

**GIOVANNA CORTE HONDA**

**AVALIAÇÃO DE MUDANÇA EM PACIENTES DE  
CLÍNICA-ESCOLA**

**PUC-CAMPINAS**

**2010**

**GIOVANNA CORTE HONDA**

**AVALIAÇÃO DE MUDANÇA EM PACIENTES DE  
CLÍNICA-ESCOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

**PUC-CAMPINAS**

**2010**

Ficha Catalográfica  
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e  
Informação - SBI - PUC-Campinas – Processos Técnicos

t153.85      Honda, Giovanna Corte.  
H771a      Avaliação de mudança em pacientes de clínica-escola / Giovanna  
Corte Honda. - Campinas: PUC-Campinas, 2010.  
67p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.  
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

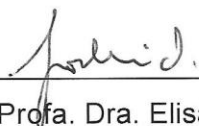
1. Mudança (Psicologia). 2. Psicoterapia - Pesquisa. 3. Psicologia  
clínica. 4. Cuidados médicos. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifí-  
cia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida.  
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD – t153.85

**GIOVANNA CORTE HONDA**

**AVALIAÇÃO DE MUDANÇA EM PACIENTES DE  
CLÍNICA-ESCOLA**

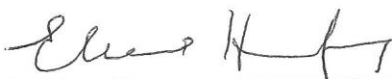
**BANCA EXAMINADORA**



Presidente Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida



Profa. Dra. Helena Bazanelli Prebianchi



Profa. Dra. Eliana Herzberg

**PUC-CAMPINAS**

**2010**

Para a pessoa mais importante da minha vida,  
Stela, minha mãe (*in memoriam*):  
Exemplo de força e mulher batalhadora,  
Exemplo de amor e dedicação

## AGRADECIMENTOS

À Deus, a quem as palavras existentes não são capazes de expressar meu sentimento de gratidão, por tudo;

À Elisa Yoshida, com a qual tive o privilégio de aprender. Que me instruiu pacientemente, me incentivou e me ajudou a crescer como profissional. Certamente me espelharei em você em futuras pesquisas. É com reconhecimento que agradeço todo ensinamento que me transmitiu até agora.

À minha família e familiares, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho e por acreditarem nesta realização. Em especial à Wanessa, minha irmã, que esteve ao meu lado nessa conquista. Também agradeço à minha mãe, por ser fonte de inspiração para que eu seja uma pessoa melhor, a cada dia.

Às minhas amigas e amigos, por torcerem e por ajudarem quando precisei. Pela compreensão nos momentos em que não consegui estar disponível. Às minhas amigas de Campinas, por acompanharem esta jornada comigo e por me receberem em suas casas.

Aos amigos do grupo de pesquisa, por compartilharmos ótimos momentos juntos, pelas conversas nos momentos de angústia, pelas risadas, pelo apoio e incentivo.

Aos amigos do Programa da Pós, com os quais tive oportunidade de aprender, trocar experiências e, certamente, crescer. Sinto-me feliz, muito feliz, por nossos caminhos terem se cruzado.

À Christine, Kerry, Xu e Carol, com os quais pude contar sem hesitação nos momentos finais deste trabalho.

À Magna, com quem compartilho meu processo de mudança.

Às professoras Marilda Lipp e Tânia Vaisberg pelas contribuições e sugestões no exame de qualificação.

Às professoras Helena Prebianchi e Eliana Herzberg por terem sido tão generosas em minha banca, fazendo com que eu repensasse meu trabalho e por suscitarem idéias para futuras pesquisas.

Às secretárias da Clínica Psicologia da Puc-Campinas e à Marilu, que sempre se mostraram disponíveis e solícitas.

Aos professores supervisores, que abriram as portas para eu poder entrar em contato com os pacientes por eles supervisionados.

Às secretarias do Programa de Pós, pela atenção e disponibilidade.

Ao CNPq, pelo apoio dado no financiamento desta pesquisa.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	ii
LISTA DE ANEXOS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUÇÃO.....	01
Clínica-escola.....	10
OBJETIVOS.....	15
MÉTODO.....	16
Participantes.....	16
Caracterização da Instituição.....	18
Instrumentos.....	19
Procedimento.....	21
RESULTADOS.....	24
DISCUSSÃO.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	59



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das principais variáveis sócio-demográficas dos participantes.....	16
Tabela 2. Caracterização dos atendimentos.....	17
Tabela 3. Avaliação a partir da EDAO-R e EAS-40.....	24
Tabela 4. Processos avaliados com a EEM.....	25

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Escala de Estágios de Mudança – EEM.....	59
Anexo B. Escala de Avaliação de Sintomas – EAS 40.....	62
Anexo C. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida – EDAO-R..	63
Anexo D. Entrevista Semi-estruturada.....	64
Anexo E. Carta de Apresentação.....	65
Anexo F. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	66
Anexo G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67

## RESUMO

Honda, G.C. (2010). *Avaliação de Mudança em Pacientes de Clínica-escola*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. i-67p.

Esta pesquisa objetivou investigar se os atendimentos prestados em uma Clínica-escola ensejaram mudanças em pacientes e buscou compreender e sistematizar os fatores que influenciaram a chance de progresso ou retrocesso nas psicoterapias. Para tanto, foi realizada entrevista individual semi-estruturada, com nove participantes em fase de término de atendimento psicoterápico, para a avaliação da eficácia adaptativa, estágio de mudança em que se encontrava o participante ao final da psicoterapia e avaliação de sintomas psicopatológicos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida* – EDAO-R, *Escala de Estágios de Mudança* – EEM e *Escala de Avaliação de Sintomas* – EAS-40. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Para análise dos resultados, os participantes foram divididos em subgrupos, de acordo com a classificação que apresentaram no estágio de mudança. Os dados sugerem que pode-se esperar mudanças tanto sintomatológicas quanto nos estágios de mudança de pacientes adultos atendidos em psicoterapias em clínicas-escola. No que respeita à configuração adaptativa, é mais resistente a mudanças. Quanto mais prejudicada a eficácia adaptativa, provavelmente mais tempo de psicoterapia será demandado. As análises das entrevistas também permitiram saber que o estágio de mudança em que o paciente se encontra no momento da intervenção, bem como sua motivação para mudança, qualidade da eficácia adaptativa e índice de sintomas psicopatológicos são fatores que podem influenciar no processo de mudança. Sugere-se ainda que a qualidade do relacionamento entre estagiário de psicologia e paciente, além disposição do paciente como agente da própria mudança, podem ter sido relevantes nos resultados das psicoterapias. O número reduzido de participantes não permite a generalização dos resultados. Poucos são os estudos que focalizam os resultados das psicoterapias de pacientes atendidos por alunos de Clínica-escola. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas e enfatiza-se a importância de se trabalhar com várias medidas. Ademais, por este ser um estudo de caráter retrospectivo, são necessárias pesquisas longitudinais para o acompanhamento dos processos desde o início.

Palavras-chave: Processos Psicoterapêuticos; Avaliação de Processos (cuidados de saúde); Mudança (psicologia); Pesquisa em Psicoterapia; Clínicas-escola.

## ABSTRACT

Honda, G.C. (2010). *Evaluation of Change in Clinical School Patients*. Master's Degree Dissertation. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. i-67p.

The aim of this study was to investigate whether treatments in a clinical Psychology school produce changes in patients, and to try to understand and systematize the factors that influence good or poor outcomes. Semi-structured individual interviews were conducted with nine participants after they had completed treatment, to evaluate the adaptive efficacy, patient stage of change at the end of psychotherapy and the presence of psychopathological symptoms. These were measured using the *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida – EDAO-R Stage of Change Scales – EEM* and *Symptom Assessment Scale 40- EAS-40*. All interviews were recorded and transcribed. The participants were divided into sub groups, according to the stage of change classification. Data suggest symptom improvement and progression to a higher stage of change in adult patients who were treated with psychotherapies conducted at clinical school. The adaptive efficacy is more difficult to change. The more damage to adaptive efficacy, the more psychotherapeutic time will probably be necessary. Analysis of the interviews allowed us to know the patients' stage of change at the moment of intervention, as well as their motivation to change; adaptive efficacy's quality and psychopathological symptoms can be associated with the factors and mechanisms of change in psychotherapies. The quality of the relationship between the student of Psychology and the patient; and the patient's disposition as the agent of his own change, can be relevant in psychotherapy outcomes. Generalization of results demands caution. There are few studies that analyze psychotherapeutic outcomes in patients treated by clinical school students. New research is suggested, and the importance of working with other measures is emphasized. As this is a retrospective study, longitudinal studies are necessary to follow the psychotherapeutic process since the beginning.

Key Words: Psychotherapeutic Processes; Process Assessment (health care); Change (psychology); School-Clinics.

## INTRODUÇÃO

Psicoterapia é uma intervenção terapêutica que objetiva tratar o sofrimento emocional do indivíduo a partir do encontro deste com um profissional. Quando a pessoa não consegue lidar sozinha com sua dor, busca auxílio psicológico com a intenção de diminuí-la. Por meio da relação específica entre terapeuta e paciente é que poderão surgir novas possibilidades de ação que antes não estavam sendo vislumbradas (Lazzari & Schmidt, 2008; Lima, 2005; Pritz, 2007).

Pritz (2007), baseado em investigações epidemiológicas, lembra que até 60% da população possui problemas emocionais ou alguma enfermidade psíquica e pode se beneficiar da psicoterapia. Apesar de variar entre diferentes países e entre diferentes métodos, essa prática está aumentando ao redor do mundo e há um consenso entre os pesquisadores que apontam para sua eficiência. Os numerosos estudos nesta área concluem que seus efeitos são superiores se comparados a efeito placebo, melhora espontânea ou nenhum tratamento recebido. Os níveis de melhora alcançam uma média de 72 a 80% dos casos (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Corbella & Botella, 2004; Nunes & Lhullier, 2003). Devido à diversidade teórico-metodológica atual, considera-se a necessidade de se falar em psicoterapias, no plural. Lima e Viana (2009) apontam que desde 1950, há mais de 70 escolas de psicoterapias no mundo. O campo de aplicação das psicoterapias aliado à proliferação das técnicas e ao desenvolvimento de diversas escolas, tem gerado a necessidade de se compreender a dinâmica de diferentes técnicas e fatores comuns às mudanças (Fischman, 2009).

A pesquisa empírica possibilitou saber que as psicoterapias agem de forma terapêutica, ainda que não se saiba exatamente como e por quê (Nunes & Lhullier, 2003). A investigação neste campo abrange diversas áreas relacionadas entre si e oferece variados modos de estudá-la. Dentre eles, destacam-se as pesquisas de resultado e as de processo. Ambas estão profundamente relacionadas entre si, pois fazem parte do estudo do mesmo fenômeno, que são as psicoterapias. As pesquisas de resultado têm como objetivo avaliar o grau de mudança observado no paciente após intervenção. Foram realizadas em grande número ao longo dos anos 70 e

verificou-se que todas as psicoterapias se mostravam eficientes (Corbella & Botella, 2004; Krause & cols, 2006; Yoshida, 2002).

Os estudos de processos psicoterapêuticos centram-se na identificação das variáveis e aspectos que facilitam ou propiciam a mudança. Suas origens datam dos anos 40 e têm contribuído de forma relevante na avaliação dos fatores essenciais da psicoterapia. Apesar deste tipo de pesquisa ser tendência e tradição nos âmbitos internacionais, as questões relacionadas à compreensão de fatores específicos que contribuem para a mudança continuam atuais, e há pouco tempo começou a despertar interesse nos pesquisadores brasileiros, o que sinaliza um desafio neste campo (Corbella & Botella, 2004; Krause & cols, 2006; Yoshida, 1998; 1999a).

Alguns aspectos observados em diferentes processos psicoterapêuticos têm sido considerados facilitadores nos resultados em psicoterapia, como a aliança terapêutica, capacidade do paciente em lidar com situações difíceis no passado (o que pode indicar sua capacidade de adaptação), motivação para mudança e reconhecimento, por parte do paciente, do caráter psicológico de suas dificuldades (Messer & Warren, 1995). Entretanto deve-se observar que o resultado da psicoterapia não depende apenas dos recursos do paciente, pois pensar em mudança, neste contexto, significa considerar a dinâmica que se estabelece entre psicoterapeuta e paciente (Yoshida, 1998).

Além disso, há importantes fatores comuns a todas as psicoterapias, pois o êxito terapêutico não depende tanto da técnica utilizada. Vale lembrar que no trabalho psicoterapêutico não há diferenças significativas entre os vários tipos de abordagem, pois todos alcançam resultados clínicos importantes. No entanto, é preciso ter cuidado ao afirmar que todas as psicoterapias são equivalentes, pois alguns autores entendem que a qualidade da relação terapeuta-paciente é mais decisiva sobre os resultados do tratamento que o modelo teórico e técnico. Isso não significa que sejam irrelevantes, porém a mudança é mais limitada se comparada aos fatores relacionados à díade terapêutica. Essa relação é vista como parte fundamental no processo, uma vez que a aliança de trabalho entre paciente e psicoterapeuta é útil para que estabeleçam um objetivo em comum desde o começo, que é a melhora do paciente (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Corbella & Botella, 2004; Nunes & Lhullier, 2003).

Autores de diferentes abordagens psicoterapêuticas, na atualidade, concordam que a aliança terapêutica é particularmente especial no que concernem às mudanças produzidas em psicoterapia. As características e habilidades pessoais do psicoterapeuta é uma das condições para uma boa relação terapêutica. Quadros (2008) lembra que no âmbito internacional há muitas produções científicas que apontam para um efeito significativo nos resultados das psicoterapias, ao associarem aliança terapêutica e variáveis do psicoterapeuta, como idade, etnia, sexo e valores. No entanto, o autor conclui que, no Brasil, poucos são os estudos acerca do papel do psicoterapeuta no processo de auxílio àqueles pelos quais é responsável. Ainda no que diz respeito à aliança terapêutica, é consenso que a capacidade de empatia pode ser considerada como um dos principais fatores capazes de promover mudanças no paciente. Por isso, é importante que o psicoterapeuta esteja atento aos próprios sentimentos, emoções e pensamentos, para poder compreender o que está ocorrendo com o paciente. Além disso, o psicoterapeuta deve estar em constante aperfeiçoamento e preparado teórico e tecnicamente. Vale lembrar que uma aliança fortalecida permite um compromisso com o processo, tanto por parte do psicoterapeuta, como do paciente (Fernandez & cols, 2008; Quadros, 2008).

O conceito de mudança varia de acordo com o referencial teórico adotado. É provável, no entanto, que ao procurar por psicoterapia, o paciente perceba que algo o aflige e acredita na possibilidade de isso mudar. Neste sentido, o desejo de mudança por parte do paciente deve se constituir em uma das condições do processo psicoterapêutico (Enéas, 2000; Lima, 2005). As expectativas do paciente quanto à psicoterapia está intimamente relacionada à sua motivação para mudança. É importante que esses fatores sejam avaliados, para que o psicoterapeuta tenha conhecimento do grau de consciência do paciente frente ao problema e o desejo de mudá-lo. Muitas vezes o indivíduo não tem clareza dos propósitos que o levam a procurar ajuda e apenas identifica alguma desordem em nível emocional. No entanto, o psicoterapeuta deve estar preparado para se deparar tanto com pacientes que se empenham para enfrentar suas dificuldades quanto com aqueles que esperam uma solução mágica para seus problemas (Yoshida & Enéas, 2004).

