

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

# **Uso de um modelo padronizado de registro clínico na psicoterapia psicodinâmica**

Meirilane Naves

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília  
2007

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

# **Uso de um modelo padronizado de registro clínico na psicoterapia psicodinâmica**

Meirilane Naves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Mestra em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília  
2007

Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia

# **Uso de um modelo padronizado de registro clínico na psicoterapia psicodinâmica**

Meirilane Naves

## **Banca Examinadora**

---

Presidente: Prof. Dr. Marcelo Tavares – PsiCC/ IP/ UnB.

---

Membro: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini – Psicologia Aplicada/ IP/ UFU.

---

Membro: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Decnop Coelho - PsiCC/ IP/ UnB.

---

Suplente: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iône Vasques-Menezes - IP/ UnB.

*À Alzira Naves, minha mãe, mulher forte que registrou com traços marcantes a sua presença em minha vida.*

*Ao meu pai, Durval Tito, que continua registrando...*

## Agradecimentos

Ao professor Marcelo Tavares, um clínico-pesquisador que ocupa simultaneamente diversas funções: de clínico, de pesquisador, de supervisor, de orientador e de professor, exercendo todas com muita maestria, além de ser um grande “parceiro” de trabalho e um bom amigo.

Ao Antônio, um nome fictício para uma pessoa real que muito me ensinou a ser psicóloga e a ser mais gente, além de gentilmente autorizar a utilização dos registros clínicos do seu processo de psicoterapia para a realização deste estudo. Sem Antônio, este trabalho não se realizaria.

À equipe de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio, em todas as constelações configuradas durante os cinco anos de trabalho. Em especial aos amigos: André, Beatriz (lindinha), Clarice, Cleuser (florzinha), Cristina (companheira, companheira...), Daniela, Simone, Fernanda e Liliane.

Aos amigos, Aline Vilela, Hugo Guimarães, Júlia Camarotti, Katiane Batista, Samita Santos e Vitor Barros, pesquisadores colaboradores deste trabalho, pelas horas investidas no treinamento e nas análises dos registros, além do carinho e amizade.

A Alexandre Domanico, pela parceria de trabalho, análises dos registros, orientações e sugestões acerca da pesquisa, além do apoio, das palavras de estímulo e pela amizade.

À Rosália Curado, pela leitura da dissertação, sugestões, incentivo e companheirismo.

Ao Lucas Romano, que entrou na minha vida povoando meus dias com muito amor, carinho, humor e alegria, construindo um aconchegante ninho...

Aos amigos que encontrei na colina K, aqueles que já se foram, os que ficaram e aqueles que acabaram de chegar... Em especial: Keninho, Baiano, Camila (baianinha), George,

Flavinho, Cristiane, Jhone, Flávia, Dumara, Odilon, Jeff, Kéllem, Fernanda, Andrea (“Pit”, minha irmãzinha), Rogério (brother) e Marcel (meu braço direito).

A minha grande família mineira, pela compreensão por minha ausência. Um abraço especial para cada um e milhões de beijos nos meus queridos sobrinhos!

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

## Sumário

Lista de Tabelas .....	27
Lista de Anexos .....	29
Resumo .....	31
Abstract.....	32
Apresentação .....	34
Capítulo I - Sobre o registro clínico: contexto, prática, responsabilidades éticas e legais e funções clínicas.....	39
Caracterização do Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. ....	40
As especificidades da prática clínica na Intervenção em Crise. ....	41
A pesquisa clínica e as implicações do clínico-pesquisador .....	46
Importância e necessidade da construção de uma cultura de sistematização da prática do registro clínico escrito e dos estudos sobre essa temática. ....	51
Posicionamento e regulamentações do Conselho Federal de Psicologia a respeito do registro de informações clínicas .....	58
Capítulo II – O registro clínico enquanto um procedimento clínico: um novo olhar.....	64
Procedimento clínico e clínico-pesquisador: algumas reflexões.....	64
Caracterização do procedimento clínico e inter-relações com o modelo do clínico- pesquisador .....	67
A ligação com a prática .....	67
O papel da demanda .....	68
A importância da relação.....	70
A consideração da implicação do clínico .....	72
A relação com a psicanálise .....	73
A reavaliação do social.....	75
Definindo o procedimento clínico .....	78
Caracterização e definição do procedimento clínico de registro.....	80
Delimitação e vicissitudes do tipo de registro clínico utilizado na pesquisa.....	83
Capítulo III – O modelo padronizado de registro clínico para psicoterapia psicodinâmica.	87
A psicoterapia psicodinâmica: uma breve consideração .....	87

A formulação psicodinâmica .....	89
O modelo padronizado de registro clínico para psicoterapia psicodinâmica .....	90
Campos Descritivos.....	91
Campos Analíticos.....	94
Integração entre campos .....	99
Capítulo IV – A realização da pesquisa: Método e procedimentos.....	103
Objetivo .....	103
Contexto e procedimentos para a coleta de dados.....	103
Procedimentos para a obtenção do caso clínico. ....	105
Procedimentos para análise dos registros e estudos de casos.....	108
Pré-Seleção e treinamento dos pesquisadores colaboradores ou juízes .....	108
Avaliação de desempenho dos juízes pré-selecionados e seleção final para as análises utilizadas .....	110
Método de análise dos registros.....	111
Procedimentos padronizados de análise dos registros.....	113
Estrutura de apresentação do estudo de caso.....	118
Capítulo V – Sobre os resultados: apresentação e discussões preliminares.....	121
História Clínica de Antônio: “quero me libertar das amarras emocionais”. ....	121
Análise dos registros.....	129
Análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos .....	129
Comentários qualitativos referentes à coerência conceitual do campo .....	133
Outros comentários qualitativos .....	137
Estrutura do registro .....	137
Solicitação de informações.....	139
Oferta de supervisão .....	140
Síntese da análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos .....	141
Análise da integração entre os campos Analíticos do registro .....	145
Análise do registro da 5ª Sessão .....	150
Análise do registro da 6ª Sessão .....	155
Análise do registro da 7ª Sessão .....	160
Análise do registro da 8ª Sessão .....	161

Análise do registro da 9ª Sessão .....	169
Análise do registro da 10ª Sessão .....	172
Análise do registro da 11ª Sessão .....	177
Análise do registro da 12ª Sessão .....	183
Análise do registro da 13ª Sessão .....	187
Análise do registro da 14ª Sessão .....	189
Síntese da análise da integração entre os campos Analíticos .....	192
Análise seqüencial dos registros do Campo Formulação Psicodinâmica.....	196
Capítulo VI - Discussão final e implicações para a prática clínica .....	204
Considerações finais sobre o estudo de caso referenciadas nas análises dos registros ..	204
Implicações para a prática clínica.....	223
Últimas considerações .....	234
Referências Bibliográficas.....	241
Bibliografia de Apoio .....	250
Apresentação .....	254
Contexto de construção e desenvolvimento do Modelo de Registro.....	254
Reflexões sobre o Registro Clínico Escrito .....	255
Definição e discussão do conceito de Registro Clínico Escrito .....	257
Funções e atributos do registro clínico escrito .....	258
Modelo de Registro .....	259
Campos Descritivos.....	260
Campos analíticos.....	264
Integração entre campos .....	270
Referências bibliográficas .....	271
1. Método de análise dos registros .....	279
Procedimentos padronizados de análise dos registros.....	280

## Lista de Tabelas

Tabela 3.1 – Campos Descritivos e Analíticos.....	72
Tabela 4.1 – Síntese das análises dos registros das dez sessões do caso clínico.....	94
Tabela 4.2 – Análise da coerência conceitual de cada campo dos registros do caso.....	96
Tabela 4.3– Análise da integração entre os campos Analíticos de cada registro de sessão.....	98
Tabela 4.4 – Análise seqüencial dos registros do campo Formulação das dez sessões.....	99
Tabela 5.1 – Análise da coerência conceitual dos registros das dez sessões.....	113
Tabela 5.2 – Síntese dos comentários qualitativos de análise da coerência conceitual.....	123
Tabela 5.3 - Análise da integração entre os registros dos campos Analíticos das dez sessões.....	130
Tabela 5.4 – Análise seqüencial dos registros do campo Formulação nas dez sessões do caso.....	179

## Lista de Anexos

ANEXO A – Manual de treinamento e capacitação para o uso do modelo padronizado de registro clínico – revisado.....	234
ANEXO B – Protocolo de Aprovação de Pesquisa no Comitê de Ética.....	255
ANEXO C – Carta convite padronizada.....	256
ANEXO D – Consentimento Livre e Esclarecido.....	257
ANEXO E – Termo de Desistência.....	258
ANEXO F – Manual de treinamento para a análise dos registros clínicos.....	259
ANEXO G – Questionário para avaliação do desempenho dos juízes.....	267

## Resumo

Este estudo partiu de um problema clinicamente relevante: a necessidade de padronizar a elaboração do registro escrito de informações para orientar a prática clínica. Portanto, este estudo está em conformidade com as recomendações da Conferência de Boulder, visando criar uma sinergia entre a ciência e a prática ao aplicar os fundamentos científicos da Psicologia a contextos profissionais relevantes. O objetivo do presente estudo foi descrever, analisar e qualificar o uso de um modelo padronizado de registro clínico no processo psicoterapêutico. Este objetivo foi alcançado pela avaliação qualitativa desse modelo de registro de informações clínicas que poderá ser útil para pesquisas futuras do processo e da eficácia das psicoterapias. O referido modelo é fundamentado na Teoria das Relações Objetivas aplicado à psicoterapia psicodinâmica individual e é composto de nove campos de preenchimento, sendo dois campos Descritivos e sete campos Analíticos. O modelo foi testado em um estudo de caso clínico, utilizando-se os registros de dez sessões consecutivas de psicoterapia. Quatro avaliadores realizaram três tipos de análises para cada campo do registro, referindo-se à coerência conceitual do campo, à integração entre os campos e à avaliação sequencial das informações entre as sessões. Os comentários dos avaliadores referentes a coerência, integração, seqüência e outras observações espontâneas foram analisadas. Cinco categorias emergiram: estrutura do registro, solicitação de informações, acréscimo de texto, substituição de registro e oferta de supervisão. Os comentários qualitativos dos avaliadores fomentaram reflexões teóricas e clínicas e sobre a teoria da técnica e evidenciaram as funções do registro clínico.

**Palavras-chave:** psicoterapia psicodinâmica, teoria das relações objetivas, informações clínicas, acompanhamento clínico, registro clínico.

## Abstract

This study stems from a clinically relevant problem: the need to standardize the process of registering information to guide clinical practice. Therefore, this study is in accordance with recommendations of the Boulder Conference which aims at creating a synergy between science and practice by applying scientific foundations of Psychology to relevant professional contexts. The aim of the present study was to describe, analyze and evaluate the use of a standardized model of clinical registration in the psychotherapeutic process. This was accomplished by a qualitative evaluation of a model of registration of clinical information that may be useful for future research on psychotherapy process and efficacy. This model is based on the Object relation Theory applied to individual psychodynamic psychotherapy and is composed of nine fields for completion: two Descriptive and seven Analytical fields. The model was tested in a case study using clinical notes spanning ten consecutive psychotherapy sessions. Four evaluators accomplished three types of analyses for each fields of registration, by evaluating the conceptual coherence of the field, the integration of information among fields and the sequence of information across sessions. Evaluators' comments regarding coherence, integration, sequence and other spontaneous observations were analysed. Five categories emerged: the structure of registration, the request of information, the inclusion of text, the substitution of registration and the offer of supervision. Evaluators' qualitative comments fomented theoretical and clinical reflections regarding the theory of technique and provided evidence for the functions of clinical notes.

**Key words:** psychodynamic psychotherapy, Object-Relations Theory, clinical information, progress notes, psychotherapy notes.

# **Uso de um modelo padronizado de registro clínico na psicoterapia psicodinâmica**

## Apresentação

*“Ao clínico, ao pesquisador, por seu trabalho, seu encaminhamento pessoal, cabe tornar o conjunto móvel e não estático, utilizá-lo dialeticamente, sem dogmatismo, atribuindo o máximo aos pontos de vista adversos; e medir os limites, que não deixam de constantemente se fazer lembrados...” (D’Allonnes, 2004, p.34).*

Esta é uma pesquisa em Psicologia clínica. Uma pesquisa clínica. Especificamente, uma pesquisa em psicoterapia. A demanda para esta pesquisa surgiu das necessidades impostas por um contexto prático clínico. Surgiu em meio a esse contexto e se desenvolveu nele e com ele. Nesse sentido, este trabalho representa uma resposta de aplicação prática às exigências advindas da clínica psicoterápica. Por essa peculiaridade, está em conformidade com as recomendações da Conferência de Boulder que propõe a sinergia entre a ciência e a prática, ou seja, este estudo combina os fundamentos científicos da Psicologia com suas aplicações práticas, construindo pontes entre a prática e a teoria (Giami, 2004; Stricker e Trierweiler, 1995; Stricker, 1992).

Com efeito, essa sinergia entre ciência e prática evoca um novo paradigma para o psicólogo: o de ser um clínico-pesquisador. Evoca uma nova atitude. A atitude de trabalhar sinergicamente buscando convergir várias fontes ou universos de conhecimento: o universo teórico, o universo da prática clínica e o da pesquisa. Essa atitude, por um lado, implica na possibilidade de ocupação simultânea de diversas posições – de clínico, de pesquisador, de sujeito e de psicoterapeuta. Por outro lado, evoca considerar as implicações desse profissional no trabalho que desenvolve. Evoca considerar que sempre existirão

interferências, conscientes ou inconscientes, da história e do funcionamento psicológico do clínico-pesquisador na sua produção clínica e científica (Pinto, 2004; Giami, 2004; D'Allonnes, 2004; Tavares, 1995).

É nesse cenário que essa pesquisa se desenvolveu. Partindo de um problema clinicamente relevante, *a necessidade de padronizar e orientar a elaboração do registro escrito de informações obtidas na prática clínica*, um modelo de registro clínico para a psicoterapia psicodinâmica individual foi desenvolvido e implementado em um estudo anterior (Domanico, 2005). Por sua vez, o uso desse modelo é descrito, caracterizado, analisado e qualificado no presente trabalho, visando construir um conhecimento empírico clinicamente significativo. Como aponta Tavares (1995) “existe uma relação circular, onde a construção do conhecimento clínico parte de considerações teóricas e aplicadas, para retornar a elas, ou seja, a pesquisa deve partir de e retornar às questões clinicamente relevantes” (p. 179). Assim, com o presente estudo, um ciclo se fecha para, depois, se reabrir e se desdobrar em outros ciclos sinérgicos entre a prática e a teoria. Essa é a função deste trabalho. Descreveremos, a seguir, a sua estrutura de apresentação.

O Capítulo I apresenta o cenário no qual surgiu a demanda para a pesquisa e as justificativas para a sua realização. Primeiramente, caracteriza o cenário, o *Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio*, especificando a prática clínica na Intervenção em Crise e descrevendo as implicações do clínico-pesquisador. Em seguida, delinea a importância e a necessidade da construção de uma cultura de sistematização da prática do registro clínico escrito e dos estudos sobre essa temática. Por fim, apresenta o posicionamento e regulamentações do Conselho Federal de Psicologia a respeito do registro de informações clínicas.

O Capítulo II trata da caracterização do procedimento clínico e suas repercussões sobre a compreensão do registro. Em primeiro lugar, apresenta algumas reflexões sobre o procedimento clínico e a importância do modelo do clínico-pesquisador para essas reflexões. Em seguida, caracteriza e define o procedimento clínico e suas inter-relações com o modelo do clínico-pesquisador. Por fim, descreve e define o procedimento clínico de registro para depois delimitar o tipo de registro utilizado para esse estudo, considerando algumas de suas vicissitudes.

O Capítulo III apresenta e discute o modelo padronizado de registro clínico escrito desenvolvido para a psicoterapia psicodinâmica individual, utilizado nesse trabalho. Primeiramente, tece uma breve consideração sobre a psicoterapia psicodinâmica e a elaboração da Formulação Psicodinâmica. Em seguida, apresenta e discute o modelo de registro.

O Capítulo IV descreve o método e os procedimentos utilizados na pesquisa para alcançar os resultados encontrados. Primeiro, são descritos o objetivo, o contexto e os procedimentos para a coleta de dados. Em seguida, apresenta o sujeito do estudo de caso, os procedimentos para a obtenção do caso clínico e para a descaracterização do sujeito. Por fim, descreve o processo de seleção dos pesquisadores colaboradores, os procedimentos para a análise dos dados e a estrutura de apresentação do estudo de caso.

O Capítulo V - *Sobre os Resultados: apresentação e discussões preliminares* – apresenta a análise dos registros iniciando com a contextualização do caso clínico. Em seguida, apresenta os resultados referentes a cada análise dos registros, tecendo discussões preliminares acerca dessas análises.

Finalmente, no Capítulo VI tecemos a discussão final sobre o trabalho realizado e apresentamos as implicações deste trabalho para a prática clínica. Primeiramente, apontamos as considerações finais sobre o estudo de caso à luz das discussões geradas pelos comentários qualitativos advindos dos três tipos de análise dos registros das sessões. Em seguida, apresentamos as implicações deste trabalho para a prática clínica e evidenciamos as funções clínicas do registro. Por fim, tecemos as últimas considerações sobre a realização deste estudo.

# Capítulo I

## **Sobre o registro clínico: contexto, prática, responsabilidades éticas e legais e funções clínicas**

*“Minha originalidade, caso seja essa a palavra certa, é, acredito, uma originalidade do solo e não da semente. Pode ser que eu não tenha semente alguma que me seja própria. Lance uma semente no meu solo e ela crescerá diferentemente do que sobre qualquer outro solo” (Wittgenstein, citado por Caon, 1994, p.151).*

## **Capítulo I - Sobre o registro clínico: contexto, prática, responsabilidades éticas e legais e funções clínicas.**

Por que desenvolver uma pesquisa em Psicologia clínica, especificamente em psicoterapia, enfocando o registro das informações geradas pela sua prática? Responder a essa questão e apresentar as motivações que levaram ao desenvolvimento deste trabalho implica em considerar a trajetória da minha *práxis* clínica. Com efeito, o interesse pelo tema nasceu durante minha participação, em cinco anos, no Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Por mais que essa temática não tenha sido o meu objeto de investigação na época em que ingressei no Programa, as especificidades exigidas pela Clínica da Crise e da crise suicida demandaram, em toda a equipe e anteriormente ao meu ingresso, a necessidade de uma sistematização dos nossos serviços para proporcionar o melhor desempenho dos profissionais e estagiários e a maior adequabilidade e efetividade de nossas intervenções clínicas. Essa sistematização resulta em operacionalização de procedimentos que favoreçam decisões em situações críticas ou emergenciais. Sem elas e pelas dificuldades inerentes à Intervenção em Crise, seria difícil um profissional sustentar esta clínica por período prolongado e com significativa carga de pacientes em risco.

Com a finalidade de melhor explicitar a realidade e o contexto que nos trouxeram tantas inquietações, dúvidas, reflexões e desafios e, ao mesmo tempo, me motivaram a considerar o registro clínico enquanto meu objeto de investigação, apresentarei uma breve caracterização do nosso Programa e as especificidades da prática clínica em Intervenção em Crise apontando, em seguida, a implicação do clínico-pesquisador na pesquisa clínica e,

depois, discutir sobre a importância e necessidade da construção de uma cultura de sistematização da prática do registro clínico e dos estudos sobre essa temática.

### ***Caracterização do Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio.***

O Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do suicídio é uma iniciativa do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, do Instituto de Psicologia (IP), da Universidade de Brasília - UnB, em parceria com o Decanato de Assuntos Comunitários (DAC), sob a coordenação e supervisão do Professor Dr. Marcelo Tavares. Representa um dentre os diversos serviços que compõem o PSIU - Promoção de Saúde Integral do Universitário. A estruturação atual do Programa resulta de uma história de 20 anos de pesquisa e prática clínica em Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Atualmente, caracteriza-se por um serviço especializado e específico para os estudantes da UnB, oferecendo os procedimentos clínicos de Transição de Cuidados (Acolhimento, Psicodiagnóstico e Encaminhamentos), Intervenção em Crise, Prevenção do Suicídio e Psicoterapia psicodinâmica.

Além desses Procedimentos Clínicos oferecidos, o Programa também se caracteriza enquanto um local de pesquisa, na medida em que vários integrantes da equipe são estudantes do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia - UnB, desenvolvendo pesquisas sobre diversas temáticas, como por exemplo, a crise psicológica no contexto universitário, a evasão acadêmica, a psicodinâmica do suicídio, o processo de psicoterapia, a identificação precoce de risco de suicídio, o luto, entre outros. Atualmente, nossa equipe é composta por 18 pessoas, além do coordenador do projeto. Somos 10 psicólogos (02 doutorandas, 01 mestre, 05 mestrandas e 02 voluntárias) e 08 estagiários do curso de

psicologia. Há ainda outros alunos de graduação dando suporte às atividades de pesquisa. O Laboratório de Saúde Mental e Cultura também desenvolve parcerias e consultorias em instituições na comunidade em relação à Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Feita a caracterização do Programa, apresentaremos as especificidades da prática clínica na Intervenção em Crise.

### ***As especificidades da prática clínica na Intervenção em Crise.***

Falar sobre as especificidades da prática clínica na Intervenção em Crise (IC) exige que explicitemos nossa concepção de crise e as repercussões e interação desse conceito com nossa prática. Consideramos o conceito de crise no seu sentido psicológico.

Tavares (2004a, p. 12), ao definir o conceito de *crise psicológica*, elucida-nos sobre a importância de podermos explorar e qualificar um conceito, buscando, por um lado, relacioná-lo e aplicá-lo em diferentes contextos e, por outro, amplificar sua compreensão e verificar sua interação com outros fatores e outros conceitos relevantes. Segundo o autor, *crise psicológica* é um “processo subjetivo de vivência ou experimentação de situações de vida nas quais condições internas e externas demandam uma nova resposta à situação para a qual o sujeito ainda não domina, não desenvolveu ou perdeu capacidade, repertório ou recursos capazes de darem solução à complexidade da tarefa em questão”.

Em consonância, ao explorar o conceito construído, o autor destaca alguns aspectos característicos de sua definição, a saber: demanda, condições internas e externas, resposta, domínio ou capacidade, complexidade, processo, subjetividade e solução. Sem dúvida, descrever tais características não se faz necessário para o desenvolvimento deste trabalho. No entanto, para nossos objetivos, ressaltamos a característica de que a instauração da crise

resulta de demandas nas quais há interação de *condições internas e externas*. Com efeito, escolhemos este aspecto por considerá-lo central no conceito de crise ao conter em si mesmo, de uma certa forma, todas as outras características. Ao mesmo tempo, a característica ressaltada explicita e denuncia a complexidade de uma situação/ fenômeno que evidencia a impossibilidade de se separar o que didaticamente denominamos de realidade interna/ subjetiva e de realidade externa/ objetiva.

Apesar de considerarmos a indissolubilidade existente entre contexto interno e externo, paradoxalmente, faz-se mister que façamos sempre o exercício de distinguirmos esses contextos ao estarmos juntos a uma pessoa em crise. Isso se torna imprescindível pois a clínica da crise, na sua especificidade, exige que tomemos decisões sobre estratégias ou procedimentos clínicos diferenciados de intervenção e prevenção, dirigidos tanto à subjetividade quanto ao ambiente externo (Tavares, 2004a).

Nessa perspectiva, uma das especificidades da clínica da IC é justamente avaliar a pessoa em crise considerando a superposição de suas condições internas e externas e, ao mesmo tempo, decidir sobre os procedimentos clínicos de intervenção e prevenção, dirigidos a ambos os contextos. Em outras palavras, fazer a avaliação do funcionamento psicodinâmico dessa pessoa e a avaliação de seu contexto social, considerado em seu sentido mais amplo, e definir as estratégias a serem realizadas para o seu acompanhamento.

Outra especificidade da clínica da crise é a exigência de que as decisões sejam tomadas de uma forma rápida e eficaz. Com efeito, lidamos com situações de emergência e de urgência. Numa perspectiva etimológica, urgência, do latim *urget*, significa urgir, tornar imediatamente necessário, não permitindo demora. Por sua vez, emergência, também advinda do latim *emergere*, significa emergir, mostrar-se, uma situação

crítica (Aurélio, 2004). Nesse sentido, emergência é uma situação crítica que se apresenta, na qual existe um tempo hábil para se tratá-la adequadamente e evitar que se torne uma urgência. Entretanto, na prática esse limite fica comprometido. Ficamos frente à angústia do paciente, vivenciada enquanto uma situação de urgência e demandando de nós uma intervenção de forma iminente (Sterian, 2001). Em relação aos casos em que há o risco de suicídio, toda a atuação está no nível de urgência, já que a pessoa se tornou um perigo a si mesma, o que torna ainda maior a exigência de rapidez nas decisões, pois qualquer demora ou descuido produz conseqüências que podem significar uma vida.

Paralelamente, a característica de lidar com situações emergenciais e de urgência implica numa terceira especificidade dessa clínica – a exigência de uma rápida compreensão do caso. Dito de um outro modo, para podermos decidir muito rapidamente sobre quais procedimentos clínicos devemos tomar, tanto em relação à intervenção subjetiva quanto à ambiental, temos que ter condições de avaliar as condições internas e externas da pessoa que está a nossa frente, em estado de emergência e/ ou de urgência, já no primeiro contato. Devemos, já na primeira sessão ou entrevista, fazer a avaliação psicodinâmica, a avaliação do risco de suicídio e a avaliação do contexto social dessa pessoa, definir procedimentos clínicos e intervir imediatamente. Podemos acrescentar que a quarta especificidade da clínica da crise seria a exigência de que o clínico tenha alta tolerância à ansiedade e angústia. No entanto, como essa especificidade não é foco do presente trabalho, não abordaremos tal questão. Todavia, apresentar essa característica é fundamental para explicitar, juntamente com as outras especificidades apresentadas, a realidade clínica com a qual trabalhamos.

Nesse contexto de realidade clínica os desafios são propostos no cotidiano de nosso trabalho, em cada vez que uma pessoa procura nossos serviços, em cada sessão que realizamos. Certamente, essa realidade nos trouxe e sempre nos traz inquietações, exigências, reflexões e a necessidade de aprimoramento na utilização dos procedimentos clínicos, específicos à clínica da crise, e de registro e documentação desses procedimentos, para mantermos objetivada a memória do nosso percurso. Com efeito, se a cada momento em que estivéssemos diante de uma situação de crise tivéssemos que “inventar a roda”, ou seja, tivéssemos que nos instrumentalizar para atuarmos, certamente não faríamos intervenção em crise e sim, uma outra prática. Como resultado dessa necessidade, nossa equipe vem desenvolvendo a “objetivação de nossa memória”. Nossas inquietações geraram a construção de um documento que descreve os nossos serviços, caracterizando os procedimentos clínicos na IC (Tavares e Naves, 2003). Como é próprio da *práxis* clínica, esse documento vem sofrendo reformulações ao longo do tempo.

Se, por um lado, nossas inquietações nos levaram a construir um documento que registrasse todo o nosso trabalho, toda a nossa prática, de um modo mais genérico, por outro lado, trouxe-nos a necessidade de desenvolver e aprimorar um método, um procedimento clínico que apontasse para a relação mais próxima, entre terapeuta e paciente. Em outras palavras, nos trouxe a necessidade de desenvolvermos um modelo de registro clínico escrito que nos possibilitasse o melhor acompanhamento de cada caso que nos responsabilizamos a assumir. Ao mesmo tempo, que respondesse também à inquietação da exigência de rápida tomada de decisões e, conseqüentemente, de rápida compreensão da pessoa com a qual estamos em contato. Em outras palavras, um modelo de registro clínico escrito que pudesse nos auxiliar no acompanhamento do caso e possibilitar rapidez nos

momentos de avaliação. Um modelo que também nos oferecesse suporte e condições para exercer a alta tolerância à ansiedade e angústia, especificidade da clínica da crise, como dito anteriormente. Um modelo que nos possibilitasse alcançar essas condições pelo fomento à reflexão clínica e conseqüente norteamento das decisões. Esse desejo e desafio resultaram na construção de um modelo preliminar (Tavares, 2004b) que também sofreu reformulações em seu desenvolvimento (Domanico, 2005) e que, atualmente, está em processo de implementação na rotina de nossa equipe. Em conjunto com o desenvolvimento do nosso modelo, um manual para nos auxiliar em sua divulgação, treinamento de pessoal e implementação na prática clínica também está sendo desenvolvido (Tavares, Domanico e Naves, 2004) e recebeu reformulações para a sua utilização, para o presente trabalho (Tavares, Domanico e Naves, 2006).

E é justamente nesse contexto que a presente pesquisa se inscreve. Fazendo parte dessa equipe e compartilhando das mesmas inquietações, desejos e necessidades, tendo metas em comum e aceitando os desafios dessa clínica, também senti a necessidade de dinamizar o acompanhamento e a avaliação dos casos pelos quais me responsabilizei. Nessa perspectiva, o modelo de registro clínico passou a ser meu objeto de investigação. No entanto, como é de praxe nessa clínica aceitar desafios, não foi possível me manter apenas na função de pesquisadora, o que para mim era até mais confortável! Assim, além de “estudiosa” do modelo, fui também sua usuária. Dito de uma outra maneira, tornei-me pesquisadora de minha própria prática, acumulando papéis e funções, desenvolvendo essa pesquisa enquanto uma clínica-pesquisadora (Tavares, 1995). Sabendo, e ao mesmo tempo não sabendo direito, dos riscos que corria e das implicações que essa dupla função me traria. Mas aceitei o desafio... Discutiremos, a seguir, as implicações dessa dupla função.

## ***A pesquisa clínica e as implicações do clínico-pesquisador***

De uma forma geral, a pesquisa em Psicologia apresenta um quadro amplamente complexo, com dificuldades no controle de variáveis, na medida em que fatores internos (do pesquisador e das pessoas envolvidas) e externos (sociais e culturais) interferem no posicionamento do pesquisador e, por conseqüência, no processo de construção, investigação e desenvolvimento da pesquisa. Em se tratando da pesquisa clínica, essa complexidade torna-se mais evidente com a utilização do modelo qualitativo de pesquisa. A própria concepção de “pesquisa clínica” já implica em nos posicionarmos em relação aos procedimentos inerentes à clínica e à situação de pesquisa enquanto um processo de construção de conhecimento. Em outras palavras, nos obriga a refletir sobre o lugar ocupado entre a prática clínica e a situação de pesquisa (Giarni, 2004; Pinto, 2004).

Segundo Pinto (2004), a evidenciação da complexidade da pesquisa clínica com a utilização do modelo qualitativo é possível, pois esse modelo “implica em um processo personalizado e dinâmico de investigação” e se configura em um “procedimento essencialmente construtivo-interpretativo” (p.74). Essas características denotam que a investigação e o conhecimento teórico são construídos, de uma forma particular, dentro do contexto de pesquisa. À medida que a situação/ fenômeno é investigada, sofre interferências do processo de investigação bem como da interação com o pesquisador. Por outro lado, as próprias ações ou procedimentos construídos e utilizados durante o processo investigativo são analisados e interpretados, modificando o próprio processo, o que evidencia o caráter dinâmico e processual da pesquisa clínica.

Nesse contexto, “o pesquisador é, então, um construtor de informações e os instrumentos (testes, entrevistas, questionários, etc) ou o processo que utiliza (psicoterapia,

psicanálise, etc), são indutores da interação, isto é, formas de estabelecer um certo tipo de interação que pode permitir ao pesquisador estar simultaneamente em diversas posições: cientista, analista, sujeito, observador” (Pinto, 2004, p.75). Com efeito, é essa possibilidade de ocupar simultaneamente diversas posições ou funções que caracteriza o clínico-pesquisador. Nesse sentido, o cerne da reflexão e atuação do clínico-pesquisador coloca-se na possibilidade de distinguir e articular a situação clínica e a situação de pesquisa e, ao mesmo tempo, conduzir simultaneamente essas duas situações numa relação de intimidade e de sinergia. Em outras palavras, se colocar numa possibilidade de elaboração e refinamento teórico sobre a habilidade de compreender, conceitualizar, categorizar e integrar os conhecimentos adquiridos e necessários para estar numa relação e intervir com maior efetividade (Millon, 2003; Goldfried e Wolfe, 1996; Tavares, 1995; Stricker e Trierweiler, 1995 e Stricker, 1992). Possibilidade que se contrapõe à concepção (que infelizmente ainda se presentifica em alguns profissionais e instituições de pesquisa) de que a intervenção do pesquisador na situação de pesquisa diminui o valor científico desta (Andrada, 2003).

Tavares (1995) esclarece que o clínico-pesquisador possui a atitude básica, a postura de ser flexível em relação à sua orientação teórica. Com efeito, essa flexibilidade implica na responsabilidade de reconhecer os limites de seu referencial e considerar outros referenciais teóricos para a compreensão da situação/ fenômeno que estuda. Implica em intercambiar e integrar vários métodos – qualitativos e quantitativos – para a investigação dos fenômenos clínicos. Por sua vez, essa postura profissional possibilita a investigação, a inter-relação, a convergência e a complementaridade de três fontes de conhecimento: a teoria, a prática clínica e a pesquisa. Considerando a atitude básica e a investigação das

fontes de conhecimento, o autor descreve o clínico-pesquisador enquanto um profissional que converge quatro papéis ou atividades fundamentais: a) o de atuação clínica; b) o de consumidor de pesquisa; c) o de produtor de pesquisa; e d) o de avaliador do próprio trabalho. Destaca o papel de avaliador apontando sua importância por cumprir seis necessidades sociais: 1) Autogerenciamento; 2) Prestação de contas; 3) Defesa dos clientes; 4) Divulgação; 5) Representação social do profissional de saúde mental; e 6) Educação e mercado. Sem dúvida, todos esses papéis estão inter-relacionados e se superpõem. Com o cumprimento destes, o clínico-pesquisador garante à população o direito de acesso a serviços psicológicos de qualidade, demonstra a responsabilidade social de seu trabalho, divulga e defende a classe profissional ajudando a ampliar as informações e conhecimento das comunidades científicas e leigas sobre a profissão, ao mesmo tempo em que amplia o mercado de trabalho. Nesse sentido, o clínico-pesquisador integra diversas funções e esta integração traz implicações para a sua prática clínica e para o desenvolvimento da ciência, bem como para um contexto social mais amplo.

Numa outra perspectiva, se a pesquisa clínica e o conceito de clínico-pesquisador evidenciam um quadro de alta complexidade, a atuação do clínico-pesquisador no campo da pesquisa em psicoterapia evoca uma complexidade ainda maior. Não apenas porque esse é um campo recente de pesquisas que datam da década de 1950 (Najavits, 2001), mas, sobretudo, porque o campo da psicoterapia opera com vários fatores em complexa interação. Com efeito, o campo da psicoterapia opera com: a) Eventos não-replicáveis; b) Sistemas dinâmicos; c) Causação multifatorial; d) Variáveis desconhecidas (técnicas, inespecíficas e pessoais); e) Intervenções contínuas e contextos-associadas; f) Configurações singularizadas; e g) Necessidade de um amplo conhecimento do terapeuta

(exigências previsíveis (áreas afins) e imprevisíveis (particulares a cada indivíduo ou grupo)) (CFP, 2004; Serra, 2004). No entanto, essa complexidade inerente à pesquisa em psicoterapia, no lugar de inviabilizar, contribui e aprimora a condução da prática por possibilitar o refinamento e avaliação da própria psicoterapia. Essa avaliação, por sua vez, leva a conexão entre os *insights* derivados da prática, o que aumenta a qualidade do cuidado, beneficiando aqueles que se utilizam desse serviço (Najavits, 2001; Stricker e Trierweiler, 1995 ).

Em consonância, a pesquisa em psicoterapia e a constituição do modelo de um clínico-pesquisador seguem as recomendações da Conferência de Boulder que propõe a sinergia entre a ciência e a prática, combinando os fundamentos científicos da Psicologia clínica com suas aplicações práticas e construindo pontes entre a prática e a teoria (Giami, 2004; Stricker e Trierweiler, 1995; Tavares, 1995; Stricker, 1992). Em relação ao modelo de clínico-pesquisador, Stricker e Trierweiler (1995), descrevem quatro habilidades ou tipos específicos de observação essenciais para o clínico-pesquisador ou, como eles denominam, para o clínico-pesquisador local (*local clinical scientists*). Estes tipos são: 1) Observação objetiva (observação do exterior); 2) Observação participante (incluindo uma compreensão dos efeitos recíprocos entre observador e observado(s)); 3) Observação subjetiva (observação empática ou intuição); e 4) Auto-observação (ou auto-exame). De acordo com esses autores, é a amplitude e profundidade destas habilidades (a princípio dirigidas aos problemas clínicos imediatos) integradas com a abordagem e atitude científicas que constituem o coração da atividade do clínico-pesquisador local. Os autores ainda esclarecem que o termo *local* é usado em contraste com *universal* e *geral*, isso porque uma observação local pode não ser generalizável além do *setting* imediato. Assim, o termo

local refere-se à aplicação particular da ciência geral e pode recorrer a qualquer um dos quatro tipos de observação relacionadas anteriormente. A questão é considerar se uma observação geral é pertinente a um caso imediato, o que implica em considerar o significado de singularidade, de dependência do contexto. Implica em considerar o singular ou a especificidade em seu contexto, numa atitude de investigação científica. Nas palavras desses autores, a “ciência psicológica é um modo sistemático de investigação que envolve a identificação do problema e a aquisição, organização e interpretação de informações pertencentes ao fenômeno psicológico. Se esforça para fazer com que essas informações sejam consensualmente verificáveis, replicáveis e universalmente comunicáveis (...) e provê o contexto para o treinamento do clínico-pesquisador local que buscará alcançar as mesmas metas em um contexto que é privado e local ” (Stricker & Trierweiler, 1995, p.998).<sup>1</sup> Os autores ainda ressaltam que, se na forma tradicional a ciência responde às questões públicas e gerais, a prática, por sua vez, responde mais às questões privadas e pessoais. Ressaltam também que essas reflexões não significam considerar a psicoterapia, em si mesma, enquanto uma ciência, mas os psicoterapeutas devem ter uma atitude científica de pesquisa que irá aperfeiçoar sua prática e beneficiar aos pacientes.

Em resumo, o modelo do clínico-pesquisador local ou do clínico-pesquisador encoraja a reflexão crítica e científica e a aplicação do conhecimento científico para questões clínicas, para a condução de pesquisas, além das responsabilidades sociais que a profissão abarca. Em outras palavras, esse modelo de profissional provê a ponte entre a

---

<sup>1</sup> “science psychological is a systematic mode of inquiry involving problem identification and the acquisition, organization, and interpretation of information pertaining to psychological phenomena. It strives to make that information consensually verifiable, replicable, and universally communicable (...) and it provides the context for the training of the local clinical scientist, who will seek to achieve the same goals in a context that is private and local” (Stricker & Trierweiler, 1995, p.998).

situação prática e a situação de pesquisa ao mesmo tempo em que evidencia implicações para a ciência, para a prática clínica e suas repercussões na sociedade.

Apresentados o contexto demandante da realidade de trabalho e as implicações do clínico-pesquisador, teceremos algumas considerações acerca da importância e necessidade da realização do registro clínico escrito, pelos psicólogos, durante o processo psicoterapêutico.

***Importância e necessidade da construção de uma cultura de sistematização da prática do registro clínico escrito e dos estudos sobre essa temática.***

A implicação de estar numa relação, o que caracteriza o trabalho do psicólogo clínico, suscita e gera um conjunto de informações e dados que constituem o material clínico que deverá ser recolhido, armazenado, analisado, transmitido e comunicado. No entanto, para poder trabalhar esse material o clínico deve fixá-lo utilizando-se de várias técnicas. Nesse sentido, poderá, por exemplo, gravar uma sessão para depois transformar esse material acústico em transcrição escrita ou fazer um registro escrito da sessão ocorrida. Por sua vez, esse registro constituído pelo procedimento de fixação pela escrita conduz a uma materialização e objetivação do material clínico (Plaza, 2004) ou à escrita da clínica (Mezan, 1998).

O próprio “pai da Psicanálise” já se preocupava com a questão do registro clínico escrito e com as questões ligadas à ética profissional, principalmente no que tange à publicação de uma história clínica e à preservação da identidade de um paciente. Todos sabem do hábito freudiano de destruir todas as anotações utilizadas na compreensão de um caso após sua publicação. Entretanto, o material utilizado para a escrita de *O Homem dos ratos* foi preservado. Nesse caso, Freud fazia anotações após cada sessão à medida que o

processo se desenvolvia (Freud, 1980a, [1909]). Sua publicação foi efetuada com a autorização do paciente.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1980b [1912]) apresenta as regras técnicas para o exercício dessa prática clínica. No *item a*, aponta as dificuldades que o analista possa vir a ter em relação à própria memória frente à abundância de material clínico obtido na análise simultânea de vários pacientes. Nos *itens b e c* aborda a questão referente às anotações clínicas, recomendando que a tomada de notas integrais ou a manutenção de um registro estenográfico não seja realizado durante as sessões analíticas, podendo ser prejudiciais ao processo. Esclarece que faz suas anotações de memória, à noite, após encerrar seu trabalho de atendimento.

Nas *Notas preliminares do fragmento de análise de um caso de histeria* (Freud, 1980c [1905]), também aborda o tema das anotações esclarecendo que os enunciados do paciente foram registrados de memória, após o término das sessões. Em relação à escrita da história clínica evidencia que a escreveu também de memória, após o encerramento do caso, ressaltando que embora esse registro não seja fonograficamente fiel possui alto grau de fidedignidade por não conter alterações no que lhe é essencial.

Por outro lado, em *Notas sobre o bloco mágico* Freud faz uma analogia entre o funcionamento mental e o bloco mágico (no Brasil conhecido como “lousa mágica”), enfatizando a questão da memória. A esse respeito anuncia que “quando não confio em minha memória [...] posso suplementar e garantir seu funcionamento tomando nota por escrito. Nesse caso, a superfície sobre a qual essa nota é preservada, a caderneta ou folha de papel, é como se fosse uma parte materializada de meu aparelho mnêmico que, sob outros aspectos, levo invisível dentro de mim” (Freud, 1980d [1925], s/p). O autor acrescenta que

a memória assim materializada permanece inalterada escapando às possíveis deformações próprias da nossa memória gerando um traço permanente. Em outras palavras, a materialização da memória, ou seja, sua fixação por um procedimento escrito torna-a permanente, protegida dos processos de esquecimentos, reelaborações e deformações. (ibid, 1980d [1925])

Nessa perspectiva, a fixação do material clínico em forma de um registro clínico escrito torna-o um traço permanente de memória, diminuindo as deformações próprias ao processo mnêmico humano, o que possibilita ir para além do tempo. Dito de outra forma, o registro escrito possibilita-nos revisitar o material clínico arquivado minimizando os prejuízos que o tempo poderia trazer, sem o recurso da memória objetivada ou materializada. Certamente, essa memória materializada, esse registro clínico escrito não corresponde à transcrição idêntica dos acontecimentos ou à visão integral da realidade referida mas sim, se fundamenta no ponto de vista do clínico. Não significa a descrição da experiência de um encontro nem a tentativa de reproduzir aquilo que ocorreu na experiência. Significa uma construção, um recorte (Nogueira, 2004). No registro escrito sobre um momento da relação entre pessoas, intervêm a formação, a personalidade e os pontos cegos do clínico, o procedimento de elaboração e o quadro de atividade do profissional (Giami e Plaza, 2004). Desse modo, o registro escrito é um recorte, uma interpretação do clínico sobre o momento referenciado e representa a sua significação sobre as questões ou temas selecionados na escuta do paciente. Retornaremos a essa questão no segundo capítulo.

Numa outra perspectiva, sublinharemos a diferença existente na relação do clínico com o procedimento de registro escrito no contexto de pesquisa e de psicodiagnóstico e no

contexto de psicoterapia. No contexto de pesquisa e de psicodiagnóstico, o uso do registro é privilegiado, mas na psicoterapia é a atividade psíquica da memória que prevalece (Plaza, 2004). Parece haver um desconforto por parte do clínico no que tange ao uso desse registro em se tratando do processo psicoterapêutico. Desconforto talvez referenciado pelas interpretações feitas às recomendações freudianas sobre o exercício da psicanálise (Freud, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d) e à constituição de uma cultura de que uma análise deva ser feita a partir da memória e não de registros escritos. Consideramos que essa cultura deve ser questionada e transformada! Com efeito, a concepção de que a análise ou a psicoterapia fundamenta-se essencialmente sobre a memória pode interromper o trabalho de registro escrito e gerar duas conseqüências graves: 1) pode interromper ou dificultar o desenvolvimento de pesquisas sobre o processo psicoterapêutico visto que o trabalho de pesquisa é dependente do trabalho de registro; e 2) pode interferir negativamente na prática clínica na medida em que importantes informações a respeito do paciente podem ser perdidas no transcorrer do tempo. Esse fato torna-se mais grave se pensarmos nos encaminhamentos ou na substituição de profissionais durante o processo psicoterapêutico ou no retorno de um paciente a esse processo, com um novo psicoterapeuta ou com o mesmo profissional, e a necessidade de conhecer o histórico de seus acompanhamentos anteriores.

A esse respeito, Plaza (2004) corrobora nossos questionamentos ao evidenciar que “todo avanço teórico, prático e científico necessita de uma tomada de distância, de um procedimento reflexivo: as situações subjetivas, o quadro relacional terapeuta-indivíduo, as intervenções do terapeuta, devem, portanto, ser objeto de uma fixação para que possam ser transmitidas, compartilhadas” (p. 55). Com efeito, a autora evidencia a necessidade de uma

fixação, de um registro dos acontecimentos e fenômenos que acontecem em situações e contextos diversos (teórico, prático e científico), incluindo a relação entre pessoas, para que o exercício de reflexão possa ser realizado com maior eficiência. Sem dúvida, o quadro relacional e as intervenções a serem fixadas caracterizam o contexto de um processo psicoterapêutico. Nesse sentido, as situações inerentes ao contexto de um processo psicoterapêutico também necessitam de uma fixação, de um registro para que o procedimento reflexivo possa ser efetuado, possibilitando a melhor compreensão, transmissão e compartilhamento dessas situações e informações.

Em consonância, o desenvolvimento de um modelo padronizado de registro clínico responde a essa necessidade, favorecendo tanto a tomada de distância para o procedimento reflexivo quanto sua transmissão e compartilhamento de informações, por um lado e, por outro, possibilitando a melhor compreensão do processo psicoterapêutico bem como o norteamento das estratégias e intervenções a serem tomadas pelo psicoterapeuta. Em outras palavras, o registro sistematizado de informações decorrentes do processo psicoterapêutico fornece informações específicas sobre este processo, orienta o terapeuta no seu acompanhamento e evidencia alguns aspectos que possam ter contribuído para as mudanças ocorridas na vida do paciente. Alguns trabalhos (Domanico, 2005; Giami e Plaza, 2004 e Tanner, 2003) sugerem que a sistematização de uma prática de registros escritos possibilita uma melhor organização do material clínico, o que contribui para a maior eficiência da prática de supervisão de casos, bem como da psicoterapia em si. O trabalho de Tanner (2003) evidencia que a organização do material clínico contribui para uma redução significativa no tempo de trabalho empreendido para a elaboração do psicodiagnóstico e o planejamento da psicoterapia. Essa redução ocorre, pois o material organizado oferece uma

clara orientação sobre quais informações são necessárias para a realização do procedimento mais adequado.

Numa outra perspectiva, a construção da sistematização de uma prática de registros clínicos escritos torna-se fundamentalmente importante por oferecer proteção e segurança ao clínico no exercício de sua profissão. É de conhecimento geral que todo profissional de saúde possui responsabilidades éticas e legais em relação às pessoas que atende, acompanha ou realiza algum tipo de tratamento. Essa responsabilidade também inclui proteger a vida humana da autodestruição (suicídio) ou da destruição de outrem (homicídio). Uma pesquisa realizada pela *American Psychological Association* (APA), no período de 1976 a 1986, aponta que as causas mais comuns de processos legais contra psicoterapeutas são: assédio sexual, tratamento incorreto e perda por causa de uma avaliação incorreta. A morte de clientes representa 10,5% dos processos (Fremouw, Perczel e Ellis, 1990). Todos esses processos podem ser incluídos na categoria de “mau exercício da profissão”. A responsabilidade pela informação, formação, capacitação, apreensão de conhecimento técnico e o registro adequado dos julgamentos clínicos, dos procedimentos adotados e das sessões ocorridas constituem algumas das recomendações feitas para o clínico reduzir o risco do mau exercício de sua profissão (Fremouw, Perczel e Ellis, 1990). Além dessas recomendações, com o intuito de aumentar a proteção e segurança no exercício da clínica, na nossa prática adotamos e sugerimos o registro das supervisões ocorridas e de todas as ocorrências/ contatos que aconteceram entre o terapeuta, o cliente e outras pessoas que possam estar envolvidas no processo psicoterapêutico (outros profissionais, familiares e amigos, por exemplo.), o que inclui os contatos telefônicos.

Em resumo, considerando as reflexões apresentadas anteriormente, podemos elencar *treze funções e atributos* para o registro escrito do material clínico. Desse modo, são funções e atributos do registro:

- 1) Criar um traço permanente de memória objetivada, uma fixação escrita que documenta recortes de situações e acontecimentos do processo psicoterapêutico;
- 2) Minimizar as deformações inerentes ao transcorrer do tempo;
- 3) Manter e possibilitar o acesso e retomada da memória objetivada, com a minimização de deformações e esquecimentos inerentes ao tempo;
- 4) Organizar de forma otimizada o material clínico;
- 5) Promover maior efetividade da reflexão clínica;
- 6) Possibilitar melhor compreensão do processo de psicoterapia;
- 7) Possibilitar melhor compreensão do indivíduo em processo psicoterapêutico;
- 8) Possibilitar melhor norteamento para a condução do processo;
- 9) Possibilitar melhor transmissão e compartilhamento dessas situações e informações no contexto de supervisão, no contexto da psicoterapia e nos contextos de pesquisa e comunicação científica;
- 10) Oferecer proteção e segurança ao profissional, considerando-se as responsabilidades éticas e legais implicadas no exercício dessa clínica;
- 11) Contribuir para a saúde mental do psicólogo ao proporcionar a reflexão clínica e suporte para a angústia e ansiedades presentes na condução do processo psicoterapêutico;
- 12) Contribuir para a formação clínica do terapeuta; e
- 13) Contribuir para o sucesso da psicoterapia.

Feitas as devidas considerações sobre a prática do registro clínico escrito torna-se necessário evidenciar o posicionamento e regulamentações do Conselho Federal de Psicologia (CFP), órgão que rege e regulamenta a prática do psicólogo brasileiro, a respeito da realização do registro escrito de informações clínicas.

### ***Posicionamento e regulamentações do Conselho Federal de Psicologia a respeito do registro de informações clínicas***

O Conselho Federal de Psicologia – CFP (2005a; 2005b; 2004a; 2004b; 2000), por meio da Resolução CFP Nº 010/05, publicada em 21 de julho de 2005 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo e da Resolução CFP Nº 010/00, publicada em 20 de dezembro de 2000 que especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo, determina a realização do registro de informações clínicas.

