tiveram espaço para reflexão sobre sua vida e em especial sobre suas relações, o que em alguns momentos envolveu os estudantes/psicoterapeutas. Como é sabido, em se tratando de PBP a duração dessas eventuais conquistas ao longo do tempo pode ser mantida *a posteriori*, mesmo não sendo estas, no todo, perenes.

Uma observação, referente ao modo como os participantes foram selecionados, merece destaque. Diferentemente do que costuma ocorrer em pesquisas de resultados e acompanhamento de processos de psicoterapia, a aqui relatada ocorreu a partir de seleção de amostra por convite, com participantes cuja sintomatologia/queixa não havia eclodido. Isso caracterizou a proposta como de enfoque preventivo, mas também há que se considerar que, mesmo no caso dos pacientes já triados, em situação formalizada de “falência” diante dos próprios recursos, a psicoterapia é sempre uma proposta de intervenção preventiva secundária, se forem consideradas as dimensões de prevenção propostas por Caplan (1964/1980). A diferenciação entre uma proposta e a outra reside basicamente em “quando” a psicoterapia foi “eleita” e “aceita” como um recurso de ajuda possível. Nesse sentido, o estudo relatado é uma pequena contribuição para a compreensão dos atendimentos psicológicos com foco na prevenção ocorridos em clínicas-escola brasileiras.

O uso das escalas como estratégias de avaliação psicológica também deve ser ponderado e esclarecido; ele ocorreu porque eram instrumentos sensíveis a mudanças percebidas pelo próprio sujeito, e estava subsidiado por estudos de validade atuais, para amostras como a utilizada aqui. Mas com o uso delas

não se procurou dizer que os participantes estivessem deprimidos, ansiosos ou desajustados emocionalmente, muito embora seja sabido que na adolescência alterações nesses níveis sejam até mesmo patognomônicas.

Por outro lado, o fato de os participantes terem sido convidados – e de terem aceitado o convite – indica que houve demanda pela ajuda, mas que ela talvez tenha sido induzida pelo oferecimento da psicoterapia. Ficou claro que esta foi vista pelos alunos iniciantes como oportunidade para falarem de conflitos e situações-problema específicos, até porque num processo de PBP se detém nisso como uma das premissas. O aceite ao convite, por si mesmo, significa algum grau de motivação para o processo, o que em última instância se relaciona com as eventuais qualidades das relações terapêuticas que foram construídas pelas jovens e empáticas terapeutas, estas que têm sido progressivamente sinalizadas como variáveis preditoras de bons resultados em psicoterapias (por exemplo, Gomes, 2005; Marcolino & Iacoponi, 2003; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998).

No momento cabe dizer que as variáveis dos terapeutas, sejam as objetivas (idade, sexo, qualidade do treinamento, etc.), sejam as subjetivas (padrões de personalidade, situação emocional, capacidade de formar aliança terapêutica, etc.), não se mostraram empecilhos para o desenvolvimento das PBP relatadas, ao contrário do que pensam alguns autores.

A aliança terapêutica é um tema sobre o qual novas pesquisas podem ser empreendidas, usando, por exemplo, a mesma base material que fundamentou este estudo. Avaliações fundamentadas em julgamentos externos forneceriam novos aprofundamentos no entendimento dos casos e dos fatores que promoveram, ou não, as eventuais mudanças.

Agrededimentos

Agradedimentos à Profa. Dra. Elisa Yoshida, pela leitura e contribuições quando da redação do manuscrito e ao Prof. Dr. Antonio Tallarico Vicente Adorno, pelo auxílio na leitura e estatística dos dados.

REFERÊNCIAS

- Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5(1), 33-52.
- Azevedo, M. A. S. B. (2004). *Psicoterapia dinâmica breve: saúde mental comunitária* (2ª ed.). São Carlos: RiMa.
- Calejon, L. M. C. (1995). Estudo com pacientes de clínica psicológica universitária. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 3(3-4), 235-254.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva* (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1964).
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A. (2003). Estratégias de avaliação em psicologia clínica. Em J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico – V.* (5ª ed., pp.19-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- De la Parra, G. (2004). Psicoterapia breve em el grupo de Santiago de Chile: La indicación adaptativa y el continuo “expresivo-de-apoyo”. Em E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (Orgs.), *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais* (pp. 95-130). Campinas: Alínea.
- Gomes, A. (2005). A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. Em C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (2ª ed., pp. 246-253). Porto Alegre: ArtMed.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Löhr, S. S., & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínicas-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. Em E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 11-22). Campinas: Alínea.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The CCRT method* (2ª ed.). New York: Basic Books.
- Luz, A. B. (2005). Fases da psicoterapia. Em C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (2ª ed., pp. 254-267). Porto Alegre: ArtMed.
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86.
- Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient. *Clinical Psychology, Science & Practice*, 8(1), 5-22.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção Geral da Saúde. Recuperado em 15 de agosto, 2002, de <http://www.who.int/whr>
- Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, H. M. B. (2003). Atendimento psicológico a estudantes universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 20(3), 47-57.
- Romanowski, R., Escobar, J. R., Sordi, R. E., & Campos, M. S. (2005). Níveis de mudança e critérios de melhora. Em C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (2ª ed., pp. 376-381). Porto Alegre: ArtMed.
- Santeiro, T. V. (2005). *Psicoterapias breves psidodinâmicas: produção científica em periódicos nacionais e estrangeiros (1980/2002)*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia como Profissão e Ciência, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

- Santos, M. A., Simon, C. P., & Melo-Silva, L. L. (Orgs.). (2005). *Formação em psicologia: processos clínicos*. São Paulo: Vetor.
- Silvaes, E. F. M. (Org.) (2006). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea.
- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802.
- Wallerstein, R. (2005). Psicanálise e psicoterapia de orientação psicanalítica: raízes históricas e situação atual. Em C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (2ª ed., pp. 43-57). Porto Alegre: ArtMed.
- Yamamoto, K. (1997). Prevenção de distúrbios adaptativos em estudantes universitários. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 5(8), 267-273.
- Yoshida, E. M. P. (2005). Recepção, acolhimento, triagem e pesquisa na clínica psicológica. Em 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., & Rocha, G. M. A. (2007). Avaliação em psicoterapia psicodinâmica. Em J. C. Alchieri (Org.), *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos* (pp. 237-280). 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). *PsicoUSF*, 10(1), 51-59.

Recebido em 20/12/2006

Aceito em 01/09/2007

Endereço para correspondência : Tales Vilela Santeiro. Rua Gino Balerine, n. 1195, CEP 14409-138, Franca-SP.
E-mail: talessanteiro@hotmail.com