Há várias propostas na literatura que visam compreender como ocorrem as mudanças. Bucci (2005) cita que este é um campo amplo que envolve pesquisas de processos, como os estudos de caso clínico tradicionais (em que o psicoterapeuta se baseia em um caso por ele atendido para fazer conjecturas teóricas, ou sobre os motivos da mudança) e os estudos de caso empíricos (em que há maior rigor metodológico). A principal base de dados da pesquisa de processo tem sido os estudos de caso clínico os quais ainda são vistos por pesquisadores mais conservadores como um método necessário e suficiente. Contudo, a perspectiva única do clínico, que também é o principal pesquisador, resulta em uma observação restrita, com problemas de influência e perda de informações, o que tem sido, nas últimas décadas, motivo de críticas, com o questionamento da fidedignidade e validade dos resultados e conclusões destes estudos. Para muitos pesquisadores a experiência subjetiva não pode ser representada por medidas objetivas e o estudo de caso clínico se mostra um método capaz de preservar essa característica, pois é feito pelo clínico/pesquisador que também faz parte da construção subjetiva. Todavia, há uma tendência dos pesquisadores demonstrarem observações que comprovem suas posições e não tomarem notas que as desconfirmem. Além disso, ao atender o paciente, questiona-se se o olhar do clínico/pesquisador estaria voltado para os objetivos do tratamento ou da pesquisa. Essas fontes de contágio muitas vezes são negadas pelo próprio pesquisador, que não reconhece que a intenção de publicar um caso pode atuar como um viés na sua escuta e também nas intervenções que faz ao longo do atendimento.

Uma alternativa a essas limitações surge no campo da pesquisa de caso empírico de processos, que é baseada na aplicação de medidas mais objetivas, como gravação e transcrição das sessões de psicoterapias. No entanto, como toda pesquisa, comporta limites. Apesar de o gravador ser considerado como um “terceiro” na relação psicoterapeuta-paciente, há um número crescente de analistas que argumentam que os problemas advindos desse recurso podem ser trabalhados durante o tratamento, desde que a gravação faça parte do setting (Bucci, 2005). Deve-se inicialmente lembrar que não é condizente pensar em neutralidade nas pesquisas em psicoterapia, porém o pesquisador deve tentar inferir o mínimo possível e extrair o máximo de dados. Os estudos de casos clínicos tradicionais



ficam limitados ao material lembrado pelo clínico/pesquisador. Já nos estudos de caso empíricos, as sessões gravadas possibilitam observar melhor os fatos ocorridos durante a interação terapêutica. Alguns aspectos como pausa, tons e modulações, que configuram comunicação emocional do inconsciente, seriam perdidos se não fossem as gravações. Ressalta-se, ainda, que neste tipo de pesquisa o pesquisador não é o psicoterapeuta, e a privacidade do paciente fica resguardada com o seu consentimento e qualquer detalhe que possa identificá-lo, é removido. O uso de medidas objetivas nos estudos de caso mostra-se uma opção válida para superar os desafios que envolvem a atividade clínica e científica, e representa um acréscimo, pois pode ampliar as possibilidades de pesquisas em psicoterapias, mais especificamente no que concerne à compreensão dos processos de mudança, permitindo que a dimensão subjetiva seja levada em consideração (Serralta, 2010).

O processo de mudança inclui diferentes dimensões que devem ser consideradas como um todo para se apreender a complexidade dos fenômenos envolvidos. Para que se possa avaliá-la, é desejável que sua definição seja operacionalizada. O modelo transteórico de mudança, proposto por James O. Prochaska e seu grupo de pesquisa, é considerado promissor neste sentido. O autor realizou uma revisão entre as principais abordagens psicoterápicas e não encontrou nenhuma teoria de mudança que explicasse o motivo das pessoas mudarem por si mesmas (Yoshida, 2002). Este modelo oferece uma relação de como as pessoas mudam, com ou sem tratamento, e coloca a motivação como parte fundamental nesse contexto. O princípio básico é que os pacientes entram na psicoterapia com diferentes níveis de motivação para começarem a trabalhar nos seus problemas. A partir daí, seu grupo de pesquisa vem se dedicando à formulação do modelo transteórico, com referencial integrativo, eclético, inovador e empiricamente baseado. É conhecido como transteórico porque seu objetivo é integrar os processos e princípios de mudança de várias teorias de intervenção. Salienta-se que esta proposta não se refere a uma mistura de teorias, mas a uma sistematização dos melhores elementos das diversas abordagens. O modelo de Prochaska (1995) contribui originalmente com a identificação e a proposta de avaliação de três dimensões da mudança: os processos de mudança, os estágios e os níveis.

Os processos de mudança correspondem às atividades encobertas ou manifestas, relacionadas a padrões de vida ou problemas particulares, através das quais as pessoas se empenham para alterar afeto, pensamento, comportamento ou relacionamento. Os diferentes processos de mudança foram categorizados em 10 tipos: aumento de consciência, alívio dramático, auto-reavaliação, reavaliação ambiental, auto-liberação, liberação social, contra-condicionamento, controle de estímulos, gerenciamento de reforço e relacionamento de ajuda. Yoshida (2002) lembra que estas são as concepções de mudanças defendidas pelas diferentes linhas psicoterapêuticas, que devido às perspectivas teóricas em que se baseiam, tendem a privilegiar um ou outro destes processos empiricamente definidos.

A idéia associada a estágios é a de que a mudança se desdobra por uma série de seis estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Término. São compostos por um grupo de atitudes, intenções e comportamentos relacionados à posição de mudança do indivíduo. Todos são dinâmicos, porém necessitam de esforços e intervenções especiais, uma vez que a mudança não é fácil e se dá ao longo do tempo. A principal característica do estágio de Pré-contemplação é que a pessoa não pretende mudar no futuro. Muitas pessoas nesse estágio não têm consciência de seus problemas, apesar de amigos, familiares e colegas sinalizarem que algo não está bem. As pessoas nesse estágio podem desejar mudar, mas é muito diferente de ter a intenção. Os indivíduos que se encontram nesse estágio resistem em reconhecer ou modificar um problema, por isso as intervenções que visam o aumento de consciência (como observações, confrontações e interpretações) podem ajudar os pacientes a se tornar mais conscientes das causas, conseqüências e curas de seus problemas.

Na medida em que começa a perceber e a admitir que possui um problema e está seriamente pensando em superá-lo, mas sem chegar realmente a fazê-lo, diz-se que o indivíduo está no estágio de Contemplação. As pessoas podem permanecer nesse estágio por períodos que podem ir de meses a anos, ou mesmo nunca saírem dele, se a passagem da intenção ao ato não se concretizar. Estar nesse estágio é saber para onde você quer ir, mas não se sentir preparado para tal. Preparação é o estágio em que se verifica a intenção e alguma tentativa de mudança. Geralmente as pessoas nesse estágio já tiveram a intenção se mudar,

mas não obtiveram êxito no passado. Mesmo que tenham tido algumas melhoras em relação aos seus problemas, elas ainda não alcançaram um critério para uma ação efetiva.

No estágio de Ação as pessoas são capazes de tomar decisões para modificar comportamentos, atitudes e ambiente para superarem seus problemas. A Ação envolve as mudanças de comportamento manifesto e requer esforço real para isto, além de um considerável comprometimento de tempo e energia. É importante que o paciente acredite que ele tenha autonomia para mudar sua vida de diferentes formas. Esse é um estágio particularmente estressante, por isso os pacientes precisam de suporte e compreensão. Manutenção é o estágio em que as pessoas trabalham para prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante o estágio de ação. É um estágio dinâmico, pois é considerado como um processo ativo de mudança, uma vez que há certo esforço para a pessoa não retornar aos padrões de comportamentos anteriores. Quando as pessoas têm 100% de confiança de que todos os problemas anteriores não farão parte de um novo padrão ou comportamento, pode-se falar em estágio de Término. As mudanças encontram-se suficientemente estáveis e não se tem intenção ou motivo de recaída e de retrocesso.

Deve-se salientar que a passagem pelos estágios de mudança não se dá de forma linear, e as recaídas e o retorno aos padrões antigos de comportamentos são considerados normais e até esperados. A mudança se dá, usualmente, através de um movimento em espiral, em que o retorno a estágios iniciais são antes a regra do que a exceção. Isso significa que a cada recaída, o paciente pode aprender com seus erros e tentar alguma coisa diferente na próxima vez. Os estágios de mudança representam diferentes níveis de percepção e consciência do problema e diferentes graus de empenho para encará-lo. Por isso é de especial importância avaliar o estágio em que o paciente se encontra quando procura por psicoterapia e como este evolui no decorrer do processo (Yoshida, 2002).

O terceiro elemento básico desse enfoque são os níveis de mudança, que se referem a problemas psicológicos distintos, mas inter-relacionados entre si que podem ser objeto de uma psicoterapia. Refletem uma relação hierárquica e correspondem aos sintomas e problemas situacionais; pensamentos mal-

adaptativos; conflitos de natureza interpessoal; conflitos familiares/sistêmicos; e conflitos de natureza intrapessoal. A mudança em algum desses níveis ensejará a de outros, por isso não importa por qual nível se inicie, e sim que se estabeleça um processo genuíno e bem sucedido. A integração dos níveis com os estágios e processos de mudança, possibilita uma intervenção hierárquica e sistemática em uma ampla gama de conteúdos terapêuticos.

Dentre as dimensões da mudança descritas por Prochaska (1995) – processo; estágios; e níveis de mudança – a dos estágios tem se mostrado clinicamente mais útil, pois pode dar uma indicação do grau de dificuldade que o psicoterapeuta deverá enfrentar para obter a adesão do paciente ao tratamento. Todavia, o conhecimento do estágio de mudança em que se encontra o paciente parece não ser suficiente para avaliar suas chances de mudança e, nesse sentido, Yoshida e Enéas (2004) sugerem que se considere outra variável, que é a avaliação da eficácia adaptativa.

O conceito de adaptação foi proposto por Simon (1989) e diz respeito a um “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (p. 14). Faz-se necessário conhecer o funcionamento psíquico do indivíduo, pois a condição de adaptação diz respeito ao estado de integração de seus diversos sistemas de funcionamento e à harmonia de seus atos com intuito de viver melhor.

A adaptação, segundo o autor, envolve formas de responder, solucionar e enfrentar as vicissitudes da vida e sua qualidade depende da adequação das respostas dadas pelo indivíduo frente aos problemas. As respostas consideradas adequadas trazem satisfação e o problema é solucionado sem que haja conflitos intrapsíquicos ou socioculturais. Uma resposta pouco-adequada implica em algum tipo de conflito (seja para o indivíduo ou para a sociedade), mesmo se houver algum grau de satisfação. Em respostas pouquíssimo adequadas, a solução encontrada é insatisfatória e ainda causa conflito interno e/ou externo. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será a adaptação do sujeito.

A configuração adaptativa geral pode ser apreciada segundo quatro setores de funcionamento da personalidade: Afetivo-Relacional (A-R) (respostas emocionais

do indivíduo nas relações interpessoais e em relação consigo mesmo); Produtividade (Pr) (respostas relacionadas ao trabalho, estudo ou qualquer ocupação principal do sujeito), Sociocultural (S-C) (compreende as respostas relacionadas à estrutura social, aos recursos comunitários, aos valores e costumes do ambiente em que vive); e Orgânico (Or) (envolve o estado e funcionamento do indivíduo e cuidados e ações em relação ao próprio corpo) (Simon, 1989). Este sistema se mostra satisfatório, pois o uso dessa classificação juntamente com o de estágio de mudança, possibilita uma visão geral sobre a probabilidade de aderência do paciente à psicoterapia e a chance de progresso esperado. Ressalta-se também que suas características individuais, bem como a crença e a expectativa acerca do tratamento, podem influenciar nos resultados e na melhora percebida por ele (Fernandez & cols, 2008; Yoshida, 1999b;).

Yoshida e Enéas (2004) indicam que há uma relação entre estágio de mudança e eficácia adaptativa, pois não basta que o paciente esteja consciente dos problemas e deseje superá-los (estágio de Contemplação) se não possui recursos adaptativos para fazer face a eles. Do mesmo modo, é insuficiente o paciente possuir os recursos adaptativos se está no estágio de Pré-contemplação. Uma grande possibilidade de sucesso na intervenção está associada a uma maior preservação da eficácia adaptativa, pois a chance de mudança com progressão para outros estágios também é maior. Dentro dessa linha de pensamento, as mudanças devem se estender a diversos aspectos do indivíduo, tanto a nível intra e interpessoal, quanto em sintomas psicopatológicos.

Outras variáveis a serem consideradas em pesquisas de psicoterapias dizem respeito ao contexto em que elas são realizadas e também à experiência do psicoterapeuta. Em nosso meio, a clínica-escola em Psicologia é um local de aplicação de conhecimentos, que complementa a formação do aluno, pois este tem a oportunidade de exercer a profissão. A partir do atendimento clínico ao paciente, o estudante recebe orientação de um professor supervisor com o objetivo de capacitá-lo para a prática e reflexão do exercício profissional, pois é através do contato com o paciente que se aprende a ser clínico (Gauy & Fernandes, 2008; Romaro & Capitão, 2003; Yoshida, 2005). As clínicas-escola oferecem atendimento gratuito ou semigratuito para a comunidade e, por isso, desempenham importante papel social

na medida em que funcionam como porta de entrada a serviços de saúde mental e oferecem auxílio psicológico à parcela da população que não possui recursos para tanto (Santeiro, 2008; Yoshida, 2005). Pesquisas que focalizam o atendimento psicoterápico prestado nestas instituições são ainda incipientes. Nesta pesquisa pretende-se abordar a mudança de pacientes atendidos em clínica-escola.

### **Clínica-Escola**

As clínicas-escola estão ligadas a cursos superiores de Psicologia e surgiram no Brasil em decorrência da regulamentação da profissão, devido às exigências para a formação do psicólogo (Lei Federal n. 4119, de 1962 e Decreto n. 53464, de 1964) (Perfeito & Melo, 2004). Como lembra Oliveira (1999), os objetivos iniciais dessas instituições eram oferecer ao estudante condições para o treinamento de sua prática profissional, ao mesmo tempo em que oferecia o atendimento psicológico que a comunidade necessitava. Estes dois objetivos não foram atendidos igualmente, de modo que foi dada prioridade para a formação do aluno e não às demandas da população atendida (Gastaud & Nunes, 2009). No entanto, a preocupação com a distância entre as necessidades da população e a formação oferecida ao graduando destacou-se a partir da década de 70, e desde então as clínicas-escola vêm assumindo um maior comprometimento com o papel social prestado à comunidade.

Recentemente, a pesquisa científica foi considerada como um terceiro objetivo das clínicas-escola, que vêm sendo reconhecidas internacionalmente por se mostrarem potencialmente férteis para o desenvolvimento de inúmeros estudos. O campo da pesquisa neste contexto é de especial importância e de extrema relevância para o futuro da Psicologia no país, pois além de contribuir para a formação do profissional, enseja reflexões acerca dos atendimentos prestados à comunidade, serve como fonte de dados para diversas questões referentes ao homem e seu sofrimento psíquico e contribui para a melhora das próprias clínicas psicológicas (Campezatto & Nunes, 2007; Gauy & Fernandes, 2008; Herzberg & Chammas, 2009; Melo & Perfeito, 2006; Oliveira, 1999; Santeiro, 2008; Yoshida, 2005).

Entretanto, há ainda alguns desafios a serem superados na pesquisa clínica, pois existem dificuldades no seu desenvolvimento dentro da realidade das clínicas-escola brasileiras (Santeiro 2008). Em primeiro lugar, muitos profissionais sentem-se confusos em relação à importância da pesquisa e sua utilidade em suas práticas clínicas e muitas vezes acreditam que ambas são contrárias e incompatíveis. Isso acontece devido à formação do aluno, que em muitos aspectos, ainda está presa nas estruturas do século passado. A necessidade de transformação da prática psicoterápica exige, pois, que a formação seja modernizada, na tentativa de evitar a cristalização de algumas técnicas, e aberta ao diálogo científico para lidar com as questões atuais (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Campezatto & Nunes, 2007; Pritz, 2007; Salinas & Santos, 2002; Serralta, 2010).

Segundo, é preciso mais discussões sobre a atuação e funcionamento destas clínicas-escola para melhor atender ao que se propõem, pois conforme lembra Yoshida (2005), dificilmente o produto da pesquisa neste contexto é utilizado para repensar a própria clínica-escola e as atividades desenvolvidas por ela. A autora também defende que as clínicas-escola devem privilegiar não somente a prática clínica, mas também a formação de pesquisadores clínicos e de profissionais consumidores de pesquisas, entre os quais se encontram os estudantes de graduação, pós-graduação e os docentes da instituição. Diante desta perspectiva, questionam-se quais os delineamentos de pesquisa mais adequados para seu desenvolvimento dentro das clínicas-escolas.