O Código de Ética Profissional não traz uma referência específica de que o psicólogo clínico deva registrar as informações obtidas na prática, entretanto aponta ações que pressupõem que os registros sejam realizados (Domanico, 2005). Com efeito, a versão do Código publicada em agosto de 2005 referencia mais ações que implicam em registros que os Códigos anteriores e apresenta recomendações de cuidado com relação a essa prática e compartilhamento das informações registradas. A análise do Código de 2005 nos permite elencar quatro recomendações que corroboram nosso posicionamento.

Nesse sentido, considerando o disposto no Art. 1º que trata dos deveres fundamentais dos psicólogos, temos duas recomendações nas alíneas “g” e “h”: “(g) Informar, a quem de direito, os resultados decorrentes da prestação de serviços psicológicos, transmitindo somente o que for necessário para a tomada de decisões que afetem o usuário ou beneficiário” (CFP, 2005, p.8); “(h) Orientar a quem de direito sobre os

encaminhamentos apropriados, a partir da prestação de serviços psicológicos, e fornecer, sempre que solicitado, os documentos pertinentes ao bom termo do trabalho” (ibidem, p.8).

Encontramos a terceira recomendação no Art. 12: “Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho” (CFP, 2005, p.13).

Finalmente, a quarta recomendação encontra-se no disposto do Art. 14: “A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e a legislação profissional vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado” (CFP, 2005, p.13).

Sem dúvida, se nos atentarmos às quatro recomendações apontadas verificamos que estas sugerem ações de registros da prática clínica bem como o cuidado com as informações referentes aos beneficiários da prestação de serviços psicológicos. Assim, nas alíneas “g” e “h” do Art. 1º são feitas referências à informação e transmissão de resultados e fornecimento de documentos, o que implica na ação de realizar algum tipo de registro. No Art. 12, novamente é feita referência à elaboração de documentos com recomendações sobre quais informações devem ser registradas e compartilhadas. Por fim, o Art. 14 trata diretamente da regulamentação da elaboração e utilização desses registros.

Por sua vez, a Resolução CFP Nº 010/00 que especifica e qualifica a prática da psicoterapia apresenta uma orientação mais específica e pontual sobre a realização dos registros de informações clínicas advindas do processo psicoterapêutico. Na verdade, essa Resolução determina que devam ser feitos registros dos atendimentos realizados. Por certo, o item II disposto no Art. 2º que trata dos princípios e procedimentos que qualificam a prática da psicoterapia aponta que o psicólogo deverá “pautar-se em avaliação diagnóstica

fundamentada, devendo, ainda, manter registro referente ao atendimento realizado: indicando o meio utilizado para diagnóstico, ou motivo inicial, atualização, registro de interrupção e alta”; o que corrobora nossas observações.

Seguindo essa perspectiva, verificamos que tanto o Código de Ética quanto a Resolução CFP N° 010/00 indicam a importância e necessidade da prática do registro, a determinam e a regulamentam. No entanto, não especificam nem orientam como esse registro deve ser feito, isto é, não apontam um modelo nem parâmetros para a sua elaboração, como por exemplo, os conteúdos a serem registrados (Domanico, 2005). Quanto a essa questão, consideramos adequado o posicionamento do Conselho, por um lado, dada a complexidade da tarefa na medida em que a Psicologia clínica apresenta uma diversidade de práticas que impossibilita o delineamento de um modelo único a ser adotado pelos profissionais, de um modo geral. Por outro lado, esse posicionamento do Conselho respeita e subsidia a demanda advinda do contexto dessa profissão que se sustenta numa diversidade de práticas. A demanda de liberdade para escolher e construir um modelo em consonância com a prática, pautada por um referencial teórico específico, que cada profissional adota e assume enquanto clínico. Sem dúvida, ambos - o posicionamento do Conselho e a demanda do contexto profissional - possibilitam o desenvolvimento de pesquisas semelhantes ao presente estudo. Em conformidade com essas reflexões, Domanico (2005) realizou uma pesquisa sobre o desenvolvimento de um modelo padronizado de registro clínico escrito fundamentado na Teoria das Relações Objetais e direcionado para a psicoterapia psicodinâmica individual. Dando prosseguimento à pesquisa do referido autor, o presente trabalho trata de evidenciar a utilização desse modelo anteriormente desenvolvido, ressaltando a importância de sua construção por responder à

determinação do Conselho Federal de Psicologia e às exigências da clínica. Ao mesmo tempo, o registro se apresenta enquanto um documento que converge treze funções ou atributos fundamentais à prática e pesquisa clínicas e ao desenvolvimento teórico dessa área do conhecimento.

Delinearemos, agora, o objeto de investigação do presente estudo. Assim, o objeto refere-se a um modelo padronizado de registro clínico, fundamentado na teoria das relações objetais e direcionado para a psicoterapia psicodinâmica individual. Não é redundante esclarecer que esse modelo continua em processo de desenvolvimento, recebendo reformulações advindas das reflexões suscitadas pela sua utilização na prática clínica e pelas interlocuções teóricas.

Podemos considerar que a configuração do objeto de investigação do presente estudo responde aos anseios e às necessidades internas à equipe do Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio. Por outro lado, pensando num contexto externo, o desenvolvimento deste estudo também se justifica por responder às exigências inerentes ao exercício da profissão de psicólogo clínico, com suas implicações éticas e legais, ao mesmo tempo em que corresponde à tendência atual de estudos sobre o processo psicoterapêutico e a importância e necessidade do registro clínico para o sucesso da psicoterapia. Por certo, tanto no cenário internacional quanto no nacional, encontramos poucos estudos nessa área, o que corrobora e justifica a importância do desenvolvimento de pesquisas abordando essa temática.

Em meio a esse cenário, o objetivo que permeou a presente pesquisa foi o de descrever, caracterizar, analisar e qualificar o uso desse modelo padronizado de registro clínico escrito na psicoterapia psicodinâmica individual. Para alcançarmos esse objetivo

foram utilizadas quatro fontes: 1) a literatura especializada; 2) a experiência de meus colegas, profissionais e estagiários do Programa; 3) a minha própria experiência; e 4) o estudo do caso.

A partir de nossas reflexões teóricas e clínicas, das reflexões sobre minha experiência enquanto uma clínica-pesquisadora e das elaborações conseguidas através dessas reflexões, nos momentos de supervisão clínica e de reuniões de pesquisa, foi possível traçar indicadores clínicos e pragmáticos que possibilitaram e nortearam o desenvolvimento deste trabalho.

No próximo capítulo, considerando as implicações inerentes ao modelo de clínico-pesquisador, a importância e necessidade de se construir uma cultura de sistematização de registro clínico escrito e as recomendações do Conselho Federal de Psicologia, caracterizaremos o procedimento clínico, suas inter-relações com o modelo do clínico-pesquisador e as repercussões dessa inter-relação sobre a compreensão do registro. Apresentaremos, também, nossa construção dos conceitos de procedimento e registro clínicos, bem como a delimitação do tipo de registro clínico com o qual trabalhamos nesse estudo.

# Capítulo II

## O registro clínico enquanto um procedimento clínico: um novo olhar

*“É, afinal, por ser clínico que o procedimento, na prática e na pesquisa, encontra uma leveza de funcionamento, pois ele se refere mais a regras do que a normas” (Giami e Samalin-Amboise, 2004, p.178).*

## **Capítulo II – O registro clínico enquanto um procedimento clínico: um novo olhar**

Para apresentarmos um novo olhar sobre o registro clínico, primeiramente teceremos algumas reflexões sobre o procedimento clínico e a importância do modelo do clínico-pesquisador para essas reflexões. Em seguida, caracterizaremos o procedimento clínico com suas inter-relações com o modelo do clínico-pesquisador e o definiremos. Por fim, apresentaremos a caracterização e definição do procedimento clínico de registro e delimitaremos o tipo de registro utilizado para esse estudo considerando algumas de suas vicissitudes.

### ***Procedimento clínico e clínico-pesquisador: algumas reflexões***

Apesar do procedimento clínico (PC) estar referenciado às diversas práticas e campos de conhecimento como a medicina, a psiquiatria, a Psicologia e as ciências sociais, é nas áreas das ciências humanas e mais especificamente na área da Psicologia clínica e suas aquisições que o problema do PC, de sua definição, de suas condições de possibilidade e de seus limites é posto em evidência, em questão e em reflexão (Giami e Plaza, 2004; D'Allonnes, 2004). Isso porque a Psicologia clínica mantém uma posição privilegiada e, ao mesmo tempo, uma posição frágil no contexto da prática e da pesquisa clínica. Posição privilegiada por evocar uma abertura e representar uma demanda social importante, por manter uma diversidade de práticas e objetivos e pela incessante e imprescindível reflexão que mantém sobre a experiência clínica em diferentes situações, como por exemplo, o conhecimento e compreensão da pessoa, as atividades de diagnóstico e as práticas de

intervenção. Por outro lado, uma posição frágil, pois além dessa complexidade inerente à Psicologia clínica, os procedimentos utilizados para alcançar e manter os objetivos e especificidades de sua posição privilegiada intercambiam-se com a tensão existente entre sujeito e objeto, na intervenção e na pesquisa (Giami e Plaza, 2004; D’Allonnes, 2004). Intercambiam-se com a dificuldade de controlar as variáveis presentes nessa tensão, na qual fatores internos e externos, do sujeito e do objeto, vão interferir no posicionamento do pesquisador e em todos os momentos do processo de pesquisa (Giami, 2004; Pinto, 2004). Dificuldade encontrada também por evocar a concepção de um objeto-gente nomeado não como objeto, mas como sujeito (Caon, 1994) que se distancia do mundo inanimado (que gera conhecimentos mais precisos) e se aproxima do mundo vivencial, gerando questões mais obscuras e enigmáticas (Lowenkron, 2000) e exigindo novos parâmetros e métodos para se investigar esse campo de experiências vivenciadas.

A negação dessa condição privilegiada e frágil da Psicologia clínica poderia paralisar o trabalho do pesquisador levando-o a uma compreensão reducionista da situação, caso se pautasse exclusivamente no paradigma e método positivista. Ao contrário, o reconhecimento dessa condição da Psicologia clínica acarreta em desafios metodológicos e epistemológicos que levam à busca de formas, de mecanismos, de tentativas, de procedimentos que visam solucionar essa problemática e, ao mesmo tempo, coloca em questão o próprio procedimento clínico. Segundo D’Allonnes (2004, p. 21) esse “desafio é considerável, pois não se trata senão de construir e de acionar (...) *um ou alguns modelos de resolução dessa tensão específica entre sujeito e objeto*. O que não pode ser feito senão por intermédio de uma modificação que faça do obstáculo um meio, de sua consideração um método – e forçosamente conduz a recolocar em perspectiva e a redefinir objetividade,

subjetividade e suas relações, a repensar o rigor no procedimento clínico, suas exigências, seus limites”. Com efeito, o posicionamento do autor evidencia a necessidade e o desafio de se construírem e de se acionarem outros paradigmas que forneçam novas formas, referências, mecanismos e procedimentos que consideram, evidenciam, se apropriam e trabalham com a referida tensão, no processo de interpretação e ampliação do conhecimento acerca de determinado fenômeno.

Sem dúvida, em meio a esse desafio, o conceito de clínico-pesquisador surge, providencialmente, enquanto um paradigma, enquanto um modelo de tentativa de resolução dessa tensão - entre sujeito e objeto, entre sujeito e objeto-gente, entre sujeito e sujeito-objeto - se evocarmos a concepção do profissional enquanto um construtor de informações que ocupa, simultaneamente, diversas posições (Pinto, 2004). Um construtor de informações que faz uma reavaliação crítica dessa tensão e evidencia que o conhecimento é co-construído pelo sujeito e pelo sujeito-objeto no confronto que caracteriza o encontro entre pessoas. O clínico-pesquisador poderá, inclusive, ocupar a posição de sujeito-objeto, numa relação de sinergia, se considerarmos sua característica de reflexividade, de auto-observação (Stricker e Trierweiler, 1995) ou de avaliador do próprio trabalho (Tavares, 1995). Por convergir diferentes papéis e ocupar diversas posições, ele transforma o dever de refletir, inerente ao trabalho do clínico, em necessidade de refletir, de elaborar, em um estado de pensar que ultrapassa o campo da prática e se estende ao campo de pesquisa (Giami e Samalin-Amboise, 2004). Ele responde aos desafios metodológicos e epistemológicos com sua atitude básica de flexibilidade e ciência dos limites em relação ao seu referencial teórico com responsabilidade, respeito aos outros referenciais e abertura para utilizar diferentes métodos de pesquisa (Tavares, 1995).

Com efeito, D'Allonnes (2004) evidencia que a abertura inerente à Psicologia clínica é campo profícuo para reflexão, delineamento e caracterização do procedimento clínico. No entanto, evidencia também que apesar dos inúmeros trabalhos publicados abordando as práticas, as intervenções e as pesquisas clínicas poucos estudos têm sido realizados sobre o procedimento clínico. Nesse sentido, face à necessidade de se precisar a especificidade do PC, delineia suas características e inter-relações. Discutiremos a seguir a caracterização do procedimento clínico, pensada por esse autor e apresentaremos sua intrínseca relação com o modelo do clínico-pesquisador.

### ***Caracterização do procedimento clínico e inter-relações com o modelo do clínico-pesquisador***

O procedimento clínico possui seis características que qualificam o seu modo particular referenciado na psicologia clínica, a saber: a) a ligação com a prática; b) o papel da demanda; c) a importância da relação; d) a consideração da implicação do clínico; e) as relações com a psicanálise; e f) a reavaliação do social (D'Allonnes, 2004). Ressaltamos que essas características se inter-relacionam e se superpõem, mas a descrição isolada e pormenorizada se faz necessária para melhor qualificarmos e compreendermos o conceito do procedimento clínico. Descreveremos e discutiremos, a seguir, cada uma dessas seis características e suas inter-relações com o modelo do clínico-pesquisador.

#### ***A ligação com a prática***

Essa característica relaciona-se com a complexidade do campo da Psicologia clínica, pautado numa diversidade de práticas que se imbricam com outros campos de conhecimento. Nesse sentido, refere-se às ligações essenciais que o PC mantém com as

diversas práticas que podem ser exercidas em contextos sociais particulares e visar aos mais variados objetivos (D'Allonnes, 2004). Desse modo, a relação do PC com a prática implica na consideração do contexto no qual essa prática se insere, especificando as diferentes atividades relacionadas a essa prática e os objetivos específicos de cada uma delas para, a partir dessas considerações e das reflexões suscitadas, definir quais os procedimentos adequados para alcançar as metas almejadas.

Sem dúvida, o modelo do clínico-pesquisador se inscreve nessa característica do PC, por também manter uma ligação com a prática. Na verdade, o clínico-pesquisador constrói pontes entre a prática e a teoria, mantendo uma postura reflexiva sobre o próprio trabalho e uma postura de flexibilidade em relação ao conhecimento teórico, ao mesmo tempo em que lança mão de diversas práticas e métodos para alcançar os objetivos propostos. Assim, ao utilizar os procedimentos clínicos, o clínico-pesquisador articula o que Giami (2004) aponta como a dupla fundamentação da clínica no conhecimento e no campo da prática, na qual os objetivos da pesquisa retornam à prática em forma de críticas e aprimoramento ou aperfeiçoamento dos mecanismos de ação.

Por outro lado, pensar na questão dos objetivos específicos a cada prática nos remete à reflexão sobre a demanda que determina e orienta a formulação desses objetivos. Essa reflexão, por sua vez, nos leva à segunda característica do PC – a de estar submetido a uma demanda. Descreveremos, a seguir, o papel da demanda na configuração do procedimento clínico.

### ***O papel da demanda***

O procedimento clínico requer uma demanda. Essa demanda pode advir de uma pessoa solicitando apoio, por exemplo, ou de um pesquisador ou de um grupo de pesquisa.

Tendo pontos de partida diferentes e demandantes diferenciados, os objetivos e os métodos em parte também serão específicos e escolhidos em função da demanda (D'Allonnes, 2004). Nesse sentido, o PC se inscreve no campo da demanda, a qual deverá analisar, estruturar e instrumentalizar. Em outras palavras, frente a uma demanda configurada em um contexto específico de situação social que evoca e especifica uma determinada prática, faz-se necessária uma análise desse contexto e dessa prática. A partir dessa análise, torna-se possível estruturar qual é a demanda e quais são os objetivos a serem alcançados, bem como instrumentalizar estratégias e procedimentos de realização da prática e alcance dos objetivos.

Com efeito, refletir sobre o papel da demanda evoca a reflexão sobre o papel do clínico-pesquisador na sua relação com a própria demanda. Evoca refletir sobre a ocupação simultânea de dois lugares ou posições, o de ser demandado e o de ser demandante, o que implica uma convergência e articulação entre a situação de responder a uma demanda e a de provocar e construir uma situação. Ressaltamos que a distinção feita entre a situação de intervenção e a situação de pesquisa tem como critério a demanda inicial. Nesse sentido, se é o indivíduo o demandante, na situação de intervenção, e o pesquisador, na situação de pesquisa, no contexto de pesquisa clínica essa distinção se desvanece (Giami & Samalin-Amboise, 2004). Podemos pensar que, nessa situação, todos os envolvidos sejam demandantes. Por um lado, há uma proposta de trabalho feita pelo clínico-pesquisador e, por outro, há uma resposta voluntária a essa demanda, por parte de indivíduos que se sentem implicados. Com efeito, “essa implicação pode se situar no nível da experiência pessoal, profissional ou social dos indivíduos e ela constitui o fundamento das demandas explícitas ou implícitas que emergem da parte dos indivíduos em resposta à

demanda do pesquisador. Na medida em que as pessoas ou os grupos são relacionados (qualquer que seja o grau) pelo tema do pesquisador (que é de fato o seu problema), a aceitação de contribuir à coleta do material depende dos benefícios esperados, mais ou menos conscientemente, do encontro com o pesquisador” (Giami & Samalin-Amboise, 2004; p.179). Ressaltamos, também, a situação em que a demanda inicial é de intervenção e a situação de pesquisa se evidencia e se desenvolve dentro desse contexto. Também nesse caso, as demandas se superpõem e os papéis desempenhados pelos envolvidos nessa situação, também se superpõem. Em última instância, toda situação de interação humana supõe uma dupla demanda, na qual demandante e demandado se encontram ocupando, ambos, a posição de demandantes (D’Allonnes, 2004). É justamente nesse contexto de dupla demanda que o conceito de clínico-pesquisador se inscreve, por superpor papéis e convergir funções antes concebidas enquanto dissociadas. Sem dúvida, para além da demanda inicial e das demandas decorrentes, a postura do clínico-pesquisador se caracteriza e se diferencia dos outros modelos por ser uma postura de levar a reflexão e conhecimentos científicos para “dentro” do contexto clínico. Uma postura que não dissocia a pesquisa da prática clínica. Ao mesmo tempo, pensar o PC enquanto determinado por uma demanda implica em pensar na questão do(s) demandante(s), o que nos leva à terceira característica: a importância da relação.

### ***A importância da relação***

Acima de tudo, o procedimento clínico (PC) é interpessoal. Para que ocorra uma demanda é imprescindível que existam pessoas em relação e em uma situação social. É na relação e sobre ela que o PC se insere com o objetivo de compreendê-la, respeitando os

aspectos temporais, processuais e interpessoais. Para alcançar esses objetivos pode se pautar em diferentes variáveis, como por exemplo, a história de vida, a estrutura de personalidade ou mesmo, as situações nas quais ocorrem as relações (D'Allonnes, 2004). Dito de outro modo, é na relação que uma demanda se configura. É na relação e com a relação que a demanda é analisada, compreendida e estruturadas suas características, suas especificidades bem como seus objetivos. É na relação, com ela e sobre ela que são instrumentalizados os procedimentos, métodos e estratégias de atuação para o alcance desses objetivos.

Novamente, o modelo do clínico-pesquisador se inscreve por convergir duas situações de encontro entre pessoas: a situação de pesquisa e a da prática clínica. É a natureza desse encontro ou a natureza dessa relação que definirá as demandas. O clínico-pesquisador irá atuar a partir de uma interação humana, a partir de um encontro, de um confronto com pessoas, no espaço da intersubjetividade e em conexões relacionais que geram e evidenciam tensões, que apontam dificuldades e diversidades que deverão ser exploradas. Tensões que implicam na reflexão sobre a intersubjetividade e nos movimentos e transformações que ocorrem nesse confronto. Implicam na reflexão sobre a tensão inerente ao jogo intersubjetivo entre sujeito e sujeito-objeto e no conhecimento que eles constroem juntos.

Por outro lado, dizer que o procedimento clínico é definido numa relação de demanda, evoca evidenciarmos os atores implicados nessa relação de demanda. Evoca pensarmos na dupla relação entre os demandantes, como descrito na característica anterior. Evoca considerarmos a implicação do clínico nesse processo. Isso aponta para a quarta característica do procedimento clínico que descreveremos a seguir.

### ***A consideração da implicação do clínico***

Essa característica referencia-se à importância da relação. Assim, conceber que o procedimento clínico (PC) trabalha na e sobre a relação evidencia a questão da implicação do clínico, de seu referencial teórico e de seu manejo da situação. Evidencia fatores que mostram a rede na qual o clínico está inserido e as possibilidades de reflexão, de elaboração sobre essa rede. Rede que envolve fatores ideológicos, institucionais, de relação, de personalidade, de identidade profissional e pessoal, de processos inconscientes e de fenômenos transferenciais (D'Allonnes, 2004). Em outras palavras, essa característica traz à tona o que as perspectivas positivistas tentaram manter submerso, escondido e desconsiderado. Traz à tona o lado do profissional que realiza determinada atividade. Traz à tona as repercussões de suas escolhas e da sua posição numa rede de fatores sobre o processo de realização de sua prática. Traz à tona o perigo e o risco de se desconsiderar os processos inconscientes e os fenômenos transferenciais presentes na relação. O risco de que os fatores desconhecidos ou desconsiderados atuem e interfiram negativamente na realização da prática.

Com efeito, a experiência da intersubjetividade humana transforma as pessoas envolvidas. Essa característica evoca o conceito do clínico-pesquisador pois, semelhante ao analista, ele aplica a si mesmo a ciência que faz, isto é, ele não é um observador da relação, está implicado nela e é por ela transformado (Nogueira, 2004). Esse reconhecimento evoca a dimensão ética da pesquisa clínica na medida em que o pesquisador não pode ser desobrigado dos resultados obtidos visto que as condições para o alcance desses resultados foram criadas na relação (Sauret, 2003). A dimensão ética evoca o procedimento de reflexividade, de auto-avaliação. O clínico-pesquisador deve sempre se confrontar com sua

conduta, angústias, intervenções e procedimentos, avaliá-los e os reajustar. Isso porque resistências e movimentos ambivalentes são suscitados em ambos: sujeito e sujeito-objeto. Nesse sentido, a reflexão se constitui enquanto um procedimento crucial para mediar e avaliar a relação entre o profissional e os indivíduos, bem como a relação entre o profissional com sua prática e escolhas de procedimentos. Aqui se fazem necessárias as quatro habilidades ou tipos de observação, apontadas por Stricker e Trierweiler (1995) e descritas no primeiro capítulo: a observação objetiva, a observação participante, a observação subjetiva e a auto-observação. Por certo, esses tipos de observação apontam, respectivamente, para quatro situações-fenômeno ou movimentos presentes em toda relação, numa situação de intervenção ou de pesquisa: o contexto, as transformações causadas pela intersubjetividade, os fenômenos transferenciais e contratransferenciais e a avaliação da conduta profissional. Fenômenos que devem ser evidenciados e trabalhados pelo profissional, através do processo reflexivo.

Pensar em intersubjetividade, em processos inconscientes, em fenômenos transferenciais e contratransferenciais, com a prudência de diferenciar as situações que não caracterizam um *setting* analítico, nos leva à quinta característica do procedimento clínico – a relação com a psicanálise. Discutiremos, a seguir, essa característica.

### ***A relação com a psicanálise***

Essa característica põe em questão o problema da escolha teórica do clínico e da relação entre o procedimento clínico e a psicanálise. Utilizar os conceitos psicanalíticos é diferente de ser analisado ou de ser da análise. Independente do referencial teórico, as evidências clínicas e de pesquisas demonstram que não é mais possível pensar e trabalhar, enquanto clínico ou pesquisador, desprezando-se as contribuições da teoria psicanalítica

(D'Allonnes, 2004). Questões como os processos inconscientes e os fenômenos transferenciais e contratransferenciais estão presentes em qualquer situação de relação humana, quer seja uma situação clínica ou uma situação de pesquisa. Como evidencia Nogueira (2004), “o fenômeno da transferência, que é um fenômeno humano, não é psicanalítico, é um fenômeno que ocorre, justamente, nas relações entre os falantes” (p. 86). Essa compreensão aponta para a necessidade e a responsabilidade do profissional em considerar o conhecimento produzido pela psicanálise, independente de sua identificação e escolha de referencial teórico.

Pensando na implicação do profissional nas situações clínicas e de pesquisa e na inevitável presença de fenômenos inconscientes, numa escala gradativa, em relação ao processo da transferência, o clínico ou o pesquisador pode ser situado: a) no lugar de *negação* dos problemas transferenciais; b) no lugar de estar *na* transferência e se *adaptar* a ela; e c) no lugar de trabalhar *sobre* a transferência (Lagache, 1949; citado por D'Allonnes, 2004). Os dois primeiros lugares, de negação e de adaptação à transferência, acarretam em equívocos e atuações que podem ser muito prejudiciais tanto à clínica quanto à pesquisa. O terceiro, de trabalhar sobre a transferência, é a situação almejada e só alcançada pelo trabalho de análise e elaboração das implicações do clínico ou do pesquisador na relação, considerando-se os processos inconscientes e os fenômenos transferenciais.

Com efeito, pesquisas atuais apontam que profissionais de diversas áreas começaram a se dar conta, por um lado, da importância do conhecimento psicanalítico para o trabalho com pessoas e, por outro, começam a aprender a utilizar esses conhecimentos em outros contextos diferentes daquele configurado no *setting* analítico, ao mesmo tempo em que os próprios psicanalistas também começaram a estender as pesquisas em psicanálise

para além da relação analítica em resposta às demandas advindas da sociedade, da comunidade científica e da prática clínica (Nogueira, 2004; Sauret, 2003; Fonagy, 2003; Cartwright, 2003; Kandel, 2003; Lowenkron, 2000; Emde e Fonagy, 1997). Por certo, os trabalhos de análise e de elaboração dos processos inconscientes, em especial dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais, evidenciam os “pontos cegos” do profissional, possibilitando um melhor manejo da situação com a definição de procedimentos mais adequados. Essa questão também evidencia a importância do trabalho em equipe. Com efeito, a comunicação e o compartilhamento das informações advindas de uma prática, bem como dos problemas encontrados, com outros pesquisadores, profissionais e supervisores garantem a possibilidade de elucidação desses fenômenos não percebidos pelo profissional responsável pelo trabalho, fornecendo suporte e orientações para o desenvolvimento de sua prática.

Nesse contexto, a concepção do clínico-pesquisador é novamente evocada por suas características de reflexividade, de reconhecimento da sua implicação num confronto intersubjetivo e dos movimentos presentes nesse confronto e, principalmente, pela sua atitude de flexibilidade quanto ao seu referencial teórico tendo consciência dos limites deste e abertura para recorrer a outros referenciais e para utilizar diferentes métodos de pesquisa e de intervenção. A seguir, discutiremos a última característica do procedimento clínico: a reavaliação do social.

### ***A reavaliação do social***

O procedimento clínico diferencia-se da psicanálise pela forma como maneja ou por como gesta os fenômenos transferenciais, mas primordialmente por possuir um outro comprometimento no campo social. Evoca uma outra apreensão, uma outra Avaliação

desse campo. Preocupa-se com as situações de relacionamento e sociais em suas diversidades e que se influenciam mutuamente. Interessa-se pelos processos complexos que geram, movimentam e transformam essas situações, pela sua descrição fenomenológica, pelos conjuntos de sistemas aos quais essas situações pertencem e em diferentes níveis (D'Allonnes, 2004). Dito de um outro modo, a dimensão social é inerente à Psicologia clínica e ao procedimento clínico (PC). Dizer que o PC possui um comprometimento social diferente, implica em considerar que busca apreender e teorizar a realidade de uma situação social de relacionamento de forma transdisciplinar e multireferencial. Também busca articulações entre os processos complexos que engendram o biológico, o social, o cultural e o inconsciente, evocando a articulação entre o psiquismo e o social, entre as relações do social e da subjetividade, entre a subjetividade e a intersubjetividade envolvidas na complexidade das situações sociais, concebendo essas situações como, ao mesmo tempo, interiores e exteriores ao sujeito.

Novamente o modelo do clínico-pesquisador se inscreve para a reflexão sobre a dimensão social. Com efeito, ao trabalhar sinergisticamente com a pesquisa e a prática ele redimensiona sua responsabilidade, compromisso e compreensão sobre as práticas sociais. Descrevemos, no primeiro capítulo, a importância do papel de avaliador de seu próprio trabalho, por articular seis necessidades sociais: autogerenciamento, prestação de contas, defesa do cliente, divulgação, representação social do profissional de saúde mental e educação. Esse é um ponto importante, pois o clínico-pesquisador converge a avaliação do trabalho enquanto clínico e enquanto pesquisador e, com isso, redimensiona a compreensão do social. Esse redimensionamento é possível, também, pela postura flexível em relação ao conhecimento teórico, ao uso de métodos variados, ao reconhecimento da complexa relação

entre sujeito e sujeito-objeto, ao reconhecimento dos movimentos engendrados por essa relação e à combinação e integração do conhecimento psicológico mais generalizado com o conhecimento gerado num contexto mais específico e particular, o contexto clínico.

Em resumo, o procedimento clínico caracteriza-se por manter uma relação intrínseca com a prática, respondendo a uma demanda numa situação social de relação humana. O imbricamento dessas características definirá os tipos ou métodos de procedimentos a serem utilizados. Ao mesmo tempo, para a escolha dos procedimentos, deve-se considerar a implicação do profissional nessa situação de relacionamento, o que evoca uma reflexão a respeito dos fenômenos presentes a partir das contribuições da teoria psicanalítica.

Com efeito, a discussão sobre o modelo do clínico-pesquisador se faz presente na caracterização e qualificação do procedimento clínico (PC). É possível verificar uma relação intrínseca entre eles, na medida em que a caracterização e a qualificação do PC se confundem e se intercambiam com a caracterização e a qualificação do clínico-pesquisador. Em outras palavras, o modelo do clínico-pesquisador põe em evidência, em questão e em reflexão o conceito de procedimento clínico. Exige sua conceitualização e qualificação por ocupar e transitar, simultaneamente, a posição de clínico e a de pesquisador. Exigência justificada pela necessidade de definição ou escolha dos procedimentos adequados para a realização de determinada prática mediante a demanda e a delimitação dos objetivos a serem alcançados. Feitas a caracterização do PC e sua inter-relação com o modelo do clínico-pesquisador, delinearemos a definição de procedimento clínico.

## ***Definindo o procedimento clínico***

Na literatura especializada sobre o procedimento clínico (PC) encontramos a sua qualificação, descrição, caracterização e importância, mas não a operacionalização do seu conceito. Com efeito, os autores que exploram o termo PC, descrevem-no, qualificam-no, mas não o definem (Giami e Plaza, 2004; D'Allonnes, 2004; Giami, 2004; Plaza, 2004 e Giami e Samalin-Amboise, 2004). A definição de um conceito é necessária para podermos explorá-lo, qualificá-lo, compreendê-lo, aplicá-lo em diferentes contextos e verificar sua relação com outros fatores e conceitos (Tavares, 2004a). Frente a essa questão, sentimos a necessidade de desenvolvermos um conceito de procedimento clínico para a elaboração do presente trabalho. Essa necessidade se evidenciou durante a experiência de ministrarmos um curso sobre o registro clínico. Em síntese, no segundo semestre de 2005, oferecemos o curso de extensão - “O registro clínico baseado na Teoria das Relações Objetais”<sup>2</sup> – com o objetivo de formar e capacitar estudantes e profissionais de psicologia na utilização do modelo padronizado de registro clínico, em desenvolvimento pela equipe. Durante o curso, foram realizadas muitas discussões e reflexões sobre a *práxis* clínica envolvendo questões sobre a importância do registro clínico e sua caracterização e compreensão enquanto um procedimento clínico. Nesse sentido, definir o PC tornou-se uma tarefa urgente tanto para a realização do curso quanto para a realização da pesquisa e as reflexões direcionaram-se para esse objetivo, gerando uma definição preliminar com a qual trabalhamos e que continua em processo de construção.

Na prática profissional do psicólogo clínico, muitos procedimentos podem se fazer necessários e não serem considerados procedimentos clínicos propriamente ditos, como,

---

<sup>2</sup> O curso “O Registro clínico baseado na teoria das relações objetais” foi ministrado por Alexandre Domanico e Meirilane Naves, sob a coordenação dos professores Marcelo Tavares e Gláucia Diniz.

por exemplo, os procedimentos administrativos. Em Psicologia clínica, *procedimento clínico é o conjunto de ações, princípios, atitudes, recursos, técnicas e métodos direcionados para a pesquisa e a prática clínicas, pautado num referencial teórico, numa relação de intercâmbio com outros referenciais, e tem como objetivos favorecer a prevenção do adoecimento psíquico, a promoção, manutenção e recuperação da saúde mental e o desenvolvimento do conhecimento teórico e de práticas em Psicologia clínica.*<sup>3</sup>

Compreendemos a prática clínica enquanto intervenções realizadas em contextos não psicoterapêuticos bem como a própria psicoterapia. Nesse sentido, o conceito de procedimento clínico que propusemos aplica-se às atividades de prevenção e de intervenção não se limitando, portanto, à prática ou pesquisa em psicoterapia. Desse modo, a entrevista, por exemplo, é um PC que pode ser realizado para atividades de prevenção, de intervenção, de psicoterapia e de pesquisa. As diferenças em termos de objetivos ou forma de realização do procedimento serão marcadas pelo tipo de demanda exigida pela situação do procedimento clínico.

Giami e Plaza (2004) e seus colaboradores selecionam e discutem quatro métodos do procedimento clínico, considerados como sendo os principais: a) o documento ou o registro; b) o estudo de caso; c) a entrevista; e d) o teste projetivo. Considera-se que cada método recolhe diferentes tipos de informações, proporciona o levantamento de diferentes tipos de questões e produz diferentes tipos de análises e modos de tratamento das informações e questões geradas, o que justifica as distinções entre os quatro tipos de métodos. Para o objetivo deste estudo temos como foco o documento ou o registro. Assim, caracterizaremos e definiremos esse procedimento.

---

<sup>3</sup> Durante o curso, uma definição preliminar sobre o procedimento clínico foi construída coletivamente pelos participantes. Após o curso, a autora do presente trabalho continuou a sua elaboração subsidiada pelas reflexões teóricas e clínicas, sob a orientação do professor Marcelo Tavares.

## **Caracterização e definição do procedimento clínico de registro**

O termo documento deriva do latim *documentu* e também de *docere* (ensinar, mostrar) e significa “qualquer base de conhecimento, fixada materialmente e disposta de maneira que se possa utilizar para consulta, estudo, prova, etc” (Aurélio, 2004). Nesse sentido, serve para se consultar, instruir e provar. Significa também “escritura destinada a comprovar um fato; declaração escrita, revestida de forma padronizada, sobre fato(s) ou acontecimento(s) de natureza jurídica” (ibid, 2004). Nessa concepção também encontramos o sentido de provar e de instruir, além do sentido de declaração, de depoimento e de comunicação. Por sua vez, o termo registro (do latim *registru*) é o “conjunto organizado de um ou mais dados, relacionados entre si, e tratado como uma única unidade” (Aurélio, 2004). Nessa perspectiva, o documento ou o registro relaciona-se com instrução, ensino, prova, organização e comunicação. Relaciona-se com registro organizado, com informação materialmente fixada, com padronização e memória. Relaciona-se com o armazenamento de informações diferenciadas como a fala do indivíduo, a inferência do clínico ou sua descrição do processo (Tavares, 2000), mas que estão presentes, ao mesmo tempo, num determinado contexto. Está, portanto, “ligado ao registro e à memória, à escuta e ao olhar, à transmissão e à comunicação”, ao mesmo tempo, “não é um objeto material, mas constitui o produto de uma relação entre materiais e um certo tipo de leitura e de interpretação” (Plaza, 2004, p.53). Em outras palavras, o documento de registro é uma construção dinâmica e viva na qual estão implicados diversos fatores relacionados ao profissional (sua formação, sua história de vida, seu referencial teórico, sua personalidade e aptidões, por exemplo) e à situação social na qual este profissional e a atividade realizada se inserem (fatores institucionais, de demanda, atividades práticas ou de pesquisa, entre outros).

De acordo com Plaza (2004), o problema do documento coloca-se justamente pelo fato do clínico ter de inscrever, de registrar alguma coisa referente à realidade na qual ele confrontou-se com pessoas, elaborou uma problemática e uma metodologia, construiu uma situação para poder colocá-la em perspectiva e a comunicar. Dito de outro modo, ter de guardar em registro o material clínico obtido através desses confrontos. Isso porque o registro de uma situação, a inscrição dessa realidade fundamenta-se no ponto de vista daquele que registra, representa aquela realidade que foi possível ser apreendida naquele momento pelo olhar e pela escuta do registrador. Representa um recorte (Nogueira, 2004). Significa que nenhum registro consegue cobrir ou esgotar o conjunto de uma situação com suas diferentes dimensões e seus diferentes parâmetros. Significa que sempre subsistirão dimensões e parâmetros desconhecidos entre a experiência vivida e o registro realizado. Significa também, que esses parâmetros e dimensões remanescentes devem ser tomados em consideração, devem ser tratados por outros olhares de outros leitores. O que evoca a implicação do clínico e do pesquisador na realização dos procedimentos clínicos envolvidos no seu trabalho; na realização do procedimento clínico de registro. Evoca a reflexão clínica sobre essa implicação, sobre suas suposições prévias e seus “pontos cegos” ou desconhecimentos acerca da situação.

*O registro é um documento que apresenta um conjunto de informações, relacionadas entre si, sobre determinados fenômenos ocorridos numa relação, organizadas, elaboradas e registradas de acordo com a percepção e interpretação ou recortes do registrador. O registro clínico, portanto, trata de um documento assim*

*constituído e caracterizado enquanto um procedimento clínico utilizado nas pesquisas e práticas em Psicologia clínica*<sup>4</sup>.

Com efeito, esta compreensão do registro enquanto um documento elaborado a partir das percepções, interpretações e organizações de um registrador acerca de um fenômeno observado numa situação de relacionamento, evidencia a condição de ser um “ponto de vista”, um recorte, bem como a condição de dinamicidade. Por um lado, ao evidenciar um “ponto de vista”, ou seja, a percepção e interpretação do registrador, o registro acaba denunciando os desconhecimentos, os “pontos cegos” daquele que o elabora. Ao mesmo tempo, possibilita novas percepções, interpretações e elaborações, novos olhares ou pontos de vista, para além do registrador. Novas interpretações advindas daquele(s) que o acessam, daqueles que consultam esse registro. E é justamente essa possibilidade de novas interpretações, por outro lado, que traz a condição de dinamicidade, pois evidencia que o registro é um documento constituído por material dinâmico, “vivo” que poderá ser reinterpretado e reelaborado a partir de cada nova consulta ou acesso a este documento. Nessa perspectiva, o registro pode ser considerado enquanto um documento de construção dinâmica, podendo ser ressignificado na medida em que representa um objeto vivo de construção de conhecimento acerca de uma situação ou fenômeno. Essa é a concepção de registro que permeou o desenvolvimento do presente trabalho. Delimitaremos o tipo de registro clínico utilizado para esta pesquisa, considerando algumas de suas vicissitudes.

---

<sup>4</sup> A elaboração do conceito de Registro foi realizada pela autora do presente trabalho a partir de reflexões teóricas e clínicas, sob a orientação do professor Marcelo Tavares.

### ***Delimitação e vicissitudes do tipo de registro clínico utilizado na pesquisa***

O clínico deve inscrever, deve registrar suas percepções, interpretações e elaborações dos fenômenos ocorridos na situação ou realidade na qual ele se confrontou com pessoas, definiu objetivos e procedimentos a serem utilizados. Deve construir uma situação, colocá-la em perspectiva e a comunicar. Deve registrar o material clínico obtido nesses confrontos. Por sua vez, o registro desse material pode ocorrer através de diferentes modos de inscrição: por filmagem, por fotografia, por gravação de áudio e por escrita. Para a realização deste estudo, nosso foco recai sobre o procedimento clínico de registro escrito com modelo padronizado, cuja elaboração é feita após a sessão de psicoterapia. A delimitação do procedimento de registro clínico escrito evoca algumas vicissitudes que devem ser explicitadas.

Para melhor explicitar as vicissitudes desse procedimento, recorreremos a uma alusão feita por Assouly-Piquet (2004). Com efeito, a autora enuncia que o procedimento clínico é semelhante à estória do homem que viu o homem que viu o urso. O homem que viu o urso “(...) terá colhido traços, trabalhado sobre esses traços, brincado com traços e deixado traços para esse homem que lhe vem perguntar” (p.189). Assim, o homem que viu o urso torna-se o mediador e o transmissor das informações acerca do urso e o outro homem, mesmo não tendo visto o urso, sempre saberá alguma coisa a seu respeito graças aos traços deixados pelo homem que o viu. Nesse sentido, a função do traço seria justamente permitir a mediação e a transmissão dessas informações, no caso da estória, obtidas pelo contato com o urso.

Fazendo alusão a essa estória apontada, podemos pensar no psicoterapeuta enquanto o homem que viu o urso. O psicoterapeuta colhe material clínico e os utiliza para o

desenvolvimento da psicoterapia. Ele colhe e trabalha sobre traços e, também, deixa traços. O psicoterapeuta tem contato com o “urso” mas só pode transmitir traços desse contato. E o outro, a quem esses traços podem se destinar (outros terapeutas e profissionais, “leitores” do registro, por exemplo) só terá contato com o urso/ situação clínica por via dos traços do psicoterapeuta, por via de sua mediação e interpretação. Desse modo, o registro clínico escrito torna-se o veículo de mediação e transmissão desses traços percebidos pelo psicoterapeuta.

Numa outra perspectiva, pensar o registro clínico escrito enquanto um traço mediador e transmissor de informações, por um lado, ressalta sua característica de recorte, de expressão do ponto de vista do clínico. Por outro, é ressaltada sua função de memorização de elementos percebidos e interpretados, mas não com a intenção de restituir a totalidade desse encontro, numa situação psicoterapêutica. Por sua vez, pensar o registro escrito enquanto um recorte, enquanto expressão do ponto de vista do clínico, enquanto expressão de suas interpretações evoca considerarmos a relação existente entre registro e dado. A esse respeito, Tavares (2000) esclarece que “dado é um registro interpretado, [...] é uma informação “codificada” dentro de um campo de saber ou abordagem, de modo que ela possa ser utilizada ou manipulada e remete, portanto, a pelo menos um nível de abstração além de suas manifestações concretas no registro, como a distinção entre o indicador e o indicado, a *coisa* e o *significado* que lhe é atribuído” (p.2). O autor ainda esclarece que para se tornar um dado, elementos do registro devem, primeiramente, estarem explicitados, definidos ou conceituados externamente para poderem ser identificados e registrados ou indicados como dados. Assim, por exemplo, as falas (transcritas ou gravadas) de um paciente acerca de seu relacionamento com o psicoterapeuta são registros

“puros”. Essas falas tornam-se dados quando, por um lado, são consideradas dentro da perspectiva do conceito de transferência e por outro, podem ser apontadas dentro do registro. Nesse sentido, o registro clínico escrito de uma sessão de psicoterapia pode conter registros “puros” e registros de dados. Por sua vez, esses registros serão “arquivados” em uma forma escrita. Ressaltamos que, além de arquivar informações, a escritura dessas informações nos permite localizá-las do decorrer do processo, bem como evidenciar repetições, mapear a evolução de fenômenos (por exemplo, a transferência) e clarificar a incidência dos processos psíquicos, passo a passo, ou melhor, sessão por sessão.

Delimitado o tipo de registro clínico escolhido para o desenvolvimento dessa pesquisa – o registro clínico escrito – e apontadas algumas de suas vicissitudes, no próximo capítulo, caracterizaremos o modelo padronizado de registro clínico desenvolvido para a psicoterapia psicodinâmica utilizado em nosso estudo.

# Capítulo III

## O modelo padronizado de registro clínico para psicoterapia psicodinâmica

*“Os clínicos psicodinâmicos devem mergulhar na experiência do aqui e agora de uma interação clínica como modo de obter um vislumbre privilegiado do mundo interior do paciente e dos típicos padrões de se relacionar em outros relacionamentos (Gabbard, 2005, p.36)”*

## **Capítulo III – O modelo padronizado de registro clínico para psicoterapia psicodinâmica**

Antes de apresentarmos o modelo padronizado de registro clínico faremos uma breve consideração acerca da psicoterapia psicodinâmica e da Formulação Psicodinâmica. Em seguida, apresentaremos e discutiremos o modelo construído e utilizado nesse estudo.

### ***A psicoterapia psicodinâmica: uma breve consideração***

A história da psicoterapia psicodinâmica intercambia-se e se confunde com a história da Psicanálise e com a história da psicoterapia breve. Nos anos iniciais do desenvolvimento da Psicanálise, a maioria dos pacientes de Freud e de seus seguidores não era tratada extensivamente, sendo o tratamento de breve duração e com o objetivo primordial de remoção de sintomas. Aos poucos, a Psicanálise deixou de se restringir a esse objetivo e passou a priorizar os transtornos caracterológicos e, com a contribuição de analistas pós-freudianos e kleinianos, ampliou seu raio de ação para pacientes mais regressivos e para a análise de crianças e adolescentes (Zimmerman, 2004; Knobel, 1986). Assim, para além da remoção dos sintomas, prioritariamente, uma análise deve promover mudança na estruturação do caráter.

Dentro do referencial de psicoterapia psicodinâmica, várias discussões têm sido realizadas no intuito de definir e diferenciar, em termos de tempo, a psicoterapia de longo prazo da psicoterapia de curto prazo ou breve. Mesmo na perspectiva da psicoterapia de longo prazo, algumas abordagens trabalham com um limite de tempo pré-determinado, entre 42 ou 50 sessões, e outras trabalham sem esse limite de tempo, na qual a psicoterapia

chegaria a seu término naturalmente (Barber, Morse, Krakauer, et al, 1997; Winston, Laikin, Pollack, et al, 1994). No intuito de clarificar e resolver esse dilema, Gabbard (2005) define *longo prazo* correspondendo à duração de mais de 24 sessões ou seis meses de processo psicoterapêutico. Nesse sentido, a psicoterapia de curto prazo ou psicoterapia breve corresponderia aos processos com duração de até 24 sessões ou seis meses de trabalho terapêutico. Ressaltamos que, em nossa concepção, “a psicoterapia psicodinâmica se torna breve em consequência de estratégias psicoterapêuticas” (Tavares, 2005). É justamente a efetividade e eficácia dessas estratégias que “abreviam” o tempo no processo. Nesse sentido, a diminuição no tempo de processo psicoterapêutico é uma consequência do trabalho realizado de acordo com princípios, procedimentos e estratégias clínicas, bem como de reflexões teórico-práticas e não uma predeterminação do número de sessões a serem realizadas ou do tempo a ser percorrido.

Por outro lado, nas últimas décadas, ocorreu uma expressiva ascendência do interesse, do desenvolvimento teórico e dos modelos de psicoterapias de curta duração refletindo as várias mudanças que ocorreram nos âmbitos social, econômico e político (Zimmerman, 2004; Williams, 1998; Book, 1998;. Gabbard, 1998; Barten, 1971). Esses modelos têm sido preferidos porque os clientes são beneficiados por um alcance relativamente rápido de resultados (Hoyt, 2001). Dentre esses modelos, o de psicoterapia psicodinâmica tem sido o mais popular apresentando mais de 20 variações, todas conceitualmente originadas da teoria psicodinâmica ou psicanalítica (Svatberg & Stiles, 1991) e apresentando resultados tão positivos quanto as outras modalidades de psicoterapias (Gabbard, 2005; Crits-Cristoph, 1992). Por sua vez, essas variações estendem-se de variantes mais diretivas e centradas em eventos para variantes tipicamente

interpretativas e centradas na personalidade, apresentando uma diversidade de foco, de características terapêuticas e de limitação de tempo (Svatberg & Stiles, 1991).

Para além dessas variações de tempo e de estratégias e procedimentos clínicos, a psicoterapia psicodinâmica pode ser compreendida como “uma terapia que envolve cuidadosa atenção à interação terapeuta-paciente, com interpretação oportuna da transferência e resistência inserida em uma apreciação sofisticada da contribuição do terapeuta ao campo bi-pessoal” (Gunderson e Gabbard, 1999, p.685). Os modelos teóricos dessa terapia incluem conflitos inconscientes advindos da Psicologia do *Self*, da Psicologia do Ego, da teoria das relações objetais e da teoria do apego (Gabbard, 2005 e 1998). Um dos pressupostos básicos da psicoterapia psicodinâmica é a identificação do conflito central e a elaboração da formulação psicodinâmica, que descreveremos a seguir.

### ***A formulação psicodinâmica***

O princípio básico da psicoterapia psicodinâmica consiste em identificar o conflito principal para se definir o foco terapêutico. A elaboração da formulação psicodinâmica pode ser entendida como uma narrativa que identifica e descreve o conflito central do indivíduo, fornece o foco a ser trabalhado na psicoterapia, possibilita antecipar questões referentes à relação transferencial e às defesas utilizadas e permite definir as metas terapêuticas (Summers, 2003; Barber e Crits-Christoph, 1993; Sifneos, 1993; Horowitz e cols, 1989; Perry, Cooper e Michels, 1987). A formulação psicodinâmica tem natureza biopsicossocial, consiste numa declaração sucinta de entendimento a respeito do paciente, explica o quadro clínico e informa o tratamento (Gabbard, 2005; Kassaw e Gabbard, 2002).

A formulação psicodinâmica evidencia o padrão de relacionamentos que uma pessoa apresenta e que tende a se repetir em diversas relações e com várias pessoas, o que

inclui a relação psicoterapêutica, a figura do psicoterapeuta e cada conflito associado a seu contexto mobilizador que, em última instância é a angústia que reside no centro do conflito (Tavares, 2005; Domanico, 2005). O modelo padronizado de registro clínico utilizado neste estudo tem o seu foco no registro desse padrão de relacionamentos. A seguir, apresentaremos o modelo utilizado neste estudo.

### ***O modelo padronizado de registro clínico para psicoterapia psicodinâmica***

O modelo padronizado de registro clínico (Tavares, 2004b) objetiva apresentar uma estrutura interpretativa do padrão de relacionamentos que seja aplicada às diversas condições psicológicas encontradas no contexto clínico incluindo as situações de vivência de crise. O modelo se fundamenta na teoria das relações objetais e sua estrutura principal utiliza uma concepção do conflito nas relações. Essa estrutura concebe que o conflito é acionado por um contexto no qual o sujeito responde a partir da forma como é internamente mobilizado pelas relações objetais internalizadas na sua fantasia inconsciente. Num estudo anterior (Domanico, 2005), o modelo foi apresentado com detalhamento sobre a fundamentação teórica que o sustenta: Menninger (1979), Davanloo (1986), Malan (1983), Sifneos (1993), Luborsky (1984), Tavares (2004b) e a teoria das relações objetais.