Oliveira (1999) indica que a maioria dos trabalhos realizados neste contexto objetiva a caracterização da população. Este tipo de estudo se justifica porque primeiro é preciso “conhecer a população que procura as clínicas para poder então buscar formas de atendimento que se adaptem melhor às suas necessidades e possibilidades” (pg. 9). Além de ensinar melhora no atendimento à comunidade, auxilia na formação dos alunos de Psicologia. Todavia, poucos são os estudos que ultrapassam os limites da caracterização das clínicas-escola e que buscam compreender e explicar os fenômenos psicológicos nas psicoterapias realizadas neste ambiente. Algumas pesquisas realizadas em clínicas-escola sobre atendimento psicológico listam as queixas mais frequentes e destacam sintomas tais como: ansiedade, insegurança, depressão, problemas de relacionamento

interpessoal, nervosismo, entre outros (Oliveira, 1999; Romaro & Capitão, 2003; Romaro & Oliveira, 2008).

Em relação a esse aspecto, Yoshida (2004), pondera que não se deve tentar comparar os diferentes delineamentos de pesquisa existentes ou mesmo determinar qual deles é considerado o melhor ou o mais indicado para uma investigação específica. Deve-se ter em mente a questão ou problema científico a ser estudado e as condições para a realização da pesquisa. No entanto, é preciso contar com procedimentos rigorosos em todas as fases de um processo tão complexo como é o de qualquer psicoterapia, pois desse modo, é possível garantir uma visão mais abrangente e integrada dos inúmeros fatores aí envolvidos.

Uma das formas de se obter informações mais precisas e confiáveis é o registro das sessões psicoterápicas através do uso de áudio e/ou vídeo. Esta prática já é adotada em algumas instituições brasileiras, apesar de alguns supervisores alegarem que ela compromete a natureza da comunicação entre paciente e terapeuta. Todavia, a partir da gravação em áudio, o estagiário pode compreender melhor o que se passou na sessão, além de avaliar sua própria atuação. O registro em vídeo pode complementar os dados na medida em que permite observar, durante a sessão, os gestos e posturas do paciente e terapeuta (Yoshida, 2005). Geralmente, os materiais gravados são acompanhados de transcrições e devem ser arquivados, possibilitando a construção de uma base de dados válidos, que podem servir para ilustrar diferentes disciplinas da graduação, além de ser fonte para diversas investigações. No que concerne à pesquisa, é possível que mais de um pesquisador tenha acesso a um determinado material, o que permite diferentes contribuições, leituras e interpretações de um mesmo fenômeno. É através do acúmulo e construção de conhecimentos, tão necessários para o desenvolvimento da Psicologia neste contexto, que graduando e profissional têm a oportunidade de manter-se atualizado e extrair dados úteis para sua prática (Yoshida, 1998; 2004; 2005).

Ressalta-se a necessidade de um compromisso com a pesquisa por parte da coordenação da clínica, do corpo docente e discente, e reconhecimento, por parte dos pesquisadores, de possíveis limitações neste campo, primando pela ética nas investigações. A adoção de diretrizes básicas neste contexto mostra-se de extrema



relevância para que não haja riscos de sobrecarregar pacientes, supervisores e estagiários, apenas por interesse de pesquisa. Desta forma, as investigações devem estar voltadas para auxiliar as próprias clínicas-escola, alimentando e orientando as modalidades das práticas desenvolvidas nestas instituições, além de incitar reflexões, discussões e servir de parâmetro para outras iniciativas (Perfeito & Melo, 2004; Yoshida, 2005).

Há escassez de estudos científicos que ilustram pesquisas realizadas em clínicas-escola sobre a eficiência de psicoterapias conduzidas por estudantes. A maioria dos trabalhos refere-se às variáveis acerca da formação do aluno, que envolve o desenvolvimento de atitude clínica, características e habilidades pessoais que podem influenciar na constituição de um bom psicoterapeuta, à importância da supervisão como uma das principais formas de aprendizado e aperfeiçoamento, além dos dilemas e conflitos vivenciados pelos psicoterapeutas iniciantes (Aguirre & cols, 2000; Boris, 2008; Freitas & Noronha, 2007; Meira & Nunes, 2005; Paparelli & Martins, 2007).

O abandono psicoterápico em clínicas-escola também é um importante assunto que vem sendo pesquisado e discutido na literatura. Os altos índices de abandono revelam que este é um problema freqüente e preocupante. São vários os fatores que podem influenciar na falta de aderência ao tratamento, como qualidade da relação terapêutica, características psicopatológicas do paciente, falta de motivação, divergência entre expectativa e tratamento recebido, remissão da queixa, diminuição do sofrimento emocional, falta de interesse, bem como ausência de informação ao paciente quanto ao processo psicoterapêutico e encaminhamento pouco adequado à sua demanda (Benetti & Cunha, 2008; Chammas, 2010; Gastaud & Nunes, 2009).

A questão do abandono no tratamento repercute tanto no paciente, quanto no psicoterapeuta. O primeiro acaba por não receber a ajuda que procurou e o segundo, muitas vezes, sente-se inapto e desvalorizado profissionalmente ao deixar de atender o paciente. Herzberg (2005) lembra que estudantes em formação possuem altas expectativas e cobranças em relação ao próprio desempenho, e por isso, acabam por ter uma sensação de incompetência no processo, não valorizando ou reconhecendo o trabalho realizado por eles.

Tentar compreender os motivos que levam o paciente a abandonar o tratamento, pode auxiliar na reflexão sobre a qualidade dos serviços oferecidos pelas clínicas-escola. Observa-se a necessidade de uma visão crítica a esse respeito, pois o abandono pode acarretar prejuízo no funcionamento geral dessas instituições, visto que a procura por atendimentos é grande, muitos pacientes ficam sem vagas e a maioria dos casos de desistência solicita retorno de atendimento (Benetti & Cunha, 2008; Chammas, 2010).

Diante do quadro apresentado sobre as pesquisas realizadas em clínicas-escola, aponta-se para a necessidade de novos rumos e estudos nesta área, principalmente no que diz respeito às pesquisas de resultados de psicoterapias conduzidas por estudantes. Este trabalho visou preencher algumas dessas lacunas, visto que foram realizadas avaliações de pacientes que estavam em fase de término de atendimento psicoterápico. Deste modo, esta pesquisa buscou sistematizar as mudanças propiciadas pelos atendimentos prestados por estagiários de Psicologia e procurou identificar os fatores que influenciaram a chance de progresso na psicoterapia, relacionando e comparando estágio de mudança, sintomas psicopatológicos e eficácia adaptativa.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo Geral

Avaliar mudanças em pacientes adultos de clínica-escola submetidos a atendimentos psicoterápicos, no que se refere ao estágio de mudança, a qualidade da eficácia adaptativa e sintomas psicopatológicos.

### Objetivos Específicos

- Avaliar o estágio de mudança no início e final do processo psicoterápico
- Avaliar a eficácia adaptativa no início e ao final do processo psicoterápico
- Avaliar sintomas psicopatológicos ao final do processo psicoterápico

## MÉTODO

### Participantes

A amostra foi composta por nove participantes, com idade igual ou superior a 33 anos, em fase de término do atendimento psicoterapêutico individual, todos provenientes de uma clínica-escola de Psicologia, localizada em um município do interior paulista.

- Critérios de Inclusão: Pertencer à faixa etária acima de 18 anos; Estar ciente dos objetivos da pesquisa e ter concordado em participar voluntariamente, mediante assinatura do Termo de Consentimento; Estar em fase de término do atendimento psicoterapêutico individual.

- Critérios de Exclusão: Pessoas que demonstrarem não ter compreendido a natureza da tarefa; Que se encontrem em estado alterado de consciência devido à ingestão de álcool, droga ou doença psicológica; Pessoas que estejam padecendo de sintomas psicopatológicos ou de dor física que possam comprometer a participação; Pessoas que não concordarem em participar da pesquisa.

**Tabela 1** – Distribuição das principais variáveis sócio-demográficas dos participantes

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>OCUPAÇÃO ATUAL</b>
1	Feminino	41 anos	Solteira	Cozinheira
2	Feminino	39 anos	Casada	Estudante
3	Feminino	69 anos	Casada	Aposentada
4	Feminino	62 anos	Casada	Aposentada
5	Feminino	49 anos	Casada	Aposentada
6	Masculino	49 anos	Casado	Terapeuta Corporal
7	Feminino	33 anos	Casada	Faxineira
8	Feminino	50 anos	Casada	Encarregada Setor Higiene
9	Feminino	43 anos	Casada	Professora

As principais características sócio-demográficas observadas na Tabela 1, indicam que a maioria dos participantes entrevistados eram do sexo feminino, com idade entre 33 e 69 anos e estado civil casado. A ocupação atual mais citada foi “aposentada”, no entanto outras também foram mencionadas, como cozinheira, estudante, terapeuta corporal, faxineira, encarregada do setor de higiene e professora.

**Tabela 2 – Caracterização dos atendimentos**

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>Queixa inicial</b>	<b>Tempo de atendimento</b>	<b>Abordagem de atendimento</b>	<b>Modalidade de atendimento</b>	<b>Origem do encaminhamento</b>
<b>1</b>	Depressão, Tristeza, Pensamentos negativos	1 ano	Humanismo	Individual	Espontânea
<b>2</b>	Problemas de relacionamento com o pai	5 anos	Humanismo	Individual	Espontânea
<b>3</b>	Preocupação e Nervosismo excessivo	2 anos	Humanismo	Grupal e Individual	Espontânea
<b>4</b>	Problemas de relacionamento com marido, Dificuldade no local de trabalho	6 anos	Psicodinâmica / Psicanálise	Grupal e Individual	Espontânea
<b>5</b>	Problemas de saúde, Depressão	1 ano	Humanismo	Individual	Médico Psiquiatra
<b>6</b>	Problemas de saúde, Problemas de	6 meses	Psicodinâmica / Psicanálise	Individual	Espontânea

---

	relacionamento familiar				
7	Problemas de relacionamento familiar	2 anos	Humanismo	Individual	Conselho Tutelar
8	Problemas de relacionamento com filha, Receio e preocupação excessivos	7 meses	Psicodinâmica / Psicanálise	Individual	Espontânea
9	Timidez, Dificuldade de falar em público	5 anos	Humanismo	Individual	Fonoaudióloga

---

Observa-se, na Tabela 2, que as queixas apresentadas pela maioria dos participantes se referem a problemas de relacionamento com algum familiar. Problemas relacionados à saúde também foram manifestados, além de depressão, preocupação excessiva e timidez. O tempo de atendimento variou entre os participantes, sendo que o mais longo durou seis anos (a cada ano conduzido por um estagiário diferente) e o mais breve, seis meses (um único estagiário). Todos os participantes foram atendidos na modalidade individual, sendo que, durante o processo, dois deles também passaram por atendimento em grupo, mas não concomitante ao individual. Seis participantes foram atendidos na abordagem humanista e três na psicodinâmica/psicanálise. Quanto à origem do encaminhamento, seis buscaram espontaneamente a clínica-escola, um foi encaminhado por um médico psiquiatra, um pelo conselho tutelar e outro, por uma fonoaudióloga.

#### Caracterização da Instituição

A Clínica de Psicologia da PUC-Campinas, desde 2001, está situada no Campus II da Universidade, no prédio de ambulatórios. Possui convênio com o SUS

e é um dos principais serviços de assistência à saúde mental da cidade de Campinas, atendendo principalmente à região Noroeste da cidade. Tem como princípio norteador a missão de ensino, pesquisa e extensão, e vocação de assistência à saúde (Prebianchi, 2004; Prebianchi & Cury, 2005).

No ano de 2010, a equipe era constituída por três secretárias, uma coordenadora, três psicólogas, duas aprimorandas, uma assistente social, além da equipe de professores, que orientam e supervisionam atividades de estágios desenvolvidas pela equipe de alunos. Os serviços oferecidos incluem triagem (realizada pelas psicólogas da Clínica e por aprimorandas), atendimentos individuais e em grupos (para adultos ou crianças, em uma das três abordagens: Comportamental, Humanista e Psicodinâmica), psicodiagnóstico, orientação de pais e plantão psicológico. Apenas este último serviço é aberto para população de outras regiões da cidade. O plantão acontece dentro do horário de supervisão do aluno e se houver necessidade, marca-se retorno para o paciente.

O espaço físico inclui 21 salas de atendimento clínico (grupo e individual), sala de recepção e secretaria, salas para coordenação, assistente social e psicóloga, sala para alunos/estagiários, sala de informática, sala de arquivo-permanente e sala de espera para pacientes. Esta pesquisa foi realizada na Clínica de Psicologia da PUC-Campinas e foca-se nos resultados de psicoterapias e processos de mudança de pacientes atendidos neste serviço.

### Instrumentos

*Escala de Estágios de Mudança (EEM)* – É uma medida de auto-relato, composta por 32 itens, subdivididos em quatro grupos que correspondem aos estágios de Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. Cada grupo possui oito itens, com respostas de tipo *Likert* de cinco pontos, no qual 1 corresponde a *discordo totalmente* e 5 a *concordo totalmente*. A definição do estágio de mudança é dada pela maior pontuação nos itens de um determinado estágio. Para que o indivíduo seja classificado em Preparação é necessário haver pontuações máximas (score=40) tanto no estágio de Contemplação, quanto no de Ação. A EEM foi desenvolvida com a finalidade de orientar o clínico sobre a

disponibilidade do paciente para a psicoterapia. Apresenta-se como uma medida interessante para uso de pesquisa envolvendo psicoterapias, pois resultados preliminares apontam para a validade do instrumento (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983), inclusive no Brasil (Pace, 1999; Yoshida, Primi & Pace, 2003) (Anexo A).

*Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40* – É uma medida de auto-relato, adaptado do *Symptom Checklist – 90 – Revised (SCL-90-R)*, para pacientes clínicos de hospitais gerais, podendo ser utilizada de forma rápida e segura em outros contextos. Este instrumento avalia a severidade dos sintomas psicopatológicos, segundo quatro dimensões: Psicoticismo (referente a distúrbios graves, com sintomas de psicoticismo, hostilidade, idéias paranóides e depressão); Obsessividade-Compulsividade (conjunto de sintomas referentes a ações e pensamentos repetitivos e indesejáveis, além de sensação de desconforto em interações interpessoais); Somatização (sintomas referentes aos distúrbios somáticos e somatoformes); e Ansiedade (reunião de sintomas que vão desde a ansiedade geral até ansiedade fóbica). As respostas são dadas em uma escala de tipo *Likert* de três pontos, que representam a intensidade do sintoma, variando entre 0 (nenhum sintoma), 1 (pouco sintoma) e 2 (muito sintoma) (Laloni, 2001) (Anexo B).

*Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R)* – Avalia a eficácia adaptativa, cuja qualidade depende da adequação das respostas dadas pelo indivíduo frente aos problemas. As respostas consideradas adequadas trazem satisfação e o problema é solucionado sem que haja conflitos intrapsíquicos ou socioculturais. Uma resposta pouco-adequada implica em algum tipo de conflito, mesmo se houver algum grau de satisfação. Em respostas pouquíssimo adequadas, a solução encontrada é insatisfatória e ainda causa conflito interno e/ou externo. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será a adaptação do sujeito. Através de entrevista clínica, apreciam-se as respostas do indivíduo, dividindo-os em quatro setores do funcionamento da personalidade: Afetivo-Relacional (A-R) (respostas emocionais do indivíduo nas relações interpessoais e em relação consigo mesmo), Produtividade (Pr) (respostas relacionadas ao trabalho,



estudo ou qualquer ocupação principal do sujeito), Sociocultural (S-C) (compreende as respostas relacionadas à estrutura social, aos recursos comunitários, aos valores e costumes do ambiente em que vive); e Orgânico (Or) (envolve o estado e funcionamento do indivíduo e cuidados e ações em relação ao próprio corpo). A avaliação é feita apenas de forma qualitativa, sem atribuição de escores nos setores S-C e Or, enquanto que os setores A-R e Pr são estimados de maneira quantitativa e qualitativa. Há cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: Adaptação Eficaz (Grupo 1); Adaptação Ineficaz Leve (Grupo 2); Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3); Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4); Adaptação Ineficaz Grave (Grupo 5). O diagnóstico adaptativo é acompanhado da especificação “em crise” quando há momentos em que o psiquismo do indivíduo fica suspenso e não consegue dar respostas às situações críticas (Simon, 1989; Simon, 1997) (Anexo C). As perguntas que fizeram parte da entrevista feita aos participantes da pesquisa encontram-se em anexo (Anexo D).

### Procedimento

A pesquisa foi realizada mediante aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos* da PUC-Campinas, com o protocolo de número 813/09, aprovado em 17/11/2009. Após autorização da coordenadora da Clínica Psicológica da PUC-Campinas para realização deste estudo (Anexo E) e após o parecer positivo do Comitê (Anexo F), a pesquisadora obteve informações com professores-supervisores a respeito de pacientes que estavam em fase de término do processo psicoterapêutico. Depois, entrou em contato, via telefone, com esses pacientes, a fim de se apresentar, informar os objetivos deste trabalho, bem como maiores explicações sobre o tipo de pesquisa de que estariam participando, além do caráter sigiloso da mesma. Foi enfatizado que os pacientes que não desejassem se envolver com o estudo ou os que desistissem no decorrer da pesquisa, continuariam recebendo atendimento psicológico sem qualquer prejuízo. Aqueles que demonstraram interesse foram convidados a agendar um horário individual com a pesquisadora em uma sala de atendimento da Clínica de Psicologia da PUC-Campinas. Neste encontro, os objetivos deste estudo foram retomados e a

pesquisadora leu em voz alta o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo G), elucidando possíveis dúvidas que ainda podiam existir sobre a participação na pesquisa, para depois solicitar a assinatura do Termo, em duas vias, sendo que uma ficou com o paciente.

A seguir deu-se início à coleta dos dados com a aplicação da EEM e a EAS-40. Em ambos os casos a identificação dos participantes foi feita nos formulários padrão das escalas, por meio de suas iniciais. Terminada a aplicação dos instrumentos de auto-relato, a pesquisadora realizou uma entrevista para a avaliação da EDAO-R. As entrevistas foram gravadas e transcritas para futuras análises. Este procedimento foi aplicado em todos os participantes.

A severidade de sintomas psicopatológicos, que foi avaliada por meio da Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40), possibilitou apreciar problemas psicológicos em diferentes dimensões. Por ser um instrumento de auto-relato, foi utilizado apenas ao final dos processos psicoterápicos, momento em que a pesquisadora entrevistou os participantes.

O estágio de mudança em que o participante se encontrava após passar por processo psicoterápico (pós-intervenção) foi avaliado por meio da Escala de Estágio de Mudança (EEM). O início do processo psicoterápico (pré-intervenção) foi apreciado por meio de avaliação clínica, proposta por Yoshida e Enéas (2004). As autoras sugerem a possibilidade de definir o estágio de mudança através da análise das respostas do participante que indiquem o grau de consciência de seu problema e sua disposição para enfrentá-lo. No presente trabalho, a pesquisadora e orientadora atuaram como juízes. A opção pela avaliação clínica do estágio de mudança, a partir da análise da triagem e entrevistas iniciais que constam no prontuário de cada participante, justifica-se pelo fato de que no momento da pesquisa, todos estavam em fase de término do tratamento psicoterápico. Obteve-se consenso nas avaliações dos participantes em que houve desacordo entre juízes.

A eficácia adaptativa foi avaliada através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R). A pesquisadora e a orientadora atuaram como juízes do início do processo, que foi avaliado a partir da análise da triagem e entrevistas iniciais que constam no prontuário de cada participante. A avaliação da fase de término do processo foi baseada nas entrevistas que a pesquisadora fez

com cada um. Neste caso, atuaram como juízes independentes a pesquisadora, a orientadora e três alunos de iniciação científica do grupo de pesquisa, todos devidamente treinados para avaliação com a EDAO-R. Obteve-se consenso nas avaliações dos participantes em que houve desacordo entre juízes.

## RESULTADOS

Apresentam-se os resultados fazendo-se comparação entre a fase de pré-intervenção e pós-intervenção. Os instrumentos escolhidos explicitam de modo objetivo as mudanças ocorridas e dão suporte para análise qualitativa, que será examinada na próxima sessão. Para as análises, os participantes foram divididos em subgrupos, de acordo com a classificação que apresentaram no estágio de mudança.

**Tabela 3 – Processos avaliados com a EEM**

<b>EEM pré e pós</b>	<b>Participante</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Tempo</b>	<b>EDAO-R pré e pós</b>	<b>EAS-40</b>
<b>P/A</b> ↑	2	Humanista	5/6 anos	3/2 ↑	0,33
	4	Psicodinâmica	5/6 anos	4/2 ↑↑	0,9
<b>PC/P</b> ↑↑	5	Humanista	≤ 1 ano	5/5 =	0,77
	6	Psicodinâmica	≤ 1 ano	4/4 =	0,75
	7	Humanista	2 anos	4/4 =	0,77
<b>P/P</b> =	1	Humanista	≤ 1 ano	5/5 =	0,6
	3	Humanista	2 anos	?/4?	1,23
	8	Psicodinâmica	≤ 1 ano	3/1↑↑	0
<b>C/P</b> ↑	9	Humanista	5/6 anos	3/4 ↓	0,18

\* PC = Pré-contemplação

\* C = Contemplação

\* P = Preparação

\* A = Ação

De acordo com a Tabela 3, seis participantes evoluíram no Estágio de Mudança, sendo que dois passaram do estágio de Preparação para o de Ação; três estavam no estágio de Pré-contemplação e passaram para o de Preparação; e um evoluiu do estágio de Contemplação para o de Preparação. Três participantes mantiveram o mesmo estágio de mudança (Preparação), segundo avaliação feita pela EEM.

**Tabela 4 – Avaliação a partir da EDAO-R e EAS-40**

Participante	EDAO-R		EAS-40				
	Inicial	Final	F1*	F2*	F3*	F4*	IGS**
2	Grupo 3 AR 2 Pr 1	Grupo 2 AR 2 Pr 2	0,2	0,4	0,5	0,2	0,33
4	Grupo 4 AR 1 Pr 1	Grupo 2 AR 2 Pr 2	0,4	0,7	1,4	1,1	0,9
5	Grupo 5 AR 1 Pr 0,5	Grupo 5 AR 1 Pr 0,5	0,7	0,5	0,1	1,8	0,77
6	Grupo 4 AR 2 Pr 0,5	Grupo 4 AR 2 Pr 0,5	0	0,5	1,5	1	0,75
7	Grupo 4 AR 1 Pr 1	Grupo 4 AR 1 Pr 1	1,1	1,1	0,1	0,8	0,77
1	Grupo 5 AR 1 Pr 0,5	Grupo 5 AR 1 Pr 0,5	0,6	0,7	1	0,1	0,6
3	Grupo ? AR 1 Pr não há dados	Grupo 4 AR 1 Pr 1	0,8	1,6	1,6	0,9	1,23
8	Grupo 3 AR 2 Pr 1	Grupo 1 AR 3 Pr 2	0	0	0	0	0
9	Grupo 3 AR 2 Pr 1	Grupo 4 AR 1 Pr 1	0,3	0,3	0	0,1	0,18

\*F1 = Psicoticismo

\*F2 = Obsessividade-Compulsividade

\*F3 = Somatização

\*F4 = Ansiedade

\*\* Índice Geral de Sintomas

Observa-se, a partir da Tabela 4, que em relação à avaliação da EDAO-R, no início do tratamento, dois participantes apresentavam Adaptação Ineficaz Grave (Grupo 5), três apresentavam Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4) e três apresentavam Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3). Todos os participantes estavam com comprometimento na eficácia do setor Afetivo-Relacional, sendo que 55% apresentavam adaptação pouquíssimo adequada (n=5) e 45% pouco adequada (n=4). Quanto ao setor Produtividade, não houve dados suficientes para avaliar a

eficácia de um dos participantes. Dos oito casos em que a avaliação foi possível, 62,5% apresentavam adaptação pouco adequada (n=5) e 37,5% pouquíssimo adequada (n=3).

No final do processo psicoterápico, pôde-se verificar que três participantes obtiveram evolução na eficácia adaptativa, sendo que um terminou apresentando Adaptação Eficaz (Grupo 1) e dois, Adaptação Ineficaz Leve (Grupo 2). Quatro participantes mantiveram a mesma avaliação inicial (dois no Grupo 5; e dois no Grupo 4). Um participante retrocedeu (do Grupo 3 para Grupo 4). Ao final dos atendimentos, dos participantes que continuavam com comprometimento (n=8) no setor Afetivo-Relacional, 37,5% apresentaram adaptação pouco adequada (n=3) e 62,5 % apresentaram adaptação pouquíssimo adequada (n=5). Quanto à Produtividade, dos participantes que permaneceram com comprometimento (n=6), 50% apresentaram adaptação pouco adequada (n=3) e 50% apresentaram adaptação pouquíssimo adequada (n=3).

A avaliação através da EAS-40 possibilitou saber que dos nove participantes, um não apresentou sintomas psicopatológicos ao final do tratamento. O ponto de corte possibilita delimitar o nível de funcionalidade ou de disfunção dos participantes. Considerando-se que o ponto de corte seja  $\text{score}=1$ , tanto para a EAS-40 geral, quanto para as quatro dimensões (Yoshida, 2008), verifica-se que em relação ao Índice Geral de Sintomas, um participante apresentou score acima do ponto de corte para população clínica (participante 3); na dimensão Psicoticismo, um participante apresentou score superior (participante 3); no fator Obsessividade-Compulsividade, dois participantes apresentaram score superior (participantes 3 e 7); no fator Somatização, quatro apresentaram score superior que o ponto de corte (participantes 3, 4, 6 e 7); e na dimensão Ansiedade, três participantes apresentaram score superior (participantes 4, 5 e 6).

## DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados buscou-se examinar possíveis relações entre o relato de melhoras nos participantes, mudanças na configuração adaptativa e no estágio de mudança. O índice de sintomas psicopatológicos foi apreciado como indicativo do funcionamento geral dos pacientes e como este estaria exercendo influência nos resultados das psicoterapias. A seguir serão analisadas de forma qualitativa as entrevistas de cada participante, divididos pelos grupos, com objetivo de traçar um quadro geral das mudanças alcançadas por eles.

### Evolução Preparação para Ação:

#### Participante 2

A participante procurou a clínica espontaneamente devido a um desentendimento com seu pai. Como fato marcante de seu histórico de vida destaca-se o suicídio de sua mãe, ocorrido há muitos anos, e que teria tido um grande impacto sobre a estrutura familiar.

Conforme a Tabela 6, passou do estágio de Preparação para o de Ação, ao longo dos atendimentos recebidos na clínica (5 anos). Neste período, demonstrou exemplos claros de mudança, tais como melhora no relacionamento com o pai (antes do processo psicoterápico, estava afastada dele por conta de vários desentendimentos, e hoje afirma que têm a mesma amizade e que voltaram a conversar sobre tudo); a participante também relata que “nunca teve boca pra nada”, que sempre foi a “boazinha, quietinha” e acabava sofrendo calada. Hoje, contudo, verbaliza seus desejos e opiniões e reivindica seus direitos. A participante acredita que a psicoterapia a ajudou a refletir alguns sentimentos, dos quais não tinha consciência dos motivos ou sentidos em sua vida (“Eu não conseguia dizer por que eu não me sentia bem num dia nublado. Um dia nublado pra mim é saudade hoje. Eu consegui identificar como saudade. Porque quando a gente era criança, quando chovia, a gente não saia de casa. A gente ficava com a minha mãe... Hoje eu

consigo enxergar isso”); outro ganho associado à psicoterapia foi a exploração de potencialidades existentes, principalmente no campo do estudo.

Também houve mudança na Eficácia Adaptativa, que passou do Grupo 3 (Adaptação Eficaz Moderada) para o Grupo 2 (Adaptação Eficaz Leve). Observa-se considerável melhora no setor da Produtividade. Apesar de no começo não ter encontrado apoio de sua família para voltar a estudar, conseguiu terminar o Ensino Médio e hoje está fazendo faculdade. Ela também está trabalhando como vendedora de bijuterias e perfumes, como uma forma de conseguir dinheiro. Percebe-se que a participante se sente orgulhosa de seus esforços neste campo. Ela relata que “(...) nesse tempo todo que eu voltei a estudar foi uma conquista maravilhosa (...) agora estou me sentindo uma empreendedora (...) to me ‘sentindo’”. O setor Afetivo-Relacional manteve a mesma avaliação inicial. Apesar do relacionamento com o pai ter melhorado, enfrenta dificuldades com a família da namorada dele, e acaba por responder de forma ineficaz às situações que os envolve. A participante acredita que a namorada do pai e os filhos dela são “folgados” e tiram proveito das condições financeiras dele. Quando é questionada sobre como lida com essa situação, diz que “Hoje muito mal. Hoje muito mal. Então eu faço o seguinte: eu prefiro não estar presente [na casa do pai] quando eles estão, porque eu não me dou mais conta de ficar calada, vendo uma situação dessa...”.

O IGS nesta participante foi baixo (0,33), se comparado ao ponto de corte (escore=1) da população clínica (escore=1) (Yoshida, 2008). A participante não apresentou em nenhuma das dimensões da EAS-40 elevado nível de severidade psicopatológica, que pudesse sugerir presença de distúrbios.

#### Participante 4

A princípio, a participante procurou espontaneamente a clínica de Psicologia porque estava vivendo uma situação de traição em seu casamento por parte do marido. Ao mesmo tempo, enfrentava dificuldades em seu local de trabalho. A participante passou por psicoterapia de grupo e individual ao longo de seis anos, na abordagem Psicodinâmica. Inicialmente, encontrava-se no estágio de Preparação e passou para o estágio de Ação.



Nota-se que o atendimento psicoterápico propiciou mudanças e ganhos na vida desta participante. Conseguiu reverter o conflito conjugal de forma construtiva e superou algumas dificuldades com o marido (“Porque hoje a gente é amigo, eu consegui, a gente conseguiu fazer uma amizade, a gente trabalha junto, uma sociedade, vamos dizer, e a gente tem uma amizade muito forte. Tanto eu como ele, a gente nos tratamos bem, cuidamos um do outro, como se nós fôssemos amigos que morassem juntos”); houve uma percepção de que quem tinha que mudar era ela e não o outro, por isso passou a se posicionar e buscar seus direitos (“Eu queria que meu marido viesse, mudasse, mas quer dizer, quem tinha que mudar era eu” e “eu sou sincera naquilo que eu to fazendo, então hoje eu exijo dele certas situações, certos compromissos. Eu falei que não dá pra gente viver uma situação assim em que eu não sei nada, que eu nunca posso nada”); a psicoterapia ajudou-a a refletir sobre os motivos de seus problemas e a perceber o que a deixa angustiada (“eu pude pensar por que eu to fazendo algo, se aquilo é realmente necessário, ou se algo aconteceu, o que foi que me levou a isso” e “porque quando eu to angustiada com alguma coisa, agora eu descobri uma maneira, eu vou pensando o que que é que está me fazendo aquilo e por quê...”).

Houve ganhos na qualidade da Eficácia Adaptativa, que passou do Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa) para o Grupo 2 (Adaptação Ineficaz Leve). O setor da Produtividade apresentou avaliação eficaz. A participante é aposentada e participa ativamente de vários cursos (artesanato, culinária e fuxico), os quais representam, para ela, fonte de interação e relacionamentos sociais. Afirma não haver nenhum tipo de dificuldade ou limitação neste campo e se sente orgulhosa de seus aprendizados e conquistas. Também houve evolução no setor Afetivo-Relacional, no entanto, este ainda apresenta alguns problemas a serem superados. A participante relata que não está completamente satisfeita, uma vez que sente recaídas que a fazem voltar a situações vividas no passado, o que a deixa triste e angustiada. Observa-se que as recaídas, em psicoterapia, são consideradas normais e fazem parte do processo de mudança. A participante já encontrou diferentes maneiras de lidar melhor com o conflito conjugal, a principal delas é verbalizando seus sentimentos ao marido e fazendo exigências, mas respeitando os limites dele.

Quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, o IGS foi de 0,9. O fator Somatização foi o mais comprometido ( $F3=1,4$ ). Isto pode ser explicado devido ao fato da participante possuir alguns distúrbios físicos que estão relacionados ao seu emocional, como hipertensão e “diabete emocional”. O fato de estar se sentindo muito esquecida ultimamente pode estar agravando o fator Ansiedade ( $F4=1,1$ ), que também mostrou estar mais comprometido (ressalta-se que apesar de ter feito alguns exames, cujos resultados deram negativo, a participante se preocupa e teme que um dia possa ficar como sua mãe, que tem mal de Alzheimer).

Comparando-se as duas participantes que evoluíram do estágio de Preparação para o de Ação, nota-se que ambas obtiveram mudanças não só em padrões de comportamento e relacionamento, mas também passaram a pensar mais sobre os motivos de seus problemas; a valorizarem suas atitudes; a se posicionarem mais, defendendo seus direitos; a refletirem sentimentos e a reconhecerem o que faz mal a elas (“a terapia me ajudou a me descobrir. Aprendi muita coisa, aprendi muito mais a dar valor na vida, nas minhas atitudes do que ficar pensando... Se eu tivesse pensando, eu não faria” – participante 2; e “O que aconteceu comigo é me encontrar. E isso está me fazendo um bem que não tem jeito, não tem palavras pra relatar” – participante 4). A abordagem em que foram atendidas não pareceu ser um ponto decisivo na mudança destas participantes, já que uma foi atendida na abordagem Humanista e outra, na Psicodinâmica.

A disposição para mudança, nestas participantes, pareceu ser um fator de influência, pois conforme lembra Prochaska (1995), pessoas que ao menos se encontram no estágio de Contemplação, estão abertas a tomar consciência de seus problemas e a se reavaliarem afetiva e cognitivamente. Além disso, reavaliam os efeitos de seus comportamentos no ambiente em que vivem, especialmente com as pessoas que mais se importam. Este fato pôde ser percebido em ambas as participantes, que apresentaram queixas referentes a problemas de relacionamentos com pessoas próximas (o pai, no caso da participante 2 e o marido, na participante 4). As duas modificaram padrões de comportamento que estavam contribuindo para o sofrimento relacionado a essas queixas.

O tempo de atendimento associado à eficácia adaptativa pareceu ser relevante no que diz respeito às participantes atingirem o estágio de Ação. Yoshida (1999) considera que mesmo que estejam no estágio de Contemplação, pacientes com menos recursos adaptativos tenderão a enfrentar maiores dificuldades para evoluir para o estágio de Ação, visto que poderão despende mais tempo no estágio de Preparação. Assim, a idéia é a de que permanecerão mais tempo em psicoterapia, conforme pôde ser observado nas participantes 2 e 4. No início do tratamento apresentavam Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3) e Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4) e, na época da entrevista, os processos foram considerados longos, com cinco e seis anos de duração, respectivamente.

A severidade dos sintomas psicopatológicos não pareceu estar associada com o estágio de mudança, pois apesar de estarem no estágio de Ação, apresentaram diferenças neste aspecto. Enquanto que o IGS da participante 2 foi de 0,33, o da participante 4, foi de 0,9. O fato do IGS desta última estar mais comprometido pode ser explicado devido a problemas de saúde física que interferem no seu emocional. Além de ter hipertensão, a participante 4 associa que quando fica deprimida, sua saúde física é afetada. Ela também possui problemas de ansiedade, que como referido anteriormente, parecem ser expressos pelo medo de ficar esquecida como a mãe, que tem mal de Alzheimer. Apesar disso, ao final dos atendimentos, ambas as participantes apresentavam níveis de sintomas compatíveis com os de população não-clínica, pois de acordo com o estudo de Yoshida (2008), o ponto de corte para população clínica corresponde ao escore 1, tanto para a EAS-40 geral, quanto para as quatro dimensões.

#### Evolução Pré-Contemplação para Preparação:

##### Participante 5

A participante, que inicialmente estava no estágio de Pré-contemplação, foi encaminhada para a clínica de Psicologia por um médico psiquiatra. Foi atendida individualmente, por um ano, na abordagem humanista. Há sete anos sofreu um acidente de trabalho e precisa fazer perícia regularmente. Afirma que se sente muito

mal tratada, humilhada e não consegue confiar mais em ninguém. Desde esse acidente de trabalho, teve que se submeter a várias cirurgias. Atualmente está impossibilitada de trabalhar e há pouco tempo quebrou um braço.

De acordo com a Escala de Estágios de Mudança, evoluiu para o estágio de Preparação. Ela afirma que alguma coisa mudou, mas não consegue precisar no quê. Diz que antes sentia muita tristeza e vontade de morrer, mas que hoje isso melhorou. Aponta que ainda sente uma tristeza muito grande dentro de si e perdeu o prazer de viver, mas se sente ajudada, porque encontra apoio, consegue desabafar e se sente compreendida. Acredita-se que neste caso, a intervenção, como lembra Chammas (2010), foi o acompanhamento, escuta e presença que a estagiária de Psicologia proporcionou à participante.

Não houve mudanças na Eficácia Adaptativa, que continuou apresentando-se como Ineficaz Grave (Grupo 5). O setor da Produtividade está comprometido devido ao acidente que sofreu em seu trabalho. A participante conta que estava dando banho em uma paciente e não conseguiu segurá-la. Para que essa paciente não caísse, acabou fraturando o plexo e, por isso, não pode mais mexer totalmente um lado do braço, ombro e mão. Diz que hoje não consegue fazer mais nada e acrescenta “Quem não gostaria [de trabalhar] se não tivesse saúde? Com o braço eu não consigo fazer nada, porque esse aqui eu não levanto e esse aqui eu quebrei”. O setor Afetivo-Relacional também continua comprometido. Apesar de achar que seu marido seja muito bom, não encontra apoio nele. Ele acredita que a participante já esteja boa e a aconselha a abandonar o tratamento psicoterápico. No entanto, ela não quer, mas também não consegue dizer isso a ele e fica quieta. Ela também tem duas filhas e só consegue encontrar amor e carinho em uma delas. Afirma que sua outra filha “judia” muito dela.

O índice de severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi de 0,77. Apenas o fator Ansiedade foi o que esteve mais comprometido ( $F4=1,8$ ) e, por isso, merece mais atenção. Acredita-se que o nível de ansiedade da participante esteve mais elevado devido à preocupação de quem vai atendê-la no lugar da estagiária que a acompanhou durante o processo (a estagiária estava no último ano da graduação). Chorando, afirma “Eu to preocupada quem é que vai vir no lugar dela. Depois de tanto tempo pra acreditar numa pessoa, pra acreditar em outra é difícil”.

Quando questionada sobre suas expectativas em relação ao novo estagiário, diz que “a gente sempre espera coisa boa, mas tem medo, né, eu tenho um medo comigo que eu não sei da onde vem isso”. A participante se sente muito ansiosa porque esse medo paralisa e deixa-a sem ação. Ela também tem receio de sair de casa e sofre quando tem que ficar em lugares com muita gente.

#### Participante 6

O participante procurou espontaneamente a clínica de Psicologia. No entanto, a motivação para buscar ajuda psicoterápica veio de sinalizações externas, como a exigência da família e devido à sua saúde, que estava ficando cada vez mais comprometida, fato este percebido com o aumento das medicações que tomava.

Ao final de seis meses de processo individual, na abordagem Psicodinâmica, passou do estágio de Pré-Contemplação para o de Preparação. Com o atendimento psicoterápico, o participante sinaliza que sentiu uma mudança interior, no sentido de que antes se achava muito o “dono da verdade”, o “dono de si” e quando questionado, tinha que ter resposta para tudo. No entanto, passou a refletir e a se perguntar se estava na hora de ouvir mais as pessoas que estavam à sua volta; afirma que com a psicoterapia, aprendeu que não tem o controle de todas as situações e que ele não precisava resolver tudo, e que, portanto, tinha seu limite. Antes, quando encontrava alguma dificuldade e não conseguia resolver, se sentia muito mal e “agora não, se deu pra eu fazer ou não, tudo bem (...) eu aprendi que tem coisas que não dá pra ser feito”; além disso, acredita que está mais participativo dentro de sua casa e que está mais envolvido com as atividades de sua família. Destaca-se que pessoas no estágio de Preparação já tiveram a intenção de mudar, mas não obtiveram êxito. Este fato pode ser constatado quando o participante conta que antes do processo psicoterápico, era muito impaciente, ficava muito nervoso, perdia o controle e brigava. Hoje observa que o nervosismo, a explosão e vontade de brigar ainda acontecem, no entanto, com menos frequência. Ressalta-se que a mudança está se dando em um movimento em espiral, isto corrobora que, em psicoterapia, o retorno a estágios iniciais são considerados normais e até esperados. O indivíduo pode aprender com seus erros e tentar alguma coisa diferente na

próxima vez, como é o caso deste participante, que relata que em outras ocasiões essas brigas permaneceriam por longo tempo. No momento da entrevista afirma que está tentando ser diferente, além de que não existe mais “a questão de ficar estourando (...) estou mudando, está bem diferente, já mudou muito”.

Não houve mudança na Eficácia Adaptativa, que permaneceu no Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa). O setor da Produtividade continuou apresentando Adaptação Pouquíssimo Adequada, visto que o participante possui uma atitude geral de extremo contentamento com o que faz, que pode ser observado, por exemplo, quando é questionado sobre a satisfação sentida em seu trabalho. A. afirma que “gostar é pouco. Eu sou apaixonado. Eu amo minha profissão. Foi aquilo que eu queria para mim” e “na minha área profissional eu nunca tive assim nenhum tipo de reclamação, porque eu procuro fazer as coisas tudo muito certo”. O setor Afetivo-Relacional perdura como Pouco Adequado. O principal motivo consiste no fato de ele não conseguir conter seu nervosismo em alguns momentos, o que afeta o ambiente e as pessoas com as quais se relaciona. O chamado “cinco minutos”, que apesar de estar bem diferente de como era, ainda persiste.

Quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, o IGS de A. foi 0,75. Os fatores mais comprometidos foram Somatização (F3=1,5) e Ansiedade (F4=1). Isso pode ser explicado pelo fato do participante possuir problemas com a pressão arterial, que fica alta quando acontece alguma coisa que mexe com seu emocional. Ele também possui problemas cardíacos, que estão sendo controlados com medicação. Vale ressaltar que três semanas antes da entrevista, o participante teve um AVC no joelho e precisou ficar de repouso: “eu tive que ficar uma semana parado, mas não dava, eu fiquei dois dias, porque eu não agüentava, no terceiro dia (...) peguei um par de muletas e subi na fundação (fundação é onde A. trabalha). Quando eu cheguei lá, meu Deus do céu, uma dor, mas tanta dor, que eu não agüentava!”. Ele afirma que se sentiu muito ansioso e não queria ficar parado, sem trabalhar.

## Participante 7

A participante chegou à clínica de Psicologia através de encaminhamento feito pelo conselho tutelar. Inicialmente, estava no estágio de Pré-Contemplação. Quando foi encaminhada, parecia não perceber que havia de fato um problema em sua casa. Acredita-se que o processo psicoterápico pelo qual foi submetida, teve intervenções que ajudaram a participante a se tornar mais consciente das causas e conseqüências de seus problemas. Tanto que o motivo pelo qual decidiu continuar o tratamento foi por conta de problemas de relacionamento com uma filha adolescente e problemas com o marido, que é dependente de álcool.

Ao final de dois anos de atendimento individual, na abordagem Humanista, evoluiu para o estágio de Preparação. Salienta-se que ao longo da entrevista a participante não consegue dizer exatamente no que a psicoterapia a ajudou, porém evidenciam-se ganhos em sua vida: tentou se colocar no lugar da filha e passou a refletir sobre seu modo de agir com ela. Em conseqüência disso, o relacionamento entre as duas melhorou, contudo, ainda há problemas. A participante também conseguiu ir até a Delegacia da Mulher para fazer denúncia contra o marido, que a ameaçava. Especialmente no que diz respeito ao relacionamento conjugal, obteve algumas melhoras, mas ainda não alcançou um critério para uma ação efetiva, visto que o problema social interfere na área psicológica (o desejo de separar-se é visível, no entanto, depende dele economicamente). Nota-se que a participante vê a psicoterapia como forma de apoio e como um lugar para “esvaziar-se dos problemas”, através do qual obtém alívio ao compartilhar sua situação: “é como se eu chegasse com minha cabeça cheia de problemas, aí eu chego, me desabafo um pouco e me alivia, entendeu, parece que esvazia” e “aqui eu chegava e abria, eu expunha os meus problemas, o que tinha acontecido (...) e me ajudava a esvaziar um pouquinho minha cabeça, eu chegava com ela cheia e esvaziava um pouquinho”. Mais uma vez, é possível que a intervenção tenha sido o acompanhamento, a escuta e a presença que a estagiária de Psicologia proporcionou à participante (Chammas, 2010).

A Eficácia Adaptativa da participante não mudou, continuando no Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa). O setor Afetivo-Relacional é o mais comprometido,

com Adaptação Pouquíssimo Adequada. Apesar de sentir algumas melhoras, ainda enfrenta sérios problemas neste campo. Há muitas brigas conjugais e a participante não consegue encontrar uma forma adequada de resolvê-las “muitas vezes fui agredida por ele [marido], então me deram bastante apoio no sentido de (...) tá refletindo, de (...) tentar conversar com ele, chegar num acordo, mas nunca deu resultado com ele”. A participante acredita que no ano seguinte vai conseguir quitar suas dívidas e optar por sair de casa, pagando aluguel para morar com suas filhas. O setor da Produtividade está Pouco Adequado. Apesar de achar que ganha pouco, ela parece obter satisfação e sente-se orgulhosa de seu trabalho “eu gosto do meu serviço, tenho orgulho do que faço, não tenho vergonha de falar pra qualquer um que eu sou faxineira”. Ela nunca encontrou nenhum tipo de problema em seu trabalho. A participante também gostaria de ter terminado seus estudos, entretanto teve que interromper devido às exigências do marido, o que interfere na sua evolução profissional.

A severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi de 0,77. Os fatores mais comprometidos foram Psicoticismo e Obsessividade-Compulsividade (F1 e F2 = 1,1 cada), mesmo assim, ela sente que sua saúde está bem e nada a incapacita de fazer suas tarefas do dia-a-dia.

Fazendo-se uma comparação entre os três participantes que evoluíram do estágio de Pré-contemplação para o de Preparação, nota-se que apesar de seus esforços, nenhum deles chegou a proceder de forma efetiva para alcançar as mudanças desejadas. Destaca-se o movimento dinâmico da mudança, no qual cada um participa de forma diferente, dependendo do grau de empenho para fazer face frente à situação problema.

As participantes 5 e 7 encontraram na psicoterapia uma forma de se sentirem aliviadas em relação às suas queixas. Conforme lembra Prochaska (1995), o paciente que está no estágio de Pré-contemplação requer um psicoterapeuta mais ativo, que demonstre empatia e que crie um clima seguro na relação terapêutica. É possível que isso tenha acontecido com ambas, que afirmam terem encontrado um espaço de apoio e compreensão. A diferença entre elas é que a participante 7 pareceu obter um aumento de consciência sobre suas questões e, assim como o



participante 6, passou a fazer uma auto-reavaliação sobre como seu comportamento estava influenciando negativamente o ambiente onde vive. Observa-se, no entanto, que o participante 6 pareceu ter maior autonomia na resolução de seus problemas e é possível que o fato de apresentar adaptação mais eficaz que as outras participantes, seja um aspecto positivo nesse sentido.