A apresentação do modelo, definições, instruções e formulários para os registros das sessões iniciais e das sessões subseqüentes fazem parte do *Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do modelo Padronizado do registro Clínico*, desenvolvido por Tavares, Domanico e Naves (2004). Esse manual sofreu reformulações no decorrer do processo de pesquisa e das reflexões advindas do seu uso. Para o presente estudo utilizamos a versão atual do *Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do modelo*

*Padronizado do registro Clínico – Revisado* (Tavares, Domanico e Naves, 2006), ver Anexo A. Os campos para preenchimento dos formulários que constituem o modelo desenvolvido podem ser observados na Tabela 3.1 que será detalhada conceitualmente no texto a seguir.

**Tabela 3.1 – Campos Descritivos e Analíticos**

<b>Tipos de campos</b>	<b>Campos</b>
Descritivos	Falas
	Observação
Analíticos	Avaliação
	Transferência
	Contexto
	Reações e Respostas
	Relações Objetais
	Formulação
	Psicodinâmica
Planejamento	

A Tabela 3.1 mostra que o modelo de registro clínico distingue os tipos de campos que o compõem em: a) campos Descritivos – Falas e Observação; e b) campos Analíticos – Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais, Formulação Psicodinâmica e Planejamento.

### ***Campos Descritivos***

Os campos Descritivos são compostos pelos campos *Fala* e *Observação* e irão subsidiar a construção dos demais campos que são Analíticos. Estes campos são concebidos enquanto descritivos por apenas descreverem o que aconteceu, pela escuta ou pela observação. Pode ser pensado na síntese: o que vejo, o que ouço e o que digo. Referem-se

ao comportamento observável buscando aplicar uma mínima inferência ou avaliação durante o seu preenchimento. Estes campos representam as evidências clínicas nas quais as inferências, as avaliações e hipóteses diagnósticas se pautam. Poderia se pensar que o preenchimento desses campos seria independente do referencial teórico do clínico, tanto quanto possível.

Na sessão inicial, o registro do campo Falas é subdividido em: queixa, história da queixa e desenvolvimento, o que o diferencia do registro desse campo nas sessões subseqüentes. Para o presente estudo, não utilizamos os registros referentes à sessão inicial. Nesse sentido, não discorremos sobre esses campos. Em estudo anterior (Domanico, 2005), foi feita uma descrição detalhada dos campos queixa, história da queixa e desenvolvimento. A seguir, descreveremos os campos Descritivos: Falas e Observação.

## **Falas**

No campo *Falas* devem ser registradas as principais falas do paciente e do psicoterapeuta ocorridas durante a sessão. As falas referentes ao paciente devem estar entre aspas (p.e. “estou me sentindo bem hoje”). As falas referentes ao psicoterapeuta devem vir entre colchetes (p.e. [como se sente?]). Em relação às falas do psicoterapeuta, recomenda-se que sejam registradas apenas falas interpretativas, pois falas de clarificação ou de estímulo, por exemplo, podem ser subtendidas no decorrer da leitura do registro. Estruturado dessa forma, o registro mostra-se prático, pois não é necessário que seja construído um novo texto discursivo para retratar o que o paciente disse. Ao mesmo tempo, se torna menos dispendioso em relação ao volume de trabalho, à extensão do documento escrito bem como ao tempo utilizado para a sua elaboração.

No Capítulo I, apresentamos a função clínica do registro enquanto um documento que oferece amparo legal (10ª função clínica). Assim, feita a investigação sobre ideação suicida, por exemplo, essa informação deve ser incluída no registro. Considerando uma possível tentativa ou mesmo o suicídio do paciente, o psicoterapeuta poderá ser questionado sobre a realização da avaliação do risco de suicídio. Caso essa avaliação esteja no registro, existirão evidências de que a investigação foi feita e os campos subsequentes deverão indicar que medidas foram tomadas. O registro assim constituído permite a avaliação da qualidade do processo e apresenta informações completas para subsidiar eventuais pesquisas sobre o tema.

### **Observação**

No campo *Observação* consideram-se duas questões principais. A primeira refere-se à associação entre um comportamento e o contexto em que ele surge. Assim, no lugar de registrar “paciente chora”, deve ser registrado “paciente chora ao falar sobre a mãe”. A associação entre o comportamento e o contexto são evidências que auxiliam no momento da avaliação e no preenchimento dos campos Analíticos do registro. Com essas informações, também será possível inferir e antecipar uma possível reação do paciente ao se falar de um certo tema.

A segunda questão refere-se à permanência ou mudança de comportamento. Caso um comportamento seja apresentado de forma semelhante e, principalmente, de forma diferente na sessão que está sendo registrada, essas informações devem ser pontuadas no registro (p.e. paciente continua chegando atrasado ou paciente chegou pontualmente, ou paciente começa a olhar para a psicoterapeuta enquanto fala). O registro de informações no campo Observações deve ser restrito às observações, ou seja, devem ser apresentadas

informações baseadas naquilo que foi observado diretamente. As inferências estão associadas ao campo *Avaliação*.

### ***Campos Analíticos***

Os campos Analíticos são compostos pelos campos: Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais, Formulação Psicodinâmica e Planejamento. A construção desses campos Analíticos é subsidiada pelos campos Descritivos que oferecem as evidências clínicas para a formulação de hipóteses a respeito do funcionamento psicodinâmico do paciente. Estes campos são concebidos enquanto Analíticos por representarem níveis diferentes de inferências aplicadas ao material clínico.

Nesse sentido, para elaborar a Formulação Psicodinâmica este fenômeno é decomposto em vários elementos (campos: Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais) que são analisados separadamente e, posteriormente, reunidos em síntese (campo Formulação Psicodinâmica), numa análise clínica que parte de pormenores para alcançar uma compreensão maior e integrada do funcionamento psíquico. Para o preenchimento desses campos é necessária uma reflexão clínica fundamentada no referencial teórico da psicoterapia psicodinâmica, em especial, um modelo de Relação Objetal. Pode ser pensado na síntese: o que infiro, o que avalio, o que julgo. Descreveremos mais detalhadamente os campos analíticos.

### ***Avaliação***

O campo *Avaliação* representa o primeiro nível de inferência feita pelo psicoterapeuta e está mais próximo dos eventos descritivos, ou seja, do que se ouve (o conteúdo registrado no campo Falas) e do que se vê (o conteúdo registrado no campo

Observação). Este campo especifica o que o terapeuta pensa, qual o sentido que ele atribui ao que ouve e vê.

Ressaltamos que não podemos confundir o sentido específico de Avaliação, referente ao campo, com a avaliação no sentido amplo da Transferência, do Contexto, da Formulação Psicodinâmica, entre outros. Na verdade, todos os campos Analíticos envolvem algum tipo de avaliação. Reservamos o campo Avaliação para avaliações genéricas que poderão ser mais detalhadas nos campos Analíticos subseqüentes. Neste campo, posso registrar: “paciente narcisista” e ter esta consideração detalhada nos campos Analíticos subseqüentes.

### **Transferência**

Este campo deve evidenciar como as dinâmicas evidenciadas nas relações com outras pessoas são vivenciadas na psicoterapia. A apresentação da transferência deve ser feita na forma de uma narrativa. Essa narrativa deve associar a forma como o paciente se relaciona com o psicoterapeuta, fundamentada pela forma como ele se relaciona com os diversos contextos da sua vida.

### **Contexto**

Nesse campo são identificadas e registradas as situações ou contextos que provocam mais ansiedade para o paciente, ou seja, que estimula seu conflito. Podemos pensar em fatores estressantes ou desencadeadores de angústia.

## Reações ou Respostas

O registro desse campo indica a forma como o paciente responde ao Contexto Mobilizador de ansiedade e angústia. Essas respostas podem ser comportamentos ou vivências afetivas. Podem ser registrados: os mecanismos de defesa utilizados, os sintomas, as respostas afetivas, as formas de enfrentamento da situação, a posição de funcionamento (esquizo-paranóide ou depressiva) e modos de estruturação (*borderline*, neurótica, psicótica, psicopática e autística).

## Relações Objetais

O registro do campo *Relações Objetais* envolve cinco elementos ou cinco subcampos, o que implica numa análise clínica pormenorizada desse fenômeno. Os cinco elementos são: 1) Auto-imagem e auto-estima; 2) Objeto (Imagem do outro); 3) Natureza do vínculo; 4) Afeto; e 5) Impulso.

1) *Auto-imagem e auto-estima*: Deve ser registrada a avaliação que o paciente faz de si mesmo. As imagens que emprega ou deixa entrever ao se descrever e que afetos ou sentimentos tem em relação a si mesmo ou a estas imagens. Envolve também a percepção que tem de como o outro o vê.

2) *Objeto (Imagem do outro)*: O registro deve apresentar a posição do outro na relação com o paciente. A maior parte dessa informação é derivada pelo modo como o paciente descreve as pessoas nas relações e conflitos precoces e atuais. Também a partir da concepção que o paciente tem de si mesmo, inclusive em funcionamento inconsciente, pode-se inferir qual a posição, imagem e concepção do outro em relação ao paciente.

3) *Natureza do vínculo*: Considerando-se os subcampos 1 e 2, ou seja, como o paciente percebe a si mesmo e ao outro, é possível construir e identificar a natureza do vínculo, considerando o que constitui e mantém a relação. Essa análise e informação devem ser registradas nesse subcampo.

4) *Afeto*: A construção e análise do subcampo *natureza do vínculo* possibilita a identificação dos afetos envolvidos nessa relação.

5) *Impulso*: Nesse campo são registrados os impulsos envolvidos com o estabelecimento e manutenção do vínculo (p.e, *auto-imagem*: idiota e desclassificado; *objeto*: desqualificador; *vínculo*: desqualificação; *afetos*: raiva e medo; *impulso*: atacar e fugir).

Os registros dos campos Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais devem ser coerentes e permitir a integração entre os diversos elementos registrados nesses campos. As respostas e reações podem variar de contexto para contexto e, ainda, podem estar associadas a diferentes elementos da fantasia inconsciente. São os registros destes campos que vão fundamentar a elaboração da Formulação Psicodinâmica.

Nesse modelo de registro devem ser explicitadas as relações do paciente com as figuras parentais, as figuras atuais e psicoterapeuta. Essas relações podem ser múltiplas. Também poderiam ser múltiplas as relações com as figuras parentais (pai, mãe ou com outras pessoas que exerceram essa função) e com a relação terapêutica (relação entre o paciente e os outros profissionais que o acompanham ou já acompanharam).

## **Formulação Psicodinâmica**

O campo *Formulação Psicodinâmica* deve apresentar, na forma de uma narrativa, a relação entre os registros dos campos Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais,

que representam os elementos do conflito central. O registro do campo Formulação sintetiza a psicodinâmica evidenciada, caracterizada e qualificada na análise dos elementos do conflito. Embora diversas alternativas estilísticas possam ser adotadas na redação da Formulação Psicodinâmica, o modelo utilizado com mais frequência inicia-se pela apresentação do Contexto, seguido pelas Reações e Respostas do indivíduo e passando às considerações das Relações Objetais na fantasia inconsciente. Uma das vantagens de se adotar esse modelo é que ele é paralelo ao processo de investigação clínica na psicoterapia.

Quando os elementos do conflito são registrados de forma integrada fica mais explícito como o paciente se comporta em determinadas situações, quais são as respostas que ele apresenta e quais são os elementos da fantasia inconsciente que o estão levando a apresentar determinados comportamentos. A Formulação Psicodinâmica talvez seja o campo mais difícil de ser composto. Primeiro, requer entendimento de todos os campos Analíticos, principalmente os elementos do conflito (campos: Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetai). Segundo, é um campo que aspira uma concepção meta-psicológica. Nele não importa mais quem é a pessoa, mas o papel assumido nas relações objetais.

Em outras palavras, o modelo de registro evidencia o padrão de relacionamento que uma pessoa apresenta e que tende a se repetir em diversas relações e com várias pessoas, o que inclui a relação psicoterapêutica, a figura do psicoterapeuta e cada conflito associado a seu contexto mobilizador que, em última instância é a angústia que reside no centro do conflito.

## **Planejamento**

O campo Planejamento apresenta subsídios para as próximas sessões. Considerando que há um espaço de tempo entre uma sessão e outra é importante ter uma linha que oriente o percurso da terapia fazendo uma ligação entre as várias sessões. Assim, é como se o planejamento fosse o elo de ligação entre uma sessão e outra. Por articular, priorizar e organizar as informações nos diversos campos supõe-se que essa prática possa estar associada à eficácia terapêutica e redução do tempo de psicoterapia.

O planejamento poderá indicar que informações devem ser obtidas para preencher lacunas significativas e tornar a Formulação Psicodinâmica mais evidente e consistente. A busca por essas informações também deverá levar em conta que uma Formulação poderá estar equivocada por inteiro ou em parte. Sendo assim, essa busca poderá fundamentar uma compreensão ou indicar que outras compreensões devem ser consideradas para aprofundar o entendimento sobre o caso.

O registro do campo Planejamento engloba assuntos a serem discutidos, o estabelecimento de parâmetros para próximas sessões e procedimentos adicionais que devam ser realizados. Todos esses conteúdos estão de acordo com o esperado para esse campo. Também se podem incluir os objetivos almejados com a escolha de determinado procedimento clínico, os procedimentos emergenciais e de apoio, o contato com familiares, psiquiatras ou outras providências gerais.

### ***Integração entre campos***

Todos os campos Descritivos e Analíticos devem estar integrados. Isso porque, como apresentado anteriormente, os campos Descritivos são as evidências clínicas para o

preenchimento dos campos Analíticos. Assim, enquanto os campos Descritivos (Falas e Observação) representam um recorte ou um tipo de interpretação ou de inferência, embora mínima, os campos Analíticos (Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais, Formulação Psicodinâmica e Planejamento) representam considerações diagnósticas e a análise pormenorizada, evidenciada, caracterizada e qualificada desse recorte feito. Representam a interpretação, o “ponto de vista” do clínico a respeito dessa situação/ fenômeno ocorrida no *setting* psicoterapêutico.

Nesse sentido, com a análise integrada das queixas, da história das queixas e do desenvolvimento de um paciente, é possível definir um foco para o tratamento psicológico. Desse modo, informações sobre a queixa, a história da queixa e o desenvolvimento, permitem a compreensão da dinâmica do paciente e a definição de um foco para o trabalho psicoterapêutico.

Os campos que evidenciam os elementos do conflito (Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais) e os campos Formulação e Planejamento são complementares. Esses campos apontam para a necessidade de informações fundamentais para a compreensão psicodinâmica. Por sua vez, o campo Formulação apresenta, na forma de narrativa, como ocorre a relação entre os elementos do conflito. Por fim, o campo Planejamento norteia e orienta o psicoterapeuta sobre quais os procedimentos clínicos necessários e adequados para a continuidade do processo indicando as possíveis ações a serem executadas na próxima sessão. Em suma, todos os campos, Descritivos e Analíticos, são complementares. Cada um tem sua função em uma cadeia relacionada de elementos teóricos e da teoria da técnica.

No próximo capítulo, apresentaremos o método e os procedimentos utilizados para a realização desta pesquisa.

# Capítulo IV

## A realização da pesquisa: Método e procedimentos

*“(...) a necessidade de o pesquisador se assumir como artesão pertinaz, paciente, atento, sensível e, ao mesmo tempo, despretenso, zelador do consórcio entre teoria e prática, reservando exemplos probantes a cada movimento importante de sua reflexão. As ciências humanas, ao serem exercidas como ofício, permitem que cada pesquisador se sinta parte integrante da tradição clássica, podendo fazer reviver, dentro de nós e entre nós, aquilo que de mais alentador a condição humana pode oferecer” (Oliveira, 2001, p.20).*

## **Capítulo IV – A realização da pesquisa: Método e procedimentos**

Para demonstrar como este estudo foi realizado, primeiro descreveremos seu objetivo, seu contexto e os procedimentos para a coleta de dados. Em seguida, apresentaremos os procedimentos para a obtenção do caso clínico e para a descaracterização do sujeito. Por fim, descreveremos o processo de seleção dos pesquisadores colaboradores, os procedimentos para a análise do estudo de caso e a sua estrutura de apresentação.

### ***Objetivo***

O objetivo do presente estudo é descrever, caracterizar, analisar e qualificar o uso de um modelo padronizado de registro clínico aplicado em dez sessões consecutivas, no decorrer de um caso acompanhado em processo de psicoterapia psicodinâmica individual.

### ***Contexto e procedimentos para a coleta de dados***

Enquanto pesquisa clínica, este estudo evoca o modelo do clínico-pesquisador e as implicações inerentes à relação sinérgica entre a pesquisa e a prática clínica. Todos os procedimentos de coleta dos registros clínicos utilizados para análise do presente estudo são inerentes aos procedimentos clínicos utilizados no manejo e condução do processo psicoterápico selecionado para o estudo. Descreveremos o contexto de sua realização.

O Programa de Promoção da Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio é um serviço específico e especializado na intervenção da crise psicológica. Além

dessa especialidade, o Programa também oferece acompanhamento psicoterapêutico aos estudantes com dificuldades emocionais significativas. Os atendimentos são realizados ora por duplas ora individualmente e posteriormente são discutidos em equipe, nas reuniões clínicas, sob a supervisão do Prof. Dr. Marcelo Tavares do Laboratório de Saúde Mental e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

As pessoas que procuram nossos serviços são encaminhadas pelo Decanato de Assuntos Comunitários (DAC), Serviço de Assistência Médica (SAM), Serviço de Orientação ao Universitário (SOU), Diretoria de Desenvolvimento Social (DDS), por professores e coordenadores de cursos, pelos próprios usuários dos serviços que identificam colegas em crise e os auxiliam na busca de ajuda e, também, por membros de nossa equipe. A equipe também atende à demanda espontânea de estudantes que, de alguma forma, tomaram conhecimento do Programa e nos procuraram solicitando atendimento. Delinearemos, em seguida, os procedimentos para a coleta de dados.

Em nossa prática clínica, adotamos e sugerimos o registro das supervisões ocorridas e de *todas as ocorrências ou contatos* que aconteceram entre o terapeuta, o cliente e outras pessoas que possam estar envolvidas no processo psicoterapêutico (outros profissionais, familiares e amigos, por exemplo), o que inclui os contatos telefônicos. Nesse sentido, *todas* as ocorrências e informações clínicas obtidas através desses contatos devem ser registradas nas *fichas de ocorrências* - prontuários próprios, individualizados e padronizados e mantidos em arquivo pela equipe de psicologia.

Em relação ao registro escrito das sessões, além de ser um procedimento recomendado pelo Conselho Federal de Psicologia e por Domanico (2005), que desenvolveu uma pesquisa sobre essa temática, é recomendado pela coordenação do

Programa e sugerido que as supervisões clínicas partam da leitura e discussão desses registros. Nosso modelo padronizado de registro clínico, desenvolvido para a psicoterapia psicodinâmica individual, continua em processo de implementação dentro da equipe. Podemos sugerir, a esse respeito, que a equipe encontra-se em processo de transição no qual os clínicos integrantes do Programa transitam da prática de registros não estruturados, prevalecendo seu estilo próprio, para a prática de registros segundo o modelo padronizado.

A autora desse estudo participou do desenvolvimento e implementação desse modelo de registro clínico através de discussões teóricas, reflexões clínicas e treinamento que a capacitaram para a utilização do referido modelo nos casos pelos quais se responsabilizou. Assim, o caso selecionado para o presente estudo se caracteriza por apresentar a utilização do modelo padronizado para o registro escrito das informações clínicas, nas dez sessões consecutivas do processo psicoterapêutico.

Ressaltamos que para exercer a sua função ou atributo de norteador do processo psicoterapêutico, a elaboração do registro escrito de uma sessão deve ser feita antes da ocorrência da próxima sessão. A esse respeito, destacamos que todos os dez registros de sessões utilizados em análise, nessa pesquisa, foram realizados e consultados antes da ocorrência da próxima sessão, funcionando, dessa forma, enquanto um norteador do processo. Descreveremos, a seguir, os critérios para consideração, validação, exclusão, indicação e seleção dos casos, enquanto procedimentos para a obtenção do caso clínico.

### ***Procedimentos para a obtenção do caso clínico.***

Antes da realização desta pesquisa, o projeto foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP-FM) da Universidade de Brasília (Protocolo do processo: 028/2006. Em Anexo B), conforme a determinação da

Resolução 196/96 que regulamenta, orienta e fiscaliza as pesquisas que envolvem seres humanos.

Os procedimentos para consideração, validação, exclusão, indicação e seleção do caso clínico utilizado na presente pesquisa fundamentam-se naqueles descritos por Domanico (2005) na medida em que o método de pesquisa entre os dois estudos é similar e os procedimentos ali descritos são rigorosos no que se refere às questões éticas, técnicas e metodológicas relacionadas à seleção dos casos clínicos. Entretanto, foram feitas adaptações nesses procedimentos para o contexto do atual estudo.

Foram considerados como *parâmetros ou critérios de exclusão* aqueles casos que, no momento da obtenção do *Consentimento livre e Esclarecido*, atendessem a qualquer um dos seguintes critérios:

- a) *Qualidade geral do registro clínico*: registros com omissões significativas ou fora dos padrões não foram utilizados;
- b) *Idade*: não foram incluídos registros de casos de menores de 18 anos de idade;
- c) *Comprometimento da condição de compreensão do Termo de Consentimento livre e Esclarecido ou da capacidade de decidir participar ou não da pesquisa*: pessoas nestas condições não foram incluídas;
- d) *Grau de comprometimento psicopatológico*: não foram incluídos registros de pacientes que apresentaram algum tipo de transtorno ou sintoma psicótico;
- e) *Vulnerabilidade e risco para o paciente*: foram excluídos registros de pacientes vulneráveis, em crise aguda ou em situações de risco;
- f) *Risco de interferência no processo terapêutico*: não foi solicitada a inclusão de registros de pacientes em situações onde havia, por exemplo, fragilidade do vínculo terapêutico.

Um caso foi *considerado adequado e indicado* pela pesquisadora e pelo supervisor por ter seus registros realizados de acordo com as necessidades da pesquisa e por não preencher nenhum dos critérios de exclusão. Solicitou-se ao paciente a autorização para o uso dos registros de seu processo para a realização da pesquisa através da apresentação de uma *Carta-convite Padronizada* e do *Consentimento livre e Esclarecido*. A Carta-convite (ver Anexo C,) que explica os objetivos, procedimentos e metas desta pesquisa, foi apresentada após ser encerrada uma sessão. Após a leitura da carta convite e frente à expressão de interesse em obter mais informações sobre a pesquisa, a psicoterapeuta apresentou o *Consentimento livre e Esclarecido*, em Anexo D, documento que contém todas as informações necessárias e exigidas pela Resolução 196/96 e pelo Comitê de Ética, a saber: objetivos, procedimentos, sigilo e formas de proteção da identidade do sujeito, riscos, possibilidade de desistência posterior, entre outras. Foi feita a leitura minuciosa deste documento fornecendo *esclarecimentos* sobre todas as dúvidas e questões do sujeito. Sentindo-se esclarecido e autorizando a utilização dos registros de sua psicoterapia para a pesquisa, o sujeito fez a *formalização do acordo* com a *assinatura* do documento de *Consentimento livre e Esclarecido*. Essa assinatura foi feita em duas vias de igual teor e o sujeito recebeu uma via do documento. Foram feitos esclarecimentos sobre a possibilidade de desistência e ressaltado esse direito ao sujeito da pesquisa (ver Termo de Desistência, Anexo E).

Em considerações gerais, o caso clínico integrante do presente estudo caracteriza-se por um jovem adulto do sexo masculino, encaminhado à equipe do Programa por estar vivenciando uma crise psicológica. Na época, a autora do presente estudo foi a psicoterapeuta designada para o acompanhamento do caso, pelo qual é responsável até o

momento da conclusão deste estudo. Todas as *informações* que pudessem, de alguma forma, contribuir para a *identificação do sujeito* foram *omitidas ou descaracterizadas*. Nome fictício foi criado. Lugares, idades, contextos situacionais foram modificados para proteger a identidade sem prejudicar o estudo do caso.

### ***Procedimentos para análise dos registros e estudos de casos***

As análises dos registros e o estudo de caso foram feitos por pesquisadores colaboradores ou juízes e comparadas com as análises feitas por profissional com domínio sobre o modelo de registro utilizado. Para a comparação dessas análises, primeiramente, seis estudantes e estagiários em Psicologia clínica foram pré-selecionados, receberam treinamento padronizado, fizeram um estudo-piloto e realizaram as análises dos registros das dez sessões. Depois de todas as análises feitas, os juízes/estagiários pré-selecionados passaram por uma avaliação de desempenho que contribuiu para definir a seleção final das análises a serem utilizadas na pesquisa.

Descreveremos o processo de pré-seleção dos juízes, o treinamento dos juízes pré-selecionados e o estudo-piloto realizado. Em seguida, a avaliação do desempenho dos juízes e a seleção final das análises para serem incorporadas ao presente estudo. Depois, delinearemos os procedimentos para a análise dos registros e estudo de caso. Por fim, apontaremos sua estrutura de apresentação.

### ***Pré-Seleção e treinamento dos pesquisadores colaboradores ou juízes***

Durante o segundo semestre de 2005, foi realizado um curso de extensão intitulado “O registro clínico baseado na teoria das relações objetais” no intuito de formar e treinar

profissionais e graduandos do curso de Psicologia para a utilização do modelo padronizado de registro clínico estudado e proposto pela equipe. O curso foi ministrado por Alexandre Domanico e Meirilane Naves sob a coordenação dos professores Marcelo Tavares e Gláucia Diniz.

Alguns participantes do referido curso destacaram-se por seu desempenho e interesse em participar de pesquisas sobre a mesma temática. Após o término do curso, seis estudantes foram convidados a colaborar no desenvolvimento do presente trabalho. Esses colaboradores receberam um treinamento especial para realizarem a análise dos registros clínicos escritos elaborados de acordo com nosso modelo padronizado, tornando-se juízes dos registros realizados.

Um *Manual de treinamento para a análise dos registros* (ver Anexo F) foi elaborado para padronizar o método de análise, evidenciação, descrição e qualificação do uso do modelo de registro das sessões realizadas durante as psicoterapias. O treinamento teve a duração de doze horas, sendo dividido em dois módulos: um *módulo teórico* e outro *módulo prático ou estudo-piloto*. No primeiro módulo, após a leitura prévia e orientada do material teórico que fundamenta o modelo de registro, foi feito um encontro com o objetivo de fornecer esclarecimentos e a definição dos procedimentos para a análise dos registros.

Todos os seis juízes pré-selecionados mantêm contato com a prática clínica, participando das reuniões clínicas. A maioria acompanha casos enquanto co-terapeuta. A inserção na prática de se tornarem psicoterapeutas implica no desenvolvimento do hábito de realizarem os registros das sessões, seguindo o modelo desenvolvido pela equipe. Nesse sentido, o *estudo-piloto* foi realizado com dois registros de sessões de um caso real, acompanhado por um dos juízes. Após o primeiro módulo, os seis juízes e o profissional

realizaram a análise desses registros de acordo com os procedimentos padronizados. No segundo encontro do treinamento, após o estudo-piloto, foi possível identificar dificuldades para a realização das análises, universalizar as dúvidas, fornecer esclarecimentos e redefinir procedimentos de análise bem como de comportamentos dos juízes, como, por exemplo, não trocar informações sobre as análises. Após o treinamento ter sido completado, todos os juízes, assim como os dois profissionais envolvidos, realizaram a análise dos dez registros de sessão. Finalmente, quando todos os pesquisadores terminaram as análises, foi feita a Avaliação de desempenho.

### ***Avaliação de desempenho dos juízes pré-selecionados e seleção final para as análises utilizadas***

Para a *avaliação de desempenho dos juízes* foi construído um instrumento que possibilita a auto-avaliação. Como pode ser verificado no Anexo G, o instrumento é composto por dez (10) declarações e três (03) questões acerca do trabalho realizado, que variam da auto-avaliação do domínio sobre a fundamentação teórica do registro até a avaliação da qualidade das análises realizadas. Cada declaração deveria receber apenas um (01) julgamento.

A primeira declaração refere-se ao *domínio da fundamentação teórica* para a compreensão dos registros. As considerações dos juízes variaram entre ter um domínio quase plenamente ou plenamente suficiente e ter domínio suficiente. A segunda declaração refere-se ao *domínio do modelo de registro*. A maioria dos juízes considerou ter um domínio bastante suficiente. Quanto à *plena segurança no treinamento*, ocorreram variações entre concordar mais do que discordar e concordar quase totalmente ou totalmente com a declaração. Em relação às *condições e habilidades* para as análises, as

variações foram entre concordar mais que discordar e concordar quase totalmente ou totalmente com a declaração. As considerações sobre a *leitura do material* estipulado para o treinamento abordaram a *quantidade* realizada e a *qualidade* da assimilação. A maioria declarou ter lido todo o material e a qualidade da assimilação variou entre excelente e boa. O domínio sobre as *instruções para as análises* foi considerado bom ou muito bom. A maioria dos juízes considerou seu *empenho na leitura* dos registros muito bom e as considerações sobre o *empenho nas análises* variaram entre excelente e bom. Por fim, quanto à *qualidade de suas análises*, as considerações dos juízes variaram entre ser muito boa ou mais para boa do que regular.

De um modo geral, três juízes foram mais críticos nas suas auto-avaliações, considerando-se todas as suas respostas às 10 declarações apresentadas. Comparando-se a avaliação do desempenho com as análises dos registros, percebemos que estes juízes foram mais cuidadosos na produção qualitativa e apresentaram análises mais detalhadas, o que gerou um grande volume de comentários qualitativos acerca dos registros analisados. Por outro lado, os juízes que foram menos críticos em relação ao seu trabalho apresentaram uma tendência a se aquiescer, não gerando muitos comentários qualitativos acerca dos registros analisados. Nessa perspectiva, para a realização deste estudo foram selecionadas as análises dos três juízes que apresentaram análises mais detalhadas com um maior volume de comentários qualitativos. Descreveremos, a seguir, o Método e os procedimentos padronizados de análise dos registros.

### ***Método de análise dos registros***

Foram selecionados dez registros de sessões consecutivas do processo psicoterapêutico, abordando desde a 5<sup>a</sup> até a 14<sup>a</sup> sessão. Os registros das quatro primeiras

sessões não foram incluídos por não terem sido realizados conforme o modelo utilizado para os objetivos da presente pesquisa. Estes registros foram utilizados em estudo anterior (Domanico, 2005) e contribuíram para o desenvolvimento e a implementação do modelo, além de gerarem as recomendações para a elaboração do registro clínico conforme o modelo definido e utilizado nesta pesquisa. A análise dos registros do estudo de caso foi realizada por um psicólogo com domínio sobre o modelo e por três juízes. Cada juiz foi responsável pela análise dos registros das dez sessões do caso em estudo (Análise Individual Juiz/ AIJ=10), num total de 30 análises, se considerarmos o trabalho dos três juízes (AIJtotal=30). Os registros foram analisados em sua seqüência cronológica para que fosse possível verificar o encadeamento entre as sessões ou entre um registro e outro.

O profissional também efetuou a análise dos registros das dez sessões (Análise Individual Profissional/ AIP), o que totaliza 10 análises de registros (AIPtotal=10). Nesse sentido, foram feitas quatro análises individuais (profissional e juízes) para cada registro de sessão, feitas separadamente e em momentos distintos. Assim, somaram-se 04 análises (AIJ + AIP) por cada sessão, o que totaliza 40 análises se considerarmos os 10 registros do caso clínico (AIJtotal 30 + AIPtotal 10 = 40).

A síntese das análises realizadas pode ser verificada na Tabela 4.1..

**Tabela 4.1.** Síntese das análises dos registros das dez sessões do caso clínico.

Análises	Sessão										Total de Análises
	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	
AIJ	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	30
AIP	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	10
Total	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04	40

**AIJ:** Análise Individual Juízes

**AIP:** Análise Individual Profissional

**AC:** Análise Comparativa

### ***Procedimentos padronizados de análise dos registros***

Para a análise dos registros clínicos foram definidos três procedimentos distintos que buscam evidenciar, caracterizar e qualificar categorias diferentes de análise. Esses procedimentos foram padronizados pelo treinamento e foram realizados por cada juiz e pelos profissionais, em cada registro de sessão. Durante o treinamento, cada juiz recebeu a recomendação e instrução de não consultar outros juízes para a realização das análises. As análises foram realizadas individualmente, sem consultas com outros colegas, para que não ocorressem influências entre os julgamentos dos juízes. Depois do treinamento e durante o processo de análise, caso um juiz tivesse alguma dúvida sobre como proceder com as análises deveria qualificar e descrever suas dúvidas e acrescentá-las ao material avaliado e entregá-lo à pesquisadora ao término de seu trabalho.

Os tipos de análises definidos foram: análise da coerência conceitual de cada campo do registro; análise da integração entre os campos analíticos do registro; e análise seqüencial dos registros do campo Formulação Psicodinâmica das sessões. Descreveremos os objetivos de cada categoria e o procedimento de análise.

### ***Análise da coerência conceitual de cada campo do registro***

Essa categoria de análise visa evidenciar se o preenchimento de cada campo está em conformidade com as definições operacionais dos campos, conforme apresentadas no Capítulo III.

*Procedimento de análise:* Após a leitura de cada campo registrado, o avaliador deve comparar o preenchimento deste com sua definição operacional. Feita a comparação, deve efetuar seu julgamento de acordo com o nível de coerência das informações contidas no campo, com as seguintes possibilidades de julgamento: Coerente (**1**); Parcialmente Coerente/ Parcialmente Incoerente (**2**); e Incoerente (**3**). Feito o julgamento, o avaliador deve registrá-lo no *quadro analítico* referente ao caso estudado. A Tabela 4.2. apresenta o quadro analítico utilizado para o julgamento dos avaliadores.

Quando o julgamento de um avaliador acerca o preenchimento de um campo for 2 (Parcialmente Coerente/ Parcialmente Incoerente) ou 3 (Incoerente), deve ser qualificado, ou seja, o avaliador deve tecer comentários qualitativos para justificar ou explicar o seu julgamento. Para efeito de ilustração, criamos uma avaliação fictícia e preenchemos os campos relacionados a uma das sessões, o que pode ser observado na Tabela 4.2.

**Tabela 4.2.** Análise da coerência conceitual de cada campo dos registros do caso clínico.  
Caso: X; Juiz: Y.

Registro	Sessão									
	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	11 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>	14 <sup>a</sup>
Falas	1									
Observação	1									
Avaliação	1									
Transferência	1									
Contexto	(2) Na situação x não se evidenciou assim, etc.									
Reações e Respostas	1									
Relação Objetal	1									
Formulação	1									
Planejamento	1									

Coerente (1); Parcialmente Coerente/ Parcialmente Incoerente (2); Incoerente (3).

### ***Análise da integração entre os campos Analíticos do registro***

Essa análise evidenciará se existe integração entre os campos Descritivos (Falas e Observação), os campos Analíticos (Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas, Relação Objetal, Formulação Psicodinâmica e Planejamento) e a integração das informações nos campos Analíticos. Em outras palavras, o avaliador deve analisar se o preenchimento dos campos Analíticos está em conformidade e integrado com os campos Descritivos, visto que esses últimos são as evidências clínicas para se elaborarem e se

tecerem as hipóteses de funcionamento psicodinâmico e se definirem os procedimentos clínicos adequados para cada momento, dentro do processo psicoterapêutico.

*Procedimento de análise:* Após a leitura das informações registradas nos campos Descritivos (Falas e Observação), o avaliador interpreta cada campo Analítico seguindo a ordem de sua apresentação. O Procedimento de análise é semelhante ao próprio procedimento de registro de sessão, no qual o registrador irá preenchendo cada campo com base nos campos anteriores. Assim, o julgamento de cada campo é feito considerando-se o campo anterior para evidenciar o nível de alinhamento ou integração entre eles. Nesse sentido, um campo pode ser caracterizado enquanto: Integrado (**1**); Parcialmente Integrado/ Parcialmente Não Integrado (**2**); e Não Integrado (**3**). Feito o julgamento, o avaliador registra sua Avaliação no *quadro analítico* referente ao caso estudado. Quando o julgamento de um campo for 2 (Parcialmente Integrado/ Parcialmente Não Integrado) ou 3 (Não Integrado), deve ser qualificado, ou seja, o avaliador deve tecer comentários qualitativos para justificar ou explicar o seu julgamento.

A Tabela 4.3. apresenta o quadro analítico utilizado para o julgamento dos avaliadores. Para efeito de ilustração, criamos uma Avaliação fictícia e preenchemos os campos relacionados a uma sessão.

**Tabela 4.3.** Análise da integração entre os campos Analíticos de cada registro de sessão.  
Caso X; Juiz: Y.

Registro	Sessão									
	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	11 <sup>a</sup>	12 <sup>a</sup>	13 <sup>a</sup>	14 <sup>a</sup>
Avaliação	(3) Não há informações no campo Falas que fundamentem a Avaliação diagnóstica.									
Transferência	1									
Contexto	1									
Reações e Respostas	1									
Relação Objetal	1									
Formulação	(2) Faltou incluir as respostas									
Planejamento	1									

Integrado (1);  
Parcialmente Integrado/ Parcialmente Não Integrado (2);  
Não Integrado (3).

### ***Análise seqüencial dos registros do campo Formulação Psicodinâmica***

Essa análise evidencia se há uma continuidade, um encadeamento entre uma sessão e outra, ou melhor, entre os registros do campo Formulação Psicodinâmica nas sessões consecutivas.

*Procedimentos análise:* O avaliador deve analisar o campo “Formulação Psicodinâmica” no decorrer dos registros das dez sessões consecutivas e identificar os

indicadores clínicos ou características que se repetem, que se modificam, que se tornaram ausentes ou novas características que surgiram. Em outras palavras, o juiz deve identificar características ou fenômenos clínicos presentes num registro e evidenciar o movimento ou o desdobramento desses fenômenos nos registros subsequentes. Devem ser selecionados conceitos, expressões, palavras-chave ou temas que sintetizam os fenômenos ou indicadores clínicos que apareceram em cada sessão, por exemplo, “sintomas depressivos”.

A análise seqüencial dos registros do campo Formulação Psicodinâmica deve ser registrada no quadro analítico, representado pela Tabela 4.4.

**Tabela 4.4.** Análise seqüencial dos registros do campo Formulação das dez sessões do caso clínico.  
Caso X; Juiz: Y.

Registro	Sessão									
	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª
Formulação Psicodinâmica										

Delineados os tipos de análise dos registros das sessões (coerência, integração e seqüencial) descreveremos a estrutura de apresentação do estudo de caso.

### ***Estrutura de apresentação do estudo de caso***

No próximo capítulo, na apresentação do estudo de caso abordaremos: 1) A história clínica do sujeito; e 2) A análise dos registros clínicos. Na história clínica, apresentar-se-á uma síntese do caso. A síntese aborda as queixas e sintomas apresentados, o histórico de tratamentos anteriores e o desenvolvimento psicológico evidenciando-se o funcionamento psicodinâmico, bem como a relação transferencial percebida. A análise dos registros clínicos será apresentada de três maneiras distintas, de acordo com os tipos de análises

definidos. Assim, primeiro apresentaremos a análise da coerência conceitual de cada campo do registro. Em seguida, a análise da integração entre os campos Analíticos do registro e, por fim, a análise seqüencial dos registros dos campos Formulação Psicodinâmica.

# Capítulo V

## Sobre os resultados: apresentação e discussões preliminares

*“É quando temos de meter ombros à tarefa de apresentar os nossos resultados a outros investigadores que as coisas ficam menos fáceis. (...) O conteúdo sumamente pessoal e emocional sobrepuja e invalida o carácter desapaixonado e impessoal do relatório do observador em palavras; essa dificuldade é evitada, pelo contrário, mediante o uso de termos abstratos. Mas não existem termos abstratos, nem podem ser cunhados para exprimir determinadas situações individuais” (Riviere, 1982 [1952], 32).*

## Capítulo V – Sobre os resultados: apresentação e discussões preliminares

Neste capítulo, apresentaremos a análise dos registros que foram realizados no acompanhamento de dez sessões consecutivas do caso Antônio. Iniciaremos pela contextualização do caso clínico, descrevendo brevemente sua história clínica. Estas informações foram colhidas nas quatro primeiras sessões de Antônio que foram objeto de estudo anterior (Domanico, 2005) e englobam informações concernentes às dez sessões (entre a quinta e a 14ª sessão) analisadas neste estudo. As discussões referem-se ao conhecimento que se tinha à época da realização das sessões e dos seus respectivos registros. No momento da conclusão desse estudo, Antônio completava 70 sessões psicoterapêuticas. Assim, novas informações, avaliações e reflexões suscitadas pelas análises dos registros, pelo estudo de caso e pelas sessões subseqüentes às utilizadas no presente estudo serão discutidas no próximo capítulo. Os resultados referentes às análises dos registros, objeto deste capítulo, serão divididos em: a) *Análise da coerência conceitual de cada campo do registro*; b) *Análise da integração dos campos Analíticos*; e c) *Análise seqüencial dos registros*. Cada uma dessas análises será acompanhada de discussões preliminares que serão sintetizadas e aprofundadas no capítulo seguinte.

### ***História Clínica de Antônio: “quero me libertar das amarras emocionais”.***

*“Que caixa esquisita guarda em mim/ sua névoa e cinza/  
seu patrimônio de chamás,/ enquanto a vida confere/  
seu limite, e cada hora/ é uma hora devida/ no balanço da memória/ que  
chora e que ri, partida?”.* (Drummond, 1987a, p.46).

Antônio (nome fictício) é um jovem adulto universitário. É o segundo, numa família de três filhos. Seus pais ainda estão vivos e casados. Mora na casa dos pais. Chegou ao Serviço de Apoio Psicológico/ PSIU, após ter participado das atividades de acolhimento aos alunos recém-ingressantes da UnB, realizadas pelo PSIU em parceria com o DAC. Relatou que ficou surpreso com o índice de suicídio entre os universitários e queria saber “em que nível se encaixava”<sup>5</sup>. No período de avaliação psicodiagnóstica e psiquiátrica apresentou um quadro misto com todos os sintomas que configuram o Transtorno Depressivo Maior Recorrente Grave sem características psicóticas e o Transtorno Explosivo Intermitente. Seu desempenho acadêmico estava prejudicado pela sua vivência de sofrimento intenso, apresentando baixo rendimento acadêmico, dificuldades de adaptação à realidade universitária, dificuldades de relacionamento e isolamento social. Sentia-se “um peso” para a família e acreditava possuir “alguma coisa de destaque negativo” que levava as pessoas a percebê-lo como “alguém inferior”. Afirmou já ter tido muita vontade de morrer, principalmente quando era adolescente, apesar de não pensar em suicídio. Trouxe a queixa de ter “tendências isolacionistas” e “explosões nervosas”, nas quais brigava, falava palavrões e jogava coisas para longe para não ter que agredir fisicamente as pessoas, pois este era o seu desejo, mas sua “ética não permitia agredir fisicamente ninguém”. Esse comportamento gerou muitos prejuízos financeiros, inclusive no contexto universitário. Após essas explosões, tinha a sensação de derrota e frustração. Sentia-se “depressivo, com uma tristeza profunda e vontade de isolamento”, além de vergonha e constrangimento, desprezo por si mesmo e de se sentir “pequeno”. Antônio apresentava-se muito incomodado e contido na relação terapêutica. Tinha dificuldades para

---

<sup>5</sup> Relatos da fala ou expressões literais de Antônio serão denotados pelo uso de aspas.

relatar suas vivências, para contactar seus sentimentos e para compartilhá-los com a psicoterapeuta.

Antônio tem um histórico de ser agredido moral e fisicamente durante a infância e pré-adolescência por seus primos que moravam em sua casa, vizinhos de sua rua e grupos de colegas da escola. Batiam com tapas, socos e chutes, espetavam lapiseira, puxavam seu cabelo e o chamavam de “bobo, retardado e doido”. Diziam que “menino que era menino tinha que gostar de futebol”. Como Antônio não gostava, também era chamado de “mulherzinha e bicha”. Sofria essas agressões na escola, na rua e em casa, inclusive por um tio paterno adolescente que ficava em casa enquanto seus pais trabalhavam fora. Relatava que as agressões sofridas eram parte de sua história e constituíram seu caráter “com resquícios inconscientes e até mesmo orgânicos” e que deixaram “amarras emocionais” das quais queria se libertar.

Seu histórico de vitimização levou-o a acreditar que toda pessoa era um possível agressor e que podia ser “agredido a qualquer momento, por qualquer motivo e por qualquer um”. Essa crença produzia sentimentos intensos de medo e ira em relação às pessoas. Esses sentimentos estavam sempre presentes e eram contidos com muito esforço, manifestando-se nos seus “ataques explosivos”. Conseqüentemente, apresentava-se hipervigilante, sempre prestando atenção no ambiente ao seu redor e ficando de prontidão, “sempre em alerta” para um contra-ataque. Dizia que criou um “instinto de autodefesa” para se defender das agressões e que isso fazia “parte do cotidiano, mas tinha sua utilidade”. A ira e o medo intenso das pessoas levou-o a evitar relacionamentos e a buscar refúgio no isolamento. Para descrever esse isolamento, utilizava metáforas como “viver numa concha” e “viver num casulo”.

Antônio apresentou uma história de negligência e abandono por parte dos adultos, pais e professores na sua proteção em relação às agressões sofridas. Relatou que seus pais não davam muita importância às suas reclamações nem conseguiram impedir as agressões por parte dos primos, do tio, dos vizinhos e colegas de escola. Além disso, forneciam orientações ambíguas sobre como proceder diante das agressões: o pai dizia para revidar e a mãe dizia para fugir da situação. Quanto aos professores, dizia que esses não se importavam com o que estava acontecendo e não “faziam nada” para ajudá-lo a resolver seu problema. Como os ataques continuavam, foi encaminhado à direção da escola e seus pais foram convocados para orientação. A direção recomendou que Antônio devia ignorar seus agressores e o encaminhou para um serviço de acompanhamento psicológico, numa instituição especializada em atendimentos infantis.

Antônio também apresentou um histórico de relações de ajuda profissional fracassadas, nas quais se sentia agredido por ter que se submeter a essas situações que não resolviam seu problema, além de o responsabilizarem pelos ataques e pela própria proteção a esses. Acreditava que os profissionais “até tinham boa vontade” de atendê-lo, mas por “pena e piedade”. Com isso, sentia-se um “incômodo”, um “entojo”, mas se via obrigado a aceitar essa condição, já que “era a única ajuda que tinha, pois não tinha opção, não tinha para onde correr”.

Desde a primeira sessão, no processo psicoterapêutico deste estudo, estiveram presentes questões relacionadas ao medo e à ira em relação às pessoas, inclusive à psicoterapeuta. Todas as pessoas eram percebidas enquanto potenciais agressores. Contactar essa percepção desencadeava comportamentos que demonstravam o intenso sofrimento e o grande desespero com os quais vivia. As primeiras sessões foram marcadas

por choros convulsivos, gagueiras, lacunas entre as falas, linguagem rebuscada, ataques de raiva e reações que denotavam a vivência emocional de uma situação de extremo perigo ou “ataque”: respiração ofegante, sudorese elevada, enrubescimento e formigamento, enrijecimento dos músculos, principalmente os dos braços, grande aumento do tom de voz, às vezes chegando a gritar. Essas reações surgiam com muita intensidade quando evocava as lembranças de ser agredido, numa vivência extremamente dolorosa. Relatava que eram lembranças desagradáveis, as quais “fazia de tudo” para não lembrar, mas que estas sempre estavam presentes, trazendo muito medo, ira e sentimentos que “não conseguia controlar”. Contava que parecia que estava vivendo tudo de novo, como se estivesse “preso naquele tempo, na época das agressões”. O *tema das agressões* surgiu em todas as quatro sessões iniciais do processo psicoterapêutico, configurando-se enquanto o *conflito central* ou *foco* de análise. Esse tema continuou em pauta nas dez sessões selecionadas para esse estudo, ou seja, da quinta até a décima quarta sessão, bem como no decorrer do processo subsequente.

Consideramos, desde as primeiras sessões psicoterapêuticas, que o histórico de ser cronicamente submetido a agressões morais e físicas, como o próprio Antônio anunciava, o aprisionou na época das experiências dolorosas e traumatizantes, estruturando sua forma de se relacionar consigo mesmo, com outras pessoas e com o ambiente que o cerca.

A análise detalhada dos *elementos do conflito central* aponta como *contexto mobilizador* da angústia, a relação com as pessoas. Como *Reações ou Respostas* a esse contexto, Antônio apresentava sintomas depressivos, fugas, evitação, isolamento, tensão, hipervigilância, dificuldade de controle de impulsos resultando em ocasionais atuações explosivas de agressividade.

Para o exame das *Relações Objetais* na *Fantasia Inconsciente*, consideramos como ele se vê (*Auto-imagem e Auto-estima*) no conflito em pauta, como vê o outro, como o vínculo é estabelecido e mantido e quais são os afetos e impulsos envolvidos. Antônio se percebia como inferior, briguento, destruidor, pequeno, isolado, tristonho, estranho, depressivo, um incômodo, um entojado, digno de pena e de piedade. Assim, sua *Auto-imagem* era extremamente desqualificada. O *Objeto* freqüentemente projetado nos *outros* era percebido enquanto desqualificante, subordinador, destruidor, agressor e superior. O *Vínculo* que mantém essas relações se configurava enquanto “de guarda”, que pode obrigá-lo, se alguma forma de fuga não for possível, ao combate ou à submissão. Os *Afetos* caracteristicamente presentes eram o medo e a ira e evocavam os *Impulsos* de fugir e se isolar ou atacar e agredir o outro. Na fuga, talvez Antônio se identifique com o garotinho desprotegido e siga as orientações da mãe, enquanto que no ataque se identifique com o próprio agressor e siga as orientações do pai.

A *Formulação Psicodinâmica* para delinear seu padrão de relacionamento pode ser assim sintetizada: na relação com o outro, percebido enquanto desqualificador, destruidor, agressor e superior, Antônio atualizava e encenava sua percepção extremamente desqualificada de si mesmo, pequeno, destruidor, um entojado inferior e digno de pena e piedade. Essa relação desencadeava afetos intensos de medo e ira, gerando sintomas depressivos, tensão e hipervigilância, levando-o ora a fugir e se isolar ora a não controlar seus impulsos e a atuar sua agressividade.

A elaboração da *Formulação Psicodinâmica*, já na primeira sessão, mostrou-se extremamente importante para a condução do caso, pois evidenciou o *conflito central* que configura o *padrão de relacionamentos* constitutivos da personalidade de Antônio. Assim,

foi possível manter um *foco terapêutico* norteador e antecipar as manifestações desse padrão na *relação transferencial*, bem como planejar e estruturar as intervenções interpretativas.

A partir da terceira sessão, Antônio começou a relatar estar se sentindo “menos preso e mais tranquilo”, como se “estivesse saindo do casulo”. Observou-se que já se apresentava menos contido e aparentando menos incomodado na relação terapêutica. Sua gagueira e as lacunas entre as frases diminuíram, bem como a utilização de uma linguagem rebuscada. A medicação foi administrada a partir da quarta sessão. Na sétima sessão, surpreso e entusiasmado, relatou como diminuíram a ira, a vontade de agredir e o medo das pessoas, assim como se sentia mais confiante. Na oitava e nona sessões, falou com alegria, maior espontaneidade e desenvoltura sobre as mudanças percebidas em si mesmo. Começou a compartilhar seus sentimentos com a psicoterapeuta e, bastante emocionado, relatou que já conseguia separar “aquelas pessoas que realmente são uma ameaça daquelas que querem se aproximar”. Ainda muito emocionado, relatou que sua “necessidade de socialização estava mais forte”, que já tinha “vontade de sair de casa”. Contou, agradecido, como estava “se tornando corriqueiro viver num bem-estar” e de como era “agradável descobrir novas características e habilidades”. Com alegria, falava sobre estar mais “enturmado na universidade” e com melhor desempenho acadêmico. Apontava que suas expectativas eram de se “libertar ainda mais das amarras emocionais”.