Não foi possível associar o tempo de atendimento à eficácia adaptativa, uma vez que o processo destes participantes variou entre um e dois anos. Por estarem atualmente no estágio de Preparação, é comum haver um prolongamento do processo. Todos foram encaminhados para continuar o tratamento, todavia, acredita-se que por apresentarem maior comprometimento na configuração adaptativa (participante 5: Adaptação Ineficaz Grave – Grupo 5; e participantes 6 e 7: Adaptação Ineficaz Severa – Grupo 4), ou seja, por apresentam menor qualidade dos recursos disponíveis para enfrentar seus problemas, poderão demandar mais tempo em psicoterapia. Por isso, psicoterapias longas parecem produzir melhores resultados, nestes casos (Yoshida, 2002). Contudo, só seria possível comprovar essas hipóteses, nestes participantes, se houvesse um acompanhamento de sua evolução no ano seguinte, porém esta não foi a proposta desta pesquisa.

Importante pontuar que, após intervenção, a participante 5 foi classificada pela EEM no estágio de Preparação. Entretanto, a avaliação clínica indica que ela esteja na fase de Contemplação e a atitude passiva diante de sua situação torna-se preocupante: “é consequência da vida que não deixa mais a gente ser feliz na vida” e “depois que você fica assim sem saúde, não compensa mais viver... pra quê? Não tem sentido a vida”. Além disso, observou-se que ela estava muito deprimida e sem perspectivas para o futuro. Em função disso, ressalta-se que, após a entrevista, a pesquisadora, juntamente com sua orientadora, tiveram o cuidado de entrar em contato com o supervisor do caso, que observou ser imprescindível a necessidade desta participante continuar sendo atendida durante as férias, pela psicóloga da clínica.

A abordagem em que foram atendidos não demonstrou ser um fator relevante quanto a obterem a mesma evolução no estágio de mudança, já que duas participantes foram atendidas na abordagem humanista e um na psicodinâmica. A partir da avaliação da severidade dos sintomas psicopatológicos, pôde-se verificar

como esses participantes estavam após o processo psicoterápico. Em geral, apesar de manifestarem sintomas compatíveis com os de população não clínica, são pacientes muito comprometidos, que apresentaram, de fato, um mau prognóstico. Por outro lado, quando a severidade da patologia se associa à falta de consciência sobre o problema, é esperado que as psicoterapias tendam a ter mal resultado. Contudo, deve-se destacar que, a despeito disso, esses participantes optaram por continuar sendo atendidos. Isso mostra que as psicoterapias trouxeram benefícios que não puderam ser captados pelos instrumentos. Cabe ainda apreciar a subjetividade de cada um, com intervenções que visam um olhar diferenciado em relação aos fatores que ficaram acima do ponto de corte para a população clínica (participante 5: F4=1,8 – Ansiedade; participante 6: F3=1,5 – Somatização e F4=1 – Ansiedade; e participante 7: F1=1,1 – Psicoticismo e F2=1,1 – Obsessividade-Compulsividade).

#### Permanência Estágio Preparação:

##### Participante 1

A participante procurou espontaneamente a clínica de Psicologia em uma época em que estava desempregada. Por se sentir com muitas responsabilidades, percebeu que estava ficando estressada e descontava em seus filhos, prejudicando a relação com eles. Não houve evolução no estágio de mudança, de acordo com a Escala, e após um ano de psicoterapia individual na abordagem humanista, continuou no estágio de Preparação.

No entanto, a participante acha que alguma coisa nela mudou, principalmente porque estava se sentindo muito deprimida (“eu só pensava negativamente e voltei a pensar igual quando eu tinha meus 26-27 anos, quando eu tinha metas e cumpria, ia atrás do que eu queria... mesmo eu sabendo que eu não tenho mais meus 20 anos”). Ela também afirma que passou a perceber que as pessoas não mudam porque os outros falam, mas sim porque querem. O relacionamento com os filhos pareceu melhorar, pois a participante afirma que atualmente passam bons

momentos, principalmente nas horas de lazer, quando estão juntos cantando e compondo (“Me sinto reconhecida por eles”).

Ainda que tenha sentido melhora quanto aos sintomas de depressão e no relacionamento com os filhos, suas respostas adaptativas no setor Afetivo-Relacional foram consideradas pouquíssimo adequadas, visto que algumas dificuldades perduram neste setor. No que diz respeito à sua família (que atualmente são seus irmãos), prefere não dividir seus problemas e não dar abertura para que eles opinem. Afirma que muitas vezes não concorda com algumas atitudes e decisões e gostaria de ter uma família que a escutasse. No momento não está se relacionando com ninguém, e adota uma postura fantasiosa e/ou idealizada neste setor, pois a participante gosta de um ex-namorado que mora na Holanda e apesar de eles se comunicarem pela internet, sabe que ele não virá ao Brasil. No entanto, só está disposta a se relacionar com “alguém que fique aos pés desse meu ‘amigo’ da Holanda”.

O setor da Produtividade continuou apresentando comprometimento e, apesar de ela ter conseguido arranjar um emprego durante o tempo em que esteve em atendimento, não se sente satisfeita em seu trabalho atual, como ajudante de cozinha em um restaurante. Além disso, encontra objeções que dizem respeito à disputa de classe entre os profissionais e quando isso acontece, prefere não falar nada para não brigar. Nesses momentos, a participante encara o trabalho atual como algo provisório e pensa que deve agilizar para conseguir se realizar como compositora, atriz e cantora. Mais uma vez, essa parece ser uma opção fantasiosa. É por isso que ao final do atendimento, a participante apresentava Adaptação Ineficaz Grave (Grupo 5).

Observa-se que após o tratamento, não apresentou elevado índice de sintomas psicopatológicos geral (IGS=0,6), ficando abaixo do ponto de corte para população clínica. Contudo, o fator Somatização (F3=1) foi o mais comprometido e, por isso, merece atenção para se verificar em que medida esta dimensão está prejudicando sua saúde. Ressalta-se que a participante faz uso de maconha esporadicamente.

### Participante 3

A participante procurou espontaneamente a clínica de Psicologia com queixa de que sempre foi uma pessoa excessivamente preocupada e nervosa. Com isso acabava ficando indecisa, às vezes chorava e isso a deixava mais nervosa, entrando num ciclo vicioso. Foi atendida na abordagem humanista, por três anos e conforme a Tabela 4, não evoluiu no estágio de mudança, continuando no de Preparação. Ainda assim, a participante afirma que se sentiu ajudada durante o processo psicoterápico, pois este foi um lugar onde encontrou apoio e pôde compartilhar suas angústias: “A Psicologia me ajudou a conversar o que eu tenho guardado, a conversar e retribuir aquela palavra, eu saio daqui leve, saio melhor, saio daqui aliviada, então é nessa paz”. A intervenção, nesse sentido, pode ter sido a escuta e acompanhamento que a estagiária de Psicologia ofereceu à participante (Chammas, 2010).

Não foi possível estabelecer uma comparação quanto à qualidade da Eficácia Adaptativa, visto que não houve dados suficientes para avaliação inicial, no setor Produtividade. Observa-se que após o tratamento, apresentou Adaptação Ineficaz Severa (Grupo 4). O setor Afetivo Relacional está pouquíssimo adequado e apesar de achar que sua família é ótima, a participante não recebe ajuda de nenhum familiar no trabalho doméstico. Mesmo se sentindo cansada, acaba fazendo todo serviço sozinha e, ainda que não reivindique um auxílio, espera um reconhecimento e valorização por parte das pessoas que moram com ela. Este fato pode ser estendido ao setor Produtividade, pois embora não seja sua profissão, diz respeito à sua capacidade produtiva. Mesmo sabendo das limitações de sua idade, realiza atividades domésticas que não lhe proporcionam prazer. É por isso que, após intervenção psicoterápica, este setor apresenta-se pouco adequado.

A severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi de 1,23. Os fatores mais comprometidos foram Obsessividade-Compulsividade (F2=1,6) e Somatização (F3=1,6). Contudo, todas as dimensões avaliadas pela EAS-40 merecem atenção, pois mesmo após intervenção, a participante apresenta índice de sintomas acima do ponto de corte para população clínica.

## Participante 8

A participante procurou espontaneamente a clínica de Psicologia há sete meses, porque enfrentava dificuldades de relacionamento com sua filha e pelo fato de seu marido ser doente, não conseguia sair de casa porque tinha receio de deixá-lo sozinho. Com isso, não se sentia tranqüila, ficava preocupada e muito nervosa. Ela também se queixava que não conseguia se impor, era muito quieta, não conseguia falar o que queria e chegava a passar mal por isso.

Foi atendida individualmente na abordagem Psicodinâmica. Segundo a avaliação da EEM, não houve evolução no estágio de mudança, que permaneceu em Preparação. Apesar disso, observam-se algumas mudanças na vida da participante, que relata que com a psicoterapia, passou a lidar melhor com os problemas em sua casa, principalmente em relação ao marido. Conta que “toda vez que eu saía, ficava preocupada com ele. Aqui na minha cabeça achava que ele ia passar mal, então eu não podia sair. Não ficava tranqüila. Depois que eu comecei a fazer psicólogo, eu comecei a entender que eu podia deixar ele um pouco mais e não preocupar tanto, né. Nesse ponto eu comecei a melhorar bem”. Lembra que chegava a passar mal porque não conseguia falar o que queria, ficava quieta e não respondia. Hoje consegue debater com ele e se sentir bem: “Eu não tinha coragem, muito medo de passar mal, mas não, eu fui vendo que a coisa não era bem assim. A gente pode chegar e falar a verdade que não vai atingir nada”. O relacionamento com a filha também melhorou, pois hoje as brigas não são tão recorrentes e houve melhora no diálogo entre elas. A participante adverte que está se sentindo diferente e que aprendeu que “quando aparece alguma coisa, tem que resolver, você não pode fugir do problema, por que fugir...? Resolver é bem melhor. Eu estou me sentindo muito bem”.

A qualidade da Eficácia Adaptativa evoluiu do Grupo 3 (Adaptação Ineficaz Moderada) para o Grupo 1 (Adaptação Eficaz). A adaptação adequada no setor da Produtividade justifica-se pelo fato de da participante sentir satisfação no que faz e com as pessoas com as quais trabalha. Quando aparecia alguma dificuldade “no serviço, nossa, eu não respondia nada, não ficava tranqüila, ficava trancada, fazia mal, mas não falava com ninguém. Aí foi melhorando, comecei a falar mais. Hoje eu

falo mais, então se aconteceu algum problema, eu respondo numa boa. Eu respondo e fico tranqüila”. Quanto ao setor Afetivo-Relacional, que também apresenta adaptação adequada, observa-se, conforme relatado anteriormente, a melhora na qualidade dos seus relacionamentos interpessoais.

O índice de severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi nulo, o que indica a ausência de possíveis distúrbios que pudessem estar comprometendo sua vida. Durante a entrevista, a participante comenta que tem hipotireoidismo, mas controla com reposição hormonal.

Fazendo-se uma comparação entre as participantes, é possível observar que a ação de procurarem espontaneamente a clínica de Psicologia, mostra que além de admitirem que possuem algum problema, estão buscando uma solução para resolvê-lo. Ou seja, há um movimento no sentido de superarem alguma dificuldade existente, mesmo que em alguns casos não percebam que a resolução depende, em grande parte, delas mesmas. Apesar de permaneceram no estágio de Preparação, segundo avaliação da EEM, há diferenças que podem ser atribuídas à qualidade da eficácia adaptativa e à presença de sintomas psicopatológicos em cada uma dessas participantes.

No que diz respeito à participante 1, o reconhecimento de que as pessoas mudam se quiserem, seria um indicativo de evolução. Contudo, há uma possível explicação para que ela ainda seja classificada em Preparação, que reside no fato de não ter conseguido mudar de emprego e nem ter resolvido seus problemas relacionais, ainda que tenha conquistado algumas melhoras, já citadas anteriormente. Por apresentar maior comprometimento na configuração adaptativa (Adaptação Ineficaz Grave – Grupo 5) é possível que esta participante precise de um processo longo para alcançar mudanças efetivas em ambos os setores (Yoshida, 2002).

No caso da participante 3, mesmo que tenha havido reconhecimento sobre a necessidade de auxílio psicológico, aparentemente não houve percepção de que a psicoterapia visava mudança de atitude dela diante de suas dificuldades. Nota-se que a participante se colocou em uma posição passiva, na qual esperava que os outros mudassem em relação a ela. Mesmo que essa participante tenha sido

classificada no estágio de Preparação, a partir da EEM, a avaliação clínica indica que ela pode ser considerada no estágio de Contemplação, pois o fato de se colocar como “vítima” da situação não sinaliza seu empenho para enfrentar seus problemas.

Diferentemente dela, a participante 8 assumiu um papel ativo diante das mudanças alcançadas e sentiu-se satisfeita com o processo. Ainda que no início do tratamento tenha apresentado Adaptação Ineficaz Moderada (Grupo 3), acredita-se que ela conseguiu empregar com qualidade os recursos disponíveis para fazer face à suas questões, por isso dispôs de menor tempo para evoluir para o Grupo 1 (Adaptação Eficaz). Ressalta-se que, apesar da classificação da EEM ter sido Preparação, a análise clínica indica que a participante seja considerada no estágio de Ação, pois demonstrou exemplos claros de modificação de comportamento e atitude para superar suas dificuldades, além de esforço real para tanto.

A abordagem teórica de atendimento não pareceu ser relevante no que concerne às mudanças alcançadas por essas participantes, mas sim a disposição delas para enfrentar seus problemas e a possibilidade de se posicionarem ativamente diante deles. Isto reforça as observações da literatura de que não há diferenças significativas nos resultados de psicoterapias conduzidas segundo orientações teóricas diferentes (Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005; Kazdin, 2009; Nunes & Lhullier, 2003; Yoshida & Enéas, 2004). Quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, observa-se que ao ter conhecimento sobre esse índice, o psicoterapeuta (ou o estagiário de Psicologia) pode ter um norte a respeito das dificuldades que irá enfrentar acerca das características do paciente que o impedem de mudar. O caso da participante 3 é um exemplo que ilustra esse fato. Um dos pontos que pode ter dificultado sua mudança é a rigidez característica de pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos. A análise da entrevista permitiu observar que esses traços estavam presentes nesta participante e a EAS-40 complementa essa informação, pois o fator associado a esses sintomas foi  $F2=1,6$ , ou seja, esteve acima do ponto de corte para população clínica.

## Evolução Contemplação para Preparação:

### Participante 9

A participante faz tratamento psicoterápico na clínica de Psicologia há cinco anos. Foi encaminhada por uma fonoaudióloga, no entanto afirma que já estava querendo ser atendida há algum tempo. Diz que era muito tímida, tinha dificuldade de falar perto das pessoas e por isso se sentia muito nervosa, o que acabava repercutindo negativamente em seu trabalho como professora.

Após atendimento individual, na abordagem humanista, passou do estágio de Contemplação para o de Preparação. Ela acredita que conseguiu obter algumas mudanças em relação a sua timidez, mas além da melhora de sintomas, percebe-se que ela adquiriu nova percepção sobre si mesma: “eu tinha essa dificuldade, essa timidez forte, mas parece que eu tinha uma baixa [auto-estima], sempre achava que era inferior às outras pessoas” e “com esse problema meu, todo esse problema, parece que eu acabo querendo atenção das pessoas”. Em vários momentos, a participante afirma que sente que o processo psicoterápico é lento e a mudança é sutil (“a gente percebe que não é uma coisa que resolve de uma hora pra outra. Não é uma coisa assim, que nem se fosse um remédio que você tomasse e pronto (...) é uma coisa bem lenta, não é uma coisa assim que mudou de repente e se transformou”). Pode ser que as mudanças alcançadas pela participante foram sendo apropriadas por ela ao longo dos anos em que foi atendida e hoje, a dificuldade de dizer com precisão quais foram essas mudanças, justifica-se pelo fato de senti-las como algo contínuo e natural “Outro dia eu tava falando com minhas colegas e eu não lembro o que eu falei pra elas que eu tinha mudado, eu não lembro o que era, mas acho que o jeito, não sei, eu acho que o jeito de ver as coisas também, né, como tratar os outros, né” e “Passei a refletir, né? Aqui a gente aprende a conviver, aprende a lidar com aquele problema, a gente vai se conhecendo também”.