Entre a nona e a décima sessão, Antônio sofreu um episódio de agressão moral na rua, o que o deixou em desespero por atualizar as experiências passadas de agressão moral e física e reviver, com muita intensidade, as emoções sentidas nas experiências do passado. Apesar da intensidade das emoções, a expressão destas foi muito diferente, mais elaborada,

com possibilidade de identificar os sentimentos e os trabalhar. As próximas cinco sessões (da 10ª até a 14ª) foram marcadas por intervenções que evidenciaram como o episódio atual de agressão moral resgatou fantasmas e sentimentos experienciados nas agressões sofridas no passado, mobilizando em Antônio um intenso medo e desespero de perder suas “conquistas e tranquilidade” adquiridas com o processo psicoterapêutico e “voltar a ser como antes”. No entanto, Antônio percebeu uma diferença importante nas suas reações, pois não teve “o impulso de agredir” seus agressores, como contra-ataque. Essa percepção auxiliou-o a se sentir “mais seguro e confiante em não perder a tranquilidade nunca vivida antes”, pois estava “progredindo com o tratamento”. Assim se encontrava Antônio na sua 14ª sessão psicoterapêutica.

No momento de conclusão deste estudo, Antônio completava 70 sessões psicoterapêuticas. Ele continua em psicoterapia. Seu objetivo é conhecer e compreender melhor a si mesmo e, também, como as relações com as pessoas construíram e constituem o seu modo de ser. Recentemente, para falar de si, trouxe a metáfora de “ser uma múmia”. Antônio disse: “sempre me vi como uma múmia, cheio de amarras, de faixas enroladas no meu corpo, cobrindo tudo. Hoje vejo que essas amarras foram se soltando aos poucos. Elas caíram. Já posso ver minha pele”.

Apesar do progresso contínuo no qual Antônio está engajado, há a recomendação para que continue em psicoterapia e ele assim o deseja. Seu histórico requer um processo de longo prazo. É necessário “cuidar dessa pele”. A ética clínica exige que o processo continue. Refletindo sobre a metáfora criada por Antônio podemos considerar que ao se soltar das amarras, das faixas que cobriam seu corpo, a múmia ficou desnudada. Sua pele está exposta, talvez “em carne viva”. Talvez seja uma experiência nunca antes vivida.

Faz-se necessário cuidar dessa pele desnudada. Faz-se necessário recolher e acolher as amarras, as lembranças atormentadoras e os sentimentos envolvidos. Mais importante, Antônio precisa consolidar novos modos de lidar com essa nova realidade. Apresentaremos e discutiremos, em seguida, os resultados das análises dos registros clínicos das dez sessões (da 5ª até a 14ª) do caso.

### ***Análise dos registros***

Como mencionamos no capítulo anterior, os resultados referentes às análises dos registros serão apresentados em três seções. Assim, primeiro apresentaremos a *análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos*. Em seguida, apresentaremos a *análise da integração dos campos Analíticos*. Por fim, apresentaremos a *análise sequencial dos registros*.

### ***Análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos***

Nesta seção, apresentaremos e discutiremos a análise da coerência conceitual dos campos dos registros Descritivos e dos campos Analíticos das dez sessões. Os resultados das avaliações dos juízes podem ser observados na Tabela 5.1, que apresenta seus comentários qualitativos ao longo das dez sessões (5ª à 14ª). Conforme solicitado pelo método, o avaliador deveria analisar o registro de cada campo e julgar se o preenchimento deste está em conformidade com o conceito que o fundamenta, remetendo-se a três possibilidades de julgamento: (1) coerente; (2) parcialmente coerente/ parcialmente incoerente e (3) incoerente. Em seguida, deveria tecer comentários qualitativos acerca dos julgamentos de coerência parcial (2) e de incoerência (3). Assim, quando um campo fosse

julgado coerente conceitualmente (1), nenhum comentário qualitativo foi solicitado. Nesta análise, nenhum campo foi julgado incoerente (3) e todos os comentários proferidos advieram de julgamentos de parcialmente coerente/ parcialmente incoerente (2) acerca dos registros dos campos.

O conteúdo de cada célula da Tabela 5.1 indica o(s) campo(s) de registro para o(s) qual(is) cada juiz fez algum comentário qualitativo. Portanto, as células vazias indicam que os registros de todos os campos foram considerados conceitualmente coerentes e não geraram nenhum comentário qualitativo por aquele juiz. Note-se que todos os juízes consideraram todos os registros dos campos das sessões 8<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> coerentes e não fizeram qualquer comentário qualitativo sobre os mesmos. A última coluna representa a consolidação de todos os comentários de todos os juízes para os registros das dez sessões. Essa consolidação nos permite acompanhar, com maior facilidade, as observações dos juízes, independente de quem as fez.

Na análise desses resultados identificamos duas espécies de comentários qualitativos: a) aqueles relacionados à coerência conceitual do campo que corresponde ao objetivo da análise originalmente solicitada pelo método; e b) aqueles relacionados a outras categorias de análise espontaneamente abordadas pelos avaliadores. Observando-se a Tabela 5.1, notamos que alguns campos estão marcados em negrito. Estes se referem aos comentários qualitativos diretamente relacionados à coerência conceitual. Os outros não negritados, referem-se às outras categorias, espontaneamente apresentadas. Considerando-se a diferenciação entre estes dois tipos de comentários qualitativos optou-se por discuti-los também de forma diferenciada, o que faremos mais adiante.

Observemos, agora, os detalhes da Tabela 5.1 O Juiz 1 teceu comentários sobre o registro do campo Transferência na 5ª sessão e sobre o registro do campo Falas nas 6ª e 7ª sessões. O exame destas indica que apenas o registro do campo Transferência se refere à coerência conceitual. Portanto, deduzimos que para o Juiz 1 todos os registros de todos os campos da dez sessões estão coerentes conceitualmente, exceto o registro do campo Transferência, na 5ª sessão. O Juiz 2 considerou todos os registros de todos os campos da dez sessões conceitualmente coerentes, sem agregar comentários qualitativos sobre os mesmos, o que corresponde à tarefa esperada quando o registro do campo é considerado com coerência conceitual. O Juiz 3 teceu vários comentários qualitativos sobre vários registros de vários campos, sendo que apenas os comentários referentes ao registro do campo Formulação, na 12ª sessão, se refere à coerência conceitual. De modo análogo ao Juiz 1, deduzimos que para o Juiz 3, exceto para o campo Formulação na 12ª sessão, todos os outros campos estão conceitualmente coerentes.

Quanto ao profissional, apenas o comentário qualitativo sobre o registro do campo Falas, na 14ª sessão, não se refere à coerência. Portanto, deduzimos que, para o profissional, o preenchimento de todos os campos dos registros estão conceitualmente coerentes, exceto os registros do campo Planejamento da 5ª sessão, do campo Transferência da 6ª sessão e do campo Contexto da 9ª sessão, considerados como parcialmente coerentes.

Em síntese, como pode ser verificado nos itens negritados da coluna Consolidação da Tabela 5.1, os comentários qualitativos referentes à coerência conceitual ocorreram nos registros do campo Transferência nas 5ª e 6ª sessões, no registro do campo Planejamento na 5ª sessão, no registro do campo Contexto, na 9ª sessão e no registro do campo Formulação, na 12ª sessão.

**Tabela 5.1** Análise da coerência conceitual dos registros dos campos das dez sessões.

Sessão	Avaliadores				
	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Profissional	Consolidação
5 <sup>a</sup>	Transferência	—	Observação	Planejamento	Transferência Observação Planejamento
6 <sup>a</sup>	Falas	—	—	Transferência	Falas Transferência
7 <sup>a</sup>	Falas	—	Falas	—	Falas
8 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—
9 <sup>a</sup>	—	—	—	Contexto	Contexto
10 <sup>a</sup>	—	—	Falas	—	Falas
11 <sup>a</sup>	—	—	Falas	—	Falas
12 <sup>a</sup>	—	—	Falas Avaliação Formulação	—	Falas Avaliação Formulação
13 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—
14 <sup>a</sup>	—	—	Falas	Falas	Falas

Para finalizar, observando-se a Tabela 5.1, verificamos que dois fenômenos ocorridos devem ser destacados: a) os registros das 5<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> sessões foram aqueles que mais receberam comentários qualitativos; e b) o Juiz 3 se destacou por ser aquele que mais proferiu esses comentários. No entanto, discutiremos esses fenômenos juntamente com os resultados referentes à análise da integração entre os campos analíticos do registro que apresentaremos adiante. Agora, analisaremos os comentários qualitativos acerca da coerência conceitual dos registros desses campos.

### **Comentários qualitativos referentes à coerência conceitual do campo**

A proposta desta seção é fazer uma análise formal da coerência conceitual por meio dos comentários qualitativos, ou seja, independente do conteúdo do campo em questão, avaliando, conforme pretendido, se o preenchimento ou o registro de um campo está em conformidade com o conceito que o fundamenta. Observando-se os termos negritos na coluna Consolidação da Tabela 5.1, notamos que os comentários qualitativos referentes à coerência conceitual aplicaram-se aos registros dos campos Transferência, das 5ª e 6ª sessões, do campo Planejamento da sessão 5ª, do campo Contexto da 9ª sessão e do campo Formulação da 12ª sessão.

Em relação ao preenchimento do campo *Transferência*, da 5ª sessão, o comentário aponta que “não se evidenciou relação com objetos de outros contextos”, o que sugere a *solicitação de informações* acerca de como a relação está se configurando e quem a terapeuta representa no *setting*. No registro temos: “a confiança na relação terapêutica está se construindo e está sendo percebida como apoiadora”. Esse julgamento clínico pautou-se: a) nas *declarações do paciente*, “penso que estou começando a sair da concha. Não estou tão preso como estava antes. Sinto uma fluidez. Nas sessões, estou me soltando aos poucos. Não sinto mais tantas amarras”; b) na *Observação*: “Olha para a psicoterapeuta na maior parte do tempo. Não gagueja como antes, diminuiu”; e c) na *Avaliação*: “expressa-se com maior facilidade, com mais desenvoltura. Sente-se mais tranquilo em relação à psicoterapia e terapeuta”. Todas essas informações estão presentes no registro indicando que a relação terapêutica está sendo percebida enquanto apoiadora. Refletindo sobre os comentários qualitativos apresentados, pensamos que, de fato, uma relação apoiadora se refere a um objeto “bom”, como o ideal de uma boa mãe, por exemplo. Entretanto, as informações que

nos auxiliariam a compreender como, especificamente, esse objeto estava sendo representado na psicoterapeuta ainda não estavam disponíveis no processo psicoterapêutico nem no registro da 5ª sessão. Assim o comentário proferido é importante, aponta para a necessidade de informações e para a importância destas para a compreensão psicodinâmica, mas não é relevante para a análise da coerência, na medida em que as informações solicitadas não estavam disponíveis no registro dos campos Descritivos (Falas e Observação) para serem incorporadas ao registro do campo Transferência. O comentário proferido pelo juiz pode ser agregado ao registro do campo Planejamento como meta terapêutica, por exemplo, “avaliar como a relação objetal está sendo representada na terapeuta”.

Ainda em relação ao registro do campo *Transferência*, outro comentário qualitativo referiu-se à 6ª sessão. No registro encontramos: “falar sobre si mesmo está cada vez mais tranquilo, dentro da relação terapêutica”. No comentário, o profissional questiona se falar sobre si é uma transferência ou se a partir dos conteúdos abordados podemos chegar a ela. Com efeito, notamos que faltou qualificar e especificar a relação transferencial. Por sua vez, essa “falta” caracteriza o conteúdo registrado no campo como incoerente em relação ao conceito que o sustenta. No registro do campo Falas, da 6ª sessão, encontramos: “Na minha infância era mais próximo da minha tia que cuidava de mim como uma babá. Gostava muito dela. Ela deu um senso de igualdade a todos”. Essas informações contribuem para especificar como a relação terapêutica estava sendo construída. Assim, uma possível reformulação desse registro seria: “a relação com a psicoterapeuta está se tornando cada vez mais tranquila e mais próxima, inspirando confiança como na relação com a tia que cuidava como uma babá e proporcionava um senso de igualdade”. O comentário evidenciou

informações importantes para a elaboração do registro dos campos Analíticos. De fato, as informações estavam presentes nos campos Descritivos, mas não foram consideradas no momento de análise e registro da sessão. Através do comentário foi possível perceber esse fenômeno clínico e especificar como a relação objetal estava sendo atualizada e representada na relação com a psicoterapeuta. Assim, o comentário é relevante à análise da coerência e as reflexões por ele suscitadas levaram à especificação da transferência e à reformulação do registro do campo contribuindo para aumentar a qualidade deste, bem como para aumentar sua eficiência no que diz respeito a sua utilização.

Quanto ao registro do campo *Contexto*, o comentário qualitativo referente à 9ª sessão questiona a adequação do uso do termo “fantasia” nesse campo. No registro encontramos: “a fantasia de ser agredido pelas pessoas”. Ressaltamos que o Contexto mobilizador de ansiedade e angústia são as relações interpessoais. Por mais que os padrões de relacionamentos sejam estruturalmente constituídos pela fantasia inconsciente, estes são vivenciados com pessoas reais. Por outro lado, em nosso modelo, o esclarecimento sobre a Fantasia Inconsciente possui um campo específico para seu registro, o que torna inadequado e incoerente conceitualmente utilizar o termo no campo Contexto. Assim, o comentário proferido pelo profissional é relevante para a análise da coerência e o registro deve ser reformulado para: “a relação com as pessoas”, o que o torna coerente com o conceito que o fundamenta.

Sobre o registro do campo *Formulação*, na sessão 12ª, o comentário qualitativo do Juiz 3 aponta que “certos aspectos deveriam estar no campo Transferência”, o que sugere uma incoerência conceitual no seu preenchimento. No entanto, o juiz não evidenciou quais são esses aspectos. No registro do campo Formulação temos: “o temor de ser traído numa

relação de confiança, desperta sentimentos de medo, raiva e desconfiança além de levar ao uso de estratégias evitativas para se esquivar dessa ameaça. Poder conversar sobre esses temores em relação à própria psicoterapeuta modifica essa relação, evocando segurança e confiança”. Visto que os aspectos não adequados ao campo não foram assinalados, supõe-se que estejam presentes no trecho sublinhado, o qual se refere à relação transferencial. A esse respeito, consideramos que a Formulação Psicodinâmica refere-se a uma narrativa do conflito em pauta na sessão e o registro desta deve ser coerente com os registros dos campos Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais. Por outro lado, como o conflito tem expressão também na transferência, é de se esperar que esta relação entre os registros dos campos Formulação Psicodinâmica e Transferência possam ser coerentes. No entanto, os conceitos que fundamentam os campos são diferentes e também evidenciam diferentes manifestações dos processos inconscientes. Por exemplo, o conflito, na Formulação, pode expressar o medo de se relacionar enquanto que a transferência pode expressar o desejo de ser acolhido. Assim, concordamos com os comentários do juiz e apontamos que o trecho sublinhado que se refere à transferência deve estar registrado no campo Transferência. Portanto, o comentário é relevante à análise da coerência sendo necessário retirar esse trecho no registro do campo Formulação, para tornar este campo conceitualmente coerente.

Por fim, o comentário qualitativo acerca do campo *Planejamento*, na 5ª sessão, refere-se à citação no registro: “interpretar a transferência”. Há a indicação de que não seja necessário incluí-la nesse campo. A esse respeito, considera-se que a interpretação da transferência é um procedimento clínico de intervenção psicoterapêutica. Nesse sentido, torna-se procedente apontá-la como uma estratégia a ser realizada na próxima sessão e é

adequada sua apresentação no campo Planejamento, conforme indica o modelo. Assim, o comentário não é relevante para a análise da coerência.

### ***Outros comentários qualitativos***

Observando-se a Tabela 5.1, notamos que os registros do campo *Falas* geraram oito comentários qualitativos não relacionados à coerência conceitual, enquanto os registros do campo *Observação* e do campo *Avaliação* geraram um comentário para cada campo. Esses comentários foram agrupados em categorias e serão tratados em separado. Encontramos três categorias de comentários referentes: a) à *estrutura do registro*; b) à *solicitação de informações*; e c) à *oferta de supervisão*. A análise destas categorias evidencia uma inter-relação, um intercâmbio entre elas, na medida em que um comentário pode se referir a mais de uma categoria. Nesse sentido, a distinção feita funciona como um recurso didático para auxiliar na compreensão dos fenômenos encontrados. Discutiremos, agora, as categorias encontradas.

### ***Estrutura do registro***

A categoria estrutura do registro refere-se ao modo como o registro deve ser elaborado ou como os campos devem ser preenchidos, conforme estruturado pelo modelo. Encontramos sete comentários relacionados a essa categoria, cinco referentes aos registros do campo *Falas*, um referente ao registro do campo *Observação* e outro referente ao registro do campo *Avaliação*.

Em relação ao registro do campo *Falas* os comentários do Juiz 3 sobre os registros das 7<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> sessões apontam que “as falas da terapeuta não foram literais”. Com efeito, na 7<sup>a</sup> sessão, por exemplo, encontramos: “terapeuta fala sobre a relação

transferencial” o que realmente não é um relato literal da fala. Entretanto, o foco desse campo são as falas do paciente e o registro dessas deve ser o mais fiel possível. Por outro lado, não há necessidade de se registrar as intervenções do terapeuta em sua “literalidade”, pois as próprias falas dos pacientes, no decorrer do registro, evidenciam as intervenções feitas. O modelo considera, inclusive, que as falas do terapeuta devem ser evitadas e registradas apenas quando e se absolutamente necessárias para a compreensão do registro. Assim, esses comentários não são relevantes para o aprimoramento do registro.

Outro exemplo pode ser verificado em relação ao campo *Observação*, no registro da 5ª sessão. No registro temos: “olha para a psicoterapeuta na maior parte do tempo. Não gagueja como antes, diminuiu”. Esse registro explicita que a gagueira diminuiu comparada às outras sessões. Nos comentários qualitativos há sugestão para se evidenciar os momentos em que o paciente gaguejou: “houve diminuição no gaguejamento, portanto, em quais contextos isso ocorreu na sessão”. Percebe-se que além de estarem relacionados à estrutura do registro, os comentários também se referem à *solicitação de informações*. A esse respeito, consideramos que a observação e a contextualização do comportamento são importantes e fundamentais para a melhor compreensão da dinâmica, mas seguir a sugestão do juiz tornaria o registro impraticável na medida em que tenderia a uma transcrição literal da sessão, o que não é o objetivo do registro clínico. Neste sentido, o comentário não é relevante para o aprimoramento do registro.

Quanto ao campo *Avaliação*, recomenda-se que deva ser preenchido em forma de narrativa e que mantenha relação com os elementos presentes nos campos Falas e Observação. O registro desse campo na 12ª sessão indica que o paciente “parecia estar com dificuldades para encontrar as palavras. Ficou muito contido no início da sessão, com

discurso racionalizado, mas isso foi se transformando no decorrer da sessão onde pôde falar e vivenciar seus afetos e encontrar sentido nas relações que fomos construindo, nas relações entre os temas surgidos”. O comentário qualitativo sugeriu que o preenchimento desse campo “ficou um pouco com cara de transferência”, mas não explicitou essa semelhança. Em análise do registro desse campo, sublinhamos no texto os conceitos que estavam sendo avaliados. A expressão “pôde falar e vivenciar seus afetos” refere-se a uma observação, mas fornece o contexto da avaliação “encontrar sentido” ou estabelecer relações de sentido ao relacionar diversas experiências de vida. Embora tenha “cara de transferência” o registro não trata da transferência e se configurou, primordialmente, enquanto uma avaliação. Assim, o comentário não se mostrou relevante para o aprimoramento do registro.

### ***Solicitação de informações***

Essa categoria refere-se ao pedido de inclusão de informações no registro, embora o conteúdo registrado contenha informações suficientes para a compreensão do fenômeno abarcado pelo campo, bem como para sua configuração de coerência conceitual. Encontramos dois exemplos para essa categoria nos comentários do Juiz 1, referentes ao registro do campo *Falas*, nas 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> sessões.

No registro do campo *Falas*, na 6<sup>a</sup> sessão, o comentário referiu-se ao trecho do registro “(relata uma série de episódios de agressão)” e solicita informações sobre quem eram os agressores. Nessa sessão, o paciente relatou vários episódios de agressões sofridas por ele na infância e envolviam colegas da escola e vizinhos da rua. Esses relatos tomaram a maior parte do tempo. Após registrar algumas falas referentes a alguns episódios, a terapeuta utilizou esse recurso de fazer um “lembrete” entre parêntesis para evidenciar que vários outros episódios de vitimização foram relatados, sem precisar ser repetitiva.

Entretanto, o uso desse recurso não estava previsto na estrutura do modelo, sendo espontaneamente “criado” pela terapeuta para facilitar a elaboração do registro. Assim, o comentário proferido acerca desse trecho do registro mostra-se relevante, pois além de solicitar o acréscimo de informações, também se refere à estrutura do registro, ou seja, ao modo como o campo deve ser preenchido.

No registro do campo *Falas* da 7ª sessão temos: “terapeuta fala sobre a relação transferencial”. O comentário qualitativo solicita mais informações sobre “o que foi trabalhado e sobre a transferência”. A esse respeito, destaca-se que o modelo de registro possui um campo específico para o delineamento da transferência (o que não justifica seu delineamento no campo Falas) e que não requer detalhamento sobre o modo ou processo pelo qual o terapeuta interpreta a transferência. Nesse sentido, o comentário não é relevante, pois não está em conformidade como o modelo proposto.

### ***Oferta de supervisão***

Essa categoria se refere àqueles comentários qualitativos que contribuem para a melhor compreensão da dinâmica do paciente e da sessão, para a proposição de novas metas terapêuticas e para o norteamento do processo. Encontramos um exemplo dessa categoria no comentário qualitativo do profissional, acerca do registro do campo Falas, da 14ª sessão. No registro das falas do paciente temos: “Sou diferente do contexto em que vivo. Tenho diferenças ideológicas, na ação e na forma de pensar. Não tenho amigos na minha vizinhança. Tenho o caráter comportamental de ser excluído. Também não dou muita intimidade”. O comentário qualitativo referiu-se ao trecho sublinhado, investigando-se o que o paciente quis dizer com essa expressão. Embora esse comentário também *solicite informações*, o que o incluiria na categoria anterior, a natureza dessas

informações é diferente, pois envolve compreender o significado da expressão para o paciente, envolve investigar o que ele pensa e sente sobre o contexto em que vive e sobre si mesmo. Essas informações estão diretamente relacionadas à compreensão do funcionamento psicodinâmico do paciente, o que justifica a configuração dessa terceira categoria. No entanto, o comentário não se refere ao modelo utilizado, mas sim a uma função do registro clínico.

### ***Síntese da análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos***

A síntese da análise da coerência conceitual dos campos Descritivos e Analíticos pode ser verificada na Tabela 5.2. As colunas da tabela indicam os tipos de comentários qualitativos proferidos pelos avaliadores. O conteúdo de cada célula indica o(s) campo(s) de registro para o(s) qual(is) foi proferido aquele tipo de comentário. Portanto, as células vazias indicam que não foi proferido nenhum comentário daquele tipo, acerca de nenhum dos campos do registro e por nenhum avaliador. A última coluna representa a somatória dos comentários proferidos por cada sessão. Observa-se que não foi tecido nenhum tipo de comentário acerca dos registros das 8ª e 13ª sessões. A última linha representa a somatória de cada tipo de comentário nas dez sessões. Observando a Tabela 5.2, notamos que alguns campos estão marcados em negrito. Estes se referem aos comentários que foram relevantes para o aprimoramento do registro conforme o modelo proposto e utilizado neste estudo. Os outros não negritados se referem aos comentários que não foram relevantes para o aprimoramento do registro, pois não seguiram a indicação do modelo proposto. Note-se que alguns campos foram marcados com asterisco (\*). Estes representam aqueles comentários que se referiram a mais de uma categoria.

Observemos, agora, os detalhes da Tabela 5.2. Em relação à coerência, foram tecidos cinco comentários. Destes, apenas três foram relevantes e conforme a indicação do modelo. Sete comentários se referiram à categoria estrutura do registro, mas nenhum dos comentários foi em conformidade com o modelo indicado. Foram proferidos dois comentários envolvendo a solicitação de informações, mas apenas o comentário sobre o registro do campo Falas da 6ª sessão mostrou relevância em relação ao modelo indicado. Um comentário envolveu a categoria oferta de supervisão. Em síntese, foram gerados quinze comentários qualitativos. Destes comentários cinco se referiram à coerência conceitual e dez se referiram às outras categorias. Apenas quatro comentários tiveram relevância no que tange ao aprimoramento do registro conforme o indicado pelo modelo.

**Tabela 5.2** - Síntese dos comentários qualitativos da análise da coerência conceitual.

Sessão	Comentários Qualitativos				
	Coerência	Estrutura	Informações	Supervisão	Total
5ª	Transferência* Planejamento	Observação*	–	–	03
6ª	Transferência	–	Falas*	–	02
7ª	–	Falas	Falas	–	02
8ª	–	–	–	–	–
9ª	Contexto	–	–	–	01
10ª	–	Falas	–	–	01
11ª	–	Falas	–	–	01
12ª	Formulação	Falas Avaliação	–	–	03
13ª	–	–	–	–	–
14ª	–	Falas	–	Falas*	02
<b>Total</b>	05	07	02	01	15

Os comentários qualitativos referentes à *coerência* relacionaram-se aos registros dos campos Transferência, Contexto, Formulação e Planejamento. O comentário proferido sobre o registro do campo Transferência da 5ª sessão envolveu a categoria solicitação de informações. O comentário não foi relevante para a análise da coerência, pois embora as informações solicitadas fossem importantes para a compreensão do caso, não estavam disponíveis no registro dos campos Descritivos. Na verdade, o comentário se refere ao campo Planejamento, pois este é o lugar apropriado para se tecer metas terapêuticas e evidenciar a necessidade de temas a serem investigados. Ao contrário do comentário sobre o campo Transferência da 5ª sessão, o comentário sobre o campo Transferência da 6ª sessão mostrou-se relevante para a análise da coerência, pois evidenciou que existiam informações nos campos Descritivos que não foram consideradas para o registro desse campo Analítico.

A respeito desses dois comentários sobre o campo Transferência (campo Analítico), destacamos que, conforme indicado pelo modelo, os registros dos campos Analíticos devem ser feitos com base nas informações presentes nos campos Descritivos (Falas e Observação). Nesse sentido, o contraponto entre os dois comentários evidencia que o primeiro comentário solicita informações, para o campo Analítico, que não estavam presentes nos campos Descritivos não sendo, portanto, relevante para a análise da coerência. Por sua vez, o segundo comentário, relevante para a análise da coerência, aponta para informações que estavam presentes nos campos Descritivos, mas que não estavam presentes no registro do campo Analítico (Transferência). Esse contraponto ressalta a importância dos registros dos campos Descritivos enquanto evidências clínicas para as análises interpretativas a serem registradas nos campos Analíticos.

Ainda em relação à *coerência*, os comentários acerca dos registros dos campos Contexto e Formulação mostraram-se relevantes por evidenciarem equívocos no seu preenchimento. De fato, a terapeuta incorporou aos registros desses campos temas ou fenômenos que se referiam a outros campos Analíticos (fantasia no campo Contexto e transferência no campo Formulação). Quanto ao registro do campo Planejamento o comentário não foi relevante, pois o registro do campo Planejamento estava em conformidade com o modelo.

Em suma, a análise dos comentários referentes à coerência evidenciou que a maioria dos comentários se apresentou relevante, foi proferida considerando-se a indicação do modelo e contribuiu para o aprimoramento do registro. Em exceção, encontramos os comentários sobre o registro do campo Transferência da 5ª sessão e sobre o registro do campo Planejamento, tecidos em desacordo com a indicação do modelo.

Na categoria *estrutura do registro* foram tecidos sete comentários qualitativos, mas nenhum deles mostrou-se relevante para o aprimoramento do registro. Ao contrário, a análise desses comentários evidenciou que as considerações tornariam o trabalho de registro mais dispendioso e impraticável, na medida em que levariam a uma transcrição da sessão, o que não é o objetivo do registro clínico.

Quanto à categoria *solicitação de informações*, encontramos relevância no comentário sobre o campo Falas da 6ª sessão, envolvendo a categoria estrutura do registro. A terapeuta utilizou uma estratégia que não estava prevista pelo modelo para sintetizar o registro. No entanto, essa estratégia se mostrou eficaz para tornar o registro sintético e não repetitivo. O comentário sugere que se deva fazer um aprimoramento dessa estratégia, fornecendo mais detalhes ao “lembrete”. Ainda em relação ao campo Falas, na 7ª sessão, o

comentário não foi relevante, pois além de não estar em conformidade com o modelo as considerações tornariam o registro dispendioso e repetitivo.

A análise dos comentários referentes às categorias estrutura do registro e solicitação de informações demonstrou que todos os comentários não foram relevantes para o aprimoramento do registro nem estavam em conformidade com o modelo indicado, exceto o comentário do campo Falas da 6ª sessão que se referiu à alteração feita pela terapeuta.

Destacamos o comentário referente à categoria *oferta de supervisão*. Apesar deste comentário não se relacionar ao aprimoramento do registro ou à conformidade com o modelo indicado, se apresentou muito relevante por evidenciar duas funções clínicas do registro: possibilitar a supervisão não presencial do caso e favorecer o norteamento do processo.

### ***Análise da integração entre os campos Analíticos do registro***

Nesta seção, apresentaremos e discutiremos a análise da integração entre os campos Analíticos dos registros das dez sessões. Os resultados das avaliações dos juízes podem ser observados na Tabela 5.3 (página 130) que apresenta seus comentários qualitativos ao longo das dez sessões (5ª à 14ª). A configuração e a organização da Tabela 5.3 são as mesmas utilizadas para a Tabela 5.1, apresentada anteriormente. Conforme solicitado pelo método, o avaliador deve analisar o registro de cada campo e julgar se o preenchimento do campo está integrado com o registro dos campos anteriores, remetendo-se a três possibilidades de julgamento, (1) integrado; (2) parcialmente integrado/ parcialmente não integrado e (3) não integrado. Em seguida, deve tecer comentários qualitativos acerca dos julgamentos de integração parcial (2) e de não integração (3). Todos os comentários

proferidos pelos avaliadores advieram dos julgamentos de parcialmente integrado/parcialmente não integrado (2) acerca dos registros dos campos, exceto os registros do campo Contexto, do campo Reações e Respostas e do campo Formulação da 8ª sessão, assinalados com asterisco, que receberam o julgamento de não integrados (3).

Da mesma maneira que ocorreu com a análise da coerência conceitual, na análise da integração entre os campos Analíticos também identificamos duas espécies de comentários qualitativos referentes: a) à integração entre os campos que se refere ao objetivo da análise originalmente solicitada pelo método; e b) a outras categorias de análise, abordadas espontaneamente pelos avaliadores. Na Tabela 5.2, os comentários qualitativos diretamente relacionados à integração entre os campos Analíticos estão marcados em negrito e os outros não negritados referem-se aos outros comentários, espontaneamente apresentados pelos juízes.

Observemos, agora, os detalhes da Tabela 5.2. O Juiz 1, com exceção dos registros dos campos das sessões 10ª e 13ª, considerados integrados, teceu comentários qualitativos sobre todos os outros registros das dez sessões. Os comentários relacionados à integração referiram-se aos registros do campo Relações Objetivas das 5ª e 12ª sessões, do campo Reações e Respostas das 9ª e 11ª sessões e do campo Contexto das 9ª e 14ª sessões. O Juiz 2 considerou que os registros dos campos referentes às sessões 5ª, 7ª e 9ª estão integrados, não gerando comentários qualitativos acerca dos mesmos, o que está de acordo com a proposta da tarefa. Em relação às outras sessões, teceu vários comentários sobre os campos registrados. Destaca-se a 8ª sessão, na qual o juiz fez comentários acerca de vários campos Analíticos do registro, julgando os campos Contexto, Reações e Respostas e Formulação (assinalados com asterisco) como não integrados. Entretanto, a análise dos comentários

feitos indicou que apenas aqueles relacionados aos registros do campo Contexto da 6ª sessão e do campo Relações Objetais da 8ª sessão, referiram-se à integração entre os campos.

Já o Juiz 3 considerou o registro das sessões 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª integrados, não proferindo comentários qualitativos, em conformidade com o objetivo da tarefa. No entanto, desenvolveu comentários acerca dos registros do campo Reações e Respostas das sessões 5ª e 6ª, do campo Contexto na 6ª sessão, dos campos Relações Objetais das 5ª, 6ª, 12ª e 14ª sessões e do campo Formulação das sessões 6ª e 7ª. Todos os comentários qualitativos relacionados às sessões 5ª e 6ª referiram-se à integração entre os campos, assim como os comentários proferidos acerca do campo Relações Objetais nas 12ª e 14ª sessões.

O profissional fez comentários qualitativos acerca de todos os registros das sessões, exceto os das sessões 7ª, 9ª, 13ª e 14ª, os quais considerou como integrados. A análise dos comentários indicou que aqueles sobre os registros dos campos Reações e Respostas, Relações Objetais e Formulação da 6ª sessão, do campo Transferência na 8ª sessão, do campo Formulação da 10ª sessão e dos campos Avaliação, Transferência e Formulação da 11ª sessão referiram-se à integração entre os campos.

Em resumo, como pode ser observado nos termos negritados na coluna Consolidação da Tabela 5.3, os comentários qualitativos relacionados à integração entre os campos, referiram-se aos registros dos campos Reações e Respostas e Relações Objetais, da 5ª sessão; dos campos Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais e Formulação da 6ª sessão; dos campos Transferência e Relações Objetais da sessão 8ª, dos campos Contexto e Reações e Respostas da 9ª sessão, do campo Formulação da 10ª sessão, dos campos

Avaliação, Transferência, Reações e Respostas e Formulação da sessão 11<sup>a</sup>, do campo Relações Objetais da 12<sup>a</sup> sessão e dos campos Contexto e Relações Objetais da 14<sup>a</sup> sessão.

Na análise dos outros comentários qualitativos espontaneamente abordados pelos avaliadores, no que se refere à coerência conceitual, encontramos três categorias referentes: a) à estrutura do registro; b) à solicitação de informações; e c) à oferta de supervisão. Na análise da integração entre os campos observamos o surgimento de mais duas categorias referentes: d) ao acréscimo de texto; e e) à substituição do registro. O *acrécimo de texto* indica que o avaliador redigiu um texto para complementar o registro da terapeuta. No caso da *substituição do registro*, o avaliador propõe um novo registro por avaliar que o registro feito pela terapeuta não está integrado. Destacamos que na análise dos comentários qualitativos da integração entre os campos, não encontramos nenhum comentário referente à categoria estrutura do registro.

Observando-se a Tabela 5.3, também notamos que os registros relacionados às sessões 6<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> foram aqueles que geraram mais comentários qualitativos, o que requer uma discussão mais detalhada sobre esse fenômeno. Nesse sentido, a proposta desta seção de análise é discutir os comentários qualitativos relacionados a cada sessão psicoterapêutica, abordando-se tanto os comentários relacionados à integração entre os campos como os comentários relacionados a outras categorias espontaneamente geradas pelas análises dos avaliadores. Assim, poderemos visualizar a especificidade de cada sessão. Dessa forma, a discussão será apresentada sessão por sessão. Antes das discussões, apresentaremos uma síntese de cada registro de sessão para contextualizar as particularidades dos comentários qualitativos.

**Tabela 5.3** - Análise da integração entre os registros dos campos Analíticos das dez sessões.

Sessão	Avaliadores				
	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Profissional	Consolidação
5 <sup>a</sup>	Relações Objetais Planejamento	—	Reações e Respostas Relações Objetais	Planejamento	Reações e Respostas Relações Objetais Planejamento
6 <sup>a</sup>	Planejamento	Contexto	Contexto Reações e Respostas Relações Objetais Formulação	Reações e Respostas Relações Objetais Formulação Planejamento	Contexto Reações e Respostas Relações Objetais Formulação Planejamento
7 <sup>a</sup>	Contexto	—	Formulação	—	Contexto Formulação
8 <sup>a</sup>	Contexto Reações e Respostas	Avaliação Contexto * Reações e Respostas * Relações Objetais Formulação * Planejamento	—	Transferência	Avaliação Transferência Contexto Reações e Respostas Relações Objetais Formulação Planejamento
9 <sup>a</sup>	Contexto Reações e Respostas	—	—	—	Contexto Reações e Respostas
10 <sup>a</sup>	—	Avaliação	—	Formulação	Avaliação Formulação
11 <sup>a</sup>	Contexto Reações e Respostas	Avaliação Formulação Planejamento	—	Avaliação Transferência Formulação	Avaliação Transferência Contexto Reações e Respostas Formulação Planejamento
12 <sup>a</sup>	Relações Objetais	Avaliação	Relações Objetais	Avaliação	Avaliação Relações Objetais
13 <sup>a</sup>	—	Avaliação Transferência	—	—	Avaliação Transferência
14 <sup>a</sup>	Contexto	Avaliação	Relações Objetais	—	Avaliação Contexto Relações Objetais

## ***Análise do registro da 5ª Sessão***

**Síntese do registro:** Entre a 4ª e a 5ª sessão, Antônio se submeteu à aplicação do TAT. Assim, o foco na 5ª sessão foram seus sentimentos em relação à atividade realizada e à psicoterapia. Quanto à experiência de se submeter ao TAT, Antônio relatou: “Vejo essa atividade como parte do tratamento. Não vejo grandes coisas atrás disso. Não sinto muita dificuldade. (...) Quando estava fazendo a atividade (TAT), fiquei muito tenso. Depois fui me acostumando e a tensão diminuindo, até não sentir mais”. Em relação a estar fazendo psicoterapia, declarou que: “Sabia que precisava desse apoio por ser estourado, explosivo. Estar com estresse somado à depressão”. Também foram trabalhados os seus objetivos em relação ao processo: “Gostaria de melhorar em relação à timidez, meu medo de me expor. Quero ter mais calma e tolerância para lidar com todos os tipos de pessoas e situações”. Sobre seus sentimentos acerca dos contatos, dos encontros psicoterapêuticos, declarou: “Penso que estou começando a sair da concha. Não estou tão preso como estava antes. Sinto uma fluidez. Nas sessões, estou me soltando aos poucos. Não sinto mais tantas amarras”. Com efeito, Antônio se apresentou mais tranquilo, expressando-se com mais facilidade e maior desenvoltura. Avaliou-se que a confiança no vínculo e relação terapêutica estava se constituindo e que Antônio percebia essa relação como apoiadora.

**Comentários qualitativos:** Os comentários qualitativos sobre o registro da 5ª sessão abordaram os campos: Reações e Respostas, Relações Objetivas (diretamente relacionados à integração) e Planejamento (relacionados às outras categorias de análise).

Quanto ao campo *Reações e Respostas*, os comentários estão diretamente relacionados à *integração* e envolveram *coerência conceitual* e a categoria de *solicitação de informações*. No registro temos: “● medo e tensão”. O comentário questiona “medo de

quê? Falta complementar”. Quanto ao comentário, poderíamos complementar: “medo de se expor e de ser invadido e destruído”. Entretanto, medo é uma resposta afetiva. No modelo, existe um campo específico para o registro dos *afetos* (campo *Relações Objetais*) o que torna a sua inclusão *incoerente* e inadequada no campo *Reações e Respostas*. Por outro lado, a 5ª sessão foi marcada pela constituição do espaço terapêutico enquanto lugar seguro e apoiador (“Penso que estou começando a sair da concha. Não estou tão preso como estava antes. Sinto uma fluidez. Nas sessões, estou me soltando aos poucos. Não sinto mais tantas amarras”); pelo reconhecimento da necessidade de ajuda (“Sabia que precisava desse apoio por ser estourado, explosivo. Estar com estresse somado à depressão”) e pela constituição, feita pelo paciente, de metas terapêuticas (“Gostaria de melhorar em relação à timidez, meu medo de me expor. Quero ter mais calma e tolerância para lidar com todos os tipos de pessoas e situações”). Essas informações estavam presentes no campo *Falas*, mas não foram consideradas e incluídas na elaboração do registro do campo *Reações e Respostas*. A falta destas informações caracteriza o registro como incompleto, parcialmente *incoerente* e não integrado e, devido a essas questões, o registro do campo precisa ser reformulado. Nesse sentido, propomos a seguinte reformulação do campo *Reações e Respostas*: “● tensão que diminuiu no decorrer da sessão; ● reconhecimento da necessidade de ajuda; ● estabelecimento de metas terapêuticas; ● reconhecimento de mudanças em si mesmo; ● maior facilidade e desenvoltura para se expressar.”

Dois comentários foram tecidos sobre o registro do campo *Relações Objetais* e estão diretamente relacionados à *integração* e envolveram *coerência conceitual* e a categoria *solicitação de informações*. No registro encontramos: “● *auto-imagem*: fragilizada; ● *objeto*: amedrontador/ ameaçador; ● *vínculo*: ameaçador; ● *afeto*: medo e

tensão; • *impulso*: enfrentamento”. As informações solicitadas envolveram “esclarecimentos sobre o impulso de enfrentamento” e “a percepção do objeto como acolhedor e digno de confiança”. Além dos comentários proferidos, a revisão deste registro trouxe outros questionamentos. Em relação ao campo Afeto consideramos que tensão é um estado do impulso contido e não um afeto, portanto, sua inclusão neste campo é *incoerente* e inadequada. No registro do campo Transferência temos, “a confiança na relação terapêutica está se construindo e sendo percebida como apoiadora”, o que caracteriza o desenvolvimento da percepção do objeto enquanto confiante e apoiador, marco na dinâmica dessa sessão. Como apontam os avaliadores, essas informações não foram consideradas para o preenchimento do campo Relações Objetais e devem ser incluídas para que o campo se torne integrado.

Quanto ao impulso de enfrentamento, percebemos que, de fato, não existem informações nos campos anteriores que corroborem essa avaliação. Revendo o registro do campo Falas, verificou-se que não há relatos do paciente sobre episódios em que caracterizariam o enfrentamento. Os relatos se referem ao medo e desconfiança em relação às pessoas. No preenchimento desse campo, a terapeuta avaliou que apesar do medo e da desconfiança em relação às pessoas (inclusive em relação à terapeuta), o paciente enfrentou os seus medos vindo à sessão e os compartilhando com ela. No entanto, essa avaliação não está registrada. No registro do campo Avaliação encontramos: “Expressa-se com maior facilidade, com mais desenvoltura. Sente-se mais tranquilo em relação à psicoterapia e terapeuta”. Uma possível reformulação do campo Avaliação seria: “Apesar do medo e da desconfiança em relação às pessoas, busca apoio nas sessões e compartilha seus temores, expressando-se com maior facilidade e com mais desenvoltura. Parece se sentir mais

tranquilo em relação à psicoterapia e à psicoterapeuta”. Essa avaliação evidencia o impasse ou a dualidade com a qual o paciente convive, ele teme e evita relacionamentos ao mesmo tempo em que deseja ser acolhido. Com a revisão do registro e as reflexões, considera-se que o impulso não é de enfrentamento, sendo mais adequado pensarmos em termos de evitação *versus* aproximação. Nesse sentido, consideramos que o registro do campo Relações Objetais precisa ser reformulado para ser integrado e possibilitar a compreensão psicodinâmica. Com base nessas reflexões, uma possível reformulação do campo seria: “● *auto-imagem*: fragilizada mas que começa a se fortalecer; ● *objeto*: amedrontador e ameaçador *versus* apoiador; ● *vínculo*: ameaça *versus* apoio; ● *afeto*: medo e desconfiança *versus* confiança; ● *impulso*: evitar *versus* aproximar”.

Os comentários qualitativos acerca do registro do campo *Planejamento* envolvem a categoria de *solicitação de informações* acerca da pesquisa e a *coerência conceitual* no que tange à adequação de se citar a interpretação da transferência como estratégia de intervenção a ser realizada. No registro temos: “● continuar trabalhando o medo de se relacionar e medo do ataque das pessoas; ● interpretar a transferência; ● fazer convite para participação em pesquisa; ● investigar relação atual e precoce com pais e irmãos”. Quanto à solicitação de informações consideramos que as informações acerca da pesquisa encontram-se no prontuário do paciente não sendo necessário, adequado ou coerente conceitualmente fazer esses esclarecimentos no campo *Planejamento*. Os comentários relacionados à interpretação da transferência foram proferidos pelo profissional e foram os mesmos proferidos por ele na análise da coerência conceitual, na seção anterior. Referiram-se à adequação de se citar esse procedimento no campo. Vimos que a

interpretação da transferência é um procedimento clínico sendo adequada sua referência como procedimento a ser realizado.

Ressalta-se que a 5ª sessão se destacou na seção de análise anterior por apresentar mais comentários qualitativos. Fazendo-se uma *síntese comparativa* dos comentários qualitativos relativos às duas seções de análise verificamos que na análise anterior, de coerência conceitual, esses foram relativos aos registros dos campos Transferência (coerência conceitual envolvendo Solicitação de informações), Observação (Solicitação de informações) e Planejamento (coerência conceitual). Na seção de análise atual, da integração, os comentários qualitativos foram relativos aos registros dos campos Reações e Respostas (integração envolvendo coerência conceitual e Solicitação de informações), Relações Objetais (integração envolvendo coerência conceitual e Solicitação de informações) e Planejamento (coerência conceitual envolvendo Solicitação de informações). Nas duas seções de análise, somaram-se os registros de seis campos para os quais foram proferidos comentários qualitativos.

Observando-se a síntese comparativa entre as duas seções de análise percebemos uma inter-relação entre elas. A comparação parece indicar que para haver integração entre os campos é necessário que haja coerência conceitual no preenchimento destes. Verifica-se que os registros do campo Reações e Respostas e do campo Relações Objetais foram avaliados como coerentes conceitualmente na seção anterior, não recebendo nenhum comentário qualitativo. No entanto, na análise da integração entre os campos, na seção de análise atual, evidenciou-se uma incoerência parcial nos registros destes, envolvendo solicitação de informações. Dos registros dos seis campos que geraram comentários, cinco se referiram à solicitação de informações. Revendo o registro da 5ª sessão, observamos que

este foi muito sintético, principalmente no que se refere ao registro do campo Falas. No entanto, analisando-se a natureza dos pedidos de informações que se apresentaram pertinentes ao modelo de registro, observou-se que as informações estavam presentes no campo Falas (campo Descritivo), mas na elaboração dos registros dos campos Analíticos elas não foram abordadas. Tomemos como exemplo o registro do campo Relações Objetais, no qual não foi feita referência ao objeto acolhedor, embora essas informações estivessem presentes no registro do campo Falas.

### ***Análise do registro da 6ª Sessão***

**Síntese do registro:** Na 6ª sessão investigaram-se as relações atuais e precoces de Antônio com seus pais e irmãos. A sessão foi marcada por evocar lembranças da infância a respeito de seu relacionamento com os familiares, acerca das agressões verbais e físicas sofridas nesse período e de como os adultos agiram em relação aos episódios de agressão. Os relatos sobre os episódios de agressão tomaram a maior parte do tempo da sessão, durante os quais Antônio se emocionou muito, mas não apresentou a mesma intensidade na manifestação dos afetos, principalmente a raiva, como nas sessões anteriores. Quanto à relação precoce com seus pais, relatou que era mais apegado a uma tia que cuidava dele como uma babá, visto que seus pais trabalhavam fora. Em relação à mãe, lembrou: “sempre esperava por ela e nosso relacionamento era tranquilo”. Quanto ao pai, relatou: “Meu pai era muito briguento, não tinha paciência, mas gostava dele assim mesmo. Lembro que ele sempre trazia balas com pacote de adesivos. Tinha por volta dos 9 anos e ele fazia isso umas 3 vezes por semana. Eu adorava”. Em relação aos irmãos, declarou ser “mais apegado e parecido com a irmã e inverso e distante do irmão”. Declarou se sentir feliz até por volta dos 9 anos e que “depois do 1º bimestre da 3ª série, começou a tortura. As crianças me

importunavam, espetavam lapiseira, pegavam a gola de minha camisa, puxavam meu cabelo, me chamavam de bobo, retardado e doido”. Chorando relatou: “Não queria me entrosar. Quanto mais eu tentava fugir mais eles eram tentados a me perseguir”. Em relação às orientações dos pais relatou: “Em casa, meu pai dizia que eu tinha que revidar e os agredir, minha mãe dizia que eu tinha que fugir. Uma vez chegaram a fazer um corte na minha perna. Chegando em casa, levei bronca do meu pai”. Em relação à escola contou: “A professora era tradicionalista e rígida. Era ausente, não prestava atenção aos alunos. A partir da 4ª série, uma professora se preocupou e tentou ajudar, mas não conseguiu. O pior momento era o retorno para casa”.

**Comentários qualitativos:** O registro da 6ª sessão recebeu vários comentários qualitativos. No total, foram gerados 10 comentários qualitativos, sendo que cada campo recebeu dois comentários. Esses se referiram aos registros do campo Contexto, do campo Reações e Respostas, do campo Relações Objetivas, do campo Formulação e do campo Planejamento.

No registro do campo *Contexto* encontramos: “relação de agressão com colegas da escola e de ambigüidade com os pais”. Dois juízes apresentaram comentários qualitativos distintos. Um indica *solicitação de informações* e o outro indica um *acréscimo de texto* no registro. Quanto à *solicitação de informações* os comentários apontam que “não ficou muito evidenciada a ambigüidade com os pais. Há somente um relato que demonstra que os pais tinham posturas diferentes em relação a ele revidar ou fugir dos colegas que o agrediam”. O questionamento parece ter relação com o texto redigido que se apresenta incompleto e “ambíguo”, deixando margens para dúvidas em relação ao posicionamento do registrador. A redação parece complicar a compreensão e dificulta perceber uma *integração*

entre os campos. De fato, observando-se os trechos sublinhados pela pesquisadora percebemos que não há como saber se o paciente agredia os colegas ou se era agredido por eles, tampouco se a ambigüidade era dele em relação aos pais ou se era dos pais em relação a ele ou em relação a como lidar com o problema. Como sugestão de *acréscimo de texto* no registro temos: “relação de ambigüidade com os pais por negligenciarem sua segurança e bem-estar, bem como com as outras relações ora boas como a tia, por isso valeria a pena lutar para diminuir a agressividade e o medo de se relacionar, ora mau como os meninos da escola”. A respeito desse comentário consideramos que a sugestão de acréscimo ao registro, apesar de tentar explicitar a ambigüidade, também se apresentou confusa e com um texto muito longo. No entanto, a sugestão é válida por evidenciar a necessidade de se explicitar melhor a questão da ambigüidade. Nesse sentido, os comentários proferidos pelos dois juízes fortalecem a necessidade de reformulação do registro do campo Contexto. Dessa forma, uma possível reformulação desse registro pode ser: “A experiência de ser agredido pelos colegas da escola e as orientações ambíguas dos pais acerca de como proceder com as agressões”.

Dois avaliadores fizeram semelhantes comentários qualitativos referentes ao registro do campo *Reações e Respostas*. Questionaram sobre o paciente apresentar respostas ambíguas e de agressão. No registro lemos: “ambíguas: agressão e fuga”. De fato, nos campos Descritivos (Falas e Observação) não existem evidências de que aconteceram respostas ambíguas de fuga ou agressão. O relato apresenta evidências apenas para respostas de fuga.

No registro do campo *Relações Objetais*, os mesmos avaliadores teceram comentários relacionados à *integração* que se referiram apenas ao item impulso: “fuga e

enfrentamento/ agressão”, apontando que não existem evidências, na 6ª sessão, que confirmem as informações “enfrentamento/ agressão”. De fato, não existem essas evidências e os relatos do paciente confirmam apenas o impulso de fugir. Além disso, fuga, enfrentamento e agressão são respostas. Os impulsos motivadores dessas respostas são fugir, enfrentar e agredir. Nesse sentido, o registro também está *incoerente* em relação ao conceito do item e em relação à *estrutura* de preenchimento, necessitando de reformulação do item. Assim, temos: “Impulso: fugir e evitar”.

Quanto ao registro do campo *Formulação*, os comentários novamente se referem à falta de evidências para comprovar informações acerca do impulso e do comportamento de agredir e foram proferidos pelos mesmos avaliadores referidos anteriormente. No registro encontramos: “as relações objetais foram marcadas por negligência, abandono e agressão. Frente à ameaça que a relação com o outro representa, o paciente reage ora fugindo ora enfrentando a situação, agredindo o outro, percebido enquanto agressor, prevalecendo o medo e a raiva de ser agredido”. De fato, no campo Falas não existem relatos do paciente sobre episódios em que agrediu alguém, existem apenas episódios de ser agredido e de fuga, ou seja, não existem evidências que comprovem a resposta de agressão na 6ª sessão. O registro desse campo está *parcialmente integrado*. Parece que a terapeuta se contaminou com o conteúdo das outras sessões, nas quais o paciente relatou episódios em que teve suas “explosões nervosas”. Assim, faz-se necessária a reformulação do registro do campo *Formulação*. Para o “novo” registro pode-se retirar os trechos sublinhados. Dessa maneira, o registro do campo ficará integrado.

A análise dos comentários qualitativos relacionados aos registros do campo Reações e Respostas, do campo Relações Objetais e do campo *Formulação* evidenciaram que há

uma coerência e integração no julgamento dos dois avaliadores que percorreram os campos apontando as falhas que se repetiram no decorrer do registro. Percebe-se que existe uma cadeia associativa entre um campo e outro, pautada no julgamento clínico, de forma que uma consideração feita ou “esquecida” em um campo irá se repercutir nos outros campos, como uma espécie de “efeito dominó”. Por outro lado, as informações contidas nos campos Descritivos (Falas e Observação) se configuraram enquanto evidências clínicas contextualizadoras que são discriminadas em detalhes interpretativos nos campos analíticos. Assim, qualquer inferência ou informação presente nos campos analíticos sem sua confirmação nos campos Descritivos, compromete a integração entre os campos. Por fim, parece que a terapeuta se “contaminou” com as informações contidas nos registros das outras sessões, nas quais existem evidências sobre o impulso e a resposta de agredir o outro, incorporando-as no registro da 6ª sessão. Parece que essa “contaminação” também alcançou alguns dos avaliadores, na medida em que não perceberam que as informações acerca do impulso e do comportamento de agredir não estavam presentes no campo Falas.

No registro do campo *Planejamento* encontramos: “● Continuar trabalhando a relação com o outro e a fantasia de ser sempre ameaçado; ● Interpretar a transferência; ● participação na pesquisa, investigar na próxima sessão”. Dois comentários qualitativos distintos foram feitos e se relacionaram à necessidade e *adequação* de se citar “interpretar a transferência” (*coerência conceitual*) nesse campo e à *solicitação de informações* sobre um procedimento. Consideramos que a interpretação da transferência é um procedimento clínico que deve ser citado, conforme já pontuado. Os comentários sobre solicitação de informações referem-se ao item “● participação na pesquisa, investigar na próxima sessão”. De fato, esse item está vago e sem informações esclarecedoras, o que aponta para a

necessidade de sua reformulação. Uma reformulação possível seria: “● investigar os sentimentos envolvidos na permissão para o uso dos registros de suas sessões em pesquisa”.

### ***Análise do registro da 7ª Sessão***

**Síntese do registro:** A 7ª sessão é marcada pelo reconhecimento e surpresa do paciente acerca de mudanças ocorridas com ele. Entre risos o paciente relatava: “Me sinto bem e mais tranquilo, isto está se tornando corriqueiro. Estou em adaptação. Já não sinto tanta ira, vontade de agredir as pessoas. Situações que hoje me deixam indignado, antes me davam uma vontade de decapitar alguém (...) O que era sentido como grandes coisas, hoje se tornaram mais simples. Não sinto tanto a prisão”. Durante a sessão, olhava para a psicoterapeuta na maior parte do tempo. Sua gagueira diminuiu bastante e quase não usou a linguagem rebuscada. Apresentou-se mais espontâneo e aparentava estar mais tranquilo e “à vontade”. Relatou se sentir ainda no “estado de concha”, se “escondendo”. Na elaboração desses sentimentos percebeu que o que o “segurava” e o “prendia” eram seus temores: “Tenho medo de ser considerado um bobo, tolo, um bobo alegre”, mas que também se sentia mais tranquilo em relação a isso. Relatou que estava se “soltando”, se “mostrando aos poucos”, pois ainda tinha “medo das reações das pessoas”. Quanto à relação terapêutica contou que “antes ficava mais incomodado”, mas que com o passar do tempo foi se sentido “mais esclarecido e confiante”.

**Comentários qualitativos:** Na 7ª sessão, os registros do campo Contexto e do campo Formulação geraram um comentário qualitativo para cada campo.

No registro do campo *Contexto* temos: “a relação com outras pessoas e com a terapeuta”. O comentário sugere um *acréscimo de texto* no registro: “e a possibilidade de ser considerado bobo, tolo, um bobo alegre”. Destacamos que o registro do campo *Contexto* está integrado com os outros campos analíticos. Por outro lado, o comentário do juiz não se aplica ao registro do campo *Contexto* na medida em que se refere à fantasia, sendo o campo *Relações Objetais* o local mais apropriado para o registro dessas informações.

Os comentários qualitativos acerca do registro do campo *Formulação* referiram-se à redação do texto que promove confusões e ambigüidades. No registro encontramos: “Com a diminuição da desconfiança e do medo das pessoas, paciente se relaciona com maior segurança e espontaneidade, aproximando-se mais, porém, ainda com medo do seu julgamento”. Os comentários se referiram ao trecho sublinhado apontando uma ambigüidade em saber se o medo é do próprio julgamento ou do julgamento de outras pessoas. Para evitar confusões, propomos a reformulação do trecho sublinhado para “julgamento destas”. Esse comentário pode ser incluído na categoria de *solicitação de informações* por indicar a necessidade de esclarecimentos acerca das informações registradas.

### ***Análise do registro da 8ª Sessão***

**Síntese do registro:** Na 8ª sessão o tema central foram as identificações e elaborações do paciente acerca das mudanças que percebia em si mesmo: “Percebo mudanças em mim. Sinto uma maior leveza e tranquilidade. Também minha característica de timidez não está tão forte. Me sinto bem. Minha necessidade de socialização está mais forte. Tenho vontade de sair de casa”. O paciente apresentou-se satisfeito, grato e ainda

mais tranqüilo que nas sessões anteriores. Quanto às relações objetais declarou: “No relacionamento com as pessoas, tenho mais discernimento. Consigo separar aquelas que realmente são uma ameaça daquelas que querem se aproximar. Isso me faz sentir bem. É uma sensação nova. Ainda tenho que manter uma certa distância com as pessoas. Vou me aproximando aos poucos”. Em relação aos seus sentimentos relatou que: “O medo das pessoas está mais apaziguado. Isso me traz satisfação. É agradável descobrir novas características e habilidades”. E quanto ao processo psicoterapêutico declarou: “Minhas expectativas são de me libertar ainda mais das amarras”.

**Comentários qualitativos:** O registro da 8ª sessão destacou-se por apresentar comentários qualitativos acerca de todos os campos Analíticos e por apresentar julgamentos de não integração (3) no que se refere aos registros do campo Contexto, do campo Reações e Respostas e do campo Relações Objetais. No total, foram proferidos nove comentários acerca dos registros desses campos. Deste total, seis comentários foram apresentados pelo Juiz 3, dentre os quais encontram-se aqueles que receberam o julgamento de não integração.

Um comentário qualitativo foi proferido acerca do registro do campo *Avaliação*. No registro encontramos: “paciente relata se sentir mais leve e tranqüilo e isso é perceptível na sessão. Apresenta-se mais seguro na relação terapêutica. Mostra-se satisfeito e grato”. Os comentários sugerem o *acréscimo de texto* no registro: “ele mostra-se satisfeito e grato, pois o processo terapêutico pode estar relacionado com uma tentativa de introjetar o objeto bom”. Pensando sobre as sugestões do juiz e revendo os registros das sessões anteriores, verificamos que a relação terapêutica veio se constituindo enquanto apoiadora do decorrer do processo. Em relação ao registro da 8ª sessão, o paciente relatou já possuir

discernimento para separar as pessoas que são ameaça daquelas que querem se aproximar. O julgamento clínico da terapeuta considerou que a relação terapêutica se configurava como uma relação não ameaçadora e de apoio. Por sua vez, uma relação apoiadora se refere a um objeto “bom” e julgou-se que esse objeto estava sendo representado na psicoterapeuta como “aquela pessoa que quer se aproximar”. Nesse sentido, os comentários do juiz seguiram o caminho da compreensão psicodinâmica identificando, no registro, elementos que apontam para a configuração da relação terapêutica enquanto uma relação de apoio, enquanto um “objeto Bom”. No entanto, a sugestão do juiz é mais adequada para o campo Transferência.

O registro do campo *Transferência* gerou um comentário qualitativo. No registro temos: “A relação terapêutica é percebida como não ameaçadora em oposição às relações percebidas como ameaçadoras”. O comentário questiona sobre as “evidências de que o paciente não percebe a psicoterapia como ameaçadora”, a que indica uma *solicitação de informações*. O julgamento da terapeuta se pautou nos relatos do paciente e na observação do comportamento não verbal. No campo Falas encontramos: “No relacionamento com as pessoas, tenho mais discernimento. Consigo separar aquelas que realmente são uma ameaça daquelas que querem se aproximar”. O registro do campo Observação indica: “Olha para a psicoterapeuta na maior parte do tempo. A linguagem rebuscada diminuiu bastante, quase não aparecendo. Ainda existe uma lacuna entre uma frase e outra, mas o tempo é menor. Ainda gagueja um pouco, mas também diminuiu”. Pautada nessas informações, fez-se a Avaliação: “Paciente relata se sentir mais leve e tranquilo e isso é perceptível na sessão. Apresenta-se mais seguro na relação terapêutica. Mostra-se satisfeito e grato”. Com base nessas informações, julgou-se que no seu discernimento de separar aquelas pessoas que

querem se aproximar das que são uma ameaça, o paciente estava identificando a relação terapêutica como não ameaçadora e de apoio, enquanto a psicoterapeuta estava sendo representada como “aquela pessoa que quer se aproximar”. A tranquilidade, a segurança, a satisfação e a gratidão com as quais o paciente se apresentou na sessão corroboraram o julgamento clínico. Assim, considera-se que essas informações clínicas sejam evidências para se pensar que a relação terapêutica se configurava enquanto acolhedora e não ameaçadora e o texto do registro do campo Transferência explicita essa relação além de estar sintético, conforme a indicação do modelo.

O registro do campo *Contexto* gerou dois comentários qualitativos com proposições distintas. Um comentário advém do julgamento de integração parcial (2) e se refere à categoria de *solicitação de informações*. O outro advém do julgamento de não integração (3) e se refere à *substituição de registro*. No registro do campo temos: “a fantasia de ser agredido pelas pessoas”. Ressaltamos que na análise da coerência conceitual evidenciou-se não ser coerente utilizar o termo fantasia no registro desse campo e este foi reformulado para: “a relação com as pessoas”. No comentário referente à solicitação de informações encontramos: “e o contexto mobilizador de sua melhora? Afinal, esse é o cerne da sessão”. De fato, o cerne da 8ª sessão foram as identificações e elaborações do paciente acerca das mudanças ocorridas com ele. Essas informações podem ser verificadas na síntese do registro dessa sessão.

Quanto ao comentário do juiz, sabemos que uma experiência ou um acontecimento que à primeira vista nos parece ser “bom” (p.e, uma promoção no trabalho), pode se configurar como um fator desencadeante de uma crise ou como um contexto mobilizador de angústia para a pessoa que o experiencia (p.e, assumir mais responsabilidades na nova

função sem ter competência ou habilidades para tal). Parece não ser esse o caso para esse paciente, considerando-se as informações presentes no registro da 8ª sessão. Consultando o registro do campo Falas encontramos: “Percebo mudanças em mim. Sinto uma maior leveza e tranquilidade. Me sinto bem. No relacionamento com as pessoas, tenho mais discernimento. Isso me faz sentir bem. É uma sensação nova. O medo das pessoas está mais apaziguado. Também minha característica de timidez não está tão forte. Vou me aproximando aos poucos. Isso me traz satisfação. Minha necessidade de socialização está mais forte. Tenho vontade de sair de casa. É agradável descobrir novas características e habilidades. Minhas expectativas são de me libertar ainda mais das amarras”. Os trechos sublinhados pela pesquisadora referem-se às mudanças identificadas pelo paciente e os seus sentimentos em relação a elas. Expressões como: “sinto maior leveza e tranquilidade, me sinto bem, tenho mais discernimento, medo apaziguado, sinto satisfação, é agradável”, não indicam que as mudanças estão gerando angústia ou evidenciando um conflito. Ao contrário, indicam satisfação e prazer “em descobrir novas habilidades”.

Essas reflexões também são adequadas para analisarmos o comentário que se refere à *substituição de registro*, por julgá-lo não integrado. No comentário encontramos: “penso que a fantasia de ser aceito pelas pessoas é o que está angustiando o paciente nesse momento. Flutua entre o medo de ser repellido pelos outros e o desejo de não se sentir só”. Embora esses questionamentos sejam procedentes, significando uma possibilidade no funcionamento psicodinâmico, não existem elementos disponíveis no registro da 8ª sessão que apontem para essa compreensão, além de se referirem à fantasia, o que não se aplica ao registro do campo Contexto. No entanto, essas reflexões nos levam a considerar os comentários como hipóteses acerca do funcionamento psicodinâmico, podendo se constituir

enquanto metas terapêuticas e serem incluídas no campo Planejamento (p.e, investigar se as mudanças se configuram como Contexto Mobilizador de angústia).

O registro do campo *Reações e Respostas* gerou dois comentários qualitativos. Um advindo do julgamento de integração parcial (2) que se refere ao *acréscimo de texto* no registro e o outro advindo do julgamento de não integração (3) referindo-se à *substituição de registro*. No registro do campo encontramos as informações: “●isolamento, ●sentimentos de desconfiança, medo e ira, ●estratégias evitativas, ●persecutoriedade”. O comentário referente ao *acréscimo de texto* no registro recomenda acrescentar as respostas “de menor desconfiança, medo, ira, maior aproximação, socialização”. O outro comentário propõe a substituição por: “maior aproximação X sentimentos de desconfiança, medo x satisfação pela aproximação, estratégias evitativas menos evidentes”. Revendo o registro considerando-se os comentários, notamos que o registro está incompleto e isto compromete sua integração. O tema central presente nesta sessão são as mudanças do paciente envolvendo sua relação com as pessoas. No registro do campo Falas temos: “No relacionamento com as pessoas, tenho mais discernimento. Consigo separar aquelas que realmente são uma ameaça daquelas que querem se aproximar. O medo das pessoas está mais apaziguado. Ainda tenho que manter uma certa distância com as pessoas. Vou me aproximando aos poucos”. Os trechos sublinhados pela pesquisadora apontam para a dualidade ou ambigüidade em relação às pessoas. Existem pessoas que querem se aproximar e existem pessoas que são ameaças. Antes o paciente considerava que todas as pessoas eram possíveis agressores, agora consegue perceber que algumas pessoas podem querer se aproximar, podem ser acolhedoras. No entanto, ainda existe o medo das pessoas, embora mais apaziguado, e a necessidade de manter uma certa distância e se aproximar aos

poucos. De fato, essa dualidade não foi apresentada no registro e mais, apresentou-se apenas as respostas relacionadas à percepção do outro enquanto agressor. Nesse sentido, o registro deve ser reformulado de maneira que possa expressar essa dualidade. Assim, temos: “●diminuição na intensidade do medo das pessoas; ●necessidade de ainda manter uma certa distância em relação às pessoas; ●sentimento de desconfiança; ●diminuição da timidez; ●diminuição da necessidade de isolamento; ●aparecimento da necessidade de socialização; ●sensações de leveza, tranquilidade e satisfação.”

O registro do campo *Relações Objetais* gerou um comentário qualitativo referente à citação da “ira” no item *Afeto*, questionando a *integração* deste. Encontramos no registro: “●*auto-imagem* e *auto-estima* começam a se modificar, a serem qualificadas; ●*Objeto*: ameaçador e agressor *versus* acolhedor; ●*Vínculo*: agressão *versus* acolhimento; ●*Afeto*: medo e ira *versus* gratidão; ●*Impulso*: fuga e agressão *versus* aproximação”. De fato, o afeto “ira” não está integrado ao registro, é uma informação deslocada sem evidências nos campos Descritivos e deve ser retirada do registro.

O registro do campo *Formulação* gerou um comentário qualitativo pautado no julgamento de não integração (3) e referindo-se à *substituição de registro*. No registro encontramos: “Frente à fantasia de ser desqualificado e agredido pelo outro, utiliza ora estratégias evitativas ora agride as pessoas para se defender. Essa dinâmica começa a se modificar, pois se antes todas as pessoas eram ameaçadoras, hoje já consegue discernir relações percebidas como acolhedoras e de apoio, como no caso da psicoterapia”. Como proposta de substituição de registro temos: “Frente à fantasia de ser aceito pelo outro, utiliza estratégias ora evitativas para se defender, ora menos evitativas que o permite sentir sensações prazerosas”. Percebemos que o texto sugerido está em conformidade com o

comentário apresentado pelo juiz, no que se referiu ao registro do campo Contexto (“penso que a fantasia de ser aceito pelas pessoas é o que está angustiando o paciente nesse momento. Flutua entre o medo de ser repellido pelos outros e o desejo de não se sentir só”). Naquele momento, discutimos que a proposição se configurava enquanto uma hipótese para a compreensão psicodinâmica, mas que no registro dos campos Descritivos (Falas e Observação) da 8ª sessão não existem elementos que apontam para essa reflexão, além do comentário não se aplicar ao registro do campo Contexto. A mesma discussão se aplica ao comentário sobre o registro do campo Formulação.

O registro do campo *Planejamento* gerou um comentário qualitativo, apenas sugerindo o *acréscimo de texto* nesse registro. No registro encontramos: “●Continuar trabalhando seus sentimentos em relação à situação percebida enquanto ameaçadora relacionando com sua história de vida e fantasia inconsciente; ●Investigar e trabalhar os pontos percebidos enquanto amarras ●Verificar o que essas sensações novas estão suscitando no paciente”. O trecho sublinhado refere-se à sugestão do juiz. A sugestão se constitui enquanto uma meta terapêutica que possibilita investigar como as mudanças estão sendo experienciadas e se essas se configuram enquanto um contexto mobilizador de angústia.

Como mencionamos anteriormente, o juiz 2 se destacou por tecer vários comentários qualitativos. O modelo possui sete campos analíticos e este juiz comentou seis campos analíticos do registro da 8ª sessão, inclusive a partir de julgamentos de não integração a respeito dos registros do campo Contexto, do campo Reações e Respostas e do campo Formulação. Dos comentários proferidos, apenas dois se referiram à integração entre os campos, os relacionados aos registros do campo Reações e Respostas e do campo

Relações Objetais. Na análise desses comentários, observou-se que o julgamento de não integração entre os registros dos campos, juntamente com a proposta de *substituição de registro*, advieram do fato deste juiz escolher outro foco de análise, diferente do foco escolhido pela terapeuta. De fato, enquanto a terapeuta considerou o medo de ser agredido (no registro está “fantasia de ser agredido”) como contexto mobilizador de angústia, o juiz considerou a fantasia de ser aceito (ou medo de rejeitado?). Para a realização da tarefa, o juiz partiu de um foco diferente e em discordância com o foco de análise da terapia, sobre o qual a elaboração do registro foi fundamentada. Assim, era de se esperar que os registros não apresentassem integração para esse juiz. Ressalta-se que os comentários do juiz se configuraram como possibilidades para a compreensão psicodinâmica e para a caracterização de metas terapêuticas, na medida em que não existem informações nos campos Descritivos para confirmarem a abordagem. No entanto, discordância no foco de análise não implica na discordância ou na exclusão da reflexão clínica e de novas possibilidades de compreensão. O registro da 8ª sessão evidenciou uma dualidade e um discernimento. Essa dualidade se manifestou na análise dos registros e na discussão dessa análise. O discernimento incide em se considerar outras possibilidades.

### ***Análise do registro da 9ª Sessão***

**Síntese do registro:** Nesta sessão, o paciente se apresentou um pouco incrédulo com as mudanças que vem percebendo em si mesmo. Relatou: “Sinto até um estranhamento por estar cada vez mais tranquilo, sem tensão. Antes, o que via como complicado agora é mais simples”. Em relação à vida universitária, relatou entusiasmado: “Comecei a me enturmar na universidade. O semestre será mais tranquilo porque estou me organizando melhor”. Falou sobre seu relacionamento familiar: “A relação com meus familiares está

sem conflitos graves, mantendo uma conversa formal e estável”. “É uma questão de temperamento, sou muito sério e formal. Sou mais informal com minha irmã. Temos semelhanças”. Falou sobre os momentos difíceis de sua vida se emocionando, chorando, ficando vermelho, soluçando, mas não com a intensidade de antes quando parecia que ia explodir. Relatou que no ensino médio mudou de escola e entrou para o plantão de leitura. Segundo ele, “Foi um escudo. Só me procuravam para isso. Eu era uma figura tristonha, medrosa e isolacionista. Usava o plantão tira-dúvidas para ser simpático. Ao mesmo tempo que me sentia útil, me sentia carente, sentia angústia por estar sempre só e isolado”. Relatou, emocionado e agradecido, que no ensino médio teve uma professora que o acolheu e o ajudou na socialização com a turma, mas que ser acolhido “deu um choque, um estranhamento. Ainda me sentia acuado, com alguns passos atrás”. Em elaboração de seus sentimentos percebeu ser difícil acreditar na intenção das pessoas depois de tanta perseguição e agressão. Contou que na época, mesmo sendo acolhido “ainda tinha explosões nervosas” e reconheceu que essas explosões tiveram e têm uma função na sua vida: “Hoje vejo que construíram meu caráter”.

**Comentários qualitativos:** No registro da 9ª sessão, o Juiz 1 teceu dois comentários qualitativos, um referente ao registro do campo Contexto e outro ao do campo Reações e Respostas.

O comentário acerca do registro do campo *Contexto* referiu-se à *integração* envolvendo a categoria *solicitação de informações*. No registro temos: “A fantasia de ser agredido pelas pessoas”. Vimos que o uso do termo “fantasia” não é adequado nesse campo e o registro foi reformulado para “a relação com as pessoas”. Em seu comentário, o juiz questiona: “e o contexto de acolhimento e segurança proporcionado pela terapia?”

Consultando o registro, tendo em vista esse comentário, encontramos no campo Falas: “[em vez de ser agredido você passou a ser acolhido...] “Isso me deu um choque, um estranhamento. Ainda me sentia acuado, com alguns passos atrás”. [depois de tanta perseguição e agressão, fica difícil acreditar na intenção das pessoas] “Eu ainda tinha explosões nervosas”. Esse trecho do registro refere-se à época do ensino médio, quando uma professora o acolheu e o ajudou a se socializar na turma. As partes entre colchetes referem-se às intervenções da terapeuta e os trechos sublinhados pela pesquisadora referem-se às reações do paciente à nova experiência de ser acolhido, no lugar de ser agredido. A nova experiência o fez se sentir em choque e em estranhamento. Se sentia acuado, com alguns passos atrás, desconfiado das pessoas. O registro do campo Transferência aponta: “Apesar de perceber a relação terapêutica enquanto acolhedora, ainda desconfia, fica com passos atrás”. Realmente, deve ser muito difícil acreditar nas pessoas tendo um histórico de ser cronicamente submetido a agressões morais e físicas e um histórico de ajuda profissional fracassada (essas informações podem ser verificadas na história clínica). No entanto, apesar de considerarmos a desconfiança, não avaliamos, na época em que ocorreu a sessão, que a relação terapêutica representasse um contexto mobilizador de angústia. Ao contrário, nos parecia que se configurava enquanto um “contexto acolhedor de angústia”, no qual Antônio podia falar sobre seus temores, sobre suas desconfianças, inclusive em relação à psicoterapeuta. No momento dessa análise, reconsideramos nosso posicionamento. A relação terapêutica, em sua dualidade, se configurava tanto como um contexto acolhedor tanto como um contexto mobilizador de angústia. Essa configuração manifestou-se na 12ª sessão, na qual trabalhamos o “temor de ser traído por uma relação de confiança”, o que consta no registro do campo Contexto da

12ª sessão, que analisaremos mais adiante. Nesse sentido, o comentário do juiz, além de referir-se à *integração* e à *solicitação de informações*, também se configurou enquanto *oferta de supervisão* por fomentar reflexões clínicas que auxiliaram na compreensão psicodinâmica e proporcionaram uma nova avaliação sobre o caso.

O comentário sobre o registro do campo *Reações e Respostas* também se referiu à *integração* envolvendo a categoria *solicitação de informações*. No registro do campo encontramos: “●Estratégias evitativas; ●Isolamento; ●Formalidade; ●Timidez; ●Medo; ●Desconfiança”. O comentário aponta para a falta de informações referentes às mudanças ocorridas com o paciente. De fato, essas mudanças não foram incorporadas ao registro. Assim, com as novas informações, teremos: “●Estratégias evitativas: formalidade; ●Diminuição no isolamento; ●Aumento da socialização na universidade; ●Timidez; ●Medo; ●Desconfiança; ●Maior tranquilidade; ●Maior organização”.

### ***Análise do registro da 10ª Sessão***

**Síntese do registro:** No final de semana entre a 9ª e a 10ª sessão, o paciente foi vítima de uma agressão moral na rua, por adolescentes que fizeram “zombaria por ser gordo”. Esse episódio o deixou em desespero por reviver, com muita intensidade, as emoções sentidas nas experiências do passado. Chorou muito durante quase toda a sessão. O choro ficou intenso e em soluços ao lembrar das vivências na infância e pré-adolescência. Apesar da intensidade das emoções, a expressão destas foi muito diferente, mais elaborada, com possibilidade de identificar os sentimentos e os trabalhar. Foi se acalmando no decorrer da sessão, enquanto falava sobre seus sentimentos. Referindo-se ao episódio do final de semana, entre soluços, falava: “O que tenho que incomoda tanto as pessoas? Será que sou diferente a ponto das pessoas quererem se ver livres de mim? Não

tenho nada de anormal. Sou uma pessoa comum, mas parece que tenho um destaque negativo. É constrangedor estar nessa situação. Penso no que tenho que desperta tanta crítica de estranhos. Acho que passo a imagem de uma pessoa fechada que nunca está acompanhado de ninguém”. Fazendo relações entre o episódio atual e as experiências passadas relatou: “Sinto que estou desabafando, me libertando disso. É semelhante. Nessa experiência atual, me senti mal, acima do peso, senti constrangimento e dúvida. O mais estranho é que são pessoas que nunca me viram na vida. Queria entender o porquê disso. Isso me faz sentir ruim e lembrar o que passei antes. É desagradável. Não é uma sensação que gostaria de relembrar, mas acontece que acabo lembrando de tudo novamente. Isso me dá medo. Mesmo assim me sinto seguro. Sei que estou progredindo com o tratamento, mas senti medo de reagir como antes e isso me fez sentir mais tenso, me vi em risco de perder o que consegui, de ficar numa tranquilidade que não me lembro de sentir antes”.

**Comentários qualitativos:** Dois avaliadores teceram comentários sobre o registro da 10ª sessão. O Juiz 2 teceu um comentário referente ao registro do campo Avaliação e o profissional teceu dois comentários referentes ao registro do campo Formulação.

O comentário qualitativo acerca do registro do campo *Avaliação* refere-se à categoria *acréscimo de texto* no registro. O registro apresenta as informações: “O episódio do final de semana o deixou em desespero por reviver, com muita intensidade, as emoções sentidas nas experiências do passado. Apesar da intensidade das emoções, a expressão destas foi muito diferente, mais elaborada, com possibilidade de identificar os sentimentos e os trabalhar”. Como sugestão de *acréscimo de texto* temos: “o fato de estar mais disposto a manter-se aberto às relações, está sendo repensado pelo medo sentido de não se defender,

caso seja necessário. No entanto, há uma crença na possibilidade de se sentir mais tranquilo e menos perseguido pelos fantasmas do passado que o faz tolerar seu medo”. A análise desse comentário foi feita dividindo-se o texto em duas partes. Quanto à primeira parte, sublinhada pela pesquisadora, consideramos que, embora a avaliação sugerida possa ser uma possibilidade para auxiliar na compreensão do funcionamento psicodinâmico do paciente, não existem informações no registro da 10ª sessão que confirmem essa avaliação. No que se refere ao trecho “medo sentido de não se defender”, as informações contidas no registro contradizem essa proposição. O paciente utiliza estratégias evitativas para se defender. Ele não responde às agressões morais e foge do local. Ele relata ter sentido medo de reagir como antes, ou seja, de agredir as pessoas e perder o que conquistou com o processo. Essas informações podem ser verificadas nesse trecho do registro do campo Falas: “[terapeuta associa o medo sentido com o medo de reagir como antes e perder a tranquilidade obtida com o tratamento]. “Senti esse medo novamente e isso me fez sentir mais tenso, me vi em risco de perder o que consegui, de ficar numa tranquilidade que não me lembro de sentir antes”.

Na segunda parte do comentário temos: “No entanto, há uma crença na possibilidade de se sentir mais tranquilo e menos perseguido pelos fantasmas do passado que o faz tolerar seu medo”. O trecho sublinhado pela pesquisadora indica uma contradição no que se refere às informações registradas nos campos Descritivos (Falas e Observação). No registro do campo Falas, encontramos o seguinte relato do paciente, ao associar o episódio atual com as experiências do passado: “Não é uma sensação que gostaria de relembrar, mas acontece que acabo lembrando de tudo novamente”. Esse relato sugere que os fantasmas se presentificaram, pois o episódio atual os “resgatou” das experiências do

passado. Com isso, não podemos afirmar que Antônio tem a crença de se sentir menos perseguido pelos fantasmas do passado. Ao contrário, se refere a eles como “amarras” das quais deseja se libertar, tema tratado nas sessões anteriores. Quanto ao trecho do comentário, “há uma crença na possibilidade de se sentir mais tranquilo (...) que o faz tolerar seu medo”, encontramos informações no registro do campo Falas que fundamentam essa avaliação: “Isso me dá medo. Mesmo assim me sinto seguro. Sei que estou progredindo com o tratamento”. Apesar do medo sentido, Antônio se sente seguro por estar em psicoterapia. O registro do campo Transferência ilustra essa dinâmica “o espaço terapêutico parece ser um lugar seguro para tratar as lembranças atormentadoras, os sentimentos envolvidos, sem perder o controle da situação, sem explodir”.

O profissional teceu dois comentários qualitativos sobre o registro do campo *Formulação*, questionando se o paciente não teve o impulso de agredir e se ele se sentia menos qualificado. Na análise do comentário sobre o impulso de agredir, observou-se que o comentário se referiu à *integração* e envolveu as categorias *solicitação de informações* e *oferta de supervisão*. No registro do campo encontramos: “O episódio atual de agressão moral resgatou todos os fantasmas e sentimentos experienciados nas agressões passadas, trazendo um intenso medo e desespero de que perdesse suas conquistas adquiridas com o processo e voltasse a ser como antes. No entanto, uma diferença importante é que não teve o impulso de agredir, como contra-ataque”. O trecho sublinhado pela pesquisadora se relaciona com o comentário proferido. Consultando o registro do campo Falas, tendo em vista o comentário do avaliador, encontramos: “[terapeuta associa o medo sentido com o medo de reagir como antes e perder a tranquilidade obtida com o tratamento]. Senti esse medo novamente e isso me fez sentir mais tenso, me vi em risco de perder o que consegui,

de ficar numa tranqüilidade que não me lembro de sentir antes”. O trecho sublinhado pela pesquisadora destaca o relato do paciente sobre ter sentido medo de reagir como antes, ou seja, medo de contra-atacar seus agressores, de novamente ter suas “explosões nervosas”. Isso sugere que o paciente teve o impulso de agredir. Sua outra fala, “me vi em risco de perder o que consegui”, sugere que, talvez, ele “quase reagiu como antes”, já que se viu em risco de perder a tranqüilidade que estava sentido. No entanto, na época da sessão e da elaboração do registro, essas informações não foram incorporadas à avaliação da terapeuta. Nesse sentido, os comentários do avaliador contribuíram para evidenciar esse fenômeno, funcionando como supervisão do caso.

Na análise do comentário sobre o paciente se sentir menos qualificado, observou-se que este se referiu à *integração* e envolveu a categoria *solicitação de informações*. Consultando o registro, encontramos no campo Falas: “Nessa experiência atual, me senti mal, acima do peso, senti constrangimento e dúvida”. “Isso me faz sentir ruim e lembrar o que passei antes”. “Fiquei com receio, com constrangimento, queria sumir dali o mais rápido possível, não ser mais o destaque negativo”. Os trechos destacados indicam uma avaliação negativa de si mesmo, indicam uma auto-desqualificação. Essas informações foram consideradas e incorporadas no registro do campo Relações Objetivas, no item sobre “*Auto-imagem*: desqualificada”. No entanto, as informações sobre a desqualificação não foram agregadas ao registro do campo Formulação, citado anteriormente. Importante o avaliador ter destacado essa questão, pois revendo os registros das sessões anteriores notamos que Antônio vinha num processo ascendente de qualificação de si mesmo. A 10ª sessão evidencia uma “recaída” devido ao episódio de agressão moral, atualizando as reações e respostas e o conflito relacionado às experiências passadas. No entanto, a “queda”

não o fez “voltar a ser como antes”, apesar do medo e da desqualificação. Na 10ª sessão, apesar da intensidade das emoções, a expressão destas foi muito diferente, não surgindo com a mesma intensidade de quando Antônio começou o processo psicoterapêutico. Assim, ele pôde se expressar de uma forma mais elaborada, com possibilidade de identificar os sentimentos e os trabalhar. A “recaída” repercutiu nas sessões subseqüentes que discutiremos adiante.

### ***Análise do registro da 11ª Sessão***

**Síntese do registro:** Nessa sessão, focamos nos sentimentos relacionados ao episódio de agressão moral associando-os com o contexto da situação. O desespero apresentado na última semana desvaneceu e o paciente se apresentou mais tranqüilo e centrado, com *insights* acerca de seus sentimentos e percepções. O paciente relatou: “Pensei na diferença entre as pessoas e como foi uma situação de grosseria”. Quanto ao seu modo de ser declarou: “Ainda tenho o costume de sempre observar ao redor. É uma característica estranha. Criei um instinto de autodefesa para me proteger dessas agressões. Tem uma utilidade. Faz parte do meu cotidiano. Eu ficava sempre em alerta”. Em reflexão sobre esse modo de ser relatou: “Vejo que é negativo o fato de sempre querer me defender tanto do ambiente. Estar sempre com medo das pessoas. Não é muito agradável e atrapalha o convívio social. Viver assim era estressante. Ficava sempre na defensiva, temendo ser atacado a qualquer momento, por qualquer um”. Associando seus sentimentos referentes ao episódio atual com seu histórico de vitimização considerou: “Dei muita relevância à situação. Tenho resquícios anexados. Com minha história de agressões, creio que ficaram resquícios inconscientes e até mesmo orgânicos na minha formação. Me transformei num

casulo”. Ao final da sessão declarou: “Sinto que estou começando a sair, que estou tendo desenvolvimento psicológico”.

**Comentários qualitativos:** O registro da 11ª sessão se destacou por receber vários comentários qualitativos acerca de vários campos Analíticos do registro. Foram gerados oito comentários acerca de seis campos. Estes se referiram aos registros do campo Avaliação, do campo Transferência, do campo Contexto, do campo Reações e Respostas, do campo Formulação e do campo Planejamento.

O registro do campo *Avaliação* gerou dois comentários qualitativos. Um comentário se referiu à categoria de *acréscimo de texto* no registro e o outro se referiu à *integração* e envolveu a categoria *oferta de supervisão*. No registro temos: “O desespero apresentado na última semana se desvaneceu. Apresentou-se mais tranqüilo e centrado, com *insights* acerca de seus sentimentos e percepções”. O comentário referente ao acréscimo de texto propõe: “Percebe que a defesa excessiva pode afastá-lo de relacionamentos e que esta também mobiliza suas angústias, devido ao intensivo estado de alerta”. Consultando o registro do campo Falas, encontramos informações que confirmam a sugestão do avaliador: “Vejo que é negativo o fato de sempre querer me defender tanto do ambiente. Estar sempre com medo das pessoas. Não é muito agradável e atrapalha o convívio social. Viver assim era estressante. Ficava sempre na defensiva, temendo ser atacado a qualquer momento, por qualquer um”. De fato, o acréscimo sugerido especifica as elaborações do paciente acerca de sua angústia e de seu modo de ser e melhora a qualidade do registro desse campo, evidenciando a “descoberta” do paciente acerca de seu funcionamento psicodinâmico.

Quanto ao comentário referente à oferta de supervisão temos: “será que o desespero se desvaneceu mesmo?” Destacamos que o registro do campo Avaliação foi comprometido

por uma questão semântica. O verbo desvanecer significa desaparecer; dissipar e extinguir, mas também significa acalmar, esvaecer ou diminuir de intensidade. A terapeuta utilizou o termo no sentido de diminuir de intensidade. O avaliador interpretou o texto com o sentido de desaparecer. Consultando o registro do campo Observação encontramos: “Começa a sessão mais contido, com mais lacunas entre as frases mas essa contenção diminui no decorrer da sessão. Chora ao falar do medo que sente em relação às pessoas”. Destacamos o trecho para evidenciar que a contenção e, também, a intensidade dos afetos foi diminuindo no decorrer da sessão. Isso se aplica ao desespero que diminuiu de intensidade. Destacamos que o texto dos registros dos campos não deve conter expressões ou termos que apontem para um duplo sentido, a fim de que não ocorram duplas interpretações. Assim, o registro do campo Avaliação deve ser: “O desespero apresentado na última semana diminuiu de intensidade. O paciente se apresentou mais tranquilo e centrado, com *insights* acerca de seus sentimentos e percepções. Reconhece que a defesa excessiva pode afastá-lo de relacionamentos e que esta também mobiliza suas angústias, devido ao intensivo estado de alerta”.

O registro do campo *Transferência* gerou um comentário qualitativo referente à *integração* e envolveu a categoria *oferta de supervisão*. No registro do campo temos: “A desconfiança em relação ao outro diminuiu e a relação terapêutica continua se evidenciando enquanto acolhedora e protetora”. O comentário questiona: “será que está mesmo mais desconfiado do outro?” Destacamos o termo “mais” por evidenciar, nos parece, um lapso do profissional. Pelo conteúdo do registro do campo supõe-se que o avaliador questionou se o paciente está “menos” desconfiado por avaliar que está “mais” desconfiado do outro, devido aos últimos acontecimentos. Consultando o registro percebemos que a avaliação

feita pela terapeuta, na ocasião da sessão e na elaboração do registro desta, não se referiu à ambigüidade presente nas falas do paciente: “Estar sempre com medo das pessoas”. “Sempre na defensiva, temendo ser atacado a qualquer momento, por qualquer um”. “Me transformei num casulo. Sinto que estou começando a sair, que estou tendo desenvolvimento psicológico”. Como mencionamos na discussão da 10ª sessão, o episódio de agressão moral proporcionou uma “recaída” de Antônio no que se refere ao seu processo ascendente de autoqualificação e desenvolvimento de confiança na relação com as pessoas, podendo incluir a relação terapêutica. Nesse sentido, a relação terapêutica poderia se configurar como ambígua, funcionando ora como um ambiente de apoio, evocando segurança e confiança, ora como um ambiente de ameaça, evocando desconfiança e temor de ser agredido, mas não encontramos evidências clínicas nos campos Descritivos que confirmem essa hipótese. Assim, o comentário do avaliador deve ser agregado ao registro do campo Planejamento: “observar e avaliar possíveis evidências de transferência negativa”.

O registro do campo *Contexto* gerou um comentário qualitativo, que envolveu a categoria *acréscimo de texto*. No registro do campo temos: “O medo de ser atacado pelas pessoas”. Como sugestão de acréscimo temos: “e o apoio psicoterapêutico”. Esse comentário nos remete a duas questões. A primeira se refere à discussão acerca do registro do mesmo campo da 9ª sessão, na qual abordamos a dualidade, a ambigüidade da relação terapêutica. Consultando o campo Falas da 11ª sessão encontramos as informações: “Vejo que é negativo o fato de sempre querer me defender tanto do ambiente. Estar sempre com medo das pessoas. Não é muito agradável e atrapalha o convívio social. Viver assim era estressante. Ficava sempre na defensiva, temendo ser atacado a qualquer momento, por

qualquer um”. Os trechos destacados pela pesquisadora apontam para o padrão de relacionamentos de Antônio, o de viver sempre na defensiva, sempre com medo das pessoas e sempre com medo de ser atacado por qualquer um e em qualquer momento. Frente a esse padrão, o temor de ser atacado e agredido pode envolver, também, a psicoterapeuta. Em sua ambigüidade, a relação psicoterapêutica pode se configurar como ameaçadora e, também, como apoiadora. No entanto, consultando o registro da 11ª sessão, não nos parece que o “apoio psicoterapêutico” seja o contexto mobilizador de angústia, como sugere o juiz. A relação terapêutica oferece apoio e acolhimento (contexto acolhedor) e, também pode oferecer ameaça e risco de atacar e agredir a qualquer momento (contexto mobilizador).

A segunda questão se refere ao texto do registro do campo Contexto: “O medo de ser atacado pelas pessoas”. O medo de ser atacado pelas pessoas é uma fantasia e este texto não se aplica ao campo Contexto, o que denota uma incoerência conceitual no preenchimento do campo. O registro do campo Contexto nessa sessão deve ser: “a experiência de ser atacado na rua”.

O registro do campo *Reações e Respostas* gerou um comentário qualitativo referente à *integração* e envolveu a categoria *acréscimo de texto*. No registro do campo encontramos: “•Isolamento (casulo); •Medo; •Persecutoriedade; •Desconfiança; •Hipervigilância”. Como sugestão de acréscimo temos: “e a diminuição da intensidade e maior controle dessas reações”. Destacamos que medo, persecutoriedade e desconfiança não são reações e o registro destes não se aplica ao campo Reações e Respostas, o que denota uma incoerência conceitual nesse registro. O comentário do juiz não se aplica a esse campo.

O registro do campo *Formulação* gerou dois comentários qualitativos. No campo temos registrado: “O medo de ser atacado pelas pessoas levou-o a se “encasular”, ou seja, a utilizar estratégias evitativas e hipervigilância para se defender de ataques que poderiam vir a qualquer momento e de qualquer pessoa. Este padrão de relacionamento começa a ser modificado na relação terapêutica sentida como acolhedora e protetora, apesar da desconfiança”. O comentário proferido pelo Juiz 2 sugere um *acréscimo de texto*: “Percepção da possibilidade de voltar a relacionar-se, partindo da compreensão que a família também pode ser um porto”. No entanto, esse comentário não se aplica ao registro da 11ª sessão. Parece que ocorreu um equívoco na avaliação do juiz, pois não existe no registro do campo Falas nenhuma referência à relação do paciente com seus familiares.

Ainda em relação ao campo *Formulação*, o profissional teceu um comentário que se referiu à *integração* e envolveu a categoria *solicitação de informações*: “Como você pode dizer que a relação terapêutica é sentida como acolhedora e protetora apesar da desconfiança”? Esse comentário nos remete às discussões acerca dos registros do campo *Transferência* e do campo *Contexto* da 11ª sessão, nas quais apontamos a relação terapêutica como ambígua ora se apresentando apoiadora, evocando segurança e confiança, ora se apresentando ameaçadora, despertando desconfiança e temor de ser agredido. No entanto, como mencionamos anteriormente, os registros dos campos *Avaliação*, *Transferência*, *Contexto* e *Reações e Respostas* não evidenciaram essa ambigüidade, na medida em que, na ocasião da elaboração destes, a avaliação da terapeuta não integrou essas informações e, conseqüentemente, não as incorporou no registro. De fato, na ausência de informações sobre o entendimento da relação terapêutica enquanto ambígua, nestes

outros registros, provocou uma integração parcial no registro do campo Formulação, pois essa avaliação só é evidenciada nesse campo.

O registro do campo *Planejamento* gerou um comentário qualitativo que se referiu à categoria *acréscimo de texto*. No registro do campo encontramos: “Continuar trabalhando seu padrão de relacionamentos, evidenciando medos, crenças e fantasias e continuar relacionando-os com a psicoterapia”. Como sugestão de acréscimo temos: “Trabalhar a tolerância à frustração quando algo acontecer, despertando sua ira. Manter o trabalho na diferença entre o foco em si e na situação”. As sugestões do juiz não nos parecem procedentes, pois não existem relatos de novas “explosões nervosas” desde que o paciente iniciou o processo. Ao contrário, os relatos dessas explosões de ira se referiram ao passado, há alguns meses antes de iniciar a psicoterapia.

### ***Análise do registro da 12ª Sessão***

**Síntese do registro:** O tema central desta sessão foi o temor de ser traído por uma relação de confiança e foi evocado pelos acontecimentos das últimas semanas. O paciente, espontaneamente, falou sobre suas reflexões acerca das sessões passadas: “Pensando nas sessões passadas, foi até construtivo compreender o que ocorreu nesse tempo todo de minha vida. Penso que posso até ter perdido muita coisa sendo isolacionista e tendo uma crise depressiva, mas não sinto muita tristeza por isso. Hoje sei que foi um jeito de desenvolver, mas que agora vou levar para outro rumo”. Quanto ao fato de se destacar intelectualmente entre as pessoas de sua convivência declarou: “Sempre utilizei esses aspectos positivos para esconder minha baixa auto-estima. Acho que as pessoas me vêem com jocosidade, que estou fazendo de bobo, fazendo graça. Tentava ser um destaque, manter uma auto-estima, não ser só um saco de pancadas. Não sou somente aquele que é agredido, mas também

aquele que tem algo de bom”. Novamente falou sobre o medo em relação às pessoas: “Tinha um medo quase anormal de errar e de como as pessoas reagiriam com meu erro. Penso e me surpreendo como consegui e desenvolvi essa forma de autodefesa, dos 10 anos até agora”. Em suas reflexões sobre sua forma de autodefesa relatou: “Me destacar intelectualmente do grupo me fez sentir bem, mas fui ficando com orgulho e soberba. Vejo que em alguns pontos posso ter sido um grande insuportável. Olhava e tratava o contexto que vivia e os agressores como medíocres. Achava que tinha nascido no lugar errado”. Quanto ao temor de ser traído declarou: “na escola, uma vez um garoto se aproximou de mim. Tudo o que eu queria era ter um amigo e não me sentir tão sozinho. Confiei nele e revelei todos os meus medos. Ele contou tudo para o grupo que me agredia e passou a fazer parte desse grupo. Me senti a sub, da sub, da sub-pessoa, a pior pessoa do mundo. Fiquei altamente ressentido com a traição. Senti muita raiva e temia por mim”. Em relação à psicoterapia relatou: “Realmente fiquei temeroso, pensando no que aconteceria se algo vazasse. Esse temor se dissipou à medida que fomos conversando nas sessões e do jeito que conversamos hoje. Me sinto bem por poder falar dos meus temores”.

**Comentários qualitativos:** Como mencionamos anteriormente, o registro da 12ª sessão se destacou na análise da coerência conceitual por apresentar muitos comentários qualitativos. Todos eles foram proferidos pelo Juiz 3 que também se destacou na análise anterior por ser o avaliador que mais teceu comentários. Na análise da Coerência, o juiz 3 teceu comentários referentes aos registros dos campos Falas e Avaliação, que se referiram à categoria estrutura do registro e ao registro do campo Formulação, que se referiu à coerência conceitual.

Quanto à análise da integração entre os campos, o registro da 12ª sessão gerou quatro comentários qualitativos referentes a dois campos Analíticos, Avaliação e Relações Objetais, com dois comentários para cada campo. O Juiz 3 teceu um comentário relativo ao registro do campo Relações Objetais.

Quanto ao registro do campo *Avaliação*, dois avaliadores (Juiz 2 e profissional) teceram comentários distintos. No campo, encontramos registrado: “Parecia estar com dificuldades para encontrar as palavras. Ficou muito contido no início da sessão, com discurso racionalizado, mas isso foi se transformando no decorrer da sessão onde pôde falar e vivenciar seus afetos e encontrar sentido nas relações que fomos construindo, nas relações entre os temas surgidos”. O comentário do Juiz 2 referiu-se à categoria *acréscimo de texto* com a sugestão: “Não se percebe como agressor, apenas como agredido. Parece que buscou ser melhor que os outros para atuar em sua raiva e se mostrar capaz, se não de se defender dos ataques, pelo menos seria melhor em algum outro aspecto”. Consultando o registro do campo Falas encontramos informações que confirmam a sugestão do juiz: “Sinto uma tristeza por ter levado a vida desse jeito e também me sinto bem por não seguir o caminho que algumas pessoas queriam para mim, me tornar agressivo, me tornar igual aos agressores. Me destacar intelectualmente do grupo me fez sentir bem. Fui ficando com orgulho e soberba. Vejo que em alguns pontos posso ter sido um grande insuportável. Olhava e tratava o contexto que vivia e os agressores como medíocres. Achava que tinha nascido no lugar errado”. Os trechos sublinhados pela pesquisadora evidenciam o paradoxo de Antônio: “ser um grande insuportável” e tratar “todos como medíocres” e não se perceber agressor e se sentir bem por crer que não se “tornou igual aos agressores”. Nesse sentido, a sugestão do juiz é importante por evidenciar e explicitar a dualidade da dinâmica

de Antônio: ser, ao mesmo tempo, agredido e agressor, vítima e vitimizador, com a diferença de que sua maneira de ser agressor era intelectualizada ou racionalizada.