Em relação à avaliação da Eficácia Adaptativa, passou do Grupo 3 (Adaptação Ineficaz Moderada) para o Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa). Este retrocesso pode ser explicado porque atualmente a participante apresenta um problema que antes não havia no setor Afetivo-Relacional. No momento da



entrevista, afirma que o marido começou a beber e que o relacionamento ficou mais difícil, pois não conversam mais. Para ela, o diálogo entre ambos é muito superficial e ela sente falta de receber seu afeto. O modo que ela encontrou para lidar com essa dificuldade foi não falar nada, pois já tentou antes e nada mudou. A participante acrescenta que “eu acho que seria bom se ele viesse fazer terapia também, para que ele possa perceber essas pequenas coisas”. Nota-se, através da fala, que a participante possui uma expectativa de que o marido mude magicamente. Na verdade, sente medo de falar mais e piorar a situação, por isso não se posiciona. Além disso, ela tem fantasias de receber afeto de outras pessoas e acaba se sentindo culpada. O setor Produtividade não mudou e continuou como pouco adequado. Apesar de gostar do que faz e de se envolver em seu trabalho com os alunos, encontra dificuldades na escola, com uma professora que é muito competitiva, por isso prefere ficar afastada para não ter que conversar com ela.

O índice de severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi baixo (IGS=0,18), se comparado com o ponto de corte para população clínica. A única precaução que a participante está tendo em relação à saúde atualmente é com sua voz, visto que está com cicatriz nas cordas vocais, decorrente de uma cirurgia que fez há alguns anos. A participante precisa poupar sua voz e ter um cuidado maior. Nota-se, ainda, que ela está recebendo acompanhamento da fonoaudióloga e do médico otorrinolaringologista.

Observa-se que assim como a participante 3, a participante 9 pareceu não se posicionar diante das adversidades, preferindo não confrontá-las. No que respeita à dificuldade com o marido ou em relação ao trabalho, apesar de ter tentado novas formas de enfrentamento, acabou aceitando a situação de forma resignada, como se estivesse esperando que as mudanças acontecessem de forma natural e não dependessem de seu envolvimento ativo. Deste modo, pode-se dizer que apesar de ter sido classificada no estágio de Preparação pela EEM, após intervenção, a avaliação clínica indica que é possível que ela esteja em fase de transição entre esse estágio e o anterior, Contemplação.

Não foi possível estabelecer uma comparação quanto à abordagem de atendimento, visto que nenhum outro participante foi classificado no mesmo estágio

de mudança. A participante 9 não possui sintomas psicopatológicos que podem dificultar ou adiar seu desenvolvimento. Por isso, acredita-se que, através de intervenções que visem aumento de consciência, haverá oportunidade de ela perceber que sua atitude passiva reflete no comprometimento de seus relacionamentos pessoais e profissionais, e então será possível que ela mude sua postura e seja mais ativa diante dos problemas.

Esta pesquisa objetivou identificar se os atendimentos prestados em uma Clínica-escola ensejaram mudanças em pacientes, além de compreender os fatores que influenciaram a chance de progresso ou retrocesso nas psicoterapias. De modo geral, as melhoras assinaladas respeitam à: 1) mudança em padrões de comportamento e de relacionamento; 2) aumento de consciência (principalmente em relação aos motivos dos problemas e de que maneira exercem influência em sua vida e no ambiente em que vivem); 3) auto-reavaliação (tentativa de se conhecer melhor e reflexões de sentimentos e de modos de agir ou de se colocar no mundo); 4) percepção sobre novos modos de lidar com a problemática; 5) nova percepção de si mesmo (modificação na auto-imagem, valorização de atitudes e de novos posicionamentos, além de ampliação de potencialidades existentes); 6) alívio em relação à queixa (através do ato de compartilhar seus sentimentos e angústias e de se sentirem compreendidos); 7) maior autonomia; 8) melhora de sintomas.

Em relação aos elementos facilitadores de mudança, observa-se que a abordagem teórica segundo a qual o atendimento era supervisionado, humanista ou psicodinâmica, não pareceu ser um fator relevante, para a ocorrência de melhora. Como já citado, estes dados estão de acordo com a literatura que tem apontado, reiteradamente, que não há diferenças significativas entre os vários tipos de abordagem (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Neto & Féres-Carneiro, 2005; Kazdin, 2009; Nunes & Lhullier, 2003, entre outros).

Acredita-se que os fatores do relacionamento entre os participantes e os estagiários de Psicologia podem ter sido mais relevantes do que os elementos específicos da técnica e da abordagem, conforme apontado por Serralta (2010). Em estudo realizado por Binder, Holgersen & Nielsen (2009), os próprios pacientes consideraram o relacionamento com o psicoterapeuta como um dos fatores mais

importantes para a mudança alcançada na psicoterapia. Outros autores também ressaltam a importância da aliança terapêutica e sua influência nos resultados das psicoterapias (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Beccheli & Santos, 2002; Botella & cols, 2008; Corbella & Botella, 2004; Fernandez & cols, 2008; Hill & Knox, 2009; Messer & Warren, 1995; Yoshida, 1998). Quando o paciente e psicoterapeuta constroem uma relação baseada em confiança e compromisso mútuo, em que um passa a ser colaborador do outro, estabelece-se uma aliança de trabalho positiva, o que aumenta a possibilidade de resultados promissores no que concerne à mudança nos pacientes (Botella & cols, 2008; Fernandez & cols, 2008).

Outro fator que é visto como parte fundamental no processo de mudança é a motivação que leva o paciente a buscar ajuda psicoterápica (Corbella & Botella, 2004; Fernandez & cols, 2008; Yoshida & Enéas, 2004; Messer & Warren, 1995). Esta motivação está intimamente ligada ao seu grau de consciência e, de acordo com a teoria transteórica de Prochaska (1995), pessoas que não têm consciência de seus problemas, na maior parte das vezes, não possuem motivação para se engajar num processo e dificilmente estarão dispostas a enfrentar suas questões, se não tiverem intervenções que visem o reconhecimento de suas dificuldades. Isto pôde ser visto nos participantes que inicialmente estavam no estágio de Pré-contemplação. Todos eles buscaram auxílio psicológico por motivos externos e pareciam não ter consciência dos problemas que estavam afetando suas vidas e das pessoas com as quais conviviam. No entanto, ao longo das psicoterapias, foram capazes de compreender este fato e desejaram continuar o tratamento. Somado a isso, foi possível observar que estes participantes também se envolveram no processo, provavelmente, por se sentirem compreendidos ao compartilhar o sofrimento. O contrário também pôde ser notado em participantes que apresentaram maior grau de reconhecimento de suas dificuldades. Aqueles que mostraram ter disposição para enfrentá-las, evoluíram para o estágio de Ação e estavam motivados a buscar uma mudança psíquica e não apenas o alívio de sintomas. Observa-se, portanto, que nestes casos, a motivação para mudança repercutiu em resultados positivos no processo. Deve-se, todavia, tomar estas afirmações com cautela, posto que a amostra foi constituída por pacientes que chegaram ao término dos atendimentos. E nesse sentido, ao não se contar com pacientes que abandonaram a

psicoterapia em algum momento do tratamento, pode-se estar introduzindo um viés nas conclusões.

Outra variável a ser considerada é a disposição dos participantes como agentes da própria mudança. Se comparados àqueles que se envolveram ativamente durante o processo, os que se mostraram passivos tiveram mudanças limitadas, ligadas à melhora de sintomas e alívio em relação à queixa. Além disso, outro elemento que parece ter contribuído de forma negativa para as chances de progresso do paciente foi a rede de apoio social debilitada. Isso significa que quando o paciente não recebe apoio do ambiente em que vive, as mudanças alcançadas por ele podem ser reduzidas. O mesmo é válido se um problema social interfere na área psicológica (como pôde ser visto no caso da participante 7).

A severidade do transtorno (físico ou psicológico) também é um fator de influência quando se fala em mudança em psicoterapia (Corbella & Botella, 2004). O índice de sintomas psicopatológicos foi avaliado por meio da EAS-40. Constatou-se que, ao término da psicoterapia, quatro participantes estavam abaixo do ponto de corte para população clínica, no que se refere ao índice geral de sintomas (IGS). Uma participante, que possuía traços rígidos, característico de pessoas com sintomas obsessivo-compulsivos, estava acima desse índice. Nos outros quatro casos em que o IGS se aproximou do ponto de corte, uma possível explicação se deve à presença de distúrbios físicos que interferem no estado emocional do participante ou devido à ansiedade gerada por problemas pontuais, não sendo necessariamente crônica.

Este estudo também permitiu corroborar a hipótese, sugerida por Yoshida e Enéas (2004), de que quanto mais preservada a configuração adaptativa, maior a probabilidade de mudança, com evolução para outros estágios. Enquanto que em configurações menos eficazes, as mudanças são menos prováveis, já que os recursos do paciente também são menores.

Dentre os oito casos em que foi possível avaliar a adequação da adaptação no setor da Produtividade, apenas três tiveram evolução na eficácia adaptativa e justamente foram as participantes que alcançaram o estágio de Ação. É possível que tenham progredido no que respeita à configuração adaptativa em função das mudanças em padrões de funcionamento, que são típicas desse estágio, ou seja, a

mudança nesses padrões indica que essas participantes adquiriram recursos mais adaptativos para responderem de forma mais eficaz aos acontecimentos.

Os casos em que não houve evolução na eficácia adaptativa, dizem respeito aos participantes com maiores comprometimentos nos setores Afetivo-Relacional e Produtividade (Grupo 4 e 5). Nota-se que as mudanças foram mais restritas e se deram, na sua maioria, em relação aos sintomas. É provável que estes participantes demandem mais tempo para resolução de seus conflitos, pois conforme lembram Yoshida & Enéas (2004), a mudança em pacientes mais comprometidos costuma se dar de forma mais lenta. Ressalta-se que a avaliação a partir da EDAO-R e a EEM é apenas um dos vários componentes dos resultados dos processos psicoterápicos, e apesar da literatura estimar fraca associação entre ambos, são necessárias outras pesquisas que envolvam a utilização desses dois instrumentos em conjunto, para se verificar maior precisão entre essas medidas e sua utilidade na prática clínica (Yoshida, 1999; Yoshida, Primi & Pace, 2003).

Um ponto comentado por Yoshida (1999) e que merece atenção é a necessidade de se averiguar uma possível correlação entre a avaliação dos estágios de mudança, realizada com a Escala e com a análise clínica dos mesmos. No entanto, o número reduzido de participantes neste estudo não permitiu estabelecer uma comparação nesse sentido.

Uma das possíveis explicações no que respeita a divergência entre avaliação clínica e a avaliação com a EEM consiste no fato de que aquilo que o paciente sente é diferente da percepção do avaliador. Enquanto que o instrumento de auto-relato permite conhecer o estágio de mudança a partir da visão do próprio participante, a avaliação clínica, realizada por juízes, permite identificar mudanças de atitudes, intenções ou comportamentos, que o participante não reconhece ou não valoriza como tal. Um possível viés acerca desse fato é discutido no estudo de Yoshida, Primi e Pace (2003), que indicam a necessidade de mudança em alguns itens na EEM que apresentam elevada correlação com estágio diferente ao que se propõe avaliar. O item 24 (“Espero que alguém aqui tenha algum bom conselho para mim”) é um exemplo de que na Escala original está ligado ao estágio de Contemplação, mas parece representar melhor o de Pré-contemplação. Além disso, na presente pesquisa, alguns enunciados deram margem para dúvidas e apesar de lerem as

questões mais de uma vez, alguns participantes parecem não tê-las compreendido bem. O enunciado do item 24 foi o que causou mais estranhamento entre os participantes. O baixo nível de escolaridade da amostra pode ter contribuído para a dificuldade de entendimento e, deste modo, comprometido as avaliações. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos a fim de reavaliar essas questões, principalmente no que diz respeito à reformulação de alguns itens e a uma redação de fácil entendimento para esse estrato da população, para então se verificar possível correlação entre a medida de auto-relato e a análise clínica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo na clínica-escola de Psicologia possibilitou saber que os atendimentos prestados por estudantes promoveram melhoras nos pacientes e que diferentes fatores podem ter contribuído para os resultados das psicoterapias. No presente estudo, foram focalizados o estágio de mudança em que o paciente se encontra no momento da intervenção, bem como sua motivação para mudança; qualidade da eficácia adaptativa e índice de sintomas psicopatológicos. As análises qualitativas, realizadas com base no material das entrevistas, sugeriram ainda que, a qualidade do relacionamento estagiário de psicologia-paciente e disposição do paciente como agente da própria mudança, podem ter tido papel relevante no desfecho dos processos. Por isso, enfatiza-se a importância de se trabalhar com várias medidas, em que uma possa complementar os achados de outra.

Acredita-se que a partir das entrevistas, os participantes tiveram a oportunidade de rever e refletir sobre o processo psicoterápico do qual fizeram parte, de modo a compreender as melhoras em suas vidas atuais. Com base na análise dos relatos, foi possível observar nos participantes, a ocorrência de aspectos particulares durante os processos. Além disso, os instrumentos de avaliação de auto-relato deram subsídio para complementar, de modo objetivo, as melhoras ou pioras apontadas por eles.

No que respeita à população atendida em clínica-escola, esta pesquisa permitiu observar a falta de compreensão em alguns itens e enunciados da EEM, sugerindo modificações na Escala. A limitação na compreensão dos itens, pelos participantes, deve ser entendida como uma das condições restritivas deste estudo e, portanto, sugere-se cautela na generalização dos resultados. Propõe-se, ainda, que as avaliações sejam complementadas com a observação clínica para que resultados mais fidedignos sejam obtidos.

Como a amostra de participantes foi atendida apenas segundo duas abordagens teóricas (Humanista e Psicodinâmica, havendo predomínio da primeira), novos estudos deverão incluir participantes atendidos em outras abordagens e inclusive distribuídos de forma equitativa, na tentativa de reduzir vieses que possam interferir nos resultados. Além disso, o número de participantes restringe a

possibilidade de generalização dos resultados. Ademais, por esta pesquisa ser de cunho retrospectivo, as melhoras relatadas pelos participantes, limitam-se às informações vindas de suas lembranças, perdendo-se dados que poderiam ser considerados importantes. Em vista disso, enfatiza-se a necessidade de pesquisas longitudinais, em que os processos possam ser acompanhados desde o início, com a finalidade de se ter dados mais fidedignos dos fenômenos envolvidos nas psicoterapias.



## REFERÊNCIAS

- Aguirre, A. M. de B., Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Carmo, E. M. e S., & Santiago, M. E. D. (2000). A Formação de Atitude Clínica no Estagiário de Psicologia. *Psicologia USP*, 11, 49-62.
- Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes de pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 33-52.
- Bechelli, L. P. de C. & Santos, M. A. dos (2002). Psicoterapia de Grupo e Considerações sobre o Paciente como Agente da Própria Mudança. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10 (3), 383-391.
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de Tratamento Psicoterápico: Implicações para a Prática Clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (2), 49-59.
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 9 (4) 250-256.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gomez, A. M., Herrero, O., Ribas, E. & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18 (5), 535-542.
- Boris, G. D. J. B. (2008). Versões de Sentido: Um Instrumento Fenomenológico-Existencial para a Supervisão de Psicoterapeutas Iniciantes. *Psicologia Clínica*, 20, 165-180.
- Bucci, W. (2005). Process Research. In Person, E. S.; Cooper, A. M.; & Gabbard, G. O. (Orgs). *Textbook of Psychoanalysis*. (pp. 317-333). Washington: American Psychiatric Press.
- Campezatto, P. Von M. & Nunes, M. L. T. (2007). Atendimento em Clínicas-escola de Psicologia da Região Metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 363-374.
- Chammas, D. (2010). *Triagem Estendida: Um Modo de Recepção de Clientes em uma Clínica-escola de Psicologia*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-151628/pt-br.php>

- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Diniz Neto, O. & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia Psicoterapêutica: Terapia de Família e o Efeito “Dodô”. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10 (3), 355-361.
- Enéas, M. L. E. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo técnico em psicoterapia breve. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 75-94.
- Fernandez, P. M. S., Mella, M. F. R., Chenevard, C. L., García, A. E. E., Cáceres, D. E. I., & Vergara, P. A. M. (2008). Variables Inespecíficas em Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 89-98.
- Fischman, G. (2009). Modèles épistémologiques de l'évaluation des psychothérapies et méthodologies de la recherche em psychanalyse. *L'Information Psychiatrique*, 85 (2), 143-151.
- Freitas, F. A., de, & Noronha, A. P. P. (2007). Habilidades do Psicoterapeuta Segundo Supervisores: Diferentes Perspectivas. *PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 8 (2), 159-166.
- Gastaud, M. B. & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 13-23.
- Gauy, F. V., & Fernandes, L. F. B. (2008). Resenha: Um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola. *Paidéia*, 18 (40), 401-404.
- Herzberg, E. (2005). Preliminares Terapêuticos durante o Processo Psicodiagnóstico: Vivências dos Psicólogos em Formação. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 25 (2), 46-54.
- Herzberg, E. & Chammas, D. (2009). Triagem Estendida: Serviço Oferecido por uma Clínica-escola de Psicologia. *Paidéia*, 19 (42), 107-114.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 13-29.

- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19* (4-5), 418-428.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología, 38* (2), 299-325.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, Precisão e Validade*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Disponível em [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1364](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1364)
- Lazzari, J. M. W., & Schmidt, E. B. (2008). Percepção dos pais em relação a mudanças após o processo psicodiagnóstico. *Avaliação Psicológica, 7* (2), 211-221.
- Lima, P. V. de A. (2005). *Psicoterapia e Mudança – Uma Reflexão*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Acessado em 09/07/2009, <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp023968.pdf>
- Lima, M., & Viana, E. (2009). Formação em Psicologia e Psicoterapias: algumas considerações para o debate. Em H. J. L. F. Rodrigues & A. L. de Brito (Orgs). *Ano da Psicoterapia: Textos Geradores* (pp. 39-46). Disponível em [http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/livro\\_psicoterapia.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/livro_psicoterapia.pdf)
- McConaughy, E. A., DiClemente, C.C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of Change in Psychotherapy: a Followup Report. *Psychotherapy, 26*, 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Samples Profiles. *Psychotherapy, 20*, 368-375.
- Meira, C. H. M. G., & Nunes, M. L. T. (2005). Psicologia Clínica, Psicoterapia e o Estudante de Psicologia. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação, 15* (32), 339-343.
- Melo, S. A. de. & Perfeito, H. C. C. S. (2006). Caracterização da População Infantil Atendida em Triagem no Período de 2000 a 2002 numa Clínica-escola. *Estudos de Psicologia, 23* (3), 239-249.

- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Nunes, M. L. T., & Lhullier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (1), 97-112.
- Oliveira, I. T. de. (1999). *Atendimento Psicológico em Clínica-Escola: Uma Avaliação Comparativa dos Serviços Oferecidos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pace, R. (1999). *Escala de Estágios de Mudança: Variáveis Psicométricas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Paparelli, R. B., & Martins, M. C. F. N. (2007). Psicólogos em Formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27, 64-79.
- Perfeito, H. C. C. S., & Melo, S. A. de (2004). Evolução dos Processos de Triagem Psicológica em uma Clínica-Escola. *Estudos de Psicologia*, 21 (1), 33-42.
- Prebianchi, H. B. (2004). *Atenção psicológica à criança: compreensão de supervisores e funcionários de clínica-escola*. Tese de Doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Prebianchi, H. B. & Cury, V. E. (2005). Atendimento Infantil numa Clínica-escola de Psicologia: Percepção dos Profissionais Envolvidos. *Paidéia*, 15 (31), 249-258.
- Pritz, A. (2007). *El desarrollo de la psicoterapia hoy*. Manuscrito não publicado (Conferência proferida no VII Congresso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayano de Psicoterapia).
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: transtheoretical therapy. Em A. S. Gurman & S. B. Messer. (Eds.). *Essencial Psychotherapies: Theory and practice*. (pp. 403-440). New York: Guilford.
- Quadros, E. A. de. (2008). *Variáveis do Terapeuta: Análise em Periódicos Brasileiros (1998-2007)*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. Disponível em [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1458](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1458)

- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (1), 111-121.
- Romaro, R. A., & Oliveira, P. E. C. L. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica escola de psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 780-793.
- Salinas, P. & Santos, M. A. dos. (2002). Serviço de Triagem em Clínica-escola de Psicologia: A Escuta Analítica em Contexto Institucional. *Psychê*, 9, 177-196.
- Santeiro, T. V. (2008). Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo*, 13 (4), 761-770.
- Serralta, F. B. (2010). *O PQS (Psychotherapy Process Q-Set) e o exame da relação entre processo e resultado na Psicoterapia Psicodinâmica Breve*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, 47 (107), 85-94.
- Yoshida, E. M. P. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2 (2), 115-127.
- Yoshida, E. M. P. (1999a). Pesquisa em Psicologia Clínica. *Anais do II Encontro sobre Psicologia Clínica*. (pp. 4-12). São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Yoshida, E. M. P. (1999b). Psicoterapia Breve e Prevenção: Eficácia Adaptativa e Dimensões da Mudança. *Temas em Psicologia*, 7 (2), 119-129.
- Yoshida, E. M. P. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, 7 (1), 59-66.
- Yoshida, E. M. P. (2004). *Mudança em psicoterapias breves: características de personalidade, conflito interpessoal e estratégia terapêutica*. Projeto de Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (manuscrito).

- Yoshida, E. M. P. (2005). Recepção, acolhimento, triagem e pesquisa na clínica psicológica. Em L. L. Melo-Silva, M. A. dos Santos & C. P. Simon. (Orgs). *Formação em Psicologia: Serviços-Escola em Debate* (pp. 271-280). São Paulo: Vetor.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância Clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia*, 19 (40), 305-316.
- Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2004). A Proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para Adultos. In E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (Orgs). *Psicoterapia Psicodinâmicas Breves: Propostas Atuais*. (pp. 223-258). Campinas: Alínea.
- Yoshida, E. M. P.; Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20 (3), 7-21.

## ANEXO A

### ESCALA DE ESTÁGIOS DE MUDANÇA (STAGES OF CHANGE SCALES) (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicar, 1989)

Por favor, leia com atenção

Identifique-se apenas com as iniciais do seu nome: \_\_\_\_\_ / Sexo: \_\_\_\_\_

Este questionário é composto por 32 afirmações sobre o que as pessoas pensam sobre seus problemas. Sua tarefa é dizer se concorda ou discorda destas afirmações. RESPONDA, por favor, TODAS AS PERGUNTAS fazendo um X no quadradinho da resposta que você escolheu. Se nenhuma das alternativas corresponde à sua resposta, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima daquilo que você pensa.

	Discordo totalmente	Discordo Parcialmente	Estou indeciso	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem ser mudados.					
2. Acho que talvez esteja pronto para algum tipo de auto aperfeiçoamento.					
3. Estou fazendo alguma coisa a respeito dos problemas que vêm me incomodando.					
4. Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.					
5. Não sou o problema. Não faz sentido para mim estar aqui.					
6. Me preocupa talvez poder voltar a um problema que já mudei; então estou aqui para procurar ajuda.					
7. Finalmente estou trabalhando nos meus problemas.					
8. Venho pensando que talvez queira mudar alguma coisa a respeito de mim mesmo.					
9. Tenho tido êxito em trabalhar no meu problema, mas não estou certo de poder manter meus esforços.					
10. Às vezes, meu problema é difícil, mas eu estou trabalhando nele.					
11. Estar aqui é uma perda de tempo					

para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12. Espero que este lugar me ajude a me compreender melhor.					
13. Acho que tenho defeitos, mas nenhum que eu realmente precise mudar.					
14. Realmente, estou trabalhando duro para mudar.					
15. Tenho um problema e acho realmente que deveria trabalhar nele.					
16. Não estou prosseguindo com o que já havia mudado tão bem quanto esperava, mas estou aqui para evitar uma recaída do problema.					
17. Mesmo que nem sempre tenha conseguido mudar, estou pelo menos trabalhando no problema.					
18. Achei que tão logo tivesse resolvido o problema, estaria livre dele, mas às vezes ainda me pego lutando com ele.					
19. Gostaria de ter mais idéias sobre como resolver meu problema.					
20. Comecei a trabalhar nos meus problemas, mas gostaria de receber ajuda.					
21. Talvez esse lugar possa me ajudar.					
22. Talvez neste instante precise de um incentivo, para ajudar-me a manter as mudanças que já fiz.					
23. Posso ser parte do problema, embora não ache realmente que o seja.					
24. Espero que alguém aqui tenha algum bom conselho para mim.					
25. Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa a esse respeito.					
26. Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que é que as pessoas simplesmente não conseguem					



esquecer seus problemas?					
27. Estou aqui para ver se consigo evitar uma recaída no meu problema.					
28. É frustrante, mas acho que estou recaíndo num problema que pensava já ter resolvido.					
29. Tenho preocupações, como todo mundo. Por que gastar tempo pensando nelas?					
30. Estou trabalhando ativamente no meu problema.					
31. Prefiro conviver com meus defeitos a tentar mudá-los.					
32. Depois de tudo que fiz para tentar mudar meu problema, de vez em quando ele volta para me assombrar.					

## ANEXO B

eAS-40

Escala de Avaliação de Sintomas

---

DIANA TOSELLO LALONI

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ \*      Data de nascimento: / /

Sexo:       Masculino       Feminino

Estado civil:  Solteiro(a)  
 Casado(a) ou Amigado(a)  
 Divorciado(a)  
 Separado(a)  
 Viúvora

Grau de escolaridade:  Analfabeto  
 1<sup>ª</sup>. à 4<sup>ª</sup>.  
 5<sup>ª</sup>. à 8<sup>ª</sup>.  
 2<sup>º</sup>. Grau  
 3<sup>º</sup>. Grau

Data: / /

## ANEXO C

*Anexo C - Folha de resumo diagnóstico para pesquisa*

(Simon, 1998)

Entrevistado (INICIAIS): \_\_\_\_\_

SEXO: **Dados Relevantes por setor**

Afetivo-relacional: \_\_\_\_\_

Produtividade: \_\_\_\_\_

Sócio-Cultural: \_\_\_\_\_

Orgânico: \_\_\_\_\_

GRUPO	ADEQUAÇÃO AR	PR	SOMA	
1	+++ 3	+++ 2	5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO EFICAZ <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	++ 2	+++ 2	4	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ LEVE <input type="checkbox"/> EM CRISE
2	+++ 3	++ 1	4	
3	++ 2	++ 1	3	
3	+ 1	+++ 2	3	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA <input type="checkbox"/> EM CRISE
3	+++ 3	+ 0,5	3,5	
4	++ 2	+ 0,5	2,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA <input type="checkbox"/> EM CRISE
4	+ 1	++ 1	2	
5	+ 1	+ 0,5	1,5	<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE <input type="checkbox"/> EM CRISE

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

Entrevista semi-estrutura elaborada com o objetivo de verificar a configuração adaptativa dos participantes nos quatro setores da personalidade (Afetivo-Relacional; Produtividade; Sociocultural; e Orgânico).

- 1) Quais os motivos que fizeram você procurar a Clínica de Psicologia da PUC-Campinas e como está se sentindo depois de receber atendimento psicoterápico?
- 2) Você acha que mudou em alguma coisa devido ao atendimento recebido?
- 3) Me fale sobre seus relacionamentos afetivos do presente.
- 4) Como é o relacionamento entre você e sua família? E com seu/sua namorado (a) / marido / esposa?
- 5) Que dificuldades você encontra na sua vida afetiva e o que faz para lidar com elas?
- 6) Você trabalha ou estuda? Me conte sobre o que você faz.
- 7) Está contente com seu trabalho / estudo?
- 8) Que dificuldades você encontra na vida profissional / estudo? Como você as enfrenta?
- 9) O que você gosta de fazer nas suas horas de lazer?
- 10) Você se interessa pelas notícias que acontecem na sua cidade, no Brasil ou no mundo?
- 11) Você participa de algum grupo social e/ou religioso?
- 12) Quais são os cuidados que você tem em relação à sua saúde e alimentação?
- 13) Me fale sobre seu sono. Como você o avalia?

## ANEXO E



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Campinas, 08 de setembro de 2009.

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo a aluna *Giovanna Corte Honda*, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia como Profissão e Ciência, a proceder à coleta de dados da pesquisa *Avaliação da Mudança em Pacientes de Clínica-Escola*, na Clínica de Psicologia da Faculdade de Psicologia. Sei que se trata da pesquisa da aluna para dissertação de mestrado orientada pela Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida. Sei também que serão realizadas coletas de dados correspondentes às fases de pré e pós intervenções psicoterapêuticas. A coleta de dados envolverá a participação apenas de pacientes da Clínica de Psicologia.

Profa. Sofia Helena Porto di Nucci

Clínica de Psicologia  
Faculdade de Psicologia  
PUC-Campinas

## ANEXO F



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 17 de novembro de 2009

Protocolo 813/09

Prezada Senhora Giovanna Corte Honda,

C/C: Coordenadoria de Pós-Graduação em Psicologia do CCV

**Parecer Projeto:** PROJETO APROVADO

**I – Identificação:**

**Título do Projeto:** Avaliação da Mudança em Pacientes de Clínica-Escola

**Pesquisadora responsável:** Giovanna Corte Honda

**Orientadora:** Elisa Médici Pizão Yoshida

**Instituição onde se realizará:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - SP

**Data de apresentação das reformulações solicitadas pelo CEP:** 30.11.2009

**II – Objetivo:**

Avaliar mudanças em pacientes adultos de clínica-escola submetidos a atendimento psicoterápicos individuais no que se refere ao estágio de mudança, a qualidade de eficácia adaptativa e sintomas psicopatológicos.

**III – Sumário:**

Esta pesquisa é de delineamento do tipo *Cross-Sectional*, que se baseia na comparação entre dois grupos, nos quais os participantes estão em estágios diferentes de um processo desenvolvimental ou têm idades cronológicas diferentes. A amostra será composta por 40 sujeitos, provenientes de um clínica-escola de psicologia.

**IV – 2º Parecer do CEP:**

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP “acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores” (VII.13.d). Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

**V - Data da Aprovação:** 17/11/09

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.

  
Prof. Dr. Carlos Alberto Zanotti  
Segundo Vice-Presidente do C.E.P.S.H.P  
PUC-Campinas

## ANEXO G

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa a que você está sendo convidado a participar faz parte do mestrado da aluna Giovanna Corte Honda, sob a responsabilidade da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer os fatores que podem influenciar na maneira como uma pessoa muda quando faz tratamento psicoterapêutico.

Nesta pesquisa você responderá a dois testes, sendo que um é sobre o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e outro é sobre sintomas diversos (como depressão, ansiedade, entre outros). Depois, a pesquisadora fará uma entrevista para saber como você enfrenta os problemas e dificuldades nos seus relacionamentos e na vida profissional.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e confidencial e em nenhum momento seu nome será divulgado. Todos os dados que você fornecer serão analisados em termos de grupos. Se você tiver alguma dúvida durante ou após ter terminado a pesquisa, poderá entrar em contato com a pesquisadora, que estará disponível para qualquer esclarecimento. Se aceitar participar, saiba que você é totalmente livre para desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo no atendimento que você recebe na Clínica de Psicologia da PUC-Campinas. Além disso, você poderá solicitar que retire da pesquisa qualquer contribuição que você já tenha prestado.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para um melhor esclarecimento dos fatores relacionados às mudanças alcançadas por pacientes atendidos em Clínicas de Psicologia, como a da PUC-Campinas. Em princípio, este estudo traz um risco mínimo aos participantes, pois em alguns casos as respostas aos testes e à entrevista trazem recordações ou emoções pessoais que podem não ser agradáveis. Em caso de você se sentir deprimido, ansioso ou com qualquer mal estar psicológico devidos à sua participação na pesquisa, poderá ser atendido por qualquer um dos membros da equipe de pesquisa (mestrados ou doutorandos orientados pela Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida) que lhe prestará, sem custos, o atendimento psicológico necessário, mesmo depois de terminada a sua participação na pesquisa.

Em caso de você concordar em participar, deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, cujo telefone para contato é: (19) 3343.6777.

\_\_\_\_\_  
Giovanna Corte Honda / Tel: (19) 9209.8627

**Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_