O comentário qualitativo do profissional a respeito do registro do campo Avaliação referiu-se à categoria *solicitação de informações*: “Senti falta de questões ligadas ao paciente ser egossintônico. Ser diferente o destaca”. Consultando o registro do campo Falas, tendo em vista esse comentário, encontramos: “Fico na dúvida, me sinto bem por ter um pensamento exclusivista e me sinto triste por me ver sozinho. Algumas vezes o exclusivismo pesa mais. Ter um pensamento único e diferente, isso me destaca. Às vezes ficava com orgulho e soberba. Sei que isso não era bom para mim, querer ser melhor que os outros”. “Sempre utilizei esses aspectos positivos para esconder minha baixa auto-estima. Acho que as pessoas me vêem com jocosidade, que estou fazendo de bobo, fazendo graça. Tentava ser um destaque, manter uma auto-estima, não ser só um saco de pancadas”. Os trechos sublinhados pela pesquisadora apontam para as reflexões do paciente acerca de se destacar enquanto “diferente”, mas também sobre suas dúvidas, seu conflito a respeito de se destacar para esconder sua “baixa auto-estima”, se sentir bem “por ter um pensamento exclusivista”, mas se sentir triste por se ver sozinho. Nesse sentido, avaliamos que ele está em conflito com essa “diferença”, está ego-distônico e não egossintônico, como questiona o profissional.

O registro do campo *Relações Objetais* gerou dois comentários qualitativos proferidos por distintos avaliadores, mas relacionados ao mesmo item: auto-imagem. No registro do campo temos: “●*Auto-imagem*: desqualificada; ●*Objeto*: traidor x acolhedor; ●*Vínculo*: traição x acolhimento; ●*Afeto*: desconfiança, medo e ódio x segurança e confiança; ●*Impulso*: esquiva x enfrentamento/ aproximação”. Ambos os comentários dos

avaliadores se referiram à *integração* e envolveram *solicitação de informações* acerca da auto-imagem parecer também qualificada devido ao destaque intelectual. Ressaltamos os comentários do Juiz 3: “De acordo com os outros campos poderia se colocar em auto-imagem, além da desqualificação talvez uma qualificação falsa”. De fato, as falas do paciente ilustram essa avaliação: “Sempre utilizei esses aspectos positivos para esconder minha baixa auto-estima”. O comentário do juiz gerou um impasse teórico-clínico para a pesquisadora. Pensar em “qualificação falsa” nos faz pensar em “falso *self*”. O impasse se refere à adequação de se registrar nesse campo uma “falsa qualificação”, na medida em que se destacar intelectualmente não o fez se sentir qualificado, ao contrário, escondia das outras pessoas sua autodesqualificação. Por outro lado, o registro de uma “falsa qualificação” evidencia elementos que contribuem para a compreensão do funcionamento psicodinâmico. Compreendemos que uma “falsa qualificação” é uma defesa contra a auto-imagem desqualificada. Portanto, as informações sobre a “falsa qualificação” são mais adequadas ao campo Avaliação.

### ***Análise do registro da 13ª Sessão***

**Síntese do registro:** Embora o paciente inicie a sessão com a queixa de temer um mau desempenho acadêmico, com medo de reprovação, vai elaborando-a no decorrer da sessão fazendo associações entre seus sentimentos e os últimos acontecimentos. Relatou: “Com tudo o que anda acontecendo tenho sentido cansaço e preocupação. Estou lidando bem com as coisas. Sinto que tenho controle, que tudo está dentro dos limites”. Fez relações entre como se sentia antes e como se sentia no momento mais atual: “Antes, o que me causava ira e vontade de agredir hoje me causa só indignação. Tudo o que estou

sentindo está em intensidade diferente. A cada dia que passa sinto a intensidade diminuir”. Quanto ao relacionamento com as pessoas declarou: “Hoje estou na política da simpatização. Antes eu queria agredir e às vezes ia para as vias de fato”. Sua avaliação sobre a situação presente foi: “Percebo tudo o que está acontecendo como uma grande melhora. Vejo benefícios, um grande progresso no meu eu. Estou começando a melhorar minhas relações interpessoais, sempre fui muito fechado. Quanto ao que relatei nas semanas passadas, se acontecer de novo, tendo a ignorar. Fico tranquilo porque de alguma forma sei que não serei agredido como antes”.

**Comentários qualitativos:** O registro da 13ª sessão gerou dois comentários qualitativos proferidos pelo Juiz 2. Os comentários se referiram ao registro do campo Avaliação e do campo Transferência.

No campo *Avaliação* encontramos registrado: “Apesar de começar a sessão com uma queixa de dificuldade de concentração vai elaborando-a no decorrer da sessão, fazendo relações com os últimos acontecimentos e avaliando seus sentimentos durante as últimas semanas. Fala de sua percepção de melhora com satisfação, orgulho e gratidão”. O comentário questiona: “Será que o cansaço relatado não estaria ligado à diminuição da intensidade de agredir?” Não existem, no registro da 13ª sessão, informações disponíveis para nos auxiliarem a refletir sobre o questionamento do juiz. Pelo conteúdo trabalhado até o momento, não há informações que dêem suporte à relevância desse comentário.

No registro do campo *Transferência* temos: “Utiliza bem a relação terapêutica como suporte para a elaboração de seus conflitos. Apresenta-se cooperativo e acessível, demonstrando sentir confiança e segurança na relação”. O comentário qualitativo gerado por esse registro referiu-se às categorias *solicitação de informações*. O comentário aponta:

“Teme reprovação, de quem seria? Da terapeuta (por estar ouvindo seus temores e poder achá-lo fraco?) da família? (por verificar sua falha até nisso?) dos outros? (que verão sua incapacidade em todos os sentidos?)”. Todos os questionamentos apontados pelo juiz nos remetem às reflexões sobre as relações objetais e podem contribuir para a compreensão psicodinâmica. No entanto, não existem informações disponíveis no registro da 13ª sessão que fundamentem os comentários do juiz.

### ***Análise do registro da 14ª Sessão***

**Síntese do registro:** Essa sessão foi marcada por evidenciar um grande envolvimento emocional do paciente em relação ao seu processo psicoterapêutico. As intervenções feitas geraram vários *insights* na elaboração de seus pensamentos e sentimentos. No final de semana, sentiu-se desqualificado no contato com alguns familiares (primos) desenvolvendo sentimentos depressivos: inutilidade, isolamento, solidão, vazio e estranhamento. Suas falas estavam carregadas de ironia, raiva e desqualificação do outro: “Acho que nasci no lugar errado. Sou diferente do contexto que vivo. As pessoas são muito despreocupadas com a vida. O universo que me cerca é diferente do que queria para mim. Queria estar com pessoas que pudessem me ouvir e me entender, que tivessem mais intelectualidade e um pouco de consciência do que está acontecendo. Com os primos que sempre moravam conosco, meu jeito de ser é um incômodo. É intelectualidade demais para eles. Geralmente pensava que estava jogando pérolas aos porcos”. Além da raiva, falava com inveja dos primos: “Conversando com essas pessoas percebi que conseguem as coisas mais facilmente. Fico me perguntando como conseguem ter uma vida tão ativa e ter tanta viabilidade na vida. Depois de conversar com essas pessoas é que deu a sensação de isolamento, de me sentir um peixe fora d’água. Me hostilizaram por eu fazer universidade

mas não ter um emprego enquanto eles têm um emprego, se sustentam e têm uma vida financeira mais estável que a minha”. Quanto à sua família declarou: “A relação com minha família é diferente. É um abrigo. Sei que estão próximos, podem me ouvir, dar opiniões. Sei que se precisar, serei acolhido. De 2 anos para cá estou mais formal. Tenho dificuldade de expressar o carinho. Até tento não ser formal, mas não me sinto à vontade”.

**Comentários qualitativos:** O registro da 14ª sessão gerou três comentários qualitativos referentes aos registros dos campos Avaliação, Contexto e Relações Objetais, com um comentário para cada campo.

No registro do campo *Avaliação* encontramos: “Vivencia o processo psicoterapêutico com intensidade e percebe isso. As intervenções são incorporadas ao seu processo reflexivo com facilidade. Fala com mais fluidez e envolvimento emocional”. O comentário qualitativo questiona: “Que universo diferente ele queria viver? Seria o retorno à vida intra-uterina, protegido das ameaças do *bulling*?” Consultando o registro do campo Falas encontramos a “descrição” desse universo desejado pelo paciente: “O universo que me cerca é diferente do que queria para mim. Queria estar com pessoas que pudessem me ouvir e me entender, que tivessem mais intelectualidade e um pouco de consciência do que está acontecendo”. No entanto, não temos mais informações disponíveis no registro do campo para nos auxiliar na reflexão sobre os comentários proferidos pelo juiz. Os questionamentos do juiz poderiam representar novas possibilidades de compreensão sobre o caso, mas não parecem ter relevância pela forma como foi escrito. Talvez, se o juiz estivesse sugerindo explorar o significado desse universo e a medida na qual ele poderia ser possível ou alcançável agregaríamos as informações ao campo Planejamento.

No campo *Contexto* encontramos registrado: “A percepção de ser desqualificado e hostilizado nas suas relações”. Os comentários qualitativos apontam: “Acho que principalmente o ritmo intenso da psicoterapia com descobertas, novas visões de si, dos outros e do mundo”. O comentário referiu-se à *integração* e envolveu as categorias *solicitação de informações e oferta de supervisão*. Importante destacar que o avaliador se referiu à intervenção da terapeuta. Consultando o registro do campo Falas encontramos: “[terapeuta associa o ritmo intenso da psicoterapia com descobertas, novas visões de si, dos outros e do mundo]. Estava num ritmo intenso, precisava de alguma coisa para me desviar disso. Fiquei com a sensação de querer conversar com alguém diferente. Me senti um peixe fora d’água, um estranho no ninho. Acho que nasci no lugar errado. Sou diferente do contexto em que vivo”. O comentário do avaliador evidencia que, embora a terapeuta tenha trabalhado o tema durante a sessão, não incorporou essas avaliações na elaboração do registro. O trecho sublinhado pela pesquisadora destaca a elaboração do paciente acerca de “precisar se desviar” da intensidade do processo. Nesse sentido, o processo se tornou mobilizador de angústia através de duas vias. Por um lado, proporcionou ao paciente descobertas sobre si mesmo que o auxiliaram a se qualificar, mas essa qualificação entrou em “choque” com a desqualificação sentida na relação com os primos. Por outro lado, a intensidade e rapidez das descobertas também mobilizaram angústias intensas, no que se refere a “como lidar com elas”, talvez, se sentindo sozinho, “um peixe fora d’água, um estranho no ninho”, atualizando e intensificando a “dúvida” gerada por se sentir bem sendo “exclusivista” e, ao mesmo tempo, se sentir triste por se sentir só, tema tratado na 12ª sessão.

O comentário qualitativo acerca do registro do campo *Relações Objetais* se referiu à *integração*, envolveu *solicitação de informações* e se relacionou ao item *auto-imagem*. No registro é evidenciada como desqualificada. O comentário aponta que “há uma qualificação, porém essa qualificação ocorre na desqualificação dos outros”. Essa avaliação do juiz encontra fundamentos nas falas do paciente: “As pessoas são muito despreocupadas com a vida. Espontaneidade demais é até chato. Sou mais pé atrás, perfil mais intelectualizado. Queria estar com pessoas que pudessem me ouvir e me entender, que tivessem mais intelectualidade e um pouco de consciência do que está acontecendo. É intelectualidade demais para eles. Geralmente pensava que estava jogando pérolas aos porcos”. Consideramos que o comentário é relevante, mas não se aplica ao campo *Relações Objetais*. O registro dessas informações fica mais adequado no campo *Avaliação*, no qual se pode especificar essa dinâmica e no campo *Reações e Respostas*, na medida em que a desqualificação do outro é uma defesa contra a própria desqualificação.

### ***Síntese da análise da integração entre os campos Analíticos***

Os comentários qualitativos sobre a 5ª sessão abordaram os registros dos campos: *Reações e Respostas*, *Relações Objetais* e *Planejamento*. Os comentários sobre o registro dos campos *Reações e Respostas* e *Planejamento* não foram relevantes por não estarem em conformidade com a indicação do modelo. Os comentários sobre o registro do campo *Relações Objetais* foram tecidos em conformidade com o modelo indicado e contribuíram para o aprimoramento do registro. Destaca-se que os comentários proferidos relacionaram-se ao impasse ou a dualidade com a qual o paciente convive, ele teme e evita relacionamentos ao mesmo tempo em que deseja ser acolhido. Essa dualidade refere-se a

duas dinâmicas diferentes: buscar a relação “e” fugir e proteger-se dela. São dois contextos diferentes com dois vínculos relacionais diferentes. Na verdade, as informações acerca da dualidade ou ambivalência estavam “espalhadas” pelo registro, ora se referindo à uma dinâmica (buscar a relação), ora se referindo à outra (fugir da relação), o que gerou confusão na análise do registro.

Na 6ª sessão, foram proferidos comentários acerca dos registros dos campos Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais, Formulação e Planejamento. Todos os comentários se referiram à ambivalência do paciente. De forma análoga ao que aconteceu no registro da 5ª sessão, as informações sobre a ambivalência estavam “espalhadas” pelos registros dos campos ora se referindo a uma dinâmica (buscar a relação) ora se referindo a outra (fugir da relação). Esse fato ajuda a compreender o aparecimento de tantos comentários na 6ª sessão (num total de dez comentários)

Os comentários referentes à 7ª sessão envolveram os registros dos campos Contexto e Formulação, mas não foram relevantes. Consultando o registro da 7ª sessão, observamos que este evidenciou a ambivalência, ou seja, apresentou as duas dinâmicas (buscar a relação e fugir dela) no registro dos campos Analíticos, não deixando margens para dúvidas ou ambigüidades nas interpretações e análises dos avaliadores, como ocorreu nos registros das 5ª e 6ª sessões.

A oitava sessão se destacou por apresentar comentários qualitativos acerca de todos os campos Analíticos e por apresentar julgamentos de não integração no que se refere aos registros do campo Contexto, do campo Reações e Respostas e do campo Relações Objetais. No entanto, a maioria dos comentários não apresentou relevância e não estava em conformidade com a indicação do modelo. Destaca-se que apesar dos comentários não se

apresentarem relevantes no que se refere à adequabilidade em relação ao modelo e ao aprimoramento do registro, foram importantes por se relacionarem à ambivalência do paciente. Consultando o registro da 8ª sessão, vemos que a ambivalência foi evidenciada nos registros dos campos Analíticos: Transferência, Relações Objetais e Formulação. No entanto, a dinâmica preponderante na 8ª sessão foi “buscar a relação” enquanto os comentários se referiram à dinâmica “fugir da relação”, o que nos auxilia a compreender as discrepâncias encontradas nos comentários.

Os comentários referentes à 9ª sessão referiram-se aos registros dos campos Contexto e Reações e Respostas, estavam em conformidade com a indicação do modelo e apontaram para a ambivalência do paciente em relação à terapia. O registro da 9ª sessão evidenciou as duas dinâmicas: “buscar a relação” e “fugir da relação”. Os comentários auxiliaram a reflexão de que a terapia se configurava enquanto um contexto acolhedor e, ao mesmo tempo, um contexto mobilizador da angústia.

Na 10ª sessão, os comentários relevantes referiram-se ao registro do campo Formulação e se caracterizaram como oferta de supervisão por permitir reflexões acerca da dinâmica do paciente. Parece que o registro da 10ª sessão não gerou confusões ou dúvidas acerca da ambivalência do paciente, na medida em que a dinâmica “fugir da relação” ficou evidenciada devido ao episódio de agressão moral sofrido pelo paciente, intensamente trabalhado nessa sessão.

O registro da 11ª sessão se destacou por receber vários comentários acerca de vários campos Analíticos. No entanto, apenas os comentários proferidos pelo profissional acerca dos registros dos campos Avaliação, Transferência e Formulação foram relevantes. Estes comentários se configuraram enquanto oferta de supervisão, um comentário se referiu à

semântica e todos se relacionaram, de alguma maneira, à ambivalência do paciente. O registro da 11ª sessão evidenciou as duas dinâmicas de Antônio, ressaltando a dinâmica “buscar a relação”.

Os comentários sobre o registro da 12ª sessão abarcaram os registros dos campos Avaliação e Relações Objetais. Apenas um comentário sobre o campo Avaliação se mostrou relevante e este se referiu à dinâmica ambivalente do paciente. O registro da 12ª sessão abordou as duas dinâmicas ressaltando-se a dinâmica preponderante da sessão: “buscar a relação”.

Os comentários sobre o registro da 13ª sessão não foram relevantes. Estes comentários não se adequaram ao modelo, não auxiliaram na compreensão do caso nem contribuíram para o aprimoramento do modelo. O registro da 13ª sessão evidenciou as duas dinâmicas ressaltando-se a dinâmica preponderante na sessão: “buscar a relação”.

Quanto ao registro da 14ª sessão, apenas o comentário referente ao registro do campo Contexto apresentou relevância e se relacionou à ambivalência presente no processo psicoterapêutico. O registro da 14ª sessão evidenciou as duas dinâmicas ressaltando-se a dinâmica preponderante da sessão: “buscar a relação”.

Em síntese, na análise da integração entre os campos Analíticos dos registros a maior parte dos comentários qualitativos proferidos pelos avaliadores se referiu à ambivalência do paciente. De fato, nos dez registros analisados, duas dinâmicas diferentes, “buscar a relação” e “fugir da relação”, estiveram presentes. No entanto, em cada sessão observamos a preponderância de uma das dinâmicas. Parece que esse fenômeno clínico gerou confusões nos avaliadores, no momento das análises e na terapeuta, no momento de elaboração dos registros.

Com efeito, nos registros das 5ª e 6ª sessões, as duas dinâmicas ficaram “espalhadas” pelos registros dos campos Analíticos, ou seja, no registro de uma mesma sessão a dinâmica “buscar a relação” foi evidenciada num campo (p. e, Transferência) e a dinâmica “fugir da relação” foi evidenciada em outro campo (p.e, Reações e Respostas). Por outro lado, nos registros das 7ª e 9ª sessões, a existência das duas dinâmicas foi evidenciada, de forma integrada. E, ainda, nos registros de algumas sessões, as duas dinâmicas foram evidenciadas ressaltando-se a dinâmica preponderante naquela sessão. Assim, nos registros das 8ª, 11ª, 12ª, 13ª, e 14ª sessões, as duas dinâmicas foram evidenciadas ressaltando-se a dinâmica “buscar a relação”, percebida como acolhedora. Destaca-se que no registro da 14ª sessão a relação terapêutica é concebida como idealizada. Por fim, no registro da 10ª sessão, as duas dinâmicas foram evidenciadas, ressaltando-se a dinâmica: “fugir da relação”.

Em suma, a co-existência de duas dinâmicas diferentes foi evidenciada, nos registros das sessões, de quatro maneiras distintas: a) oscilante, “espalhando-se” os dois objetos pelo registro, mas ainda de forma cindida; b) integrada, ressaltando-se o “objeto bom”; c) integrada, ressaltando-se o “objeto mau”; d) integrada, ressaltando-se as duas dinâmicas. Em relação às análises dos avaliadores, as maiores confusões e a maior parte dos comentários advieram dos registros que ressaltaram o “objeto bom” e dos registros que evidenciaram as dinâmicas de forma oscilante e “espalhada”.

### ***Análise seqüencial dos registros do Campo Formulação Psicodinâmica***

Nesta seção, apresentaremos e discutiremos a análise seqüencial dos registros do campo *Formulação*, das dez sessões consecutivas. O método previa que os avaliadores

deveriam selecionar, em cada registro de sessão, palavras-chave ou temas recorrentes que sintetizassem os fenômenos clínicos presentes nos registros. Foi feita uma compilação das informações dessas análises dos avaliadores. O registro e a compilação da análise seqüencial podem ser verificados na Tabela 5.4. (páginas 185 e 186). A coluna “Registro – Formulação Psicodinâmica” apresenta o registro do campo Formulação, tal qual ele foi efetuado pela terapeuta. A coluna “Análise – Temas Recorrentes” apresenta a compilação das análises feitas pelos avaliadores. Será feita uma discussão preliminar sobre os registros dos campos Formulação, nas dez sessões da terapia. Essa discussão se pautou apenas nas informações contidas nos registros dos campos e na compilação da análise seqüencial. Quaisquer informações excedentes à análise seqüencial serão discutidas no próximo capítulo, à luz das discussões anteriores, a saber, das discussões acerca da análise da coerência conceitual e da análise da integração entre os campos.

Na história clínica, apresentamos que Antônio possui um histórico de sofrer agressão moral e física, o qual estruturou sua forma de se relacionar consigo mesmo, com outras pessoas e com o ambiente que o cerca. Com base nas informações clínicas, também sintetizamos uma *formulação psicodinâmica* para delinear seu padrão de relacionamento. Assim, “na relação com o outro, percebido enquanto desqualificador, destruidor, agressor e superior, Antônio atualizava e encenava sua percepção extremamente desqualificada de si mesmo, pequeno, explosivo, um entojado inferior e digno de pena e piedade. Essa relação desencadeava afetos intensos de medo e ira, gerando sintomas depressivos, respostas fóbicas, isolamento, tensão, hipervigilância e impulsividade com atuação da agressividade”.

**Tabela 5.4.** Análise seqüencial dos registros do campo Formulação nas dez sessões do caso.

Sessão	Registro - Formulação Psicodinâmica	Análise - Temas Recorrentes
5 <sup>a</sup>	O medo de ser agredido leva ao medo de se relacionar com as pessoas, tornando-se tenso e pronto para contra-atacar. Na relação terapêutica, esse medo está se diluindo enquanto a tranquilidade e confiança se desenvolvem.	- Medo de ser agredido e de se relacionar; - Medo de Contra-atacar; - Confiança e tranquilidade na terapia,
6 <sup>a</sup>	As RO foram marcadas por negligência, abandono e agressão. Frente à ameaça que a relação com o outro representa, o paciente reage ora fugindo ora enfrentando a situação, agredindo o outro, percebido enquanto agressor, prevalecendo o medo e a raiva de ser agredido.	- Negligência, abandono e agressão; - Medo e raiva de ser agredido; - Fuga e agressão.
7 <sup>a</sup>	Com a diminuição da desconfiança e do medo das pessoas, pt se relaciona maior segurança e espontaneidade, aproximando-se mais, porém, ainda com medo do seu julgamento.	- Segurança; - Mais Espontâneo - Medo de julgamento;
8 <sup>a</sup>	Frente à fantasia de ser desqualificado e agredido pelo outro, utiliza ora estratégias evitativas ora agride as pessoas para se defender. Essa dinâmica começa a se modificar, pois se antes todas as pessoas eram ameaçadoras, hoje já consegue discernir relações percebidas como acolhedoras e de apoio, como no caso da psicoterapia.	- Desqualificado e agredido; - Percepção de relações acolhedoras e de apoio.
9 <sup>a</sup>	O histórico de agressões sofridas levou a creditar que toda pessoa é um possível agressor e à necessidade de desenvolver estratégias evitativas com momentos de “explosões nervosas” para se defender, frente ao medo e ira sentidos. Atualmente, começa a pensar na possibilidade de que o outro pode ser acolhedor, mas ainda teme e desconfia das relações.	- Toda pessoa é um possível agressor; - Possibilidade de o outro ser acolhedor
10 <sup>a</sup>	O episódio atual de agressão moral resgatou todos os fantasmas e sentimentos experienciados nas agressões passadas, trazendo um intenso medo e desespero de que perdesse suas conquistas adquiridas com o processo e voltasse a ser como antes. No entanto, uma diferença importante é que não teve o impulso de agredir, como contra-ataque.	- Agressão moral resgatou sentimentos, fantasmas vividos no passado. - Intenso medo e desespero de voltar a se como antes. - Sem presença do impulso agressivo.

Sessão	Registro - Formulação Psicodinâmica	Análise - Temas Recorrentes
11 <sup>a</sup>	O medo de ser atacado pelas pessoas levou caso C a se “encasular”, ou seja, a utilizar estratégias evitativas e hipervigilância para se defender de ataques que poderiam vir a qualquer momento e de qualquer pessoa. Este padrão de relacionamento começa a ser modificado na relação terapêutica sentida como acolhedora e protetora, apesar da desconfiança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo de ser atacado;</li> <li>- Encasulamento;</li> <li>- Estratégias evitativas;</li> <li>- Hipervigilância.</li> <li>- Padrão de relacionamento começa a ser modificado na relação terapêutica.</li> </ul>
12 <sup>a</sup>	O temor de ser traído numa relação de confiança desperta sentimentos de medo, raiva e desconfiança além de levar ao uso de estratégias evitativas para se esquivar dessa ameaça. Poder conversar sobre esses temores em relação à própria psicoterapeuta modifica essa relação, evocando segurança e confiança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor de ser traído numa relação de confiança;</li> <li>- Medo, raiva e desconfiança;</li> <li>- Relação terapêutica modifica essa relação, evocando segurança e confiança.</li> </ul>
13 <sup>a</sup>	Frente à percepção do outro ameaçador ocorre o deslocamento para a preocupação com seu desempenho acadêmico, gerando o medo de reprovação, aumento de ansiedade, diminuição na concentração e dificuldades para realizar as atividades acadêmicas. Esse deslocamento ameniza a intensidade da angústia no conflito e possibilita Reações e Respostas de enfrentamento, ao mesmo tempo em que a avaliação de si mesmo começa a ficar mais positiva. O sentimento de ser compreendido na relação terapêutica auxilia no sentimento de segurança e autoconfiança.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupação com o desempenho acadêmico;</li> <li>- Sentimento de ser compreendido na relação terapêutica auxilia no sentimento de segurança e autoconfiança.</li> </ul>
14 <sup>a</sup>	Em meio a um intenso processo de psicoterapia, no qual faz descobertas sobre si e começa a se qualificar, percebe-se sendo desqualificado numa relação. Reage com sentimentos depressivos e se defende desqualificando o outro, sendo formal e racionalizando. No entanto, a elaboração de seus sentimentos permite uma nova visão em relação a sua família, que pôde ser percebida, também, como apoiadora. Com isso, encontramos um movimento de integração do objeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percebe-se desqualificado numa relação;</li> <li>- Nova visão em relação à família= apoiadora;</li> <li>- Movimento de integração do objeto.</li> </ul>

Com efeito, observando-se a Tabela 5.4. verificamos que o tema da agressão surgiu nas 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> sessões, equivalendo a 60% das sessões realizadas, o que o configura como conflito central e como foco terapêutico. Os sentimentos preponderantes envolvidos referiram-se ao medo de ser atacado e de contra-atacar, de se relacionar com as

pessoas, de ser julgado de forma desqualificante e de ser traído, além da raiva que essas questões evocavam.

Apesar da dificuldade e do medo de se relacionar, a partir da 8ª sessão percebe-se uma modificação no padrão de relacionamentos, no qual Antônio começou a desenvolver a percepção de que poderiam existir relações de apoio. A modificação no padrão de relacionamentos surgiu em 50% dos registros, estando presente nas 8ª, 9ª, 10ª, e 11ª sessões, culminando com o surgimento paralelo do movimento de integração do objeto no registro da 14ª sessão. Com efeito, a 14ª sessão é marcada por uma nova visão acerca de sua família. Se antes essa era percebida como desqualificadora, passou a ser uma fonte de apoio.

Paralelamente aos temas anteriores, questões como sentimentos de segurança, de confiança e percepção de apoio surgiram nas 5ª, 7ª, 8ª, 9ª, 12ª, 13ª e 14ª sessões, equivalendo a 70% das sessões realizadas. Ressalta-se que esses sentimentos foram se desenvolvendo no decorrer do processo terapêutico e à medida que o conflito central (tema da agressão) foi sendo trabalhado. Ressalta-se também que as quatro primeiras sessões (5ª a 8ª sessões) foram marcadas por estratégias de apoio e intervenções interpretativas acerca da relação transferencial. Outro marco no processo terapêutico pode ser observado na 10ª sessão. Antônio sofreu uma agressão moral que resgatou fantasmas de experiências passadas e teve uma “recaída” quanto ao medo de ser agredido, o que repercutiu nas próximas sessões. No entanto, a intensidade da expressão de seus afetos foi menor do que quando começou o processo psicoterapêutico, além de ser mais elaborada com possibilidade de reconhecer seus sentimentos e os trabalhar, os impulsos ficaram mais sob controle, o que também indica mudanças em seu funcionamento psíquico.

Fazendo-se a leitura seqüenciada do campo “Formulação Psicodinâmica” e dos “Temas recorrentes”, percebemos que há um encadeamento entre uma sessão e outra. Podemos observar que os conteúdos seguiram uma seqüência e que ocorreu uma evolução clínica no processo de qualificação do paciente, ressaltando que esse processo não foi linear. De fato, entre a 5ª e a 10ª sessão percebemos uma evolução ascendente no que diz respeito ao processo de qualificação. Vemos que nas 5ª e 7ª sessões surgem temas que envolvem sentimentos e comportamentos relacionados ao “fazer psicoterapia”, ou seja, relacionados à relação transferencial, a saber: confiança, segurança, tranquilidade e espontaneidade. A partir da 8ª sessão surgem temas que envolvem a percepção de que podem existir outras relações acolhedoras, além da terapêutica. Essas observações sugerem que o processo psicoterapêutico promoveu mudanças no padrão dos relacionamentos, a partir de mudanças desse padrão na relação terapêutica. Destaca-se que temos ciência de que esse é o mecanismo e objetivo da psicoterapia. A questão a ser ressaltada é que esse fenômeno clínico pôde ser “visualizado” a partir de poucas informações registradas, ou seja, a partir de uma compilação de apenas um campo do modelo de registro clínico.

Ainda em relação ao processo de qualificação do paciente, percebemos que na 10ª sessão ele apresentou uma “recaída” frente à ocorrência de um episódio traumático. Os afetos relacionados a esse episódio de agressão e à “recaída” repercutiram nas outras sessões, como pode ser observado na coluna de temas recorrentes das 11ª, 12ª, 13ª e 14ª sessões. No entanto, Antônio já possuía mais recursos para lidar com a situação. Parece que o processo psicoterapêutico se configurou como uma relação efetiva de apoio e de ajuda, diferente das outras relações anteriores, às quais se via obrigado a aceitar mesmo acreditando que as pessoas sentiam pena e piedade. Esse fato, novamente, aponta para a

importância que o uso do modelo de registro adquire para o trabalho de supervisões, para o norteamento do processo e para a formação do clínico, pois a análise seqüencial dos registros possibilita “visualizar” a evolução do processo terapêutico, evidenciando as mudanças que ocorreram com o paciente.

No próximo capítulo, faremos as considerações finais sobre o caso, integrando as discussões provenientes das três seções de análise: coerência conceitual, integração entre os campos Analíticos e análise seqüencial do campo Formulação. Também discorreremos sobre as implicações desse trabalho para a prática clínica.

# Capítulo VI

## Discussão final e implicações para a prática clínica

*“Não se apoquente com a sua relativa ignorância; pelo contrário, faça um bom uso dela. Aplique para si mesmo e para seu paciente, o “método maiêutico” preconizado por Sócrates, que induzia o interlocutor a reconhecer a sua própria ignorância e, a partir daí, encontrar e partejar possíveis soluções e novas aberturas. “Novas aberturas” não quer dizer que elas devam ser certas, ou originalíssimas, mas, sim, simplesmente, que elas sejam outras...” (Zimerman, 2004, p.454).*

## **Capítulo VI - Discussão final e implicações para a prática clínica**

Neste capítulo, teceremos a discussão final sobre o trabalho realizado. Primeiramente, faremos as considerações finais sobre o estudo de caso à luz das discussões geradas pelos comentários qualitativos advindos dos três tipos de análise dos registros das sessões: análise da coerência conceitual dos campos, análise da integração entre os campos Analíticos e análise seqüencial do registro do campo Formulação Psicodinâmica. Em seguida, apresentaremos as implicações deste trabalho para a prática clínica destacando as funções clínicas do registro e tecendo as últimas considerações sobre a realização deste estudo.

### ***Considerações finais sobre o estudo de caso referenciadas nas análises dos registros***

Na história clínica de Antônio, apresentada no Capítulo V, apontamos que o tema das agressões surgiu em todas as sessões iniciais do processo psicoterapêutico, configurando-se como o conflito central e foco da análise. Esse tema continuou em pauta nas dez sessões utilizadas nesse estudo e nas sessões subseqüentes, no decorrer do processo. Apontamos, também, que o histórico de ser cronicamente submetido a agressões morais e físicas estruturou padrões de relacionamentos constitutivos da personalidade de Antônio.

Com base nessas informações, elaboramos a Formulação Psicodinâmica que evidenciou o conflito central estruturante do padrão de relacionamentos e forneceu o foco terapêutico norteador e antecipatório das manifestações desse padrão na relação

transferencial (Summers, 2003; Kassaw e Gabbard, 2002; Perry, Cooper e Michels, 1987). O registro do campo Formulação Psicodinâmica se mostrou extremamente importante para a condução do processo por explicitar o núcleo do conflito a ser trabalhado e, junto com o registro do campo Planejamento, fornecer a orientação e o norteamento acerca das metas terapêuticas e das estratégias e procedimentos clínicos a serem utilizados para a realização dessas metas (Tavares, 2004b; Domanico, 2005).

O registro do campo Formulação também se mostrou importante por representar uma síntese dos outros campos dos registros, condensando, em forma de narrativa, as informações acerca dos elementos do conflito (campos: Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais). Na história clínica, apresentamos a Formulação Psicodinâmica inicialmente elaborada: na relação com o outro, percebido enquanto desqualificador, destruidor, agressor e superior, Antônio atualizava e encenava sua percepção extremamente desqualificada de si mesmo: pequeno, destruidor, um entojado inferior e digno de pena e piedade. Essa relação desencadeava afetos intensos de medo e ira, gerando sintomas depressivos, tensão e hipervigilância, levando-o ora a fugir e se isolar, ora a não controlar seus impulsos e a atuar sua agressividade.

No exame dos elementos do conflito que configuraram essa Formulação, no caso de Antônio, encontramos: ●Contexto: a relação com as pessoas; ●Reações e Respostas: sintomas depressivos, fugas, evitação, isolamento, tensão, hipervigilância, dificuldade de controle de impulsos resultando em ocasionais atuações explosivas de agressividade; ●Relações Objetais: *auto-imagem* extremamente desqualificada (inferior, briguento, destruidor, pequeno, isolado, tristonho, estranho, depressivo, um incômodo, um entojado, digno de pena e de piedade); *objeto* desqualificante, subordinador, destruidor, agressor e

superior; *vínculo* “de guarda”, que pode obrigá-lo, se alguma forma de fuga não for possível, ao combate ou à submissão; *Afetos* medo e a ira; *Impulsos* de fugir e se isolar ou atacar e agredir o outro. Note-se que o objeto se apresenta cindido, eminentemente mau. Frente a esse objeto, Antônio deve atacar, fugir ou se submeter.

Na síntese da análise da integração entre os campos Analíticos, apresentada no capítulo anterior, indicamos que os comentários qualitativos proferidos pelos avaliadores referiram-se à dualidade ou ambivalência com a qual Antônio convive: temer e evitar relacionamentos e, ao mesmo tempo, desejar ser acolhido, em relação com o objeto idealizado. Também indicamos que essa ambivalência refere-se a duas dinâmicas diferentes: “buscar a relação” e “fugir e se proteger dela”, o que representa dois contextos distintos com dois vínculos relacionais também distintos. Diante dessa ambivalência posta por Antônio e pautados nas análises dos avaliadores e nas consultas aos registros, identificamos dificuldades que se referiram à terapeuta no que tange ao registro da ambivalência presente nas sessões e aos avaliadores, no que se refere à identificação desta ambivalência na análise dos registros.

Consultando os registros percebemos que a história de vida de Antônio é repleta de situações que envolveram uma dupla referência, um duplo posicionamento ou uma dupla orientação, entre as quais Antônio se posicionava, sem se definir ou saber que orientação seguia ou que “rumo” tomava, permanecendo no impasse. Evidenciaremos essas situações percorrendo os registros, desde a 1ª sessão. Para nos auxiliar nas discussões, transcreveremos o registro do campo Transferência e o registro do item Objeto do campo Relações Objetais. As transcrições dos registros destes campos serão feitas a partir da 2ª

sessão, pois o modelo de registro utilizado na época da realização das sessões não previa o preenchimento de todos os campos Analíticos na sessão de entrevista ou 1ª sessão.

Na 1ª sessão, Antônio relatou que devido às constantes agressões sofridas na escola, a diretoria o encaminhou para acompanhamento psicológico numa instituição especializada em atendimento infantil. Nessa época, Antônio tinha por volta dos 11 anos de idade. Relatou que recebeu esse acompanhamento por cerca de oito meses e era atendido por duas pessoas que alternavam o atendimento mensalmente. Recebeu duas orientações dos profissionais: ignorar os agressores e reclamar para os professores. Antônio tentou seguir as duas orientações, mas em ambos os casos “a situação piorava, pois os agressores ficavam mais enfurecidos e violentos”. Parece que além de ser responsabilizado pela própria proteção às agressões sofridas, Antônio se viu sozinho para lidar com as conseqüências de tentar resolver o problema e com o fracasso da tentativa de impedir as agressões. Assim, Antônio tinha duas “escolhas”: tentar impedir as agressões (e sofrer as conseqüências) ou se submeter a elas. Destacamos que, nessa sessão, Antônio teve uma vivência emocional intensa, com explosões de raiva e chôro.

Na 2ª sessão, relatou ser mais ligado à irmã por terem interesses comuns e mais afastado do irmão por terem interesses muito diferentes. Antônio é o filho “do meio” numa família de três filhos. Está entre dois irmãos, se sentindo mais ligado à irmã mais velha e mais afastado do irmão mais novo. Ainda nessa sessão, Antônio disse: “as pessoas me julgam e me colocam em duas imagens, a de semideus ou a de lixo. São duas imagens que não quero. Quero ter a imagem de uma pessoa comum que tem pontos de destaque e péssimos”. Antônio fala de estar entre dois lugares, entre dois opostos: ser um semideus ou ser um lixo (cisão: bom ou mau) e aponta para o desejo de ser visto como uma pessoa

comum que tem aspectos positivos e negativos (integração: bom e mau). Na interpretação da transferência trabalhou-se com Antônio a fantasia de ser julgado como um lixo, pela terapeuta, por ter feito uma exposição negativa de si mesmo, na sessão anterior.

Nos registros dos campos encontramos: Objeto: desqualificante; Transferência: “a terapeuta também é percebida como o outro que julga e constrói uma imagem negativa. Paciente busca fazer uma “exposição positiva”, ressaltando seu ponto de destaque mostrando os livros que comprou, apresentando suas posições teóricas, mostrando que tem conhecimento”.

Observamos que no registro do campo Objeto, este foi apresentado como cindido, ressaltando-se o objeto mau, o que evidencia a dinâmica “fugir ou proteger-se da relação”. No entanto, o registro do campo Transferência aponta para a dinâmica de “buscar a relação”, na medida em que Antônio tenta apresentar seus aspectos positivos para a terapeuta, tenta agradá-la, talvez, para que seja visto como alguém comum, como alguém que tenha aspectos positivos e negativos. Essas observações evidenciam a ambivalência na qual Antônio funciona: temer a relação e desejar ser acolhido.

Na 3ª sessão, Antônio anuncia sua dupla orientação sexual: “Sou um bissexual. Sinto atração por homens há uns 16 ou 17 anos” (a descoberta da atração sexual por homens coincide com a época das agressões sofridas). Fala sobre seu medo da exposição: “me expondo, as pessoas vão saber que eu existo e vão querer me derrubar e me destruir”. Na interpretação da transferência, trabalhou-se a fantasia de ser derrubado e destruído pela terapeuta.

No registro do campo Transferência temos: “Apesar de se sentir mais aliviado em conversar com a terapeuta, no decorrer da sessão, parece que a situação terapêutica às vezes

é sentida como agressora e destruidora, visto que se expõe e a terapeuta fica sabendo que ele existe”. No registro do campo Objeto temos: destruidor e agressor. Assim, na 3ª sessão, também foi ressaltado o objeto mau, o que evidencia a dinâmica de temer e fugir da relação. No entanto, o registro do campo Transferência aponta para as duas dinâmicas: desejar ser acolhido e temer ser destruído.

Na 4ª sessão, Antônio anuncia a dupla mensagem nas relações de ajuda: “Essa era a pior coisa, eu via que as pessoas tinham boa vontade, mas que sentiam pena e piedade de mim”. “Eu me sentia um incômodo, um entojado, mas tinha que aceitar, era a única ajuda que tinha, eu não tinha opção”. Na interpretação da transferência trabalharam-se seus sentimentos em relação a ser obrigado a estar em terapia por não ter outra opção, na fantasia de também estar sendo um incômodo e um entojado para a terapeuta que sente pena e piedade, apesar de ter boa vontade.

No registro vemos: Objeto: cindido/ agressor. Transferência: “Sente-se um incômodo e um entojado na relação terapêutica, mas tem que se submeter à boa vontade, à pena e piedade da terapeuta, pois não tem outra opção”. Percebemos que o registro do campo Transferência e do campo Objeto estão em sintonia, ambos evidenciando a relação com o objeto mau. Com um histórico de relacionamentos que oferecem duplas orientações e mensagens, fica difícil acreditar e discernir qual mensagem é “mais verdadeira”. Entretanto, a possibilidade de falar sobre seus temores e desconfianças em relação à psicoterapia indicou um “rumo” a ser seguido ou uma possibilidade de definição de uma única mensagem. Ao final da sessão, Antônio disse: “Estou me sentindo melhor, desabafado, mais aliviado”. Esses sentimentos se evidenciaram na 5ª sessão.

Na 5ª sessão, evidenciou-se a construção de um objeto bom no espaço terapêutico: “Penso que estou começando a sair da concha. Não estou tão preso como estava antes. Sinto uma fluidez. Nas sessões, estou me soltando aos poucos. Não sinto mais tantas amarras”. No entanto, a ambivalência se manifestou nesse pequeno detalhe: “Gostaria de melhorar em relação à timidez e ao meu medo de me expor”.

No registro do campo Transferência temos: “A confiança na relação terapêutica está se construindo e sendo percebida como apoiadora”. Temos no registro do campo Objeto: amedrontador/ ameaçador. Observa-se que enquanto o registro do campo Transferência aponta para o objeto bom (buscar a relação), o registro do campo Objeto aponta para o objeto mau (evitar a relação). O registro apontou para duas dinâmicas diferentes, mas de forma “espalhada” pelos campos, como apontamos na síntese da análise da integração entre os campos Analíticos, apresentada no capítulo anterior.

Na 6ª sessão, Antônio anunciou uma dupla orientação dos pais: “Em casa, meu pai dizia que eu tinha que revidar e os agredir. Minha mãe dizia que eu tinha que fugir”. Também apontou para uma terceira possibilidade de vínculo e de orientação: “Na verdade, 3 pessoas cuidavam de mim, na minha infância. Uma tia, minha mãe e meu pai”. Quem mais tomava conta de mim era minha tia. Eu era mais próximo dela que cuidava de mim como uma babá. Ela deu muito senso de igualdade a todos”.

No registro do campo Transferência temos: “Falar sobre si mesmo está cada vez mais tranquilo, dentro da relação terapêutica”. Na análise da coerência conceitual, no Capítulo V, a partir dos comentários qualitativos do profissional reformulamos o registro para: “a relação com a psicoterapeuta está se tornando cada vez mais tranquila e mais próxima, inspirando confiança como na relação com a tia que cuidava como uma babá e

proporcionava um senso de igualdade”. No registro do campo Objeto temos: “agressor e abandonador.” Com essas reflexões, percebemos a co-existência de duas dinâmicas: temer e evitar as relações e desejar e buscar apoio.

Na síntese da análise da integração entre os campos apontamos que de forma semelhante ao que aconteceu ao registro da 5ª sessão, as informações sobre a ambivalência do paciente ficaram “espalhadas” pelos registros dos campos Analíticos da 6ª sessão. Parece que a ambivalência posta pelo paciente, desde a 1ª sessão, foi “incorporada” na elaboração do registro. De modo análogo a Antônio, a terapeuta ficou entre “duas posições”, sem conseguir se definir em uma delas e sem conseguir integrá-las, ficando num impasse e “espalhando” as informações pelos campos dos registros. Parece que é assim que se encontrava Antônio, num impasse, preso entre duas posições, sem conseguir integrar o objeto bom com o objeto mau, sem conseguir “ser uma pessoa comum com aspectos positivos e péssimos”, só sendo possível ser um “semideus ou um lixo”. Em outras palavras, preso entre a posição esquizo-paranoide e a posição depressiva. Há o desejo de se relacionar com pessoas comuns sendo uma pessoa comum. Há um movimento que o impele a integrar o objeto, mas há uma força ou “amarras” que prendem e o impedem de seguir adiante.

Como apontamos na história clínica, co-existem os impulsos de fugir e se isolar ou atacar e agredir o outro. Na fuga, talvez Antônio se identifique com o garotinho indefeso e siga as orientações da mãe, enquanto que no ataque se identifique com o próprio agressor e siga as orientações do pai. No entanto, Antônio dizia que “sua ética não permite agredir ninguém fisicamente”, por isso quebrava coisas. Ao atuar sua agressividade dessa maneira, sem agredir ninguém fisicamente, talvez Antônio tentava integrar as duas orientações dos

pais (como tentou seguir as duas orientações dos profissionais que o atenderam na infância), encontrando uma terceira possibilidade, seguindo também, talvez, as orientações da tia que proporcionava um senso de igualdade a todos.

Na 7ª sessão, Antônio anuncia outra dualidade: “Não sinto tanto a prisão. Ainda estou no estado de concha, me escondendo. Me pergunto o que tá me segurando e me prendendo. Estou me soltando, me mostrando aos poucos. Ainda tenho medo das reações das pessoas”. A dualidade incide em estar se soltando, se mostrando, buscando relações e estar se escondendo, se segurando, se prendendo, ainda com medo das pessoas. Quanto à terapia anunciou: “Antes ficava mais incomodado. Hoje me sinto mais esclarecido e confiante”. O registro do campo Transferência aponta: “Cada vez mais a relação terapêutica se apresenta como segura, sem riscos para o paciente”. E o Objeto é evidenciado enquanto: “acolhedor x julgador”.

Na síntese da integração entre os campos Analíticos apontamos que o registro da 7ª sessão apresentou as duas dinâmicas de forma integrada e o registro do Objeto também integrado, o que talvez tenha contribuído para que os avaliadores tecessem poucos comentários. Destacamos que até a 4ª sessão, “evitar e fugir da relação” era a dinâmica preponderante e os registros evidenciavam o objeto mau. Nas 5ª e 6ª sessões, a dinâmica preponderante era a de “buscar a relação” e os registros apresentavam a ambivalência de forma espalhada pelos campos Analíticos, evidenciando o objeto mau. Esses fenômenos observados com as análises dos registros parecem indicar que a elaboração dos registros configurou-se como uma resposta contratransferencial da terapeuta à ambivalência posta por Antônio. Percebemos um impasse ou “amarras” que dificultavam a apresentação das

duas dinâmicas em uma forma integrada. Essas amarras foram sendo desfeitas, no decorrer do processo e na 7ª sessão, foi possível apresentar as duas dinâmicas de forma integrada.

Na 8ª sessão, Antônio anunciou outra dualidade: “no relacionamento com as pessoas, tenho mais discernimento. Consigo separar aquelas que realmente são uma ameaça daquelas que querem se aproximar. Isso me faz sentir bem. É uma sensação nova”. No entanto, a dualidade apresentada indica uma evolução clínica. Se antes todas as pessoas eram percebidas como potenciais agressores, agora, Antônio já consegue discernir entre aquelas que são ameaçadoras daquelas que querem se aproximar. Parece que Antônio começa a sair do impasse ou a vislumbrar a possibilidade de seguir um caminho, o da aproximação, na dinâmica de “buscar a relação”.

O registro do campo Transferência aponta: “a relação terapêutica é percebida como não ameaçadora em oposição às relações percebidas como ameaçadoras”. Encontramos no registro do campo Objeto: “ameaçador e agressor x acolhedor”. A ambivalência foi apresentada de modo integrado, evidenciando-se a dinâmica preponderante na sessão e a eminência do objeto bom.

Na síntese da análise da integração, apontamos que encontramos algumas discrepâncias nos comentários qualitativos sobre o registro da 8ª sessão que se referiram à dinâmica “fugir da relação” enquanto a terapeuta apontava para a dinâmica “buscar a relação”. Parece que, de maneira análoga ao que aconteceu com a terapeuta na elaboração dos registros anteriores, a discrepância dos comentários configura-se enquanto uma resposta contratransferencial do avaliador à ambivalência e às “amarras” postas por Antônio. Talvez, as amarras que prendem Antônio entre as duas posições, impedindo-o de

“seguir em frente”, tenham “aprisionado” o avaliador, impedindo-o de reconhecer que Antônio “deu um passo à frente”, apesar da ambivalência e das dificuldades relacionais.

Na 9ª sessão, Antônio apresentou mais uma dualidade: “No ensino médio, uma professora abriu as portas para mim, me apresentou para a turma. Tive sorte de entrar numa turma tão colaboracionista. Isso me deu um choque, um estranhamento. Ainda me sentia acuado, com alguns passos atrás”. Embora Antônio desejasse ser acolhido, a realização desse desejo deixou-o em choque, em estranhamento, acuado e com alguns passos atrás. O registro da 9ª sessão integrou as duas dinâmicas, como pode ser observado no registro do campo Transferência: “Apesar de perceber a relação terapêutica enquanto acolhedora, ainda desconfia, fica com passos atrás” e do campo Objeto: ameaçador e agressor x acolhedor.

Na síntese da análise da integração, no capítulo anterior, apontamos que as reflexões advindas dos comentários qualitativos possibilitaram o reconhecimento do espaço terapêutico na sua ambivalência, enquanto contexto acolhedor e contexto mobilizador de angústia. Destacamos que a interpretação da transferência negativa foi um procedimento clínico utilizado desde as primeiras sessões. Com as reflexões fomentadas pelas análises dos registros e com o estudo de caso, avaliamos que Antônio não prosseguiria com a psicoterapia caso não trabalhássemos a transferência negativa.

Com efeito, na época da realização das sessões, reconhecíamos as implicações psicológicas de se ter um histórico de ser cronicamente submetido aos episódios de agressões morais e físicas e de se submeter às relações de ajuda que fracassaram. Com a realização deste estudo, foi possível evidenciar, na história de vida de Antônio, as várias situações que envolveram duplas referências, duplas mensagens, duplos posicionamentos ou duplas orientações. Sua história de vida é repleta de dubiedades. É de se esperar que

permanecesse “amarrado” entre duas posições. De fato, a hipótese da compreensão psicodinâmica de estar preso entre duas posições, só foi possível consultando-se os registros em supervisão clínica, na qual foi possível perceber como a terapeuta também se encontrava “amarrada”. Da mesma maneira, a “visualização” da co-existência das duas dinâmicas, buscar a relação e fugir e proteger-se dela, desde a primeira sessão, bem como a reflexão sobre as confusões na elaboração do registro funcionando enquanto resposta contratransferencial, só foram possíveis com a realização deste trabalho.

Como apresentamos no capítulo anterior, a 10ª sessão indicou uma “recaída” de Antônio frente à ocorrência de um episódio traumático. Na análise seqüencial dos registros do campo Formulação apontamos um encadeamento entre uma sessão e outra e entre os conteúdos que seguiram uma seqüência. Observamos uma evolução ascendente, entre a 5ª e a 10ª sessão, no que diz respeito ao processo de qualificação. No entanto, Antônio não voltou ao “ponto de partida” na medida em que já possuía mais recursos para lidar com a situação de uma maneira diferente, já acreditava na possibilidade da existência de relações eminentemente acolhedoras.

Na síntese da análise da integração entre os campos Analíticos, no capítulo anterior, apontamos que no registro da 10ª sessão, os avaliadores não teceram muitos comentários qualitativos. Pensamos que a evidenciação da dinâmica “fugir da relação” devido ao episódio traumático não gerou confusões ou dúvidas nos avaliadores, acerca da ambivalência de Antônio. No registro do campo Objeto temos: “agressor x acolhedor”. No registro do campo Transferência encontramos: “O espaço terapêutico parece ser um lugar seguro para tratar as lembranças atormentadoras, os sentimentos envolvidos, sem perder o controle da situação, sem explodir”, o que sugere que, nessa sessão, o espaço terapêutico se

configurou enquanto eminentemente acolhedor, apesar da desconfiança em relação ao espaço, da dubiedade que ele evoca para Antônio.

O episódio traumático fez Antônio resgatar fantasmas do passado e reviver os sentimentos com muita intensidade: “Isso me faz sentir ruim e lembrar o que passei antes. É desagradável. Não é uma sensação que gostaria de relembrar, mas acontece que acabo lembrando de tudo novamente. Isso me dá medo”. Percorrendo os registros das sessões anteriores, encontramos relatos semelhantes no que tange a reviver a experiência, tal qual aconteceu em seu passado. Assim, no registro da 3ª sessão encontramos: “Essas coisas que aconteceram comigo, quando me lembro, fico do mesmo jeito que ficava na hora. Parece que está acontecendo no momento e fico com medo que tudo se repita”. E no registro da 4ª sessão temos: “Senti apertar por dentro. Falar sobre minha história de vida, sobre as agressões que sofri. São sentimentos que não controlo”.

Em seus relatos, Antônio apontava que ao lembrar dos episódios de agressão se sentia e, às vezes, agia como se os eventos de agressão estivessem ocorrendo novamente. Com efeito, esses relatos se configuram como o terceiro item ou sintoma do Critério B [agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado)] para o diagnóstico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Consultando os registros, à luz dos critérios diagnósticos para esse transtorno e com as informações que possuímos, observamos que parece que Antônio preenche dois quesitos do Critério A, quatro quesitos no Critério B, quatro quesitos no Critério C, dois quesitos no Critério D, preenche o Critério E (duração da perturbação superior a 1 mês) e o Critério F (sofrimento

cl clinicamente significativo com prejuízo no funcionamento social, ocupacional e afetivo). Na especificação: crônico, com duração dos sintomas superior a três meses. Não temos informações acerca do início dos sintomas.

Na história clínica, delineada no Capítulo V, apontamos que Antônio apresentava um quadro misto com todos os sintomas que configuram o Transtorno Depressivo Maior Recorrente Grave sem características psicóticas e o Transtorno Explosivo Intermitente. Com a realização deste estudo foi possível encontrar evidências clínicas que apontam para um terceiro quadro clínico: o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Apesar de possuímos as informações clínicas que indicam a co-existência de três morbidades clínicas, nos registros das 10 primeiras sessões do processo psicoterapêutico, o reconhecimento do terceiro diagnóstico só foi possível com a realização deste estudo e estando por volta de 70 sessões psicoterapêuticas. Questionamos como seria para Antônio se tivéssemos reconhecido o terceiro diagnóstico no início do processo. No momento, não conseguimos pensar sobre as conseqüências de termos trabalhado suas angústias sem termos “em vista” o terceiro diagnóstico. Entretanto, essas reflexões podem ser agregadas ao registro do campo Planejamento, como metas terapêuticas de temas a serem investigados, assim como, a avaliação diagnóstica desse terceiro quadro clínico e a apresentação na reunião clínica para a supervisão do caso.

Na 11ª sessão, Antônio retoma a dubiedade em relação às pessoas: aquelas que querem se aproximar e as que são uma ameaça. Retoma também a dubiedade de se sentir “preso” e sentir que está se “soltando”: “Com minha história de agressões, creio que ficaram resquícios inconscientes e até mesmo orgânicos na minha formação. Me transformei num casulo. Sinto que estou começando a sair, que estou tendo

desenvolvimento psicológico”. O registro do campo Objeto aponta: “agressor e perseguidor x acolhedor e protetor”. Encontramos no registro do campo Transferência: “A desconfiança em relação ao outro diminuiu e a relação terapêutica continua se evidenciando enquanto acolhedora e protetora”.

Na síntese da análise da integração indicamos que o registro da 11ª sessão evidenciou as duas dinâmicas de Antônio, ressaltando-se a dinâmica “buscar a relação”. Na análise seqüencial do campo Formulação Psicodinâmica indicamos que o padrão de relacionamentos de Antônio começou a ser modificado. Observamos que Antônio evidencia o reconhecimento de suas dificuldades e começa a se compreender melhor. Pensar em “resquícios inconscientes e orgânicos” aponta para o desconhecimento de si mesmo. Antônio sente que está tendo desenvolvimento psicológico. Ele sabe que desenvolve em seu processo de autoconhecimento.

Na 12ª sessão Antônio anunciou outra dubiedade: ser, ao mesmo tempo, agredido e agressor, vítima e vitimizador, apesar de não se reconhecer enquanto agressor: “me sinto bem por não seguir o caminho que algumas pessoas queriam para mim, me tornar agressivo, me tornar igual aos agressores”. Por outro lado, relatou: “ter um pensamento único e diferente, isso me destaca. Às vezes ficava com orgulho e soberba. Vejo que em alguns pontos posso ter sido um grande insuportável. Olhava e tratava o contexto que vivia e os agressores como medíocres. Achava que tinha nascido no lugar errado”. Com efeito, orgulho, soberba e arrogância são formas de ataque e triunfo sobre o outro “mediocre”. Há um orgulho saudável que não esnoba e outro patológico que se alimenta da humilhação aos outros. Antônio também humilhava os outros como os seus agressores o faziam, com a diferença de ter uma maneira intelectualizada e racionalizada de agredir, ou seja, utilizava

as armas que tinha. Nas sessões subseqüentes às utilizadas nesse estudo, foi trabalhada a dinâmica de ser um agressor. O reconhecimento de ser um agressor trouxe um intenso sofrimento para Antônio. Ficou espantado e decepcionado consigo mesmo por reconhecer-se possuidor das características que abomina nos outros.

Entretanto, como discutimos na análise da integração dos campos Analíticos da 12ª sessão, Antônio já se mostrava ego-distônico em relação a ser diferente, a ficar com orgulho e soberba e querer ser melhor do que os outros: “Fico na dúvida, me sinto bem por ter um pensamento exclusivista e me sinto triste por me ver sozinho. Ter um pensamento único e diferente, isso me destaca. Às vezes ficava com orgulho e soberba. Sei que isso não era bom para mim, querer ser melhor que os outros”. Esse é um ponto importante, pois aponta para um melhor prognóstico para a evolução do caso, na medida em que estar ego-distônico em relação a ser melhor do que os outros indica que Antônio não possui um quadro de Transtorno do caráter.

Ainda na 12ª sessão, Antônio elabora seus sentimentos acerca da compreensão de si mesmo: “Sempre utilizei esses aspectos positivos para esconder minha baixa auto-estima. Tentava ser um destaque, manter uma auto-estima, não ser só um saco de pancadas. Me destacar intelectualmente do grupo me fez sentir bem. Fui ficando com orgulho e soberba. Vejo que em alguns pontos posso ter sido um grande insuportável. Olhava e tratava o contexto que vivia e os agressores como medíocres. Achava que tinha nascido no lugar errado. Tudo o que eu queria era ter um amigo e não me sentir tão sozinho”. Estes relatos de Antônio apontam para o seu reconhecimento de que ser intelectualmente capaz era uma boa qualidade, mas não preenchia sua auto-estima porque ele queria e precisava de aceitação e reconhecimento pelo que ele é. Precisava ser amado por ser o Antônio. Ele

evidencia que está consciente que a intelectualidade é uma defesa e, portanto, alimenta um falso self que estava desenvolvendo soberba, arrogância e orgulho.

Na 13ª sessão Antônio anunciou uma dupla significação sobre os acontecimentos em sua vida, referenciando-se ao como se sentia antes de começar a psicoterapia e ao como se sentia na época da sessão: “Antes, o que me causava ira e vontade de agredir hoje me causa só indignação. Tudo o que estou sentindo está em intensidade diferente. A cada dia que passa sinto a intensidade diminuir”. No registro do campo Objeto temos: “ameaçador e reprovador x apoiador e acolhedor”. Encontramos no registro do campo Transferência: “Utiliza bem a relação terapêutica como suporte para a elaboração de seus conflitos. Apresenta-se cooperativo e acessível, demonstrando sentir confiança e segurança na relação”.

Na síntese da análise da integração entre os campos Analíticos, apontamos que o registro da 13ª sessão evidenciou as duas dinâmicas ressaltando-se a dinâmica preponderante na sessão: “buscar a relação”. Na análise seqüencial do campo Formulação apontamos que o registro da 13ª sessão, bem como os registros das 11ª, 12ª e 14ª sessões, mostraram a constituição do espaço psicoterapêutico como uma relação efetiva de apoio e de ajuda. Nas sessões subseqüentes às utilizadas neste estudo, observou-se que a constituição da terapia como relação de apoio foi se caracterizando como um objeto bom que se manteve constante, consolidando o vínculo terapêutico. Dissemos na história clínica, apresentada no capítulo anterior, que ao concluirmos este estudo tínhamos realizado 70 sessões psicoterapêuticas. Antônio nunca faltou a nenhuma das sessões. Em quase dois anos de processo psicoterapêutico atrasou-se apenas duas vezes (menos de 10 minutos) e, mesmo assim, ligou avisando e justificando o porquê de seu atraso.

Na 14ª sessão, Antônio anunciou um duplo desapontamento: não ser como seus familiares e, conseqüentemente, não se sentir pertencendo ao meio. Relatou: “Acho que nasci no lugar errado. Sou diferente do contexto em que vivo. O universo que me cerca é diferente do que queria para mim. Queria estar com pessoas que pudessem me ouvir e me entender, que tivessem mais intelectualidade e um pouco de consciência do que está acontecendo”. Nessa sessão, também relatou ser humilhado pelos primos por ser universitário, mas não ter emprego e uma vida financeira estável.

Na síntese da análise da integração, indicamos que o registro da 14ª sessão apresentou as duas dinâmicas de Antônio: “temer e evitar a relação” e “desejar a relação e a buscar”. De fato, temos registrado no campo Objeto: desqualificador x qualificador e apoiador. Encontramos no campo Transferência: “A relação terapêutica é vivenciada de forma idealizada, parecendo ser o único lugar em que se sente compreendido. Há um desejo de que encontrasse outras relações assim, o que aponta para uma mudança em seu padrão de relacionamentos (todos são ameaçadores e agressores) a princípio, apenas na relação terapêutica”.

Antônio se destaca intelectualmente do contexto em que vive. Relatou ser o único em toda a família e na sua vizinhança a fazer um curso superior, além de estar numa universidade pública do porte da UnB. Há um distanciamento intelectual e cultural em relação ao seu contexto. É necessário que Antônio reconheça essa situação e possa elaborar o luto pela perda do senso de pertencimento que vem de não ser como eles. Ele também precisa reconhecer que se usar sua intelectualidade como defesa contra os primos, por exemplo, estes poderão se defender ou contra-atacar com as armas que têm: ter uma vida financeira mais estável que a dele. Esse reconhecimento é importante para que Antônio

possa “aprender” como se relacionar com pessoas mais simples sem ser ofensivo ou sem fazê-las se sentirem inferiores intelectualmente. Com esse “aprendizado”, Antônio poderá se relacionar com qualquer pessoa, independente de classe ou nível social.

Percorrendo as discussões acerca de cada registro de sessão do caso, percebemos que Antônio apresentou uma evolução clínica significativa e ascendente no decorrer das dez sessões analisadas. Observamos que o desenvolvimento não foi linear (nem poderia ser), ocorreram altos e baixos, tropeços e quedas, mas seguimos adiante. O processo de constituição do espaço terapêutico enquanto um objeto acolhedor, “bom” e “constante” e a consolidação do vínculo terapêutico puderam ser vislumbrados e acompanhados com a “leitura” ou estudo de cada registro de sessão, desde o registro da 1ª sessão.

A realização deste estudo de caso, à luz dos comentários qualitativos advindos das análises dos registros, proporcionou o aprimoramento do raciocínio investigativo-interpretativo, possibilitando desatar “amarras” ou impasses que dificultavam a compreensão clínica. Com efeito, com este estudo foi possível identificar e significar as inúmeras situações de dupla referência, duplo posicionamento, duplas mensagens e duplas orientações na história de vida de Antônio e a expressão destas nas sessões. Também foi possível reconhecer sua ambivalência constitutiva e a sua “amarração” entre duas posições. Este estudo também possibilitou identificar a configuração de um terceiro diagnóstico, o de Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Não sabemos precisar se estas reflexões seriam possíveis sem a realização deste trabalho. Contamos com as reflexões de quatro avaliadores além das reflexões do orientador-supervisor. Foram cinco novos olhares que contribuíram para fomentar o raciocínio clínico.

Em relação à elaboração dos registros, as reflexões contribuíram para o aprimoramento destes, para o aprimoramento na elaboração de registros futuros bem como para o aprimoramento do modelo. Os registros utilizados neste estudo foram elaborados há quase dois anos, quando começávamos a utilizar o modelo para registrar as informações clínicas. Com as análises feitas pelos avaliadores em conjunto com nossa própria análise, percebemos incoerências no preenchimento dos registros, referentes aos conceitos que sustentam os campos e à estrutura dos registros dos campos. Se a elaboração dos registros utilizados fosse feita após a realização deste estudo, os registros apresentariam muitas diferenças, principalmente no que se refere ao registro dos campos Contexto e Formulação Psicodinâmica.

Em síntese, a realização deste estudo de caso, à luz das discussões geradas pelos comentários qualitativos advindos das análises dos registros, evidenciou-se como uma “iluminação” para a compreensão da psicodinâmica de Antônio, para a construção de metas terapêuticas, para o norteamento do processo e para a elaboração do registro clínico. A seguir, discutiremos com maior profundidade as implicações deste trabalho para a prática clínica.

### ***Implicações para a prática clínica***

Para a realização deste estudo, utilizamos os registros clínicos de dez sessões de um processo de psicoterapia psicodinâmica. Estes registros foram elaborados a quase dois anos antes de fazermos as análises solicitadas por esta pesquisa. As informações clínicas referentes às sessões realizadas ficaram armazenadas num documento escrito por quase dois anos, antes de serem utilizadas para esse estudo. Esse estudo só foi possível de ser realizado devido à “objetivação da memória” do material clínico. Nesse sentido, referimo-

nos à *1ª função clínica* do registro: “Criar um traço permanente de memória objetivada, uma fixação escrita que documenta recortes de situações e acontecimentos do processo psicoterapêutico”.

A fixação escrita do material clínico obtido nas sessões de psicoterapia possibilitou-nos guardar “detalhes preciosos” acerca da história de vida de Antônio, como por exemplo, as inúmeras situações que envolviam duplos sentidos, duplas referências ou duplas orientações. Com efeito, passados quase dois anos, não nos lembrávamos mais desses pormenores que se apresentaram como fundamentais para a compreensão do funcionamento psicodinâmico de Antônio. Sem dúvida, sem essas informações, as análises teriam um outro teor, não sendo possível identificar os elementos que contribuíram, ao longo da vida de Antônio, para a constituição de uma dinâmica ambivalente e para sua “amarração” entre duas posições: esquizo-paranóide e depressiva. Assim, a importância desses pormenores ressalta a importância do registro clínico, em sua *2ª função clínica*: “Minimizar as deformações inerentes ao transcorrer do tempo”.

No Capítulo IV, evidenciamos que as análises dos registros das dez sessões seriam realizadas por quatro avaliadores. Estes avaliadores fizeram três tipos de análises que se referiram à estrutura de elaboração dos registros e aos conteúdos trabalhados nas sessões. A partir dessas análises, os avaliadores teceram comentários qualitativos que fomentaram reflexões clínicas que contribuíram para o aprimoramento do registro e para a compreensão do funcionamento psicodinâmico de Antônio. Os avaliadores tiveram acesso ao material clínico registrado quase dois anos após as sessões serem realizadas. Novos pesquisadores ou terapeutas poderão consultar o material clínico daqui a três ou quatro anos. As informações que geraram tantas reflexões continuarão disponíveis para estudos, através dos

tempos. Essa característica ressalta a importância do registro clínico em sua *3ª função clínica*: “Manter e possibilitar o acesso e retomada da memória objetivada, com a minimização de deformações e esquecimentos inerentes ao tempo”.

Todos os registros clínicos utilizados neste estudo foram elaborados de acordo com um modelo padronizado. Esse modelo é estruturado com nove campos que evidenciam os fenômenos clínicos a serem observados, avaliados e registrados. O modelo organiza o registro das informações clínicas. A estrutura do modelo orientou a terapeuta acerca de como fazer o registro da sessão e por onde começar (pelo registro das falas), facilitou e organizou o seu trabalho de registro por levá-la a refletir e a registrar um fenômeno de cada vez. A estrutura do modelo também orienta outros usuários do registro (como os avaliadores, p.e.), pois “guia” o usuário na sua leitura e no raciocínio clínico, na medida em que os campos são integrados. Desse modo, este estudo ressaltou a importância do registro em sua *4ª função clínica*: “Organizar de forma otimizada o material clínico”.

Com este estudo, observamos que a organização otimizada do material clínico, através do modelo padronizado de registro clínico, orientou seus usuários no desenvolvimento do raciocínio clínico. Enquanto terapeuta, a elaboração do registro permitiu uma tomada de distância que incrementou o procedimento reflexivo (Plaza, 2004). Como apontamos anteriormente, a própria estrutura do modelo nos induziu à reflexão clínica, nos “guiando” no raciocínio clínico através dos campos do registro. Quanto ao trabalho dos avaliadores, observou-se que a organização do material clínico proposta pelo modelo possibilitou o procedimento reflexivo, haja vista os vários comentários qualitativos tecidos pelos avaliadores. Desse modo, a realização deste estudo ressaltou a importância do registro clínico em sua *5ª função clínica*: “Promover maior efetividade da reflexão clínica”.

A realização deste estudo evidenciou que a organização otimizada do material clínico, por meio do modelo padronizado de registro clínico, promoveu maior efetividade do procedimento reflexivo, gerando vários comentários qualitativos que contribuíram para a compreensão do processo psicoterapêutico. De fato, enquanto terapeuta percebemos que a elaboração dos registros após as sessões, nos auxiliava a compreender as dinâmicas presentes nas sessões e a acompanhar o desenvolvimento destas dinâmicas no decorrer do processo. Enquanto pesquisadora, verificamos que as análises dos registros possibilitaram, à pesquisadora e aos avaliadores, construir uma “visão panorâmica”, assim como uma “visão situacional” do processo que analisávamos. Assim, este estudo também ressaltou a importância do registro clínico em sua *6ª função Clínica*: “Possibilitar melhor compreensão do processo de psicoterapia”.

Na medida em que nos possibilitou construir uma “visão panorâmica” e uma “visão situacional” do processo, o uso do registro clínico também nos possibilitou transitar por essas duas visões, bem como manter o foco em uma delas. Pudemos nos concentrar no processo através das sessões e no processo que ocorre numa sessão específica. O registro nos possibilitou evidenciar pormenores que contribuíram para a elaboração da formulação psicodinâmica evidenciando a dinâmica ambivalente de Antônio. Em outras palavras, o registro possibilitou-nos compreender o funcionamento psicodinâmico de Antônio. Deste modo, este estudo ressaltou a importância do registro clínico em sua *7ª função*: “Possibilitar melhor compreensão do indivíduo em processo psicoterapêutico”.

Por possibilitar melhor compreensão do processo psicoterapêutico e melhor compreensão do indivíduo em processo, o registro clínico também possibilitou “melhor norteamento para a condução do caso”, sendo esta a sua *8ª função clínica*. De fato, a análise

dos registros evidenciou um encadeamento entre os conteúdos das sessões de Antônio. No modelo de registro temos um campo específico (Planejamento) para o delineamento dos objetivos ou metas terapêuticas a serem alcançadas e o delineamento dos procedimentos clínicos necessários para se alcançar esses objetivos. O registro do campo Planejamento à luz do registro do campo Formulação Psicodinâmica, ofereceram norteamento para a condução do processo psicoterapêutico de Antônio.

A análise dos registros e o estudo de caso demonstraram que o uso do registro clínico possibilitou o norteamento de três níveis de metas: macro-metas, metas de nível médio e micro-metas, embora não tivéssemos esse conhecimento na época da elaboração dos registros. No entanto, parece que o uso do registro nos induziu a desenvolver um conhecimento intuitivo acerca dessa questão.

As macro-metas referem-se aos objetivos que se deseja alcançar ao longo do processo de terapia e que se estendem mesmo depois que esta termina, por exemplo, redução de sintomas e aumento da autonomia. As metas de nível médio referem-se aos objetivos estruturais, às mudanças do mundo interno do paciente que a terapia espera alcançar, por exemplo, de mês para mês. E as micro-metas, referem-se aos procedimentos clínicos utilizados em cada sessão para se alcançar os objetivos propostos, por exemplo, interpretar a transferência negativa. Em outras palavras, as micro-metas se referem à realidade de cada sessão ou mesmo a frações dela visando ao norteamento, correção de rumo e de procedimentos (Holmes, 1998; Williams, 1998).

Com efeito, consultando os registros das sessões encontramos o delineamento de objetivos que se referem aos três níveis de objetivos. Por exemplo, no registro do campo Planejamento da 2ª sessão temos: a) Continuar investigando a história de seus

relacionamentos precoces e história de vida. Essa é uma micro-meta, pois se refere a uma estratégia clínica norteadora para a condução do processo. Estamos na 2ª sessão. Necessitamos de mais informações para podermos compreender melhor o que está acontecendo com o paciente e fazermos a avaliação psicodiagnóstica. b) Ajudá-lo a compreender que desqualifica a si mesmo e atribui às pessoas o que faz consigo mesmo e como se vê. Essa é uma meta de nível médio, pois envolve mudanças para médio prazo.

Outro exemplo pode ser verificado no planejamento da 9ª sessão: a) Continuar trabalhando a função das “explosões nervosas” na vida e relacioná-las com a percepção que se tem do outro e as reações frente essa percepção. Esse planejamento envolve três níveis de metas: micro-meta, meta de nível médio e macro-meta. Como meta de nível médio podemos “trabalhar” as “explosões nervosas” com o objetivo da redução do sintoma, na medida em que este é um comportamento mal adaptativo e é uma mudança possível em médio prazo. Como macro-metas podemos “trabalhar” as “explosões nervosas” na perspectiva de mudança estrutural, trabalhando o conflito inconsciente com objetivos a longo prazo. Como micro-metas, poderíamos delinear os procedimentos e temas norteadores a serem trabalhados em cada sessão.

Em síntese, a realização deste estudo ressaltou a função do registro clínico de possibilitar o norteamento da condução do processo. Por outro lado, o uso do registro indicou “como” e em que níveis o registro clínico possibilita o norteamento. Com efeito, fazer o planejamento do processo terapêutico tendo em vista a Formulação Psicodinâmica e os níveis de metas a serem alcançadas pode contribuir para a eficácia terapêutica. Dessa maneira, este estudo apontou para uma possibilidade de aprimoramento do modelo de registro clínico.

Em sua 9ª *função clínica* o registro clínico oferece condições para “Possibilitar melhor transmissão e compartilhamento das situações e informações clínicas no contexto da psicoterapia, no contexto de supervisão e nos contextos de pesquisa e comunicação científica”. Essa função clínica abarca as oito funções clínicas apresentadas anteriormente.

Assim, no *contexto da psicoterapia*, a elaboração do registro das informações clínicas, de acordo com o modelo padronizado, possibilitou a organização otimizada das informações clínicas, guiando a terapeuta na sua elaboração, além de permitir um distanciamento que incrementou o procedimento reflexivo e promoveu maior efetividade da reflexão clínica, possibilitando melhor compreensão do processo psicoterapêutico e da dinâmica do paciente. O registro do campo Planejamento aliado à compreensão psicodinâmica ofereceu um norte para a condução do processo.

No *contexto de supervisão*, o uso do registro dinamizou o processo tornando as supervisões mais ágeis, diretivas e efetivas. A estrutura do modelo padronizado de registro evidenciou as dificuldades encontradas pela terapeuta para elaborar os registros dos campos, para compreender o conceito teórico-clínico que fundamenta cada campo do registro e para conduzir o caso. Assim, a análise do registro orientou a equipe de supervisão a “ir direto ao ponto”, na medida em que as dificuldades foram evidenciadas. As supervisões realizadas a partir do registro de uma sessão puderam, inclusive, oferecer orientações acerca do aprimoramento do registro e até mesmo do modelo.

Sobre a experiência de utilizar o modelo de registro clínico, alguns terapeutas relataram que se sentiram “com permissão” ou “coragem” para fazer determinadas intervenções ou procedimentos clínicos, por exemplo, interpretar a transferência, por sentirem que estavam no “caminho certo”, por se sentirem com “propriedade” do que

fazem por “incorporar” as reflexões clínicas e as “carregar” para “dentro da sessão”. Expressões como “visualizar a relação transferencial”, “antecipar as reações do paciente”, “evidenciar padrões de relacionamentos” e “encontrar um norteamento para o processo” foram proferidas durante as reflexões acerca da experiência de utilizar o modelo de registro.

Uma peculiaridade apontada pela equipe referiu-se à elaboração esporádica do registro, ou seja, não registrar todas as sessões realizadas conforme o modelo e utilizá-lo esporadicamente. Os relatos apontaram que mesmo quando o modelo não é utilizado para o registro de todas as sessões, a elaboração esporádica de registros conforme o modelo auxilia na compreensão do caso, principalmente quando o processo parece “emperrado”. Outros relatos abordaram que a elaboração dos registros “clareou” a relação terapêutica, ajudando a compreender determinados comportamentos do paciente, além de oferecer um norteamento sobre “o que fazer e o que não fazer”.

Essas considerações tornam-se cruciais se pensarmos que o uso do modelo possibilitou supervisões clínicas sobre a compreensão psicodinâmica do paciente, sobre a compreensão teórica-clínica do terapeuta-registrador e sobre a própria elaboração do registro. Por outro lado, com a realização deste estudo descobrimos que o uso do modelo também possibilitou *supervisões clínicas não presenciais*, isto é, a partir da leitura do registro foi possível orientar o terapeuta-registrador no que se refere a sua compreensão teórica, a sua compreensão dinâmica do paciente e à elaboração do registro.

Com efeito, a possibilidade de se realizar supervisões não presenciais traz implicações extremamente importantes para a prática clínica. No trabalho em equipe, sabemos que nem sempre é possível conciliar os horários dos integrantes do grupo. Com o uso do registro torna-se possível orientar o terapeuta na condução do caso, mesmo quando

não é possível encontrar um horário comum para a discussão clínica. Assim, a supervisão poderá ser realizada por meio da análise do registro e as orientações poderão ser feitas “por escrito”. A possibilidade de se fazer supervisões e orientações “por escrito” indica que o registro também poderá ser utilizado para se fazer “educação à distância”. As orientações “por escrito” e “à distância” possibilitam otimizar o trabalho de supervisão, no que se refere ao tempo despendido para se fazer uma orientação (as presenciais tendem a se estender no tempo) e ao maior número de casos supervisionados.

As reflexões sobre o uso do registro também apontaram para as dificuldades encontradas na elaboração destes. A primeira dificuldade apontada se referiu ao tempo necessário para a elaboração do registro, pois os primeiros registros foram dispendiosos. Alguns terapeutas relataram que no princípio levaram mais de duas horas para cumprir a tarefa, mas que esse tempo foi diminuindo à medida que foram “aprendendo” a fazer o registro. Uma das recomendações do modelo é que o registro seja sintético para diminuir o ônus do tempo e do trabalho realizado.

Outra dificuldade se referiu à compreensão conceitual dos campos Analíticos e o preenchimento destes. As maiores dificuldades referiram-se aos campos que evidenciam os elementos do conflito (Contexto, Reações e Respostas e Relações Objetais) e ao campo Formulação Psicodinâmica. De fato, a compreensão conceitual e o preenchimento desses campos requerem um maior contato com o referencial teórico que fundamenta o modelo. No entanto, essas dificuldades se desvanecem à medida que aumentam a familiaridade com o modelo e com o referencial teórico que o fundamenta.

Quanto aos *contextos de pesquisa e comunicação científica*, as análises dos registros e o estudo de caso, neste estudo, trouxeram informações preciosas acerca do uso do modelo

padronizado de registro. Uso que abarca a sua elaboração, pelo terapeuta-registrador, dos fenômenos clínicos ocorridos durante uma sessão psicoterapêutica e o seu estudo, como no caso dos avaliadores. Com efeito, os comentários proferidos pelos avaliadores e os “depoimentos” de terapeutas indicaram que o uso (em seu sentido mais amplo) do modelo padronizado de registro suscitou questionamentos relacionados: a) à prática clínica; b) à reflexão teórica; c) à teoria da técnica; e d) à elaboração do registro.

A *10ª função clínica* do registro clínico refere-se à possibilidade de “Oferecer proteção e segurança ao profissional, considerando-se as responsabilidades éticas e legais implicadas no exercício dessa clínica”. No Capítulo I apontamos que o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução CFP Nº 010/00 e do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP 2005; 2004a; 2004b; 2000) determina a realização do registro de informações clínicas. Apontamos também que todo profissional de saúde possui responsabilidades éticas e legais em relação às pessoas que atende, acompanha ou realiza algum tipo de tratamento e que essa responsabilidade inclui proteger a vida humana da autodestruição (suicídio) ou da destruição de outrem (homicídio). Nesse sentido, o registro das informações acerca das avaliações e dos procedimentos realizados protegem o profissional no exercício de sua profissão. Por exemplo, o registro da avaliação do risco de suicídio e dos procedimentos realizados (comunicação do risco de suicídio à família e orientações sobre estratégias de proteção) protege o profissional em eventuais processos legais contra ele, caso a pessoa tente ou cometa suicídio.

Como *11ª função clínica* do registro temos: “Contribuir para a saúde mental do psicólogo ao proporcionar a reflexão clínica e suporte para a angústia e ansiedades presentes na condução do processo psicoterapêutico”. A *10ª função clínica* do registro já

contribui para a saúde mental do psicólogo ao proporcionar proteção e segurança no exercício profissional. Por outro lado, o uso do registro clínico também contribui para a saúde mental por fomentar a reflexão clínica, o que possibilita suporte para as angústias suscitadas pelo acompanhamento de um caso.

Com efeito, a realização deste estudo indicou que foi possível identificar a relação contratransferencial que “amarrava” a terapeuta no desenvolvimento do trabalho clínico. A possibilidade de identificação dos sentimentos evocados pelo contato com um determinado paciente proporciona saúde mental, na medida em que fornece ao terapeuta recursos para a elaboração dos afetos envolvidos e orientações para a condução do caso.

A realização deste estudo evidenciou que o uso do modelo de registro clínico pode “Contribuir para a formação clínica do terapeuta” o que caracteriza sua *12ª função clínica*. O registro clínico possibilita a formação clínica através de duas vias: o estudo do registro e a elaboração deste. A primeira via refere-se ao uso do registro por outras pessoas que não o elaboraram. Neste trabalho, apontamos que o estudo do registro de uma sessão fomentou a reflexão teórica-clínica à medida que a leitura foi sendo realizada campo-a-campo, suscitando vários questionamentos nos avaliadores.

A outra via refere-se ao uso do modelo enquanto terapeuta; refere-se ao processo de elaboração clínica do terapeuta que registra. Além de otimizar o processo de supervisões clínicas presenciais ou não presenciais possibilitando a orientação e formação clínica “por escrito” e “à distância”, a elaboração do registro também incrementou reflexões clínicas e orientou a terapeuta nessas reflexões passo-a-passo ou melhor dizendo, campo-a-campo.

Ainda em relação à formação clínica, a realização desta pesquisa apontou para particularidades referentes à capacitação e treinamento do clínico para a elaboração e

utilização do registro. Questões relacionadas ao estilo pessoal do terapeuta, sua experiência clínica e intimidade com o referencial teórico que fundamenta o modelo, bem como possibilidades de preenchimento dos campos, devem ser consideradas e incorporadas ao seu processo de treinamento e capacitação no uso do modelo padronizado de registro clínico.

O intercâmbio entre as 12 funções clínicas apresentadas anteriormente indica que o registro clínico pode: “Contribuir para o sucesso da psicoterapia” o que caracteriza sua *13ª função clínica*. Com efeito, apontamos que a organização otimizada do material clínico promove maior efetividade da reflexão clínica e, assim, possibilita melhor compreensão do processo e do indivíduo além de possibilitar melhor norteamento na condução do processo e nas supervisões clínicas. A elaboração do registro clínico também oferece proteção e segurança ao profissional, promove sua saúde mental e contribui para a formação clínica. Essas funções permitem ao terapeuta desenvolver competências e habilidades que irão repercutir diretamente no *setting* terapêutico, proporcionando maior efetividade e eficácia nas intervenções psicoterapêuticas, contribuindo, assim, para o sucesso da terapia.

### ***Últimas considerações***

Enquanto pesquisa clínica, este estudo abarcou reflexões sobre o conceito do clínico-pesquisador, sobre o registro enquanto um procedimento clínico e sobre as implicações éticas, legais e clínicas no que se refere ao uso do registro clínico no processo psicoterapêutico.

O estudo e as conseqüentes reflexões sobre o conceito do clínico-pesquisador (Tavares, 1995; Stricker e Trierweiler, 1995; Stricker, 1992) forneceram subsídios para o desenvolvimento da pesquisa e se configuraram como um apoio ou um verdadeiro

“acalanto” nos momentos difíceis. De fato, a especificidade de se ocupar diversas posições ou papéis no desenvolvimento de uma pesquisa clínica, evocou angústias no que se referiu à identificação e reconhecimento do “lugar” que se estava ocupando em determinados momentos, bem como no que se referiu ao discernimento sobre “de qual lugar” era mais adequado investigar e analisar determinado fenômeno clínico, para se definir quais procedimentos eram mais adequados para se alcançar os objetivos propostos.

Na verdade, os questionamentos suscitados pela experiência da pesquisa, em interlocução com os fundamentos teóricos, demonstraram-nos que a postura reflexiva é uma exigência independente da posição ou lugar que ocupemos. Com essa experiência, descobrimos o significado de buscar a “sinergia entre a ciência e a prática clínica”. Com efeito, partimos de um problema clinicamente relevante (a necessidade de padronizar e orientar a elaboração do registro de informações geradas nas sessões de psicoterapia) com considerações teóricas e práticas, para construirmos conhecimentos. Percorrido esse caminho, retornamos à prática clínica combinando o conhecimento desenvolvido com suas aplicações práticas.

As reflexões acerca do conceito do clínico-pesquisador intercambiaram-se com as reflexões sobre o procedimento clínico, as quais nos levaram a desenvolver um conceito sobre este procedimento, na medida em que não encontramos sua definição na literatura especializada. Esta definição se evidenciou como fundamental para o estudo do registro clínico. Em psicologia clínica, *procedimento clínico é o conjunto de ações, princípios, atitudes, recursos, técnicas e métodos direcionados para a pesquisa e a prática clínicas, pautado num referencial teórico, numa relação de intercâmbio com outros referenciais, e tem como objetivos favorecer a prevenção do adoecimento psíquico, a promoção,*

*manutenção e recuperação da saúde mental e o desenvolvimento do conhecimento teórico e de práticas em Psicologia clínica.* Observa-se que o conceito construído combina o “desenvolvimento do conhecimento teórico e de práticas em Psicologia clínica”, apontando para a sinergia entre a teoria e a prática. A definição do procedimento clínico foi outro “acalanto” para a realização desta pesquisa. Com o desenvolvimento desse conceito encontramos um “ponto de apoio” sobre o qual nossa concepção do registro enquanto um procedimento clínico estava teoricamente fundamentada.

O estudo sobre o registro clínico abarcou duas vertentes de investigação e reflexão: uma mais generalizada e referente ao registro enquanto um procedimento clínico e outra mais particularizada, referente ao modelo padronizado desenvolvido e utilizado nesta pesquisa. As reflexões relacionadas à compreensão do registro enquanto um procedimento clínico levaram-nos a perceber que este se direciona à pesquisa e à prática clínicas, por se tratar de um documento que organiza informações a serem transmitidas e compartilhadas. Essas reflexões contribuíram para o desenvolvimento do conceito de registro, para o reconhecimento de suas implicações éticas, legais e clínicas no que tange ao seu uso na prática clínica e para a caracterização das treze funções clínicas que este procedimento abarca. *O registro é um documento que apresenta um conjunto de informações, relacionadas entre si, sobre determinados fenômenos ocorridos numa relação, organizadas, elaboradas e registradas de acordo com a percepção e interpretação ou recortes do registrador. O registro clínico, portanto, trata de um documento assim constituído e caracterizado enquanto um procedimento clínico utilizado nas pesquisas e práticas em Psicologia clínica.*

Quanto ao modelo padronizado de registro clínico (Tavares, 2004; Domanico, 2005) utilizado para essa pesquisa, as reflexões advieram do estudo do referencial teórico que o fundamenta e da interlocução deste referencial com o uso do modelo de registro na prática clínica. Ressaltamos que o referencial teórico-clínico, em conjunto com o modelo de registro, se configurou enquanto outro “acalanto” e nos possibilitou “ter propriedade” de nossas reflexões e ações terapêuticas. Embora devamos estar “abertos” para outros referenciais teóricos, a experiência nos mostrou o quão é importante termos um referencial teórico-clínico que nos fundamente e nos direcione no manejo das sessões e no decorrer do processo psicoterapêutico.

As análises dos registros e o estudo de caso incrementaram o procedimento reflexivo propiciando à pesquisadora o desenvolvimento de competências e habilidades no exercício da pesquisa e da prática clínica.

Em relação às implicações clínicas desta pesquisa, as análises dos registros e o estudo de caso evidenciaram e corroboraram as treze funções do registro clínico. Além de evidenciar e corroborar a importância das funções clínicas do registro, esta pesquisa também apontou para *novas possibilidades* em relação ao uso e à elaboração do registro e para as *dificuldades* encontradas na sua elaboração.

Como novas possibilidades para o uso e a elaboração do registro encontramos:

1) *Elaboração esporádica de registros clínicos conforme o modelo proposto*: a elaboração esporádica de registros clínicos conforme o modelo proposto parece auxiliar na reflexão clínica e na compreensão do processo psicoterapêutico em momentos de impasse clínico. Consideramos que a elaboração do registro de acordo com o modelo somado à sua utilização na supervisão clínica poderá contribuir para a resolução do impasse clínico.

2) *Supervisões clínicas não presenciais*: conforme mencionamos na discussão sobre as implicações clínicas desta pesquisa, o modelo padronizado de registro clínico possibilita supervisões não presenciais, nas quais as orientações poderão ser feitas “por escrito”. Essa possibilidade otimiza a oferta de supervisão no que se refere ao tempo despendido e ao número de casos supervisionados.

3) *Educação à distância*: a possibilidade de se fazer supervisões e orientações não presenciais e “por escrito” indica que o modelo de registro também poderá ser utilizado para se fazer a formação clínica do terapeuta no “formato” de educação à distância.

4) *Aprimoramento do modelo de registro clínico*: no que se refere ao registro do campo Planejamento. Consideramos que o delineamento dos níveis de metas (micro-metas, metas de nível médio e macro-metas) possibilitam o melhor norteamento do terapeuta para a condução do processo, na medida em que especificam os objetivos a serem alcançados ao longo da terapia e os procedimentos mais adequados a serem utilizados em cada sessão.

5) *Recomendação de desenvolvimento de um modelo de síntese do processo psicoterapêutico*: esta pesquisa evidenciou que a análise dos registros clínicos de dez sessões de terapia possibilita vislumbrar a integração e encadeamento entre eles, possibilitando a “visão panorâmica” e a “visão situacional” do processo psicoterapêutico e a compreensão da psicodinâmica do paciente. Nesse sentido, esta pesquisa sugere a importância de se fazer uma síntese do processo de “tempos em tempos”. Pelos resultados encontrados nesta pesquisa, recomendamos que essa síntese seja feita a cada dez sessões realizadas. Essa recomendação aponta para a necessidade de desenvolvermos um modelo ou uma estratégia para sintetizar os registros das dez sessões.

Como *dificuldades* no uso e na elaboração do registro encontramos:

1) *Tempo*: Enquanto usuários do modelo de registro clínico, os terapeutas apontaram que a elaboração dos primeiros registros demandou muito tempo para a sua confecção. Em nossa experiência enquanto terapeuta compartilhamos dessa mesma dificuldade. Nossos primeiros registros demandaram quase duas horas de trabalho. No entanto, esse tempo foi diminuindo à medida que desenvolvíamos maior familiaridade com o modelo e com a sua elaboração. Para diminuir o ônus de tempo e de trabalho na elaboração do registro o modelo indica que o preenchimento dos campos seja sintético. Consideramos que o registro das informações clínicas, além de ser determinado pelo Conselho Federal de Psicologia, configura-se como uma exigência ética, legal e clínica. Essas exigências consolidam-no enquanto um requisito para a formação clínica do terapeuta, o que requer o investimento por parte do clínico.

2) *Compreensão conceitual dos campos Analíticos (Avaliação, Transferência, Contexto, Reações e Respostas, Relações Objetais e Formulação Psicodinâmica) e o preenchimento destes campos*: o uso e a elaboração do modelo padronizado de registro clínico requer uma maior familiaridade em relação aos conceitos que o fundamentam. As dificuldades de compreensão e preenchimento dos campos Analíticos diminuem à medida que aumentam a familiaridade com o modelo e com o referencial teórico que o sustenta. Como apontamos na discussão sobre a dificuldade em relação ao tempo, o registro clínico se configura enquanto um requisito para a formação clínica do terapeuta, o que requer o investimento por parte do clínico.

Para finalizar, ressaltamos que este trabalho contribuiu de maneira significativa para a formação pessoal, profissional e acadêmica da autora. Para a sua realização, assumimos

diversas posições ou papéis - de clínica, de pesquisadora, de sujeito e de psicoterapeuta – todos intercambiáveis sendo, muitas vezes, difícil identificarmos “de que lugar (ou lugares)” estávamos falando ou nos posicionando. Nesses momentos, as supervisões e as orientações foram imprescindíveis para proporcionarem um distanciamento que possibilitasse a reflexão e o discernimento acerca “de onde” estávamos falando e sobre “o quê” e o “como” estávamos fazendo. A realização deste trabalho deixou marcas indeléveis em sua autora, em qualquer posição que se ocupe. Deixou “registros” de experiência humana sobre os quais não acreditamos ser possível explanar e qualificar, em sua totalidade. Como bem aponta Riviere (1982, p. 32) (...) “não existem termos abstratos, nem podem ser cunhados para exprimir determinadas situações individuais”. Dessa maneira, esses escritos representaram uma tentativa de compartilharmos a experiência vivida e as descobertas e reflexões alcançadas com a realização desta pesquisa.

## Referências Bibliográficas

Andrada, E. G. C. (2003). Intervir ou não intervir, eis a questão! Refletindo sobre a intervenção do pesquisador no campo pesquisado. *Psicologia: ciência e profissão*, 23 (2); 42-7.

Assouly-Piquet. (2004). O traço: transmissão, repetição, mediação. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 189-212.

Aurélio, B. H. (2004). *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.40*. São Paulo: Positivo/ Regis Ltda.

Barber, J; Morse, J. Q.; Krakauer, I. D. et al. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited expressive-suportive therapy. *Psychotherapy*, 34: 133-143.

Caon, J. L. (1994). O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, V. 7, nº2; 145-174.

Cartwright, D. (2003). The psychoanalytic research interview: preliminary suggestions. *JAPA*, 52/1; 209-42.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2000). *Resolução CFP Nº 010/00. Específica e qualifica a psicoterapia como prática do Psicólogo*. Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005a). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005b). *Resolução CFP Nº 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia. (2004a). Considerações: Grupo elabora proposta. *Psicologia: ciência e profissão. Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1; 16.

Conselho Federal de Psicologia. (2004b). Entrevista com Luiz Alberto Hanns. *Psicologia: ciência e profissão. Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1; 6-13.

Conselho Federal de Psicologia. (2004c). *Psicologia, ciência e profissão Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1; abril.

Conselho Federal de Psicologia. (2004d). Tensão e eficácia (s) da psicoterapia. Entrevista com Roberto Drawin e Simone Neno. *Psicologia: ciência e profissão. Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1; 34-8.

Conselho Nacional de Saúde – CNS – (1996). *Resolução nº196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Brasília: Autor.

D’Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 17-34.

Davanloo, H.(ed)(1986). *Short-term dynamic psychotherapy*. London: Jason Aronson. 283-302.

Domanico, A. (2005). *Um estudo preliminar para o desenvolvimento de um modelo de registro clínico em psicoterapia psicodinâmica*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Drummond de Andrade, C. (1987 [1984]). O amor e seus contratos. Em: Drummond de Andrade, C. *Corpo: novos poemas*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record.

Emde, R. N. e Fonagy, P. (1997). An emerging culture for psychoanalytic research? *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 78, 4, 643-651.

Fonagy, P. (2003). Psychoanalysis today. *World psychiatry*, 2:2; 73-80.

Fremouw, W. J.; Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: assessment and response guidelines*. NY: Pergamon Press.

Freud, S. (1980a [1909]). *Registro Original do caso – O Homem dos Ratos*. Vol. X. Edição Eletrônica da Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira: Imago.

Freud, S. (1980b [1912]). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Vol. XII. Edição Eletrônica da Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira: Imago.

Freud, S. (1980c [1905]). *Fragmento de análise de um caso de histeria: Notas preliminares*. Vol. VII. Edição Eletrônica da Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira: Imago.

Freud, S. (1980d [1925]). *Notas sobre o bloco mágico*. Vol. XIX. Edição Eletrônica da Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira: Imago.

Freud, S. (1980e [1925]). *Um estudo autobiográfico*. Vol. VII. Edição Eletrônica da Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira: Imago.

Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. 2ª ed. Trad. Luciana N. A. Jorge e Maria Rita S. Hofmeister. Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, G. O. (2005 [2004]). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed.

Giami, A. (2004). Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 35-49.

Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Giami, A. e Samalin-Amboise, C. (2004). O profissional pesquisador e o pesquisador interveniente. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 163-188.

Goldfried, M. R. e Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. *American Psychologist*, Vol. 51, nº 10, 1007-16.

Guilhem, D e Diniz, D. (2005) A ética na pesquisa no Brasil. Em: Diniz, D.; Guilhem, D. e Schüklenk, U. (Eds.). *Ética em pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Tradução: Mejia, A. T. Diniz, D. e Paula, L. Brasília: Letraslivres: Editora UnB. 11-28.

Gunderson, J.G. e Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal American Psychology Association*, 47: 679-704.

Holmes, J. (1998). The changing aims of psychoanalytic psychotherapy: an integrative perspective. *International Journal Psycho-Analysis*, Vol. 79, 227-240.

Horowitz, L. M.; Rosenberg, S. E.; Baer, B. A.; Ureño, G.; Kalebzan, B. M. & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamic Formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.

Kandel, E. R. (2003). A biologia e o futuro da psicanálise: um novo referencial intelectual para a psiquiatria revisitado. *Revista de psiquiatria*, 25 (1), 139-65.

Kassaw, K.; Gabbard, G. O. (2002). Creating a psychodynamic formulation from the clinical evaluation. *American Journal Psychiatry*, 159, 721-726.

Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve*. 2ed., São Paulo: EPU.

Kopta, S. M.; Lueger, R. J.; Saunders, S. & Howard, K. I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annual Reviews*, Vol. 50, 4441-469.

Lemgruber, V.B. (1990 [1984]). *Psicoterapia Breve: a técnica focal*. 3ed. Porto Alegre: Artes médicas.

Lhullier, A. C. e Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Psicologia: ciência e profissão*. *Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1, 43-9.

Lowenkron, T. S. (2000). Questão da pesquisa em psicanálise: “prova-se do pudim comendo-o”? *Revista Brasileira de Psicanálise*, vol. 34 (4), 749-766.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual e a ciência da psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Menninger, K. A.; Holzman, P. S. (1979). *Teoria da técnica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A.

Mezan R. (1998) *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Millon, T. (2003). It's time to rework the blueprints: building a science for clinical psychology. *American Psychologist*, Vol. 58, nº 11, 949-61.

Najavits, L. M. (2001). Helping “difficult” patients. *Psychotherapy Research*, 11 (2), 131-52.

Nogueira, L. C. (2004). Aula: a pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106.

Oliveira, P. S. (Org.). (2001 [1998]). *Metodologia das ciências humanas*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/ UNESP.

Perry, S.; Cooper, A.; e Michles, R. (1987). The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, Vol.144 (5), 543-550.

Pinto, (2004). A pesquisa qualitativa em Psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.

Plaza, M. (2004). O documento: o registro, a interpretação e a verdade – a estratégia do documento e suas inclinações. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Riviere, J. (Org.). (1982 [1952]). *Os progressos da psicanálise*. 3ª ed. Trad. Álvaro Cabral. RJ: LTC Editora.

Sauret, M.J. (2003). A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, 14(3), 89-104.

Serra, A. M. M. (2004). Caminhos da conciliação. *Psicologia: ciência e profissão. Diálogos: Psicoterapia – o futuro do campo em debate*, Nº 1, 24-8.

Sifneos, P. E. (1993). *Psicoterapia Breve Provocadora de ansiedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sifneos, P.E. (1971) Two different kinds of psychotherapy of short duration. In: Barten, H.H. (eds). *Brief therapies*. New York: Behavioral Publications. 82-89.

Sterian, A. (2001). *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Straker, M. (1986). An overview. In: Davanloo, H. (ed). *Short-term dynamic psychotherapy*. London: Jason Aronson. 221-235.

Stricker, G. (1992). The relationship of research to clinical practice. *American Psychologist*, Vol.47, 543-49.

Stricker, G. e Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical scientist – a bridge between science and practice. *American Psychologist*, Vol. 50, nº 12, 995-1002.

Summers, R. F. (2003). The psychodynamic formulation updated. *American Journal of Psychotherapy*, Vol 57(1), 39-51.

Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, nº5, 704-714.

Tanner, B. A. (2003). Psycho 2: a Windows program for structuring clinical documentation in psychology. *Computers in Human Behavior*, 19, 383-89.

Tavares, M. (1995). O papel do clínico-pesquisador para o desenvolvimento da psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, V.8, 169-180.

Tavares, M. (2000). *Registros, elaboração e laudo na Avaliação psicológica*. Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Tavares, M. (2004a). *O conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção em crise*. Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Universidade de Brasília - UnB.

Tavares, M. (2004b). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Codo, W. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes. 53-103.

Tavares, M. (2005). Comunicação pessoal. Aula proferida no curso sobre o registro clínico. Universidade de Brasília.

Tavares, M. e Naves, M. (2003). *Manual de descrição e caracterização dos procedimentos clínicos para realização de intervenção em crise*. Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Tavares, M; Domanico, A. e Naves, M. (2004). *Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do modelo Padronizado do registro Clínico Escrito*. Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Tavares, M; Domanico, A. e Naves, M. (2006). *Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do modelo Padronizado do registro Clínico Escrito – Revisado*. Laboratório de Saúde Mental e Cultura. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília: UnB.

Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An Overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No. 2, 195-205.

Wallerstein, R. S. (2001). The Generations of Psychotherapy Research: An Overview. *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 18, No. 2, 243-267.

Williams, P. (1998). Internet site discussion: “the changing aims of psychoanalytic psychotherapy: an integrative perspective” by Jeremy Holmes. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 841-851.

Winston, A.; Laikin, M.; Pollack, J. et al. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.

Zimmerman, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.

## Bibliografia de Apoio

Barten, H. H. (1971a). The expanding spectrum of the brief therapies. Em: Barten, H.H. (Org). *Brief therapies*. New York: Behavioral Publications. 03-23.

Barten, H.H. (eds) (1971b). *Brief therapies*. New York: Behavioral Publications.

Bellak, L. e Small, L. (1980). *Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Book, H. E. (1998 [1997]). *How to practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: the core conflictual relationship theme method*. 2nd ed. Washington: American Psychology Association.

Burnett, J. R.; Fan, C.; Motowidlo, S. J. e Degroot, T. (1998). Interview notes e validity. *Personnel Psychology*, Vol. 51, Iss. 2, 375-396.

Diniz, D.; Guilhem, D. Schüklenk, U. (Eds.). (2005). *Ética em pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Tradução: Mejia, A. T. Diniz, D. e Paula, L. Brasília: Letraslivres: Editora UnB.

Dreher, M.; Mengele, U.; Krause, R. e Kammerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study. *Psychotherapy Research*, Vol. 11, nº1, 99-118.

DSM-IV-TR. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles; 4ª ed. Rev. Porto Alegre: Artmed.

Kernberg, O. F. (1993). Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 74, 659-671.

Kernberg, O. F. (2005). The influence of Joseph Sandler's work on contemporary psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*. Apr/ May, 25, 2, 173-83.

Ringel, S. (2001). In the shadow of death: relational paradigms in clinical supervision. *Clinical Social Work Journal*, Vol.29, 171-81.

Sandler, J. & Sandler, A. M. (1984). The past unconscious, the present unconscious, and interpretations of the transference. *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 367-399.

Schüklenk, U (2005). Introdução à ética na pesquisa. Em: Diniz, D.; Guilhem, D.e Schüklenk, U. (Eds.). *Ética em pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos*. Tradução: Mejia, A. T. Diniz, D. e Paula, L. Brasília: Letraslivres: Editora UnB. 30-44.

# **ANEXOS**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E CULTURA

Marcelo Tavares  
Meirilane Naves  
Alexandre Domanico

**MANUAL DE TREINAMENTO PARA  
USO DO MODELO DE REGISTRO  
CLÍNICO ESCRITO**

Brasília – 2006

## Apresentação

Este manual destina-se ao treinamento e capacitação de psicólogos e estudantes de psicologia para o uso de um modelo padronizado de Registro das informações clínicas geradas na psicoterapia psicodinâmica individual. Descreveremos, a seguir, o contexto de sua construção e desenvolvimento.

### ***Contexto de construção e desenvolvimento do Modelo de Registro***

A construção e o desenvolvimento do Modelo de Registro responde às necessidades impostas por um contexto prático clínico. Assim, o Modelo representa uma resposta de aplicação prática às exigências advindas da clínica psicoterápica. Nesse sentido, partindo de um problema clinicamente relevante – *a necessidade de padronizar e orientar a elaboração do registro de informações obtidas na prática clínica* – um modelo preliminar de registro clínico escrito para a psicoterapia psicodinâmica individual foi construído (Tavares, xxxx), desenvolvido e implementado em um estudo anterior (Domanico, 2005). Por sua vez, o uso desse modelo está sendo descrito, caracterizado, analisado e qualificado em trabalho atual (Naves, 2006), visando construir um conhecimento empírico clinicamente significativo. O Modelo fundamenta-se num modelo de relação objetal e se destina ao registro das informações geradas durante a psicoterapia psicodinâmica individual (ver Domanico, 2005. cap.II).

A construção de um modelo de registro mostra-se significativamente importante, pois além de padronizar e orientar a sua execução, o que contribui para o sucesso da psicoterapia, também responde às exigências inerentes ao exercício da profissão de

psicólogo clínico, com suas implicações éticas e legais. Com efeito, o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2005<sup>a</sup>; 2005b; 2000), por meio da Resolução CFP N° 010/05, publicada em 21 de julho de 2005 que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo e da Resolução CFP N° 010/00, publicada em 20 de dezembro de 2000 que especifica e qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo, determina a realização do registro de informações clínicas.

Por outro lado, a sistematização de uma prática de registros clínicos escritos torna-se fundamentalmente importante por oferecer proteção e segurança ao clínico no exercício de sua profissão. É de conhecimento geral que todo profissional de saúde possui responsabilidades éticas e legais em relação às pessoas que atende, acompanha ou realiza algum tipo de tratamento. Essa responsabilidade também inclui proteger a vida humana da autodestruição (suicídio) ou da destruição de outrem (homicídio) e implica na possibilidade do profissional sofrer processos por “mau exercício da profissão”. A responsabilidade pela informação, formação, capacitação, apreensão de conhecimento técnico e o registro adequado dos julgamentos clínicos, dos procedimentos adotados e das sessões ocorridas constituem algumas das recomendações feitas para o clínico reduzir o risco do mau exercício de sua profissão (Fremouw, Perczel e Ellis, 1990). Descrito o contexto de construção e desenvolvimento do Modelo, apresentaremos algumas reflexões sobre o registro clínico escrito e sua definição operacional.

### ***Reflexões sobre o Registro Clínico Escrito***

A implicação de estar numa relação, o que caracteriza o trabalho do psicólogo clínico, suscita e gera um conjunto de informações e dados que constituem o material clínico que deverá ser recolhido, armazenado, analisado, transmitido e comunicado. O

clínico deve inscrever, deve registrar suas percepções, interpretações e elaborações dos fenômenos ocorridos na situação ou realidade na qual ele se confrontou com pessoas, definiu objetivos e procedimentos a serem utilizados. Deve construir uma situação, colocá-la em perspectiva e a comunicar. Deve registrar o material clínico obtido nesses confrontos. Por sua vez, o registro desse material pode ocorrer através de diferentes modos de inscrição: por filmagem, por fotografia, por gravação de áudio e por escrita. Nesse sentido, o clínico poderá, por exemplo, gravar uma sessão para depois transformar esse material acústico em transcrição escrita ou fazer um registro escrito da sessão ocorrida. Por sua vez, esse registro constituído pelo procedimento de fixação pela escrita conduz a uma materialização e objetivação do material clínico (Plaza, 2004) ou à escrita da clínica (Mezan, 1998).

Nessa perspectiva, a fixação do material clínico em forma de um registro clínico escrito torna-o um traço permanente de memória, diminuindo as deformações próprias ao processo mnêmico humano, o que possibilita ir para além do tempo. Dito de outra forma, o registro escrito possibilita-nos revisitar o material clínico arquivado minimizando os prejuízos que o tempo poderia trazer, sem o recurso da memória objetivada ou materializada. Certamente, essa memória materializada, esse registro clínico escrito não corresponde à transcrição idêntica dos acontecimentos ou à visão integral da realidade referida mas sim, se fundamenta no ponto de vista do clínico. Não significa a descrição da experiência de um encontro nem a tentativa de reproduzir aquilo que ocorreu na experiência. Significa uma construção, um recorte (Nogueira, 2004). No registro escrito sobre um momento da relação entre pessoas, intervêm a formação, a personalidade e os pontos cegos do clínico, o procedimento de elaboração e o quadro de atividade do profissional (Giami e Plaza, 2004). Desse modo, o registro escrito é um recorte, uma

interpretação do clínico sobre o momento referenciado e representa a sua significação sobre as questões ou temas selecionados na escuta do paciente. Feitas as reflexões, vejamos a definição e discussão do conceito de Registro Clínico Escrito.

### ***Definição e discussão do conceito de Registro Clínico Escrito***

Em nossa definição o registro é um *“documento que apresenta um conjunto de informações, relacionadas entre si, sobre determinados fenômenos ocorridos numa relação, organizadas, elaboradas e registradas de acordo com a percepção e interpretação ou recortes do registrador”* (Naves, 2006).

Com efeito, esta compreensão do registro enquanto um documento elaborado a partir das percepções, interpretações e organizações de um registrador acerca de um fenômeno observado numa situação de relacionamento, evidencia a condição de ser um “ponto de vista”, um recorte, bem como a condição de dinamicidade. Por um lado, ao evidenciar um “ponto de vista”, ou seja, a percepção e interpretação do registrador, o registro acaba denunciando os desconhecimentos, os “pontos cegos” daquele que o elabora. Ao mesmo tempo, possibilita novas percepções, interpretações e elaborações, novos olhares ou pontos de vista, para além do registrador. Novas interpretações advindas daquele(s) que o acessam, daqueles que consultam esse registro. E é justamente essa possibilidade de novas interpretações, por outro lado, que traz a condição de dinamicidade, pois evidencia que o registro é um documento constituído por material dinâmico, “vivo” que poderá ser reinterpretado e reelaborado a partir de cada nova consulta ou acesso a este documento. Nessa perspectiva, o registro pode ser considerado enquanto um documento de construção dinâmica, podendo ser ressignificado na medida em que representa um objeto vivo de

construção de conhecimento acerca de uma situação ou fenômeno. Vejamos, agora, as funções e atributos do registro.

### ***Funções e atributos do registro clínico escrito***

Considerando as reflexões apresentadas anteriormente, podemos elencar *onze funções e atributos* para o registro escrito do material clínico. São funções e atributos do registro:

- 1) Criar um traço permanente de memória objetivada, uma fixação escrita que documenta recortes de situações e acontecimentos do processo psicoterapêutico;
- 2) Minimizar as deformações inerentes ao transcorrer do tempo;
- 3) Manter e possibilitar o acesso e retomada da memória objetivada, com a minimização de deformações e esquecimentos inerentes ao tempo;
- 4) Organizar de forma mais otimizada o material clínico;
- 5) Promover maior efetividade da reflexão clínica;
- 6) Possibilitar melhor compreensão do indivíduo em processo psicoterapêutico;
- 7) Possibilitar melhor compreensão do processo de psicoterapia;
- 8) Possibilitar melhor norteamento para a condução do processo;
- 9) Possibilitar melhor transmissão e compartilhamento dessas situações e informações nos contextos de supervisão, da própria psicoterapia e nos contextos de pesquisa e comunicação científica;
- 10) Oferecer proteção e segurança ao profissional, considerando-se as responsabilidades éticas e legais implicadas no exercício dessa clínica; e
- 11) Contribuir para o sucesso da psicoterapia.

Elencados os atributos do registro clínico, apresentaremos o Modelo de Registro.

### **Modelo de Registro**

O modelo padronizado de registro clínico escrito foi apresentado em estudo preliminar (Domanico, 2005). A apresentação do Modelo, definições, instruções e formulários para registros das sessões iniciais e das sessões subseqüentes fazem parte do Manual de psicoterapia, desenvolvido por Tavares, Domanico e Naves (2004). Esse manual sofreu reformulações no decorrer do processo de pesquisa e das reflexões advindas do seu uso. O presente Manual refere-se à versão atual do Manual de Treinamento e Capacitação para o Uso do Modelo Padronizado do Registro Clínico. Os campos para preenchimento dos formulários que constituem o modelo desenvolvido podem ser observados na Tabela 1, apresentada a seguir.

**Tabela 1 – Campos dos formulários para a sessão inicial e sessões subseqüentes**

<b>Tipos de campos</b>	<b>Campos</b>	<b>Sessão inicial</b>	<b>Sessões subseqüentes</b>
Descritivos	Falas (pt e terapeuta)	- Queixa - Histórico da queixa - Sintomas e histórico - Tratamentos anteriores - Desenvolvimento	Registro livre das falas
	Observação	Y	XY
Analíticos	Avaliação	Y	XY
	Transferência	XY	XY
	Elementos do conflito	XY	XY
	Formulação psicodinâmica	XY	XY
	Planejamento	XY	XY

Tabela extraída e adaptada de Domanico, 2005.

Note-se que os símbolos “X” e “Y” indicam, respectivamente, quais campos devem ser preenchidos de acordo com o trabalho desenvolvido por Domanico (2005) e por Naves (2006). Essa reformulação e adaptação advêm das reflexões ocorridas no decorrer do processo de pesquisa e da utilização do modelo de registro. Pode-se observar, com a análise da tabela, que a única diferença entre as duas versões é que na atual todos os campos são preenchidos desde a primeira sessão.

Apresentado o modelo de registro clínico escrito, descreveremos os campos que o constituem: a) os campos descritivos – falas e observação; e b) os campos analíticos – avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento.

### ***Campos Descritivos***

Os Campos Descritivos são compostos pelos subcampos fala e observação e irão subsidiar a construção dos demais campos que são analíticos. Estes campos são concebidos enquanto descritivos por apenas descreverem o que aconteceu ou o que foi observado, o que foi escutado e o que foi dito. Pode ser pensado na síntese: o que vejo, o que ouço e o que digo. Referem-se ao comportamento observável e nenhuma inferência ou avaliação se aplicam durante o seu preenchimento. Estes subcampos representam as evidências clínicas nas quais as inferências, as avaliações e hipóteses diagnósticas se pautam. O preenchimento desses campos independem do referencial teórico do clínico. Descreveremos mais detalhadamente esses dois subcampos descritivos.

#### **Falas**

No subcampo *Falas* devem ser registradas as principais falas do paciente e do psicoterapeuta, durante a sessão. As falas referentes ao paciente devem estar entre aspas (p.e. “estou me sentindo bem hoje”). As falas referentes ao psicoterapeuta devem vir entre

colchetes (p.e. [como se sente?]). Em relação às falas do psicoterapeuta, recomenda-se que sejam registradas apenas falas interpretativas, pois falas de clarificação ou de estímulo, por exemplo, podem ser subtendidas no decorrer da leitura do registro.

Concebido dessa forma, o registro mostra-se prático, pois não é necessário que seja construído um novo texto discursivo para retratar o que o paciente disse. Ao mesmo tempo, se torna menos dispendioso em relação ao volume de trabalho, à extensão do documento escrito bem como ao tempo utilizado para a sua elaboração.

Ressaltamos as qualidades de documento (função 1) e de amparo legal (função 10) do registro escrito. Assim, feita a investigação sobre ideação suicida, por exemplo, essa informação deve ser incluída no registro. Considerando uma possível tentativa ou mesmo o suicídio do paciente, o psicoterapeuta poderá ser questionado sobre a realização da avaliação do risco de suicídio. Caso essa avaliação esteja no registro, existirão evidências de que a investigação foi feita, o que permite a avaliação da qualidade do processo e apresenta informações completas para subsidiar eventuais pesquisas sobre o tema.

### ***Queixa***

O subcampo *queixa* deve apresentar as principais dificuldades enfrentadas atualmente pelo paciente, inclusive os sintomas. Como podem surgir muitas queixas, poderá ser identificada uma queixa principal, aquela que mais incomoda o paciente e que efetivamente o levou para a psicoterapia.

Neste subcampo, também devem ser apresentados exemplos de situações em que essas dificuldades se manifestam. Assim, a idéia é descrever a queixa e os sintomas do paciente de forma contextualizada, indicando quando eles ocorrem, onde ocorrem, quais os

contextos que podem estar associados, entre outras informações que estejam disponíveis para a compreensão da situação.

Quando um diagnóstico for registrado é importante que sejam oferecidos elementos para a sua compreensão. Sendo assim, devem ser registradas as características (sinais e sintomas) do paciente que poderiam suportar tais diagnósticos. Isso deve ser aplicado a qualquer diagnóstico que seja registrado.

### ***História da queixa***

As queixas que foram apresentadas no subcampo queixa devem ter o seu histórico registrado no subcampo história da queixa. Este subcampo apresenta uma visão processual de como a queixa se desenvolveu. Deve estar registrado quando as queixas começaram, o que estava acontecendo na vida do paciente na época, como as queixas foram tratadas anteriormente, como evoluíram e qual o impacto que tiveram na vida do paciente, entre outras informações. Em outras palavras espera-se que seja registrada uma narrativa detalhando como foi o início do desenvolvimento das queixas.

Não se deve esperar uma relação de causa e efeito entre eventos da vida do paciente e o surgimento das queixas, mas que sejam consideradas situações que possam ter influenciado o surgimento ou exacerbação do sintoma e que possam evidenciar a psicodinâmica do paciente.

### ***Desenvolvimento***

O registro desse subcampo deve apresentar um panorama geral de como foi a vida do paciente, apresentar questões ligadas ao relacionamento entre o paciente, seus pais e irmãos (ou pessoas próximas que tenham exercido esse papel), o desenvolvimento da sexualidade, os primeiros namoros e a intimidade existente nesses namoros, a entrada na

escola, o primeiro emprego, ou seja, os principais pontos de referência para o paciente e, principalmente, os afetos e experiências associados a cada uma dessas passagens. Essas informações devem ser registradas em ordem cronológica. Certamente, a memória do paciente terá várias idas e vindas com relação a questões temporais. Dessa forma, cabe ao psicoterapeuta estruturar as informações.

Registrar períodos ou datas em que determinados eventos ocorreram possibilita que as experiências possam ser relacionadas adequadamente.

Outra questão importante com relação à história de desenvolvimento é construir o genograma do paciente para apresentar sua composição familiar e seus vínculos.

### **Observação**

No subcampo *observação* consideram-se duas questões principais. A primeira refere-se à associação entre um comportamento e o contexto em que ele surge. Assim, no lugar de registrar “paciente chora”, deve ser registrado “paciente chora ao falar sobre a mãe”. A associação entre o comportamento e o contexto são evidências que auxiliam no momento da avaliação e no do registro. Com essas informações, também será possível inferir e antecipar uma possível reação do paciente ao se falar de um certo tema.

A segunda questão refere-se à permanência ou mudança de comportamento. Caso um comportamento seja apresentado de forma semelhante e, principalmente, de forma diferente na sessão que está sendo registrada, essas informações devem ser pontuadas no registro (p.e. paciente continua chegando atrasado ou paciente chegou pontualmente, ou paciente começa a olhar para a psicoterapeuta enquanto fala).

O registro de informações no subcampo observações deve ser restrito às observações, ou seja, devem ser apresentadas informações baseadas naquilo que foi observado diretamente. As inferências estão associadas ao subcampo *avaliação*.

### **Campos analíticos**

Os Campos Analíticos são compostos pelos subcampos: avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento. A construção desses subcampos analíticos é subsidiada pelos campos descritivos que oferecem as evidências clínicas para a formulação de hipóteses a respeito do funcionamento psicodinâmico do paciente. Estes campos são concebidos enquanto analíticos por apresentarem um estudo pormenorizado de fenômenos clínicos percebidos na relação terapêutica. Isso significa que para elaborar a formulação psicodinâmica este fenômeno é decomposto em vários elementos que são analisados separadamente e, posteriormente, reunidos em síntese, numa análise clínica que parte de pormenores para alcançar uma compreensão maior e integrada do funcionamento psíquico. Para o preenchimento desses subcampos é necessária uma reflexão clínica fundamentada no referencial teórico da psicoterapia psicodinâmica, em especial, um modelo de Relação objetal. Pode ser pensado na síntese: o que infiro, o que avalio, o que julgo. Descreveremos mais detalhadamente os subcampos analíticos.

### **Avaliação**

O subcampo *avaliação* apresenta a compreensão que o psicoterapeuta tem do caso. É uma inferência que tem como base aquilo que foi dito pelo paciente (o conteúdo registrado no campo fala) e percebido pelo psicoterapeuta (o conteúdo registrado no campo observação). A elaboração da inferência leva em consideração o modelo teórico usado.

Os subcampos *falas* e *observação* são integrados e não se espera uma repetição do conteúdo que já foi registrado. Deve haver um alinhamento entre as informações contidas nesses subcampos e a construção do subcampo *avaliação*.

A *avaliação* agrega valor à compreensão que se tem do paciente, ou seja, é feita com base naquilo que foi dito pelo paciente e observado pelo terapeuta. Esse é o momento de fazer e registrar uma reflexão analítica do caso, como por exemplo, “paciente sente-se profundamente vulnerável em relação aos seus conflitos com a mãe e sua dificuldade de enfrentamento desses conflitos parece relacionada a sua dinâmica depressiva”.

### **Transferência**

Este subcampo deve evidenciar como as relações com outras pessoas são vivenciadas na psicoterapia. A apresentação da transferência deve ser feita na forma de uma narrativa. Essa narrativa deve associar a forma como o paciente se relaciona com o psicoterapeuta, fundamentada pela forma como ele se relaciona com os diversos contextos da sua vida. De fato, de acordo com a TRO, por influência de Klein, o que se transfere é a angústia e, por conseqüência, as relações objetais na fantasia inconsciente.

### **Elementos do conflito**

O registro dos elementos do conflito abrange três elementos que evidenciam, caracterizam e qualificam a *triangulação psicodinâmica*. Estes são: 1) Contexto mobilizador de ansiedade; 2) Respostas ou Reações; e 3) Relações Objetais. Veremos cada elemento em pormenores.

#### ***Contexto Mobilizador***

Nesse subcampo são identificadas e registradas as situações que provocam mais ansiedade para o paciente. Podemos pensar em fatores estressantes ou desencadeadores de angústia.

### ***Respostas ou reações***

O registro desse subcampo indica a forma como o paciente responde ao Contexto Mobilizador de ansiedade e angústia. Essas respostas podem ser comportamentos ou vivências afetivas. Podem ser registrados: os mecanismos de defesa utilizados, os sintomas, as respostas afetivas, as formas de enfrentamento da situação, a posição de funcionamento (esquizo-paranóide ou depressiva) e modos de estruturação (*borderline*, neurótica, psicótica, psicopática e autística).

### ***Relação Objetal/ Fantasia Inconsciente***

O registro do subcampo *Relações objetais/ Fantasia Inconsciente* envolve cinco elementos ou cinco subcampos, o que implica numa análise clínica pormenorizada desse fenômeno. Os cinco elementos são: 1) Auto-imagem e auto-estima; 2) Objeto (Imagem do outro); 3) Natureza do vínculo; 4) Afeto; e 5) Impulso.

#### ***1) Auto-imagem e auto-estima***

Deve ser registrada a avaliação que o paciente faz de si mesmo. Envolve a percepção que tem de como o outro o vê.

#### ***2) Objeto (Imagem do outro)***

O registro deve apresentar a posição do outro na relação com o paciente. A partir da concepção que o paciente tem de si mesmo, inclusive em funcionamento inconsciente, pode-se inferir qual a posição, imagem e concepção do outro em relação ao paciente.

#### ***3) Natureza do vínculo***

Considerando-se os subcampos 1 e 2, ou seja, como o paciente percebe a si mesmo e ao outro, é possível construir e identificar a natureza do vínculo, nessa relação. Essa análise e informação devem ser registradas nesse subcampo.

#### 4) Afeto

A construção e análise do subcampo *natureza do vínculo* possibilita a identificação, inferência e registro dos afetos envolvidos nessa relação.

#### 5) Impulso

Semelhante à construção dos outros registros nos subcampos *relação objetal*, a análise dos subcampos anteriores possibilita a identificação e o registro dessa informação. Assim, com base na análise do objeto + vínculo + afeto, posso inferir qual o impulso presente na Relação Objetal em Fantasia Inconsciente (p.e. *Auto-imagem*: desqualificada; *objeto*: desqualificador; *vínculo*: desqualificação ou desqualificante; *afeto*: raiva; *impulso*: agressão ou fuga). Essas informações/ hipóteses serão confirmadas ou não, durante o processo psicoterapêutico.

### ***Integração entre os subcampos dos elementos do conflito***

O registro relativo ao campo elementos do conflito deve apresentar a integração entre os diversos elementos, ou seja, deve apresentar uma integração entre o Contexto Mobilizador de ansiedade, as Respostas ou Reações e Relação Objetal na fantasia inconsciente. As respostas e reações podem variar de contexto para contexto e, ainda, podem estar associadas a diferentes elementos da fantasia inconsciente.

Nesse modelo de registro devem ser explicitadas as relações do paciente com as figuras parentais, as figuras atuais e psicoterapeuta. Essas relações podem ser múltiplas. Também poderiam ser múltiplas as relações com as figuras parentais (pai, mãe ou com

outras pessoas que exerceram essa função) e com a relação terapêutica (relação entre o paciente e os outros profissionais que o acompanham ou já acompanharam).

Frente às múltiplas relações e a multiplicidade dessas relações nas quais várias pessoas podem ser colocadas, por exemplo, no lugar de figura paterna ou uma pessoa pode assumir vários objetos como um pai acolhedor e amoroso e desqualificador e abandonador, é necessário que os elementos do conflito sejam apresentados de forma associada. A apresentação de forma associada mostra os contextos que desencadeiam ansiedade, as respostas dadas a essas situações e indica a fantasia ligada a essa relação. Isso facilita a compreensão do caso, pois será possível associar quais são as situações que geram ansiedade, quais são as respostas dadas a essas relações e quais são as fantasias inconscientes associadas.

No registro de informações sobre os elementos do conflito, deve-se atentar para o fato de que esses diversos elementos são integrados em torno da angústia ou das angústias principais. Podem existir, por um lado, várias relações objetais em uma única relação marcadas por diversas angústias (pai amoroso, pai repressor). Por outro lado, pode-se identificar a mesma angústia em várias relações (homens desqualificantes - pai, namorado e terapeuta).

Para o detalhamento dos elementos do conflito, as falas do paciente que deram origem a determinadas interpretações devem estar registradas no campo falas. Caso necessário, poderá ser incluído no preenchimento do campo elementos do conflito, referências que indiquem qual o conteúdo considerado. Não se espera que sejam incluídas as falas do paciente, pois seria dispendioso.

Um outro detalhe com relação ao preenchimento dos subcampos que constituem os *elementos do conflito* é que mesmo que não existam informações suficientes para indicar o conteúdo desses elementos é possível elaborar questões sobre aspectos relacionados a serem considerados em uma próxima sessão. Ou seja, no registro do planejamento pode ser sugerida atenção à determinada informação que não foi suficientemente explorada.

### **Formulação psicodinâmica**

O subcampo formulação psicodinâmica deve apresentar, na forma de uma narrativa, a relação entre os elementos do conflito, ou seja, explicitar a psicodinâmica do conflito em forma de narrativa. Este subcampo sintetiza a triangulação psicodinâmica evidenciada, caracterizada e qualificada na análise dos elementos do conflito. Embora diversas alternativas estilísticas possam ser adotadas na redação da formulação psicodinâmica, o modelo utilizado com mais frequência inicia-se pela apresentação da situação/contexto mobilizador de ansiedade, seguido das respostas/reações do indivíduo, passando às considerações dos aspectos da fantasia inconsciente. Uma das vantagens de se adotar esse modelo é que ele é paralelo ao processo de investigação clínica na psicoterapia.

Quando os elementos do conflito são registrados de forma integrada fica mais explícito como o paciente se comporta em determinadas situações, quais são as respostas que ele apresenta e quais são os elementos da fantasia inconsciente que o estão levando a apresentar determinados comportamentos. A formulação psicodinâmica talvez seja o campo mais difícil de ser composto. Primeiro, requer entendimento de todos os elementos do conflito. Segundo, é um campo meta-psicológico. Nele não importa mais quem é a pessoa, mas o papel assumido nas relações objetivas. Em outras palavras, o modelo de registro da triangulação psicodinâmica evidencia o padrão de relacionamento que uma pessoa

apresenta e que se repete em qualquer relação e com qualquer pessoa, o que inclui a relação psicoterapêutica e a figura do psicoterapeuta.

## **Planejamento**

Por último, o campo planejamento apresenta subsídios para a próxima sessão. Considerando que há um espaço de tempo entre uma sessão e outra é importante ter uma linha que oriente o percurso da terapia fazendo uma ligação entre as várias sessões. Assim, é como se o planejamento fosse o elo de ligação entre uma sessão e outra.

Por articular, priorizar e organizar as informações nos diversos campos, supõe-se que essa prática possa estar associada à eficácia terapêutica e redução do tempo de psicoterapia.

O planejamento poderá indicar que informações, referentes a quais campos, devem ser obtidas para tornar a formulação psicodinâmica mais evidente e consistente. A busca por essas informações também deverá levar em conta que uma formulação poderá estar equivocada por inteiro ou em parte. Sendo assim, essa busca poderá fundamentar uma compreensão ou indicar que outras compreensões devem ser consideradas para aprofundar o entendimento sobre o caso.

O registro do planejamento engloba assuntos a serem discutidos, o estabelecimento de parâmetros para próximas sessões e procedimentos adicionais que devam ser realizados. Todos esses conteúdos estão de acordo com o esperado para esse campo. Também se podem incluir os objetivos almejados com a escolha de determinado procedimento clínico.

## ***Integração entre campos***

Todos os subcampos dos campos descritivos e analíticos devem estar integrados. Isso porque, como apresentado anteriormente, os campos descritivos são as evidências

clínicas para o preenchimento dos campos analíticos. Assim, enquanto os campos descritivos (falas e observação) representam um recorte ou uma construção que o psicoterapeuta faz da sessão que efetuou, os campos analíticos (avaliação, transferência, elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento) representam a análise pormenorizada, evidenciada, caracterizada e qualificada desse recorte feito. Representam a interpretação, o “ponto de vista” do clínico a respeito dessa situação/ fenômeno ocorrida no *setting* psicoterapêutico.

Nesse sentido, com a análise integrada das queixas, da história das queixas e do desenvolvimento de um paciente, é possível definir um foco para o tratamento psicológico. Desse modo, queixa, história da queixa e desenvolvimento, permitem a compreensão da dinâmica do paciente e a definição de um foco para o trabalho psicoterapêutico. Se essas experiências de vida do paciente não forem consideradas, há uma grande possibilidade de que a situação que gerou a queixa continue a ser repetida.

Os subcampos elementos do conflito, formulação psicodinâmica e planejamento são complementares. Esses subcampos apontam para a necessidade de informações fundamentais para a compreensão psicodinâmica. Por sua vez, o subcampo formulação psicodinâmica apresenta, na forma de narrativa, como ocorre a relação entre os elementos do conflito, na triangulação psicodinâmica. Por fim, o subcampo planejamento norteia e orienta o psicoterapeuta sobre quais os procedimentos clínicos necessários e adequados para a continuidade do processo indicando as possíveis ações a serem executadas.

### **Referências bibliográficas**

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005a). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*.

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2005b). *Resolução CFP N° 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.*

Conselho Federal de Psicologia - CFP - (2000). *Resolução CFP N° 010/00. Especifica e qualifica a psicoterapia como prática do Psicólogo.*

D'Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 17-34.

Domanico, A. (2005). *Um estudo preliminar para o desenvolvimento de um modelo de registro clínico em psicoterapia psicodinâmica.* Dissertação de mestrado. Brasília: UnB.

Fremouw, W. J.; Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk: assessment and response guidelines.* NY: Pergamon Press.

Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Giami, A. (2004). Pesquisa em psicologia clínica ou pesquisa clínica. Em: Giami, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 35-49.

Mezan R. (1998) *Escrever a clínica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Naves, M. (2006). *Uso de um modelo padronizado de registro clínico escrito na psicoterapia psicodinâmica individual.* Laboratório de Saúde Mental e Cultura. Instituto de Psicologia. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília. Defesa em dezembro de 2006.

Nogueira, L. C. (2004). Aula: a pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP.* 15(1/2); 83-106.

Plaza, M. (2004). O documento: o registro, a interpretação e a verdade – a estratégia do documento e suas inclinações. Em: Giarni, A. e Plaza, M. (org.). (2004). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tavares, M. (?). *Modelo de registro clínico*

Tavares, M. (1995). O papel do clínico-pesquisador para o desenvolvimento da psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. V.8, 169-180.

Tavares, M. (2004a). *O conceito de crise e seus efeitos na prevenção e na intervenção em crise*. Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, Universidade de Brasília - UnB.

Tavares, M. (2004b). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Codo, W. (Org.) (2004). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes. 53-103.



## CARTA CONVITE

Os serviços de psicoterapia que ocorrem dependem do processo de compreensão clínica que os terapeutas desenvolvem com seus pacientes. Em consonância com resoluções do Conselho Federal de Psicologia, parte desse processo ocorre pela forma como os psicoterapeutas fazem registros sobre o trabalho clínico. Pouco se tem estudado sobre estes registros e sobre sua relação com o processo psicoterapêutico e sua eficácia.

Gostaria de convidar você a contribuir com uma pesquisa que tem como objetivo a consolidação e sistematização de um modelo para registro de informações clínicas. Em suma, este estudo visa compreender o processo (modelo teórico e formas de registro) pelo qual o psicoterapeuta processa a informação clínica para o benefício de seu paciente.

Este estudo será útil na formação e orientação de psicoterapeutas nas estratégias terapêuticas e visam melhorar o desempenho dos serviços psicológicos. Espera-se que a sua autorização para estudar os registros que foram realizados em seu processo terapêutico venha a contribuir para a qualidade do atendimento com pessoas que vierem a buscar ajuda, como você o fez.

Portanto, agora, estou simplesmente solicitando a você permissão para poder explicar como é a pesquisa, detalhar o que estou solicitando, que tipos de benefícios esta pesquisa poderá trazer, que tipos de riscos podem existir e, *principalmente*, como farei para proteger a sua identidade. Ao final dessa explicação, você poderá decidir contribuir, poderá solicitar tempo para pensar e/ou conversar na psicoterapia sobre o seu desejo ou não de participar, ou ainda poderá simplesmente decidir não autorizar o estudo dos registros feitos pelo(s) seu(s) terapeuta(s). Se você aceitar, ainda poderá mudar de idéia e desistir mais tarde. A contribuição é voluntária, e sua vontade será respeitada.

Para você conhecer os detalhes da pesquisa e tomar uma decisão informada, é necessário fazer esta apresentação a você. Basta escrever seu nome, telefones para contato e assinatura, indicando que concorda em ouvir essa apresentação, que será feita no local, data e horário de melhor conveniência para você.

Atenciosamente,

Meirilane Neves da Silva

Aceito receber mais informações sobre a pesquisa [ ] Sim [ ] Não

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

Contatos: Celular: ( ) \_\_\_\_\_; Tel. res.: ( ) \_\_\_\_\_

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

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo a consolidação e sistematização de um modelo para registro de informações clínicas. Para que este estudo se concretize e possa trazer benefícios para as diversas pessoas que, assim como você, estão em atendimento psicoterapêutico, precisamos fundamentá-lo nos registros clínicos realizados por psicoterapeutas, baseados em informações relatadas por pessoas como você a seu psicólogo(a) ou a seus psicólogos(as).

Caso você decida participar deste estudo, seus dados serão descaracterizados ao máximo, objetivando impedir a sua identificação. Por exemplo, nomes, lugares, profissão, idade serão omitidos, modificados ou apresentados de forma genérica. Outras informações específicas que possam identificar a pessoa serão omitidas.

Para esta pesquisa não será preciso sua participação em nenhum outro evento adicional e não será necessário preencher nenhum tipo de questionário, pois esta pesquisa se restringe ao estudo dos registros clínicos: conforme a resolução 010/2000, do Conselho Federal de Psicologia, cabe ao psicólogo manter registro dos atendimentos realizados. No entanto, os registros clínicos de seu atendimento só poderão fazer parte desse estudo caso você concorde explicitamente, firmando sua autorização no presente documento. Lembramos que sua autorização é voluntária. Caso você concorde agora e decida desistir depois, você poderá comunicar sua decisão a seu psicoterapeuta para assinatura de um termo de desistência. O prazo máximo para desistência é até a formalização da data de defesa da dissertação pelo Instituto de Psicologia.

A pesquisadora/ psicoterapeuta se compromete a estar sempre disponível para responder perguntas, esclarecer dúvidas, prestar assistência necessária e oferecer apoio se necessário. O responsável institucional por esta pesquisa, citado abaixo, também poderá ser contatado para esclarecimentos adicionais.

### Permissão para utilização das informações relatadas ao psicólogo ou psicólogos

Eu, \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador (a) do documento de identificação número \_\_\_\_\_ emitido por/pela \_\_\_\_\_ por meio deste documento, autorizo a utilização dos registros clínicos realizados a partir de informações por mim relatadas à (ao) psicoterapeuta para a realização de sua dissertação de mestrado e para fins de divulgação técnico-científicas (tais como manuais técnicos, comunicações ou publicações acadêmicas), sendo que dados de identificação pessoal, como nomes, lugares, entre outros, sejam omitidos ou alterados. Em hipótese alguma estas informações serão utilizadas em desacordo com o presente consentimento, a Resolução 196/96 que trata da pesquisa com seres humanos ou o Código de Ética da Psicologia.

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

<p>_____ Dr. Marcelo Tavares Professor orientador Instituto de Psicologia/UnB; Tel: (061) 3307-2625</p>	<p>_____ Meirilane Naves da Silva (Pesquisadora) Mestranda em Psicologia Clínica/UnB Matrícula 04/43590; Tel: (061) 9553-3451</p>
---	---

**TERMO DE DESISTÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, portador (a) do documento de identificação número \_\_\_\_\_ emitido por/pela \_\_\_\_\_, por meio deste documento, desisto da autorização que emiti para que fossem utilizados os registros clínicos realizados a partir informações por mim relatadas ao/à(s) psicólogo/a (s) \_\_\_\_\_ no estudo que trata da consolidação e sistematização de um modelo para registro de informações clínicas.

Fica definitivamente revogada a Permissão para utilização das informações relatadas ao(s) psicólogo(s).

Este documento é assinado em duas vias de igual teor.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Meirilane Naves da Silva

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E CULTURA

Marcelo Tavares  
Meirilane Naves  
Alexandre Domanico

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS  
PARA ANÁLISE DOS DADOS DE  
PESQUISA**

Brasília – 2006

## **Apresentação**

Este manual destina-se ao treinamento e capacitação de psicólogos e estudantes de psicologia para evidenciar, analisar, caracterizar, descrever e qualificar o uso do modelo padronizado de registro escrito das informações clínicas geradas na psicoterapia psicodinâmica individual. O principal objetivo do Manual é capacitar juízes para a análise dos dados da pesquisa e padronizar os procedimentos de análise. Descreveremos, a seguir, o método e os procedimentos padronizados de análise dos registros.

### ***1. Método de análise dos registros***

Serão realizados os estudos de três casos clínicos. Cada juiz será responsável pela análise dos três casos em estudo. Em cada caso, serão analisados 10 registros clínicos escritos das sessões de psicoterapia, o que totaliza 30 sessões para cada juiz (Análise Individual Juiz/ AIJ=30), num total de 120 análises, se considerarmos o trabalho dos quatro juízes (AIJtotal=120). Os registros serão analisados em sua seqüência cronológica para que seja possível verificar o encadeamento entre as sessões ou entre um registro e outro.

A clínica-pesquisadora também efetuará a análise dos registros realizada pelos juízes (Análise Individual Pesquisadora/ AIP), o que totaliza 30 análises de registros (AIPtotal=30). Posteriormente, será feita a comparação entre as análises realizadas pelos juízes e as análises realizadas pela clínica-pesquisadora (Análise Comparativa/ AC), num total de 30 análises (AC=30). Nesse sentido, serão feitas seis análises para cada registro de sessão: cinco análises individuais (pesquisadora e juízes), feitas separadamente e em momentos distintos e uma análise comparativa entre esses dois pontos de vista, abordando tanto as semelhanças entre as análises quanto as suas divergências. Assim, somam-se 18

análises (AIJ + AIP + AC) por cada sessão, o que totaliza 180 análises se considerarmos os 10 registros dos três casos clínicos (AIJtotal 120 + AIPtotal 30 + ACtotal 30 = 180).

A síntese das análises realizadas pode ser verificada na Tabela 2.

Tabela 2: Síntese das análises dos registros de sessão feitas pelos juízes e pesquisadora

Registro	Sessão	Total de Análises									
Sujeitos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
João	AIJ4 AIP1 AC1	60									
Pedro	AIJ4 AIP1 AC1	60									
Maria	AIJ4 AIP1 AC1	60									
Total	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	180

**AIJ:** Análise Individual Juizes

**AIP:** Análise Individual Pesquisadora

**AC:** Análise Comparativa

### ***Procedimentos padronizados de análise dos registros***

Para a análise dos registros clínicos foram definidos três procedimentos distintos que buscam evidenciar, caracterizar e qualificar categorias diferentes de análise. Esses procedimentos serão padronizados pelo treinamento e serão realizados por cada juiz e pela clínica-pesquisadora, em cada registro de sessão. Não se deve consultar outros juízes para a realização das análises. As análises devem ser realizadas individualmente, sem consultas com outros colegas, para que não ocorram influências entre os julgamentos dos juízes. Depois do treinamento, caso um juiz tenha alguma dúvida sobre como proceder com as

análises deve se orientar apenas com a clínica-pesquisadora, com Alexandre Domanico ou com o orientador da pesquisa, o professor Marcelo Tavares.

As Categorias de Análises definidas foram: Categoria 01) Coerência interna de cada subcampo do registro; Categoria 02) Integração entre os subcampos analíticos do registro; e Categoria 03) Mapeamento encadeado dos registros. Descreveremos os objetivos de cada categoria e o procedimento de análise.

**Categoria 01) Coerência Conceitual de cada Campo do registro:** Essa categoria de análise visa evidenciar se o preenchimento de cada subcampo está em conformidade com a definição operacional do subcampo em questão. As definições dos subcampos foram apresentadas no Capítulo II de Domanico (2005).

*Procedimento de análise:* Após a leitura de cada subcampo registrado, o juiz deve comparar o preenchimento deste com sua definição operacional. Feita a comparação, deve efetuar seu julgamento de acordo com o nível de coerência das informações contidas no subcampo, com as seguintes possibilidades de julgamento: Coerente (1); Parcialmente Coerente\ Parcialmente Incoerente (2); e Incoerente (3). Feito o julgamento o juiz registra sua avaliação no *Quadro Analítico/ Categoria 01* referente ao caso estudado. Quando o julgamento de um Campo for 2 ou 3 o juiz deve qualificar como o subcampo lhe parece incompleto. Apresentamos, a seguir, o *Quadro Analítico da Categoria 01* utilizado para o julgamento dos juízes. Para efeito de ilustração, criamos uma avaliação fictícia e preenchemos os subcampos relacionados à sessão 01.

**Categoria 01) Coerência Conceitual de cada Campo do registro**

**Caso X  
Juiz: Y**

Registro	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão
Subcampos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Falas	1									
Observação	1									
Avaliação	1									
Transferência	1									
Contexto Mobilizador	2 Na situação x não se evidenciou assim, etc									
Respostas	1									
Relação Objetal	1									
Formulação Psicodinâmica	1									
Planejamento	1									

- (1) Coerente
- (2) parcialmente Coerente/ Parcialmente Incoerente
- (3) Incoerente

**Categoria 02) Integração entre os Campos analíticos do registro:** Essa análise

evidenciará se existe integração entre os Campos Descritivos (Falas e Observações) e os Campos Analíticos (Relação Transferencial, Contexto Mobilizador, Respostas ou Reações, Relação Objetal, Formulação Psicodinâmica e Planejamento). Em outras palavras, analisar se o preenchimento dos Campos Analíticos está em conformidade e integrado com os Campos Descritivos, visto que esses últimos são as evidências clínicas para se elaborarem e tecerem as hipóteses de funcionamento psicodinâmico e definir os procedimentos clínicos adequados para cada momento dentro do processo psicoterapêutico.

*Procedimento de análise:* Após a leitura das informações registradas nos subcampos descritivos (Falas e Observação), o juiz interpreta cada subcampo dos campos analíticos, seguindo a ordem de sua apresentação. O Procedimento de análise é semelhante ao próprio procedimento de registro de sessão, no qual o registrador irá preenchendo cada subcampo com base nos subcampos anteriores. Assim, o julgamento de cada subcampo é feito considerando-se o subcampo anterior para evidenciar o nível de alinhamento ou integração entre eles. Nesse sentido, um subcampo pode ser caracterizado enquanto: Integrado (1); Parcialmente Integrado/Parcialmente não integrado (2); e Não Integrado (3); Feito o julgamento o juiz registra sua avaliação no *Quadro Analítico/ Categoria 02* referente ao caso estudado. Quando o julgamento de um Campo for 2 ou 3 o juiz deve qualificar a sua avaliação.

Apresentamos, a seguir, o Quadro Analítico da Categoria 02 utilizado para o julgamento dos juízes. Para efeito de ilustração, criamos uma avaliação fictícia e preenchemos os subcampos relacionados à sessão 01.

**Categoria 02) Integração entre os Campos analíticos**  
**Caso X Juiz: Y**

Registro	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão	Sessão
Subcampos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Avaliação	2 Não há informações que fundamentem a avaliação.									
Transferência	1									
Contexto Mobilizador	1									
Respostas	1									
Relação Objetal	1									
Formulação Psicodinâmica	2 Faltou incluir as respostas									
Planejamento	1									

Integrado (1) Parcialmente Integrado/parcialmente não integrado (2) Não Integrado (3)

**Categoria 03) Análise sequencial dos registros:** Visa evidenciar se há uma continuidade, um encadeamento entre uma sessão e outra. Essa categoria de análise é dividida em duas subcategorias: 1) Campos analíticos; e 2) Análise livre.

*Procedimento de análise dos Campos analíticos:* o juiz deve avaliar cada subcampo analítico no decorrer das dez sessões e identificar os indicadores clínicos ou características que se repetem, que se modificam, que se tornaram ausentes ou novas características que surgiram. Em outras palavras, o juiz deve identificar características ou fenômenos clínicos presentes num registro e evidenciar o movimento ou o desdobramento desses fenômenos nos registros subseqüentes. Ressaltamos que a análise do subcampo Planejamento exige um cuidado especial na medida em que a emergência de novas situações clínicas, por exemplo,

uma situação de crise, norteará as intervenções clínicas numa determinada sessão. Nesse sentido, a avaliação do clínico em seguir ou não o seu planejamento anterior faz parte do processo e deve ser considerada durante a análise.

*Procedimento de Análise Livre:* nessa subcategoria de análise, o juiz tem a liberdade de selecionar os indicadores clínicos ou fenômenos que irá analisar e descrever. Deve identificar e mapear os fenômenos clínicos percebidos e que não são contemplados na subcategoria de análise dos Campos Analíticos. As avaliações das subcategorias de análises devem ser registradas no Quadro Analítico/ Categoria 03, apresentado a seguir.

### **Categoria 03) Mapeamento encadeado dos registros**

#### **Caso X**

#### **Juiz: Y**

<b>Registro</b>	<b>Sessão</b>									
<b>Subcampos</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>
Avaliação										
Transferência										
Contexto										
Mobilizador										
Respostas										
Relação										
Objetal										
Formulação										
Psicodinâmica										
Planejamento										
Análise Livre										

## Instrumento de Avaliação de Desempenho dos Juízes

Este instrumento tem como objetivo qualificar a percepção e a avaliação que cada pesquisador(a)-colaborador(a) tem a respeito de seu desempenho durante o trabalho de análise dos registros.

O instrumento é composto por dez (10) declarações e quatro questões (04) acerca do trabalho realizado, que deverão ser julgadas e respondidas, respectivamente. Cada declaração deverá receber apenas um (01) julgamento.

Por favor, faça o julgamento de todas as declarações e responda todas as questões com sinceridade fazendo uma análise realística da situação, ou seja, atente-se para não ser exagerada(o) na avaliação superestimando seu trabalho, mas também atente-se para não ser modesta(o) e o subestimar. Uma avaliação realista de sua participação é importante pois irá fundamentar considerações acerca das avaliações realizadas pelos juizes.

Leia atentamente cada afirmativa e assinale com um X apenas aquela que mais corresponda ao seu julgamento. Obrigada pela colaboração.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Meu <i>domínio</i> da <i>fundamentação teórica</i> utilizada para a compreensão dos registros é: | 1. [ ] Quase plenamente ou plenamente suficiente.   |
|   | 2. [ ] Bastante suficiente.                         |
|   | 3. [ ] Suficiente.                                  |
|   | 4. [ ] Insuficiente.                                |
|   | 5. [ ] Bastante Insuficiente.                       |
|   | 6. [ ] Quase plenamente ou plenamente insuficiente. |
| 2. Meu <i>domínio</i> do <i>modelo de registro</i> utilizado na pesquisa é:                         | 1. [ ] Quase plenamente ou plenamente suficiente.   |
|   | 2. [ ] Bastante suficiente.                         |
|   | 3. [ ] Suficiente.                                  |
|   | 4. [ ] Insuficiente.                                |
|   | 5. [ ] Bastante Insuficiente.                       |
|   | 6. [ ] Quase plenamente ou plenamente insuficiente. |

3. Tenho plena *segurança* no *treinamento*

recebido para a realização das análises:

1. [ ] Discordo quase totalmente ou totalmente.
2. [ ] Discordo na maior parte.
3. [ ] Discordo mais do que concordo.
4. [ ] Concordo mais do que discordo.
5. [ ] Concordo na maior parte.
6. [ ] Concordo quase totalmente ou totalmente.

4. O *treinamento* recebido resultou em

*condições e habilidades* reais para minhas

análises dos registros:

1. [ ] Discordo quase totalmente ou totalmente.
2. [ ] Discordo na maior parte.
3. [ ] Discordo mais do que concordo.
4. [ ] Concordo mais do que discordo.
5. [ ] Concordo na maior parte.
6. [ ] Concordo quase totalmente ou totalmente.

5. Quantos % do *material de leitura* estipulado para o treinamento você *estima ter lido*?

\_\_\_\_\_ %.

6. Avalio a *qualidade* da minha

*assimilação da leitura* dos textos

utilizados para o treinamento como:

1. [ ] Excelente
2. [ ] Muito boa
3. [ ] Boa
4. [ ] Mais para boa do que regular
5. [ ] Regular
6. [ ] Insuficiente
7. [ ] Muito insuficiente
8. [ ] Extremamente Insuficiente

7. O meu *domínio* das *instruções* para análise dos registros é:

1. [ ] Excelente
2. [ ] Muito bom
3. [ ] Bom
4. [ ] Mais para bom do que regular
5. [ ] Regular
6. [ ] Insuficiente
7. [ ] Muito insuficiente
8. [ ] Extremamente Insuficiente

8. O meu *empenho* na *leitura* dos registros a serem avaliados foi:

1. [ ] Excelente
2. [ ] Muito bom
3. [ ] Bom
4. [ ] Mais para bom do que regular
5. [ ] Regular
6. [ ] Insuficiente
7. [ ] Muito insuficiente
8. [ ] Extremamente Insuficiente

9. O meu *empenho* na *análise* dos registros a serem avaliados foi:

1. [ ] Excelente
2. [ ] Muito bom
3. [ ] Bom
4. [ ] Mais para bom do que regular
5. [ ] Regular
6. [ ] Insuficiente
7. [ ] Muito insuficiente
8. [ ] Extremamente Insuficiente

10. Acredito que a *qualidade* de minha *análise* é:

1. [ ] Excelente
2. [ ] Muito boa
3. [ ] Boa
4. [ ] Mais para boa do que regular
5. [ ] Regular
6. [ ] Insuficiente
7. [ ] Muito insuficiente
8. [ ] Extremamente insuficiente

Cite 3 *aspectos* que possam ter *prejudicado* a sua análise

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Cite 3 *aspectos* que poderão *melhorar* a qualidade de suas análises

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Acrescente outros comentários e sugestões:

---

---

---

---

---

---

---